

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen
Carl Jacobsens Vej 35
2500 Valby
Att.: Emilie Rønn Jensen

20-05-2022
DRA/PNI/410/00015

Hørings svar på Konkurrencerådets anbefalinger til at styrke konkurrencen i apotekssektoren

Danmarks Apotekerforening takker for muligheden for at give høringssvar på udkast til Konkurrencerådets anbefalinger til at styrke konkurrencen i apotekssektoren, som Apotekerforeningen har modtaget pr. e-mail den 29. april 2022.

Konkurrencerådets anbefalinger om en liberalisering af apotekssektoren hviler på en række grundlæggende antagelser om, at apotekerne i Danmark som følge af unødigt begrænset konkurrence skulle være karakteriseret ved et lavt serviceniveau, for høje priser og manglende pres for effektivisering og omkostningsminimering, som angiveligt skulle lede til for høje samfundsmæssige omkostninger til lægemiddeldistributionen. Disse antagelser er der efter Apotekerforeningens opfattelse ikke dækning for.

Vi er dybt uenige i, at konkurrencen i apotekssektoren skulle være for svag som følge af unødigt konkurrencebegrænsede regulering. Vi finder derfor heller ikke, at Konkurrencerådets anbefalinger er velbegrundede. Anbefalingerne vil ikke gavne borgerne, men vil gå ud over vigtigere samfundshensyn om:

- sundhedsfaglighed og patientsikkerhed
- uvildighed og økonomisk uafhængighed
- god og lige adgang til udlevering af og sundhedsfaglig rådgivning om korrekt anvendelse af lægemidler
- ens lægemiddelpriser i hele landet
- god fysisk tilgængelighed til apoteker i hele landet samt
- at bevare apoteker som en del af sundhedsvæsenet snarere end detailhandlen

Det er tydeligt, at Konkurrencerådet opfatter apotekerne som en del af detailhandlen. Derfor sætter rådet hensynet til fri markeds mæssig konkurrence over hensynet til sundhed, patientsikkerhed og uvildighed. Det er imidlertid i modstrid med en meget bred politisk aftale fra 2015, der har som sin kerne, at apotekssektoren fortsat skal være en del af sundhedsvæsenet og ikke en del af detailhandlen.

Apotekerne er en del af sundhedsvæsenet og en ressource, der i kraft af et stærkt sundhedsfagligt fokus og god tilgængelighed i hele landet kan være med til at løse de udfordringer, sundhedsvæsenet står overfor. Apotekerne er derfor nævnt i den aftale om en sundhedsreform, som et meget bredt flertal i Folketinget netop har indgået, hvor *"Aftalepartierne er enige om, at apotekerne spiller en central rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Apotekerne befinder sig tæt på borgerne, og apotekerne kan varetage flere opgaver, end de gør i dag, fx inden for medicinhåndtering, reduceret medicin spild og mindsket risiko for medicinfejl. Det kan bidrage til at aflaste fx sygeplejersker og læger i det nære sundhedsvæsen og kan understøtte øget patientsikkerhed og tilgængelighed."*

Men apotekernes vigtige sundhedsfaglige rolle i det nære sundhedsvæsen overses helt i Konkurrencerådets beskrivelse og anbefalinger.

Konkurrence må aldrig blive et mål i sig selv på bekostning af andre, vigtigere samfundshensyn. Det politiske mål med regulering af apotekssektoren er at sikre, at forbrugerne får god uvildig rådgivning om medicin til lave priser med god tilgængelighed og service til kundernes tilfredshed, hvilket i høj grad er opfyldt i dag. Reguleringen af apotekerne blev moderniseret med en reform i 2015 med netop disse mål for øje. Analyser viser, at apotekssektoren har leveret på alle de politiske ønsker.¹

I det følgende kommenteres først på de misvisende konklusioner om konkurrencen i apotekssektoren i den analyse, der ligger til grund for Konkurrencerådets anbefalinger, og derefter kommenteres på de konkrete anbefalinger.

Ikke dækning for konklusioner

Øget konkurrence

Som anført i vores høringsvar af 19. august 2021 finder Apotekerforeningen, at Konkurrencerådets analyse, som anbefalingerne baserer sig på, indeholder en misvisende beskrivelse af konkurrencen i apotekssektoren.

Et bredt flertal i Folketinget valgte at modernisere reguleringen af apotekerne i 2015. Det erklærede politiske mål var at øge borgernes adgang til at købe lægemidler til lave priser i hele landet, øge konkurrencen internt i sektoren, fastholde et fortsat fokus på sikkerhed og faglighed i udleveringen og rådgivningen, og at styrke apotekernes sundhedsfaglighed og rolle i sundhedsvæsenet uden at øge medicinudgifterne. Disse politiske mål er i høj grad opfyldt.

