

Apotekbransjen før og etter ny apoteklov

Etter innføring av den nye apotekloven i mars 2001 kan selskaper eie apotek, og det er tillatt med kjededanning. Etter apotekmonopolets fall er det opprettet over 110 apotek, og tre store kjeder dominerer markedet. Selv om det er fri etablering, er det fortsatt myndighetene som setter rammevilkårene. Det kan diskuteres om økt konkurranse har ført til lavere legemiddelpriser og bedre kundeservice, noe lovgiverne hadde håpet på i forkant av den nye loven.

Magnhild Hagelia Lange
magnhildlange@hotmail.com
Fagernes 17
5035 Bergen

Anne Gerd Granås
Institutt for apotekforskning
5052 Bergen

Frem til 1.3. 2001 var alle apotek, bortsett fra sykehusapotekene, privat eid av enkeltpersoner med farmasøytisk universitetsutdanning med bevilling fra staten (1) som innebar rett og plikt til å drive apotek med eventuelle filialapotek. Apotekene ble drevet som enkeltmannsforetak, og apotekeren var personlig ansvarlig for apotekets økonomi.

Da den nye apotekloven trådte i kraft (2), var det slutt på det gamle bevillingssystemet hvor myndighetene bestemte hvem som skulle få eie det enkelte apotek, hvor mange apotek det skulle være i Norge, og hvor det skulle opprettes nye apotek. Selskaper kan nå eie apotek, det er tillatt med kjededanning, og i prinsippet kan hvem som helst få eierkonsesjon, bortsett fra legemiddelprodusenter og legemiddelforskrivere. Den som får eierkonsesjon til et apotek må imidlertid ha en driftskonsesjonær som har graden cand.pharm. eller tilsvarende, det vil si samme krav til faglig ansvarlig som før.

Dagens aktører i apotekbransjen

To år etter innføringen av loven dominerer tre store apotekkjeder. Det er opprettet ca. 110 nye apotek og antallet er 512 per 6.3.

2003. Til sammenlikning ble det bare opprettet 71 nye apotek i de foregående ti årene (1991–2000). De tre store kjedene Vitusapotek, Apokjeden og Alliance UniChem har fullt eierskap i 326 apotek, noe som tilsvarer 67 % av de private apotekene (3, 4).

Kjedene har vokst raskere enn hva som var antatt, fordi svært mange apotekere har solgt apotekene sine. Antall privateide apotek har sunket fra 369 i 2000 til 156 i 2003. I utgangspunktet trodde man at det stort sett ville være de eldste apotekene som ville selge, men også yngre apotekere har sett seg tjent med å la kjedene overta virksomheten.

Apokjeden AS (5) ble stiftet i januar 1995 av apotekere og Norges Apotekerforening. Apotekene ønsket å bruke kjedeinstrumentet som verktøy for å tilpasse seg det nye apotekmarkedet. I starten var Apokjeden en ren innkjøpskjede. Utviklingen av kjeden startet for alvor i 1998, da apotekkonseptet Apotek 1 ble utviklet. Det første Apotek 1 ble åpnet på Manglerud i Oslo i oktober 1999.

I februar 2000 inngikk Apokjeden en strategisk allianse med det finske børsnoterte legemiddelgrossistselskapet Tamro Oyj. Tamro er markedsleder i grossistledet i de øvrige nordiske land, Baltikum og Nordvest-Russland. Norges Apotekerforening, som tidligere var Apokjedens største aksjonær, valgte å selge seg ut, da de ønsket å være en uavhengig bransjeforening uten eierinteresser i noen av de konkurrerende kjedene. Tamro eier i dag 78 % av aksjene i Apokjeden, NKL-COOP eier 5 % og norske apotekere 17 % (5).

