

2018-01-23

Socialdepartementet

Diarienummer S2017/05519/FS

s.registrator@regeringskansliet.ses.fs@regeringskansliet.se

Remissvar delbetänkande Enhetliga priser på receptbelagda läkemedel (SOU 2017:76)

Inledning

Sveriges Apoteksförening har fått möjlighet att yttra sig över den nya Apoteksmarknadsutredningens delbetänkande Enhetliga priser på receptbelagda läkemedel (SOU 2017:76).

Sveriges Apoteksförening avstyrker utredningens förslag om en reglerad handelsmarginal för läkemedel utanför förmånen eftersom det:

1. saknas tillräckliga skäl och bidrar inte till låga läkemedelspriser,
2. regleringen är inte samhällsekonomiskt effektiv och
3. förslaget är inte förenligt med EU-rätten.

Det finns således övertygande ekonomiska och juridiska argument mot den föreslagna regleringen. Då priset inte kan sänkas och utbyte inte får ske, skulle förslaget innebära en hårdare reglering av läkemedel utanför förmånen än för förmånsberättigade läkemedel som finansieras av tredje part.

Remissvaret inleds med att redovisa de övergripande skälen mot den föreslagna regleringen och behandlar därefter valda delar i betänkandet.

1. Det saknas tillräckliga skäl för den föreslagna regleringen

Förslagen i utredningen löser inte de eventuella problem som är förknippade med läkemedel utanför förmånen. Sveriges apoteksförening kan inte se att förslaget motverkar skillnader i vård på lika villkor. Utredningen har inte visat att det finns folkhälsoskäl som motiverar den föreslagna regleringen.

Förslaget bidrar inte heller till långsiktigt låga läkemedelspriser eller förbättrar tillgängligheten till läkemedel för patienterna. För apotekens kunder är möjligheten att kunna byta till ett läkemedel med lägre pris den åtgärd som skulle ge apoteksbranschen bäst möjligheter att tillgodose krav på god tillgänglighet till bästa pris (se kommentarer på kapitel 6).

Det är enbart i de fall då det offentliga står för hela eller en del av kostnaden som det är motiverat med prisreglering för att åtgärda problem med s.k. tredje parts finansiering. Detta är allmänt vedertaget enligt ekonomisk teori

2018-01-23

och bekräftat i EU-rätten.¹ Apoteksbranschen har därför inget att invända mot en fastställd marginal för läkemedel utanför förmånerna som finansieras av tredje part, exempelvis de som förskrivs med stöd av smittskyddslagen och som finansieras av landstingen. Därmed inte sagt att marginalen bör vara densamma som inom förmånen eftersom denna inte ger apoteken full kostnadstäckning för hanteringen av receptbelagda läkemedel.

2. Regleringen är inte samhällsekonomiskt effektiv och bidrar inte till låga läkemedelskostnader

En prisreglering av läkemedel utanför förmånen är inte en samhällsekonomiskt effektiv reglering och bör därför inte införas. För att en reglering ska vara samhällsekonomiskt motiverad måste två kriterier vara uppfyllda. För det första måste någon form av marknadsmisslyckande eller problem föreligga. För det andra måste det vara möjligt för samhället att korrigera eller åtgärda problemet genom reglering, som även måste förbättra situationen. Bland alternativa lösningar bör sedan den reglering väljas som ger upphov till största samhällsekonomiska netto nytta, dvs. störst nytta i förhållande till kostnaderna för regleringen.

Utredningens förslag är mot denna bakgrund inte underbyggt och betänkandet har i flera avseenden brister i analysen. Det alternativ som föreslås är inte den mest effektiva regleringen och innebär troligen större samhällsekonomiska kostnader än intäkter, vilket per definition medför välfärdsluster (se kommentarer på kapitel 10). Däremot är möjlighet till utbyte av utbytbara läkemedel en effektiv reglering för att åstadkomma prispress och låga läkemedelspriser.

Regleringar kostar och att de direkta och indirekta kostnaderna, som exempelvis påverkan på konkurrensen och marknadsdynamiken kan vara avsevärda.² En prisreglering är ett mycket långtgående ingripande på en marknad och i näringsfriheten då prismekanismen är central. Aktörer och entreprenörer som introducerar nya marknadslösningar och affärsmodeller, såsom e-handel har ofta priset som det kanske främsta konkurrensmedlet. Detta väsentliga konkurrensmedel kan inte användas då priskonkurrensen i handelsledet elimineras med utredningens förslag.