Siden 2015 er der kommet markant øget tilgængelighed, service og konkurrence med 68 procent flere receptekspederende apoteksenheder, længere åbningstider og kortere ventetider. Over 60 procent af de nye apoteker er etableret tættere på en konkurrent end på egne apoteksenheder, og de konkurrerer intenst om kunderne via tilgængelighed og service.

Samtidig har apotekerne siden 2015 styrket sin rolle i sundhedsvæsenet. På baggrund af aftaler med Sundhedsministeriet tilbyder apotekerne i dag medicinsamtaler, compliancesamtaler, genordination af visse lægemidler, ordination af dosispakket medicin for at mindske medicinfejl, vaccination mod influenza, pneumokokker og COVID-19 mv. samt COVID-19-antistoftest mv.

Apotekerne samarbejder med myndighederne og andre aktører om at fortsætte denne udvikling. Der arbejdes aktuelt for at etablere en ny arbejdsdeling mellem læger og apoteker om recepten, at udbrede dosispakning af medicin for at styrke medicinsikkerheden og samtidig frigive ressourcer i kommunerne, at begrænse ulighed i sundhed, at undgå overmedicinering og styrke forebyggelse.

Faldende indtjening

Endelig er apotekernes lægemiddelavance og indtjening reduceret markant siden 2015, og medicinpriserne på apotekerne er faldet med knap 20 procent siden moderniseringen. Regionernes udgifter til medicintilskud er dermed faldet, selv om der er udleveret 15 procent mere medicin.

¹ <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/analysertilgaengelighed/9-11-21-reformen-virkede.pdf>

Det er ikke korrekt, at apoteksreguleringen muliggør en relativt høj indtjening sammenlignet med andre virksomhedsejere. Konkurrencerådets analyse overvurderer indtjeningen og dermed forrentningen af egenkapitalen på grund af en række fejlvisninger i de anvendte data og metoder, der afviger fra Lægemiddelstyrelsens retningslinjer.

Konkurrencerådets data er således forurenede af en række andre indkomster og forhold uden relevans for apoteksdriften. Dermed overvurderer Konkurrencerådet den gennemsnitlige indtjening fra apoteksdrift med omkring 1 mio. kr. pr. apoteker, og rådet ser bort fra, at apotekernes indtjening er faldet siden moderniseringen og den friere etablering i 2015. I dag er indtjeningen fra apoteksdrift på niveau med lønnen for en privatansat farmaceut med ledelsesarbejde og med indtjeningen for alment praktiserende læger. Indtjeningen fra apoteksdrift er lavere end indtjeningen for privatpraktiserende speciallæger og markant lavere end for andre selvstændige erhvervsdrivende med 20-40 ansatte.

Lave priser og solid service

Apotekerforeningen kan heller ikke genkende, at forbrugerne går glip af lavere priser og bedre service. Det er tværtimod veldokumenteret, at priserne på receptpligtig medicin er historisk lave, at priserne på kopimedicin er de laveste i Europa, og at borgerne oplever en god tilgængelighed, høj service og sundhedsfaglig rådgivning, som de er glade for.

Der er således ikke dækning for analysens hovedkonklusion om, at der er tegn på svag konkurrence og for høj indtjening i sektoren, og der er dermed ikke belæg for de fremsatte anbefalinger.

Anbefalinger strider mod sundhedspolitiske hensyn

Konkurrencerådets anbefalinger er problematiske af flere årsager. De adresseres nærmere enkeltvis i det følgende.

Det er dog værd indledningsvist at bemærke, at rådet ikke forholder sig til, hvordan rådets anbefalinger vil påvirke den helt centrale aftalestyring af sektoren. Apotekernes rolle og opgaver i det nære sundhedsvæsen fastlægges i dag ved aftale mellem staten og apotekerne, og en aftalt bruttoavance ramme sikrer såvel opgaveløsning som styrbarhed og begrænsning af samfundets udgifter til lægemiddeldistribution med lave medicinpriser og -udgifter til følge. Konkurrencerådets anbefalinger risikerer at sætte disse samfundsfordele ved aftale- og rammestyrelsen over styr. Økonomisk rammestyrelse kan eksempelvis næppe opretholdes, hvis fri etablering skal føre til øget tilgængelighed, mens maksimalpriser omvendt næppe vil kunne spare udgifter til lægemiddeldistribution, hvis den økonomiske rammestyrelse fastholdes. Og uden aftalestyring mister sundhedsmyndighederne en fleksibel mulighed for at tilrettelægge opgaveløsningen i det nære sundhedsvæsen, da apotekerne reelt vil blive skubbet ud af sundhedsvæsenet og over i detailhandlen.