Vitusapotek. Norsk Medisinaldepot ASA (NMD) (6) var Norges eneste legemiddelgrossist frem til 1995 da det som en følge av EØS-avtalen ble åpnet for konkurranse i grossistledet. Til tross for påfølgende konkurranse fra to andre grossister, Tamro og Holtung, var Norsk Medisinaldepot ASA den ledende aktøren i det norske markedet i årene som fulgte. Posisjonen ble imidlertid truet da medlemsapotek i Apokjeden fra sommeren 2000 forpliktet seg til å bruke Tamro som grossist fordi Tamro kom sterkt inn på eiersiden i Apokjeden. Tamro hadde på dette tidspunktet bare rundt 10 % av markedet, mens ca. 90 % av apotekene var medlem av Apokjeden. Apotekbransjen var i sterk endring, og NMD så seg nødt til å starte sin egen landsdekkende kjede under navnet Vitusapotekene for å sikre kundegrunnlaget for egen grossistvirksomhet. Det første apoteket ble åpnet på Aker Brygge i Oslo i januar 2001 (6).

GEHE Norge AS, et heleid datterselskap av Celesio AG, ble etablert i 2000. De hadde som mål å ha over 50 apotek i drift i løpet av 2001 med eget apotekkonsept. Våren 2001 solgte imidlertid staten sine aksjer i Norsk Medisinaldepot ASA til nettopp Celesio. En konsekvens av oppkjøpet ble en samordning mellom selskapenes satsing i apotekmarkedet – et felles Vitus-konsept ble valgt. De to selskapene, som tidligere konkurrerte, valgte å legge ned seks nystartede apotek, dels som en følge av overetablering.

NMD-konsernet består i dag av morselskapet Norsk Medisinaldepot ASA og de heleide datterselskapene NMD Grossisthandel og Vitusapotek. En rekke apotek er tilknyttet NMD Grossisthandel under navnet Ditt apotek, hvor NMD ikke kan eie mer enn 49 % av apoteket.

Alliance UniChem (7) er en europeisk distributør, grossist og detaljist i legemidler, medisinsk utstyr og helsepleieprodukter. Virksomheten i Norge er en del av et europeisk apotekselskap med apotek i Storbritannia, Nederland, Italia og Sveits. I Norge markedsfører de sine apotek under navnet Allianceapotekene.

Hvorfor i Norge?

Det norske apotekmarked har de siste 10–15 år hatt høy lønnsomhet sammenliknet med andre næringer og næringens risikoprofil (8). Også målt som investeringsobjekt har apotekene gitt god avkastning til tross for at de fleste apotekere ikke hadde formell kompetanse innen økonomi eller ledelse. Det er naturlig å anta at det her kunne være et potensial for økt inntjening som kunne realiseres gjennom en ny og mer profesjonell bedriftsledelse. Kjeden har altså etablert seg i det norske markedet fordi lønnsomheten tradisjonelt har vært god, og de har også sett muligheten for å kunne utnytte potensialet for økt profit.

Vertikal integrasjon

I Norge har alle de tre grossistene integrert vertikalt med detaljistene i legemiddelomsetningskjeden. Apokjeden og Allianceapotekene har integrert mot grossistledet, henholdsvis Tamro og Holtung. NMD integrerte mot detaljistledet, og betjener nå Vitusapotekene og Ditt apotek. NMD har i tillegg de fleste sykehusapotekene som kunder. Allianceapotekene skilte seg i startfasen fra de andre kjedene i Norge ved at de ikke hadde en egen grossist, men benyttet både NMD og Holtung.

Men hvorfor har grossistene og detaljistene integrert vertikalt? De norske grossistene har

slitt med underskudd siden monopolet ble opphevet i 1995 og det kom flere aktører på markedet. Ifølge NMDs nettsider (6) er overkapasiteten i grossistmarkedet beregnet til 30% og inntjeningen er ikke tilfredsstillende. Det er viktig for grossistene å ha en kundeportefølje som er stor nok til å kunne drive med overskudd. Grossisten bør antakelig ha en markedsandel på 25–30% for å kunne oppnå lønnsomhet. Ved vertikal integrasjon kan kundegrunnelaget til grossisten sikres og man kan i større grad bestemme ved hvilket ledd det lønner seg å ta ut fortjeneste. Etter hvert som grossistene kontrollerer apotekene, vil de trolig søke å hente ut rasjonaliseringsgevinster ved å strømlinjeforme kontakten med apotekene, og redusere service som var nødvendig av konkurransehensyn.

Fra legemidler til logo?