Vidare påverkas även priskonkurrensen i tillverkningsledet negativt genom en reglerad handelsmarginal. Enligt utredningen ska prissättningen på läkemedel utanför förmånerna även fortsättningsvis vara fri för tillverkarna.

¹ Se exempelvis Art. 4.3 i Läkemedelsdirektivet (2001/83/EG): "Bestämmelserna i detta direktiv skall inte påverka medlemsstaternas myndigheters befogenheter vare sig i fråga om prissättningen på läkemedel eller i fråga om dessas införlivande i de nationella sjukförsäkringssystemen mot bakgrund av hälsomässiga, ekonomiska och sociala förhållanden."

Av Art. 1 i Transparensdirektivet (89/105/EG) framgår vidare att "Medlemsstaterna skall se till att alla nationella åtgärder, vare sig de fastställts genom lagar eller andra författningar för att kontrollera priserna på humanläkemedel eller för att begränsa sortimentet av de läkemedel som omfattas av deras nationella sjukförsäkringssystem, står i överensstämmelse med kraven i detta direktiv." Anm. vår understrykning.

² Regelbördans ekonomiska effekter – en teoretisk och empirisk analys, Tillväxtanalys rapport 2010:14.

2018-01-23

TLV kommer enligt förslaget enbart att fastställa ett anmält pris och leverantörerna kan ändra detta när som helst. Apotekens försäljningspris sätts sedan automatiskt med ett marginalpåslag. Detta innebär i praktiken att tillverkarna sätter priset till konsument. Genom att apoteksaktörerna inte kan konkurrera sinsemellan med pris saknas skäl för tillverkarna att prispförhandla eller ge rabatter för olika prestationer som apoteken utför. Då möjlighet till utbyte mellan utbytbara läkemedel inte är tillåtet är konkurrensen redan försvagad sedan tidigare. Incitamenten för priskonkurrens försvagas därmed ytterligare i tillverkningsledet.

Detta bekräftas i en vetenskaplig artikel som finner att priskonkurrens mellan leverantörer av generika är signifikant på mindre reglerade marknader, men att generisk konkurrens undermineras i länder med strikta regulatoriska system. Regleringar av apoteksledet begränsar konkurrensen ytterligare.³ Författarna drar slutsatsen:

“Competition in retail pharmacy is likely to pass on the savings in manufacturer prices to final consumers, whereas there is no such presumption when retail pharmacy is regulated to restrict price competition.”

Utredningen påstår dock det omvända (s. 126-127): ”Även om en tillverkare skulle sänka apotekens inköpspris (AIP) på ett läkemedel finns det inget idag som säger att denna sänkning fullt ut, eller överhuvudtaget alls, påverkar apotekens försäljningspris och kommer patienterna eller det offentliga till del. Detta innebär att den potentiella priskonkurrensen mellan tillverkare hämmas när det gäller receptbelagda läkemedel utanför förmånerna”

Det förhåller sig alltså tvärtom, med en reglerad handelsmarginal hämmas priskonkurrensen i tillverkningsledet till nackdel för konsumenterna.

3. Förslaget är inte förenligt med EU-rätten

Förslaget är i sin nuvarande utformning inte förenligt med EU-rätten (se rättsutredning, bilaga 1). Prisstyrning eller prisbindning är ett starkt ingrepp i den fria rörligheten och konkurrensen och är därmed kontroversiellt ur ett EU-rättsligt perspektiv. I rättsutredningen har gjorts en bedömning av förslagets förhållande till Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF), särskilt artiklarna 34 (förbud mot kvantitativa importrestriktioner samt åtgärder med motsvarande verkan mellan medlemsstaterna), och 36 (vilka undantag från inre marknadsfriheterna i artikel 34 som av vissa särskilda skäl kan motiveras).

Förslaget om prisbindning omfattas i likhet med Parkinson-fallet av artikel 34 FEUF.⁴ Prisbindningen utgör inte något exempel på försäljningsform som utredaren vill göra gällande. Förslaget begränsar leverantörernas möjligheter att konkurrera effektivt på marknaden genom sedvanliga åtgärder som priskonkurrens. Även försäljningen av receptbelagda läkemedel som inte ingår i de nationella sjukförsäkringssystemen (förmånen) begränsas likväl vad avser konkurrensmöjligheter. Vad gäller

³ Danzon, P M och Chao, L W (2000), “Does Regulation Drive out Competition in Pharmaceutical Markets?”, The Journal of Law and Economics - 43(2), s. 311-358.