1.a Afskaffe krav om farmaceutejerskab

Konkurrencerådet foreslår at afskaffe kravet om personligt farmaceutisk ejerskab af apoteker. Forslaget vil tillade selskabs- og kædedannelse, og at fremmede kapitalinteresser kan eje apotekerne. Apotekerne mister dermed reelt tilknytningen til resten af sundhedsvæsenet og vil blive en del af detailhandlen. Forslaget vil især gå ud over uvildigheden, gennemsigtigheden og den klare personlige ansvarsfordeling i apotekssektoren.

Apoteket skal udlevere den rigtige medicin og give uvildig rådgivning til borgerne.

Samtidig skal apotekerne drives effektivt. Det opnås bedst, når apotekeren er farmaceut, og ejerskabet er personligt. Så forenes det faglige ansvar og det økonomiske ansvar for drift og udvikling.

Hvis man tillader, at alle og enhver kan eje apoteker, eller at eksterne investorer får indflydelse på apoteksdriften, bliver ansvarsfordelingen uklar. Med andre ejere kan der opstå pres for øget salg af varer på bekostning af uvildig sundhedsfaglig rådgivning. Hensyn til aktionærer kommer til at veje tungere end det sundhedsfaglige hensyn til patienten. Det personlige ejerskab giver personligt sundhedsprofessionelt ansvar, bedre gennemsigtighed og klarhed over økonomiske interesser.

Uden krav om farmaceutejerskab fjerner man apotekernes tilknytning til sundhedsvæsenet. Det betyder mindre samarbejde med og understøtning af læger, hospitaler, plejehjem, bosteder og hjemmepleje. Det lader især de svage borgere i stikken.

Kravet om personligt farmaceutisk ejerskab er den bedste garanti for uafhængige apoteker og for fokus på sundhedsfaglighed og uvildighed i udleveringen af og rådgivningen om korrekt brug af lægemidler. Det er ikke nok at stille krav til de ansattes uddannelse. Det er ejeren, der lægger niveauet i dagligdagen, og som dermed er styrende for afvejningen mellem på den ene side de professionelle sundhedsfaglige og patientsikkerhedsmæssige hensyn og på den anden side de kommercielle indtjeningshensyn.

Hvis ikke det er en lægemiddelvidenskabelig sundhedsprofessionel, men derimod en international kapitalfond, der ejer en apoteksvirksomhed, vil fokus blive forskubbet fra det personlige ansvar for de sundhedsfaglige og patientsikkerhedsmæssige hensyn over mod ejernes kommercielle salgs- og indtjeningshensyn.

Det er baggrunden for, at EU-domstolen har afgjort, at det er velbegrundet, at EU-medlemsstater af hensyn til sundhed og patientsikkerhed stiller krav om personligt farmaceutejerskab. Domstolen har fastslået, at andre reguleringer end personligt farmaceutejerskab ikke på samme måde kan sikre uafhængighed og uvildig sundhedsfaglig rådgivning. Heller ikke selv om der kræves ansat en driftsansvarlig farmaceut. For i sidste instans vil det altid være ejeren, der lægger niveauet og udstikker rammerne for afvejninger i den daglige drift mellem økonomiske og sundhedsfaglige hensyn.

Det er også derfor, at over 60 procent af EU's borgere i dag lever i lande, hvor der er krav om, at apoteker skal ejes af farmaceuter. En række europæiske lande, der tidligere havde afskaffet ejerskabskravet, har de seneste år genreguleret apotekssektoren og genindført krav om farmaceutejerskab, fordi frit ejerskab førte til uhensigtsmæssig kommercialisering på bekostning af det sundhedsfaglige fokus.

Kravet om farmaceutejerskab er således ikke en dansk særregel. Det er fortsat den fremherskende regulering i EU.

Det fremgår i øvrigt af den tværministerielle rapport "Modernisering af apotekssektoren" fra 2014, der lå bag den bredt funderede politiske beslutning i 2015 om at fastholde farmaceutejerskabet, at: *"Baggrunden for det farmaceutfaglige ejerskab har været et ønske om at drive sektoren med fokus på forsvarlig og sikker distribution, sundhedsfaglig kvalitet, rådgivning til medicinbrugeren om korrekt anvendelse af lægemidler og uvildighed."*

1.b Afskaffe antalsbegrænsningen på højst otte receptekspederende enheder pr. apoteker og den geografiske 75 km begrænsning på etablering af apoteker

Antalsbegrænsningen på højst otte receptekspederende apoteksenheder og den geografiske afstandsgrænse på højst 75 km fra moderapoteket er fastsat ud fra flere hensyn. For det første hensynet til at styrke konkurrencen og undgå konkurrencebegrænsende kædedannelser, hvor næsten alle apoteker ejes af ganske få store landsdækkende kæder og deraf følgende risiko for oligopoldannelse, hvor hele landets lægemiddelforsyning reelt er afhængig af ganske få dominerende kommercielle apotekskæder. For det andet for at bevare det personlige sundhedsfaglige ledelsesansvar, hvor apotekeren personligt kan sætte og understøtte en farmaceutfaglig kvalitetsstandard på alle vedkommendes op til otte apoteker inden for en afstand, der gør det muligt at varetage det personlige lederskab i det daglige kvalitetsarbejde.