Apotekkjedene har investert betydelige ressurser på merkevarebygging siden apotekmonopolets fall. En rekke nye apotek er åpnet, og de har en sterk profilering i form av design, farger, uniformering, interiør og annonsering. Samtidig har en rekke apotek bygd om fra å ha hatt «bakreseptur» til «direktereseptur», noe som innebærer at kundene får ekspedert reseptene sine mens de venter ved disken. Færre personer (én eller to) er involvert i reseptekspedisjonen i direktereseptur enn i den tidligere bakresepturen (tre til seks personer). Apotekene har store selvvalgsavdelinger som er myntet på den dynamiske kunden som i større grad søker informasjon og finner frem til reseptfrie legemidler selv. På tross av økt konkurranse mellom apotek i tettbygde strøk har dette ikke gitt seg utslag i lavere priser på reseptfrie varer. Tidligere køer av kunder som ventet på å få medisinen sine utlevert, er sterkt redusert både som følge av direktereseptur-systemet og av økt apotektilgjengelighet. Slik sett er kundeservicen blitt betydelig bedre.

Økt oppmerksomhet med henblikk på økonomi i de vertikalt integrerte kjedene har gitt økt oppmerksomhet på vareflyt. Varelagrene reduseres for å binde minst mulig kapital. Samtidig har mange apotek redusert lagerbeholdningen av synonyme preparater og har kanskje ikke fullsortiment på lager. Generisk substitusjon ble innført samtidig med den nye apotekloven. Legene kan på medisinsk grunnlag reservere seg mot generisk substitusjon. Ved gjennomføring av generisk substitusjon vil apoteket i hovedsak selge ett preparat per virkestoff, såfremt ikke kunden eller legen reserverer seg mot dette. Man kan dermed vri salget over mot de varer der grossist/apotek får best marginer og Rikstrygdeverket får reduserte kostnader. For at dette skal fungere må apoteket aktivt drive med generisk substitusjon, som medfører et visst merarbeid for apoteket. Kjødene kan også satse på egne merkevarer (f.eks. Vitasapoteks eget ibuprofenpreparat Ibuprox). I kjølvannet av innføringen av generisk substitu-

sjon har legemiddelmyndighetene innført «indekspris» på seks virkestoffer. Rikstrygdeverket refunderer indeksprisen uavhengig av hvilket produkt i byttegruppen apoteket leverer ut. Myndighetene stimulerer på denne måten til ytterligere generisk substitusjon.

Det kan være en ulempe for pasienter med kroniske lidelser hvis det rimeligste alternativet er forskjellig fra apotekbesøk til apotekbesøk. Pasienten kan til enhver tid reservere seg mot generisk substitusjon, men pasienten vil måtte betale mer for å få originalpreparater ekspedert. God kommunikasjon mellom kunde og farmasøyt er viktig, og også mellom farmasøyt og lege for å hindre at indeksprissystemet eller generisk substitusjon får uheldige konsekvenser for kundens legemiddelbruk. Mange apotekansatte opplever at pasientene tviler på om de generiske preparatene er like virksomme og av like god kvalitet som originalpreparatene. Helsedepartementet vil sørge for evaluering av indeksprissystemet innen februar 2004.

I det nye systemet er også tilgangen på handelsvarer for den enkelte blitt endret. Apotekene som er tilknyttet en kjede, er forpliktet til å bruke sin hovedgrossist. Dette kan medføre at vareutvalget for handelsvarer blir mer begrenset enn tidligere. Det er fortsatt mulig å bestille varer fra en annen konkurrerende kjedes grossist, men betingelsene er da langt dårligere, derfor unngår mange av apotekene å gjøre dette. For noen kunder med spesielle behov vil et endret vareutvalg bety at de ikke får tak i varen de ønsker seg eller at det tar lengre tid å få varen. På den annen side er produktspekteret utvidet på områder hvor apotekene tidligere bare hadde et begrenset salg, f.eks. innenfor helsekost og hud- og hårpleie.