⁴ EU-domstolens dom den 19 oktober 2016 i mål C-145/15.

2018-01-23

patientnyttan med förslaget kan denna ifrågasättas då priserna blir enhetliga, men till vilken kostnad är oklart. Däremot är det klart att patienterna inte får del av apotekens marginal om dessa lyckas förhandla ned det faktiska inköpspriset då försäljningspriset är fastställt. På dessa grunder omfattas därför förslaget av artikel 34.

Utredaren har vidare inte uppfyllt de krav som ställs enligt artikel 36 FEUF vad avser att visa lämplighet, nödvändighet och proportionalitet. Bedömningen vilar på antaganden och uppskattningar och saknar den gedigna underbyggnad som krävs enligt EU-domstolens praxis. Utredningen har inte undersökt alternativ som är mindre ingripande men som likväl kan bidra till att uppnå de angivna målen.

Specifika kommentarer på betänkandet

Oklar problemformulering och det är inte visat att regleringen bidrar till förbättrad folkhälsa eller vård på lika villkor (kap. 6)

Utredningen beskriver olika typer av problem och risker till följd av apotekens fria prissättning. Denna problemidentifiering är överlag svepande och svagt underbyggd. Det saknas i utredningen en tydlig koppling mellan problemen och apotekens marginal, och de problem som identifieras kan lika väl bero på att läkemedlen är utanför förmånen.

Det finns enligt utredningen bland annat en risk för att patienter, i de fall de själva betalar för läkemedlen, av ekonomiska skäl väljer eller tvingas att avstå från att hämta ut sina läkemedel på apotek. Detta riskerar enligt utredningen att leda till förlängd eller ökad sjuklighet hos den enskilda patienten och i förlängningen till ökade vårdkostnader för det offentliga (s. 119). Utredningen gör därför bedömningen att det är motiverat av folkhälsoskäl att införa en reglering av apotekens handelsmarginal (s. 180).

Det saknas enligt Sveriges apoteksförening helt belägg för eller hänvisning till vetenskapliga studier som understödjer dessa skrivningar. Det kan noteras att även EU-domstolen, i ett relevant rättsfall för denna fråga, har erinrat om att en verklig risk för människors hälsa ska bedömas på grundval av relevant vetenskaplig forskning, och inte mot bakgrund av allmänna överväganden.⁵ Det bör också uppmärksammas att de läkemedel som betalas av patienten huvudsakligen kan hänföras till tre kategorier; svag evidens (t.ex. hostmediciner), inte prioriterat av samhället (t.ex. potensmedel) eller att företaget på egen begäran uteslutits ur läkemedelsförmånen (t.ex. originalläkemedel som fått generisk konkurrens och där tillverkaren velat förhindra utbyte genom att ta produkten ur förmånen). Utredningen har varken visat att läkemedel inte hämtas ut, eller att detta skulle leda till ökad sjuklighet och ökade vårdkostnader. Det är därför inte belagt på något sätt att det finns folkhälsoskäl.

Utredningen gör även bedömningen att det är lämpligt att reglera apotekens marginal och försäljningspris på samtliga receptbelagda läkemedel inklusive

⁵ EU-domstolens dom den 19 oktober 2016 i mål C-145/15.

2018-01-23

privatfinansierade utanför förmånen, bland annat med hänvisning till Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) mål om vård på lika villkor.

För att uppnå målen i HSL, inklusive ett effektivt skydd av människors hälsa och liv, krävs att samhället tillförsäkrar patienterna generellt god tillgång till läkemedel med låga priser. Det är därför det finns ett statligt subventionsystem med högkostnadsskydd för receptbelagda läkemedel inom förmånen. Av samma anledning har det skapats förutsättningar för att utnyttja konkurrens och åstadkomma prispress där det är möjligt; systemet med periodens vara för receptbelagda utbytbara läkemedel, möjlighet till parallellimport för läkemedel utan alternativ samt fri prisättning för receptfria och receptbelagda läkemedel som inte ingår i förmånen.