Apotekerforeningen må derfor advare imod at tillade dannelse af store landsdækkende apotekskæder med mange apoteker, hvor konkurrencen risikerer at svækkes, og hvor den personlige farmaceutfaglige ledelse af de enkelte apotekers drift vil blive udvandet på grund af antallet af og afstanden til de apoteker, der skal ledes.

Apotekerforeningen er også uforstående over for, at Konkurrencerådet nu via sine anbefalinger reelt argumenterer for, at koncentration af apotekerne på færre større apotekskoncerner vil være godt for konkurrencen. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har i den tværministerielle arbejdsgruppe bag rapporten "Den økonomiske styring af apotekssektoren" fra december 2021 tværtimod forfægtet det synspunkt, at konkurrencen i apotekssektoren alt andet lige skulle være svækket siden 2015, fordi 200 flere apoteker nu ejes af 25 færre apoteksejere, der således hver især ejer lidt større apotekskoncerner med flere apoteker (fordi ledige apoteksbevillinger også kan søges af eksisterende apotekere, og fordi der er oprettet 68 procent flere apoteker).

2. Afskaffe hensynet til apotekers rimeligt tilfredsstillende driftsresultat

Apotekerforeningen er uforstående over for forslaget om at afskaffe hensynet til, at apoteker, hvor Lægemedelstyrelsen i henhold til apotekerlovens § 4 træffer bestemmelse om at oprette, nedlægge og flytte apoteker, skal have mulighed for at opnå et rimeligt tilfredsstillende driftsresultat.

Hensynet tages alene, når det er Lægemedelstyrelsen, der træffer beslutninger. Det er ikke i spil, når apotekerne selv vælger at udnytte muligheden for friere etablering af (eller flytning eller lukning af) frivilligt oprettede apoteksenheder.

Det er kun rimeligt, at hensynet tages, når Lægemedelstyrelsen – for at sikre god tilgængelighed til apoteker og lægemidler og rådgivning herom i hele landet – træffer bestemmelse om at oprette, nedlægge og flytte apoteker eller udsteder påbud om at oprette eller opretholde enheder. Apotekerne bør ikke kunne pålægges at oprette, nedlægge eller flytte apoteker uden hensyn til de enkelte apotekers *mulighed* for at opnå et rimeligt tilfredsstillende driftsresultat. Ellers ville Lægemedelstyrelsens bestemmelse kunne have karakter af ekspropriation med erstatningskrav til følge.

Når myndighederne pålægger apoteker opgaver inden for en fast aftalt økonomisk ramme for hele sektoren, bør det naturligvis ske under et overordnet hensyn til de aktører, der skal arbejde under disse rammer, herunder at der skal være *mulighed* for at opnå et rimeligt driftsresultat. Den nuværende bestemmelse giver heller ikke nogen garanti for, at den enkelte apoteker rent *faktisk* opnår et rimeligt driftsresultat. Dette afhænger af den enkeltes dispositioner på præcis samme måde som for alle andre selvstændige erhvervsdrivende, hvorved de økonomiske incitamenter til rationel drift er opretholdt.

3. Afskaffe de faste udsalgspriser på lægemidler, der vinder 14-dagesauktionerne

Konkurrencerådet foreslår at afskaffe de faste udsalgspriser på alle apoteker landet over og i stedet indføre maksimalpriser. Forslaget indebærer, at apotekerne kan konkurrere på lægemiddelpriserne ved at nedsætte apoteksavancen. Konkurrencerådet foreslår, at det kun skal være den lægemiddelpakning, der vinder 14-dagesauktionen, som prisen må nedsættes for. Dermed påvirker forslaget i modsætning til tidligere forslag om maksimalpriser fra Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen ikke umiddelbart, hvilke pakninger der reelt er billigst i den enkelte substitutionsgruppe.

Erfaringer med maksimalpriser fra fx Norge, hvor tre landsdækkende kapitalfondsejede apotekskæder ejer næsten alle apoteker, viser ifølge det norske Helse- og Omsorgsdepartementet², at maksimalprissystemet ikke bidrager til lavere priser. Alle de kapitalfondsejede apotekskæder tog den maksimale udsalgspris. Baggrunden er blandt andet, at rabatter, som apoteker modtager fra grossister og producenter, skal deles med medicinbrugerne og det offentlige. Men da de samme kapitalfonde ejer lægemiddelgrossisterne i Norge, gives rabatter fra producenterne ikke videre til apotekerne og medicinbrugerne, idet de kan beholdes i grossistledet, hvor de ikke skal deles med andre end kapitalfondsejeren.