Tidligere var alle selvstendige apotek utstyrt med laboratorium, slik at det kunne fremstilles legemidler som ikke ble masseprodusert. Det er nå nok å ha en avtale om produksjon med et annet apotek eller en grossist. De pasientene som har bruk for slike spesialprodukter, må ofte vente noe lenger før preparatene kan skaffes. Laboratoriedrift er meget kostbart, og de færreste nye apotek har laboratorium. I verdi utgjør denne apotekproduksjonen mindre enn 1% av apotekenes omsetning, og mange av disse produktene er ikke klassifisert som legemidler (3). I dag er det meget strenge krav til produksjon av legemidler i stor skala. For apotek som produserer for lokalt bruk er ikke kravene til legemiddelproduksjon like strenge. Når laboratorier på enkeltapotek ikke prioriteres kan tilgjengeligheten for den enkelte kunde bli dårligere, men kvaliteten på selve produktene ved en sentralisert produksjon vil være mer ensartet.

Kunnskapsnivå i apotekene

En av virkningene av den nye apotekloven er at det er blitt flere enheter med færre ansatte som en følge av effektivisering, kjedenes krav til lavere lønnskostnader og at omset-

ningen på en del etablerte apotek har gått ned pga. økt konkurranse. Vil de ansatte i fremtiden fortsatt være tilstrekkelig faglig oppdatert? Ved store apotek er det vanlig med informasjonsmøter for alle ansatte. Ved små apotek med lang åpningstid vil dette være vanskeligere å få til. Kjedekontorene er engasjert i faglige aktiviteter i apotekene og tilrettelegger for intern opplæring. Hvorvidt dette følges opp varierer. Om kjedeapotekene på det kunnskapsmessige område vil skille seg fra hverandre, eller fra privateide apotek, er for tidlig å si.

Farmasøytene har tilbud om videre- og etterutdanningskurs fra Farmasøytisk institutt ved universitetet i Oslo. Ca. 40% av alle apotekansatte farmasøyer deltar årlig på slike kurs. Det er ingen krav til formell oppdatering for å beholde autorisasjon som farmasøyt, som i en del andre land. Siden veldig mange apotek ble solgt i løpet av kort tid, har mange erfarne apotekere sluttet. Apotekbransjen mistet viktig kompetanse knyttet til bl.a. pasient- og kundekontakt, ledererfaring og viten om produksjon av legemidler. Samtidig bidrar yngre farmasøyer med nyere kunnskap innen farmakologi og legemiddelterapi. Parallelt med utskiftingen av farmasøyer har apotekkjedene bygd opp personalutviklingsstrategier som enkeltapotek kan nyte godt av, særlig innenfor ledelse, drift og økonomi, men også farmasifaglig. Kjødene kan være brobyggere mellom ny og gammel kunnskap, lette hverdagen for yngre farmasøyer som overtar som apotekere, og styrke apotekenes faglige virksomhet.

Bedre legemiddelbehandling?

Parallelt med apotekreformen er en rekke rammebetingelser blitt endret før man isolert har sett konsekvensene av reformen, det være seg generisk substitusjon, indekspris og avansereduksjoner på reseptpliktige legemidler. I tillegg er reseptfrie legemidler kommet i dagligvarehandelen fra 1.11.2003, altså tidligere enn antydnet i 2001. Vi vet ingenting om lovens konsekvenser for apotekenes rolle i primærhelsetjenesten og lovverkernes ønske om at apotekene fortsatt skal bidra til bedre legemiddelbehandling. Helsedepartementets evaluering av loven vil forhåpentligvis gi noen svar.

> Se også side 3177

Litteratur

1. Lange MH. Apotekbransjen før og etter ny apoteklov. Siviløkonomutredning. Bergen: Norges Handelshøgskole, 2002.
2. Lov om apotek (apotekloven), 2. juni 2000, nr. 39.
3. Norges Apotekerforening: Tekst og tall 2003. Oslo: Norges Apotekerforening, 2003.
4. Norges Apotekerforening, www.apotek.no (5.7.2003).
5. Apokjeden, www.apotek1.no (5.7.2003).
6. NMD, www.nmd.no (5.7.2003).
7. Alliance UniChem Norge, www.alliance-unichem.no (5.7.2003).
8. Norges offentlige utredninger. NOU 1997: 6. Rammvilkår for omsetning av legemidler.