Prisskillnaderna för ett och samma läkemedel är i utredningens prissjämförelse försumbara jämfört med prisskillnaderna mellan utbytbara alternativ, särskilt mellan originalläkemedel och olika generiska alternativ. Utredningens förslag åtgärdar inte dessa prisskillnader eller det faktum att patienter kan få betala olika mycket för samma aktiva substans och styrka, beroende på vilken produkt förskrivaren angett på receptet. Däremot skulle en möjlighet för apoteken att byta till generiska eller parallellimporterade läkemedel som inte heller omfattas av förmån bidra till att utjämna dessa prisskillnader.

Vidare anføres att "Med utredningens förslag behöver exempelvis inte sjuka patienter lägga tid och kraft på att undersöka vilka läkemedel som ingår i förmånerna och vilka som inte gör det, eller vilket apotek som har lägst pris." Detta påstående är obegripligt då en reglerad handelsmarginal inte har något att göra med vilka läkemedel som omfattas av förmån eller inte. Oavsett utredningens förslag kan förmånsstatus fortfarande vara avgörande för om patienten har råd att hämta ut läkemedlet. Utredningen medger också att "Oberoende av om det införs en sådan reglering eller inte, kommer det att finnas läkemedel både inom och utanför förmånerna." (s. 121)

Sammantaget är Sveriges apoteksförenings bedömning att utredningens förslag inte skapar bättre förutsättningar för att uppnå en vård på lika villkor och inte heller bidrar till låga läkemedelspriser.

Bristfällig konsekvensutredning med oklar samhällsekonomisk nytta (kap 10)

Utredningen bedömer att patienternas samlade läkemedelskostnader kommer att minska med 90 – 135 mkr. Denna bedömning bygger dock på att läkemedelstillverkarnas prissättning inte förändras som en konsekvens av förslaget (s. 190). Detta är enbart en förhoppning och en bedömning utifrån den initiala sänkningen av marginalen. Med eliminerad priskonkurrens i detaljistledet och en försämrad konkurrens i tillverkningsledet till följd av detta, finns det inget som talar för att denna prissänkning är bestående (se tidigare avsnitt). Tillverkarna kan ju enligt förslaget när som helst anmäla ett nytt, högre pris till TLV.

Detta innebär att de sammantagna samhällsekonomiska intäkterna av förslaget är högst oklara. I en samhällsekonomisk kalkyl ska dessa ställas i relation till uppskattade kostnader. Vid en bedömning av vilka kostnader en

2018-01-23

reglering eller regler ger upphov till kan man särskilja tre huvudtyper av kostnader:

- Offentliga administrativa kostnader för skötsel och upprätthållande av reglerande myndigheter.
- Direkta kostnader för regelefterlevnad. Kostnader som företag, individer, men även staten själv har för att följa reglerna. Hit räknas *administrativa kostnader*, *åtgärds-kostnader* och *finansiella kostnader*.
- Indirekta kostnader. Ur ett företagsperspektiv innebär regleringar en förlust av pengar som skulle ha kunnat användas till exempelvis investeringar, innovationer eller nyanställningar. Detta påverkar företagets eller branschens investeringsbeteende, produktions- och vinstdynamik. Dessa effekter får i sin tur effekter på samhällsnivå i form av mindre benägenhet att starta företag, sämre sysselsättningsutveckling och lägre ekonomisk tillväxt. Dessa indirekta kostnader utgör med stor sannolikhet merparten av den totala samhälls-ekonomiska kostnad som regler ger upphov till.⁶

TLV:s initiala kostnader bedöms av utredningen uppgå till 7,5 mkr medan de årligen återkommande kostnaderna uppskattas öka med 4 mkr till följd av höjt förvaltningsanslag. Apotekens samlade intäkter bedöms enligt utredningen minska med 100 - 150 mkr, vilket är en ansenlig summa, och dessutom krävs systemanpassningar. Till dessa kostnader ska sedan läggas de indirekta kostnaderna som är svåra att kvantifiera, men som kan uppgå till betydande belopp över tid. Även ett minskat konsumentöverskott till följd av risk för långsiktigt högre läkemedelpriser genom ett försämrat konkurrenstryck kan hänföras till indirekta kostnader.

Sammantaget är det högst oklart om de samhällsekonomiska vinsterna överstiger kostnaderna med en reglerad handelsmarginal, det är till och med troligt att så inte är fallet. En sådan reglering bör per definition inte införas då den innebär välfärdsförluster.