Apotekerforeningen må advare imod at afskaffe de faste udsalgspriser på alle apoteker i hele landet og indføre maksimalpriser. Ikke mindst fordi forslaget strider imod en helt grundlæggende sundhedspolitisk målsætning om ens priser på lægemidler i hele landet, jf. fx Sundhedsministeriets rapport "Den økonomiske styring af apotekssektoren" (2021) og "Rapport om modernisering af apotekersektoren" (2014).

Forslaget vil bidrage til øget ulighed i sundhed, fordi det vil blive dyrere at blive syg i landdistrikter, hvor der er mindre basis for priskonkurrence om kunderne, end i de større byer.

Det vil i øvrigt ikke være foreneligt med det sundhedspolitiske ønske om et stærkt fokus på sundhedsfaglighed på apotekerne, hvis apotekerne skal konkurrere om kunderne via ugens tilbud på medicin. Og det virker unødvendigt at sætte over styr, når lægemiddelavancen i Danmark i forvejen er en af Europas laveste. Resultatet vil blive, at apotekerne får mindre råd til sundhedsfaglig rådgivning og i stedet må have mere fokus på kommercielt salg. Det er stik imod de intentioner, som Sundhedsministeriet har med regulering af apotekernes økonomi som en del af sundhedsvæsenet og ikke detailhandlen. For at understøtte denne udvikling har Sundhedsministeriet bl.a. indført en afgift på frihandelsomsætning til finansiering af et øget honorar for udlevering af og sundhedsfaglig rådgivning om korrekt brug af receptlægemidler.

Endelig vil maksimalpriser give mulighed for en skadelig "cream skimming" i sundhedsvæsenet. Store landsdækkende kæder og onlineapoteker vil således kunne bruge rabatter og tilbud på medicin til at tiltrække ukomplicerede handelskunder uden rådgivningsbehov for også at kunne sælge flere frihandelsvarer med højere avance til disse. Det vil efterlade de tungere, rådgivningskrævende patienter, der har et mere kompliceret, sammensat medicinforbrug og rådgivningsbehov til de øvrige fysiske apoteker, der dermed også mister potentialet for at supplere indtjeningen ved frihandelssalg.

² Jf. Helse- og Omsorgsdepartementet om regulering af priser på lægemiddelmarkedet: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/legemidler/innsikt/prisregulering/id226506/>

Lægemedielavancen, der i forvejen er blandt Europas laveste, er fastsat på et niveau, der nogenlunde afspejler den normale kundefordeling på tunge og mindre tunge patienter. Derfor kan denne avance ikke finansiere en høj sundhedsfaglighed over for en kundesammensætning, der primært består af tunge rådgivningskrævende kunder. Det vil dermed undergrave den gode og lige adgang til uvildig udlevering af og sundhedsfaglig rådgivning om korrekt anvendelse af lægemidler og god fysisk tilgængelighed til apoteker i hele landet som en del af sundhedsvæsenet. Det vil således bidrage til, at flere apoteker i landdistrikterne vil blive lukningstruet, hvor der i forvejen er mange apoteker, der tjener mindre end en ansat farmaceut og derfor er lukningstruet, og hvor bevillinger er vanskelige at besætte, jf. Sundhedsministeriets analyse "Den økonomiske styring af apotekssektoren", 2021.

I Norge, Sverige og Tyskland har myndigheder og politikere tilsvarende udtrykt bekymringer for, at især onlineapoteker gives mulighed for at tiltrække nemme handelskunder og dermed risikerer at underminere den eksisterende gode fysiske tilgængelighed til apoteker med rådgivning, medicingennemgang, fysisk inhalationsvejledning, vaccination, akutmedicin, vagtudlevering og mange andre sundhedsydelser, som ikke kan tilvejebringes tilfredsstillende alene ved virtuelle apoteker. Det er baggrunden for, at Tyskland ønsker at fastholde kravet om faste priser på receptlægemidler på alle apoteker, og at Sverige har intervenseret til fordel herfor i en sag ved EU-domstolen. Og det er baggrunden for, at norske Stortingspolitikere advarer imod, at onlineapoteker over tid vil underminere den gode tilgængelighed til fysiske apoteker, hvis ikke fysiske apoteker honoreres med en højere lægemiddelavance end onlineapoteker.

4. Erstatte lægens ordination af lægemidler angivet ved handelsnavn med lægens ordination af en substitutionsgruppe af relevante lægemiddelpakninger

Konkurrencerådet anbefaler, at læger, der ordinerer lægemidler i primærsektoren, fremover ikke skal angive et bestemt handelsnavn, men i stedet blot skal angive den substitutionsgruppe af synonyme lægemiddelpakninger, som lægemidlet tilhører.