Enligt utredningen skapar förslaget om reglerad handelsmarginal förutsättningar för att i nästa steg införa regler om utbyte av läkemedel utanför förmånerna. Utredningen bedömer att det är önskvärt att det införs en sådan möjlighet. Det skulle skapa bättre förutsättningar för en väl fungerande konkurrens och lägre priser på läkemedel utanför förmånerna (s. 210).

Enligt Sveriges apoteksförening eliminerar förslaget priskonkurrensen i handelsledet, men utredningen påstår ändå att det skulle skapa bättre förutsättningar för en väl fungerande konkurrens. Det naturliga är att istället helt vända på resonemanget. Med ett förslag till utbyte skulle utredningen inte behövt lägga det betydligt mer ingripande förslaget om prisreglering, utan kunde istället bejakat och utnyttjat konkurrensen på marknaden. Möjlighet till utbyte är en effektiv reglering för att åstadkomma prispress till skillnad mot en reglering av handelsmarginalen. Utredningen har dock bedömt och tolkat sitt uppdrag som att enhetliga priser är överordnat låga läkemedelspriser för patienterna, vilket är olyckligt.

⁶ Regelbördans ekonomiska effekter (Tillväxtanalys, 2010)

2018-01-23

Övriga kommentarer

Utredningens tolkningar och avgränsningar (avsnitt 2.3, 2.4 och 6.8)

Utredningen avgränsar bort viktiga principiella frågor som hur man kan förebygga att receptbelagda läkemedel lämnar eller utesluts ur förmånerna, liksom om läkemedelstillverkare själva ska få avgöra om de vill ansöka om att deras läkemedel ska ingå i förmånerna. Om det offentliga anser att det finns grupper som är utsatta eller har särskilda behov, eller om vissa läkemedel bedöms som angelägna, finns alltid möjligheten att besluta om att ta in dessa i förmånen, eller att föreslå regeländringar som gör detta möjligt. Utredningen undviker helt dessa frågor och hävdar att dessa läkemedel är lika angelägna eller att grupper av patienter är utsatta, varför en prisreglering är motiverad även för läkemedel utanför förmånen som bekostas helt av patienten. Detta trots att det främst är fråga om läkemedel som inte prioriteras av samhället till det tillämpade priset.

Allvarligast är ändå att utredningen inte tar tag i frågan om utbyte av läkemedel mot annat läkemedel som inte heller ingår i förmånerna. I Ds 2017:29 Utökade möjligheter till utbyte lämnas inget förslag om utbytesmöjligheter i dessa situationer och man skriver att utredningens arbete med denna fråga bör avvaktas. Utredningen å sin sida återger vissa av förslagen från promorian i avsnitt 2.3, men konstaterar sedan att det nu pågår en process i denna fråga (s. 127). Vad för process som pågår är dock oklart då promemorian färdigställdes medan utredningen pågick. Utredningen lämnar således denna fråga helt när det hade varit naturligt att behandla och överväga detta alternativ i konsekvensutredningen. Som framförts tidigare är en möjlighet till utbyte en effektiv reglering för att skapa prispress och öka tillgängligheten till skillnad mot det mer ingripande förslaget om reglerad handelsmarginal.

Hur ser det ut i andra EU-länder? (avsnitt 4.3 och 4.4)

Utredningen konstaterar att det är vanligt, både ur ett nordiskt och ur ett europeiskt perspektiv, med en offentligt reglerad prissättning av receptbelagda läkemedel utanför subventionssystemen. Tio av tjugo jämförda länder har någon form av prisreglering för sådana läkemedel. Det är dock lika korrekt att hävda motsatsen, dvs. att det är vanligt att det inte förekommer någon prisreglering i de undersökta länderna. Det bör också framhållas att jämförelsen omfattar ett flertal länder med andra och striktare regulatoriska system än det svenska.

Det bör också uppmärksammas, vilket också utredningen gör, att generiskt utbyte i regel är tillåtet även för receptbelagda läkemedel utanför subventionssystemen i majoriteten av de länder som utredningen undersöker.

Prisjämförelser på receptbelagda läkemedel utanför förmånerna (kapitel 5)

Prisjämförelsen visar enligt utredningen att priserna skiljer sig åt mellan akörer och att skillnaderna kan vara betydande. Utredningen lyfter fram att på över hälften av de produkter som jämförts, varierade priset mellan det dyraste och billigaste apoteket vid måttillfället med mer än 10 procent. På en fjärdedel av produkterna varierade priset med mer än 20 procent. Detta tolkas enligt utredningen som att den faktiska priskonkurrensen är

2018-01-23

begränsad och att det kan diskuteras i vilken grad apoteken använder prissättningen som konkurrensmedel (s. 200).

Denna slutsats om begränsad priskonkurrens får förstås som att utredningen anser att prisspridning indikerar bristande konkurrens, vilket inte behöver vara fallet. Utredningen förbiser att prisskillnaderna är mindre mellan aktörerna med fysiska apotek. Prisspridningen förklaras huvudsakligen av att den renodlade e-handelsaktören Apotea med ett undantag genomgående har lägst pris. Detta kan delvis förklaras av att företaget använder priset som ett av sina främsta konkurrensmedel.

Utredningen gör en annan prisjämförelse av olika produkter med den aktiva substansen sildenafil och framhåller att prisskillnaderna var ännu större för dessa produkter, upp till 60 procent. Man jämför då produkt för produkt, men missar den väsentliga aspekten att jämföra den billigaste varianten med den dyraste. Exempelvis kostar Sildenafil Actavis under 300 kr hos alla apoteksaktörer, medan det dyraste alternativet av sildenafil (Viagra) kostar från 1 193 och upp till 1 308 kr. För att åstadkomma prispress och låga läkemedelspriser för patienterna är den effektivaste åtgärden att möjliggöra utbyte mellan dessa utbytbara alternativ.

Slutligen, att priserna varierar något mellan olika aktörer på en marknad är inget problem utan fullständigt naturligt och ett kännetecken för konkurrens. Det finns många typer av behandlingar som patienter upplever har stora hälsoeffekter och dessa kan även rekommenderas av vården, exempelvis naprapatbehandlingar, massage och akupunktur. Många gånger bekostas inte dessa behandlingar av landstingen och prissättningen är fri. Det är dock ingen som föreslagit att dessa behandlingar ska prisregleras så som utredningen föreslår för privatfinansierade läkemedel. Även inom den landstingsfinansierade vården varierar patientavgiften för samma typ av vårdinsats mellan olika landsting, och det gäller även landstingens subventioner av exempelvis preventivmedel.

Läkemedel som saknar anmält pris (avsnitt 7.6)

För tillverkare som inte anmäler pris föreslås att TLV ska kunna fastställa AIP och AUP utan anmälan från företaget. Sveriges apoteksförning ställer sig frågande till hur TLV ska kunna säkerställa att det är fastställt AIP som företaget tillämpar vid försäljning till svenska apotek. Företaget kanske inte ens valt att på eget initiativ tillhandahålla sitt läkemedel på den svenska marknaden.

Om företaget väljer att inte tillämpa fastställt AIP kommer apoteken tvingas sälja läkemedel till lägre marginal eller till och med förlust för att inte drabbas av sanktioner från TLV, eftersom dessa måste tillämpa fastställt AUP oavsett vilket AIP företaget tar ut. I förlängningen drabbar det berörda patientgrupper då försäljning av deras läkemedel blir en kostnad och inte en intäkt för apoteken. För licensläkemedel med fastställt pris, som utredningen jämför med, sker beslut om pris efter ansökan från tillverkaren, alltså inte på TLV:s eget initiativ.

2018-01-23

Ikraftträdande (kapitel 11)

Det krävs mycket god framförhållning inför ett eventuellt ikraftträdande för att nödvändiga IT-förändringar ska hinna genomföras. Utöver de externa krav att ta hänsyn till som utredningen nämner finns ytterligare förändringar med stor påverkan på apotekens IT-system, som ska införas under samma tidsperiod som föreslaget datum för ikraftträdande (1 juli 2019).

Nya säkerhetsdetaljer införs på läkemedel i syfte att minska risken för förfalskningar, vilket för apoteken innebär systemanpassningar för verifiering av förpackningsunika 2D-koder vid expedition. Vidare krävs systemanpassningar till en ny obligatorisk version av eHälsomyndighetens IT-tjänster för apotek (bland annat en helt ny säkerhetslösning). Båda dessa förändringar ska implementeras under första halvåret 2019 och kommer att ta stora resurser i anspråk.

Johan Wallér, vd Sveriges Apoteksförening

Björn Falkenhall, chefsekonom Sveriges Apoteksförening