Forslaget kan ses som et skridt på vejen mod generisk ordination, hvor lægen ordinerer lægemiddelbehandling og behandlingsvarighed med et bestemt lægemiddelstof i en bestemt dosis, og apoteket på den baggrund sammen med patienten beslutter udlevering af den/de lægemiddelpakninger med det handelsnavn og den pakningsstørrelse, der på udleveringstidspunktet er det bedste og billigste behandlingsalternativ.

Med henvisning til et arbejdspapir fra to økonomiske forskere anfører rådet, at handelsnavnet på generiske lægemidler og navnets placering i alfabetet har relativt stor betydning for, hvor hyppigt netop det lægemiddel ordineres af lægerne, fordi mange lægesystemer sorterer substituerbare lægemidler alfabetisk frem for efter pris.

Den økonomiske konsekvens heraf er dog markant mindre, end man kunne forledes til at tro. Apotekerne er allerede forpligtet til at tilbyde kunden den billigste pakning i substitutionsgruppen uanset lægens ordinerede handelsnavn. 80 procent af de receptlægemidler, apotekerne udleverer, er allerede den billigste tilgængelige pakning i substitutionsgruppen, selv om lægerne kun ordinerer den billigste pakning i 26 procent af tilfældene. Mere end 21 millioner gange om året skifter apotekerne således lægernes dyrere ordinationer ud med den billigste kopi. Det sparer allerede kunderne for 3,2 mia. kr. årligt.

Kunden har dog et frit forbrugsvalg og kan selv vælge en anden pakning end den billigste kopi mod til gengæld at betale hele merprisen selv uden medicintilskud. Hvis

kunden fravælger den billigste kopi, øger det således ikke umiddelbart de offentlige udgifter til medicintilskud, da kunden selv betaler hele prisforskellen.

Kun i den udstrækning, at kundens frie valg unødigt reducerer markedsandelen for den vindende pakning og dermed gevinsten ved at vinde prisauktionen, kan priskonkurrencen blandt producenter og importører indirekte blive afdæmpet med lidt højere priser til følge. Også for de pakninger, der vinder prisauktionen. Effekten må dog vurderes at være beskeden set i lyset af den allerede høje markedsandel for de billigste, tilgængelige pakninger i substitutionsgruppen.

Hertil kommer, at det ikke er realistisk at stille imod en 100 procent markedsandel for det lægemiddel, der vinder licitationen. Der er en lang række årsager til, at kunderne i visse tilfælde frit vælger et andet lægemiddel end det allerbilligste mod selv at betale merprisen. Det kan fx være, at:

- kunden foretrækker det samme mærke som sidst, hvis prisforskellen er helt marginal,
- kunden ønsker (eller ikke ønsker) blisterpakninger,
- der er et hjælpestof i den billigste pakning, som kunden er allergisk overfor, eller at
- kunden er mest tryk ved et bestemt mærke for ikke at komme til at forbytte skiftende lægemidler med fejlmedicinering til følge.

Set i forhold til denne type praktiske og patientsikkerhedsmæssige forhold, som berører de pågældende patienter, forekommer det økonomiske studie, som Konkurrencerådet henviser til, noget teoretisk.

Apotekerforeningen støtter imidlertid intentionerne med forslaget. Det bør dog udvikles nærmere mellem myndigheder, læger og apoteker og afstemmes med den nødvendige it-teknologiske understøttelse via lægemiddeltaksten (medicinpriser.dk) og det Fælles Medicin Kort (FMK).

Forslaget kan med fordel ses i sammenhæng med et aktuelt FMK-strategiprojekt i Sundhedsdatastyrelsen, "Ordination og tilhørende udlevering – alternativ til recept". Projektet er igangsat på foranledning af Apotekerforeningen og Lægeforeningen og FMK Styregruppen. Som led i projektet ses der aktuelt nærmere på, om man med afsæt i ordinationer i FMK, kan optimere mulighederne inden for recepter og udleveringer, uden at gå på kompromis med patientsikkerheden.

Projektet er sat i søen for at løse flere problemer, som opstår, fordi recepten i dag er statisk og ikke ændrer sig efter udstedelsestidspunktet, samtidig med at lægemiddelordinationen er dynamisk og løbende tilpasses patientens behov og symptomer. Det kan betyde, at recepten ikke længere er aktuel, men stadig gyldig. Det er kritisk, når der i disse situationer fortsat kan udleveres lægemidler. Ved at holde ordinationer og recepter adskilt i FMK opleves der derfor udfordring med recepter, som ikke matcher lægemiddelordinationen. Det skyldes enten, at recepten ikke længere er tilknyttet en aktuel lægemiddelordination, eller ikke er blevet ændret, selvom lægemiddelordinationen er ændret.

I den løsning som undersøges, vil det være apotekets opgave at forholde sig til lægens ordination, som ikke behøver at være en konkret pakning med et bestemt handelsnavn, men blot skal rumme en adgang til en substitutionsgruppe (jf. Konkurrencerådets anbefaling), og overholde udleveringsperioden (behandlingsstartsdato og

behandlings slutdato). Apoteket skal så sammen med kunden finde den rette pakningsstørrelse set ud fra et patientsikkerhedsmæssigt, økonomisk og lægemiddelfagligt perspektiv. Løsningen kræver tilpasninger i FMK og i lovgivningen.

Projektet "Ordination og tilhørende udlevering – alternativ til recept" kan bidrage til en bedre arbejdsdeling mellem læger og apoteker om ordination og udlevering af receptlægemidler og dermed til ressourcebesparelser især hos praktiserende læger. Det vil ligeledes give en bedre udnyttelse af kompetencerne, bedre overensstemmelse mellem ordination og udlevering og øge medicinsikkerheden.

5. Afskaffe udligningsordningen og erstatte den med ansøgning om tilskud til bevisligt lukningstruede apoteker, der dækker et særligt forsyningsmæssigt behov, hvor onlinesalg ikke udgør et tilstrækkeligt alternativ

Forslaget har flere elementer, som behandles særskilt i det følgende.

Afskaffe udligningsordningen

Konkurrencerådet foreslår at afskaffe udligningsordningen, der i dag sikrer god tilgængelighed til fysiske apoteker i hele landet med adgang til udlevering af og rådgivning om korrekt brug af lægemidler og tilbud om en række sundhedsydelser.

Udligningsordningen er en intern omfordelingsordning i apotekssektoren, hvor apoteker med en stor omsætning (i byerne) betaler en lille afgift til apoteker uden for byerne, hvor omsætningen er lav. Det sikrer god tilgængelighed til fysiske apoteker i mindre byer og landdistrikter, hvor det i dag ellers ikke ville være driftsøkonomisk rentabelt at drive et apotek.

Afgiften, der betales af store byapoteker, modsvarer af et præcis tilsvarende procenttillæg til apoteksavancen. Det er derfor ikke korrekt, når Konkurrencerådet anbefaler, at udligningsordningen mindsker apotekernes incitament til at konkurrere og ekspandere. Når apoteker konkurrerer om at tiltrække øget omsætning, modsvarer såvel de store byapotekers afgift af en øget omsætning, som de små landapotekers mistede tilskud ved en øget omsætning, fuldt ud af dette procenttillæg til apoteksavancen. Incitamentet til at konkurrere og ekspandere og øge omsætningen er således upåvirket af udligningsordningen, fordi afgift/tilskud modsvarer af det tilsvarende procenttillæg i avanceberegningen.

Imidlertid ville en afskaffelse af udligningsordningen bidrage til øget ulighed i sundhed. Det ville medføre, at en række små apoteker i landdistrikterne ikke længere ville være driftsøkonomisk rentable og ville blive lukningstruet. I landdistrikterne er der i forvejen mange apotekere, der tjener mindre end en ansat farmaceut, hvor apoteket derfor er lukningstruet, og en række landapoteksbevillinger er i forvejen vanskelige at besætte, jf. Sundhedsministeriets analyse "Den økonomiske styring af apotekssektoren", 2021.

Udbud

Konkurrencerådet foreslår, at den geografiske tilgængelighed til medicin skal sikres via udbud eller påbud om, at eksisterende apoteker skal oprette eller opretholde apoteksenheder, når særlige forsyningsmæssige behov taler for det, og når onlinesalg ikke udgør et tilstrækkeligt alternativ.

Apotekerforeningen finder principielt, at onlinesalg af lægemidler kan udgøre et supplement, men ikke et alternativ til den fysiske adgang til apoteker. Det vil øge uligheden i sundhed, hvis borgere i bestemte områder fratages muligheden for at kunne henvende sig personligt på et fysisk apotek. Både fordi en del kunder vil foretrække

at få personlig rådgivning på et fysisk apotek fremfor via en skriftlig information eller via onlinemedier. Og fordi adgangen til et fysisk apotek normalt vil give umiddelbar adgang til de nødvendige lægemidler, hvor et onlinekøb er afhængig af en senere levering af det pågældende lægemiddel.

Selv med fremkomsten af onlinesalg af lægemidler, finder Apotekerforeningen derfor fortsat, at de nuværende geografiske kriterier for apotekstilgængelighed er relevante og nødvendige af hensyn til sundhedspolitiske hensyn om god og lige tilgængelighed til sundhedstilbud i hele landet.

En løsning med at sende varetagelsen af lægemiddelforsyningen i landdistrikter i udbud er ikke en betryggende løsning i sundhedsvæsenet på problemet med luknings-truede apoteker i små byer og landdistrikter, hvor det ikke er driftsøkonomisk rentabelt at drive et apotek. Konkurrencerådets forslag om udbud af apoteksbevillinger i områder uden driftsøkonomisk grundlag giver ikke tilstrækkelig sikkerhed for uafbrudt opretholdelse af forsyningssikkerheden.

Forslaget om udbud kan således ikke sikre apoteksdækningen i udbudsperioden, som kan være længerevarende. Den periode, der kommer til at gå, hvor der i et område ikke er apoteksdækning vil endvidere øge behovet for tilskud til den apoteksenhed, der oprettes, idet en række kunder i mellemtiden vil have omlagt deres indkøbsvaner til et andet apotek.

Hertil kommer, at det må anses for vanskeligt at vurdere, hvilket grundlag potentielle bydere på driften i et givent område skal basere deres tilbud på, da de ikke er sikret imod oprettelsen af et konkurrerende apotek i nærheden. De vil i givet fald ikke kende den potentielle omsætning på den apoteksenhed, de vil tilbyde driften af. Alternativt skal modellen suppleres med områder, hvor apoteksdriften er subsidieret, og der ikke er mulighed for fri oprettelse af enheder.

Endelig er der også omkostninger forbundet med at afholde udbud, da der skal udarbejdes udbudsmateriale, ligesom der er uklarhed om udbudsperiodens længde. En lang periode vil potentielt begrænse konkurrencen, mens en kort periode vil mindske incitamentet til at investere i apoteket.

Sammenfattende synes forslaget om udbud ikke at udgøre en løsning, som kan sikre ubrudt tilgængelighed til apoteker i tyndt befolkede områder ved en afskaffelse af udligningsordningen.

God tilgængelighed i hele landet – også i geografiske yderområder – er en central del af de sundhedspolitiske hovedmålsætninger, som apoteksreguleringen skal bidrage til at sikre opfyldelsen af. Det er også forbundet med positive eksternaliteter for raske borgere at vide, at der altid er et apotek i nærheden, den dag de selv bliver syge, så de ved, at de hurtigt og nemt kan få den nødvendige medicin og rådgivning.

Det er i øvrigt ikke retvisende, når Konkurrencerådet anfører, at Norge og Sverige sikrer apoteker i udkantsområder via udbud. I Sverige blev dele af statsmonopolet ganske vist "udbudt" til salg i klynger med både land- og byapoteker. Men i begge lande understøttes apoteker i udkantsområder med tilskud, lige som der i perioder er givet påbud om, at store apotekskæder, der også driver en række byapoteker, skulle opretholde driften af visse apoteker i udkantsområder eller på skift skulle oprette/opretholde apoteker på urentable placeringer.

Påbud

Lægemiddelstyrelsen har allerede i dag muligheden for at udstede påbud om at oprette, opretholde, nedlægge eller flytte apoteksenheder for at sikre god tilgængelighed i hele landet, hvis et apotek varetager et særligt forsyningsmæssigt behov.

Men et påbud kan ikke stå alene. Påbud skal som i dag kunne ledsages af tilhørende økonomisk støtte, der giver det enkelte apotek *mulighed* for et rimeligt tilfredsstillende driftsøkonomisk resultat. Ellers får et påbud om opretholdelse eller oprettelse af et apotek et sted, hvor der ikke er et driftsøkonomisk grundlag for det, karakter af ekspropriation med mulighed for krav om erstatning.

Onlinesalg

Konkurrencerådet anbefaler, at vurderingen af, hvornår et apotek varetager et særligt forsyningsmæssigt behov, skal inddrage muligheden for at købe medicin online.

Men onlineapoteker kan kun være et supplement, ikke et alternativ til fysiske apoteker. Adgang til onlinekøb af lægemidler kan således være et fornuftigt supplement til adgangen til personligt fremmøde med personlig rådgivning på fysiske apoteker i nærområdet. Men onlinehandel tilgodeser ikke en række sundhedsmæssige behov, som kun det fysiske apotek kan tilfredsstille. Det gælder f.eks. behovet for personlig rådgivning og vejledning om sundhed, egenomsorg og lægemidler, akut opstået behov for udlevering af medicin samt udførelse af sundhedsydelser som vaccination, udvidet inhalationsvejledning, medicingennemgang mv. Hertil kommer plejehjems og bosteders behov for et lokalt fysisk apotek til udlevering af medicin og til rådgivning og problemløsning over for plejepersonalet, f. eks. ved sektorovergange, hvor patienter udskrives fra sygehus uden for egen læges åbningstid uden nødvendig medicin eller ved terminalpatienters akutte medicinbehov mv. Endvidere er det ikke alle borgere, som er digitalt indfødte og fortrolige med NemID, MITID og handel på nettet. Navnlig vil en del ældre og udsatte borgere med stort og sammensat medicinforbrug fortsat have behov for det fysiske apotek, ikke mindst i små byer og landdistrikter.

Kun støtte til lukningstruede apoteker efter ansøgning

Konkurrencerådet anbefaler, at kun de lukningstruede apoteker, som varetager et særligt forsyningsmæssigt behov, og hvor onlinesalg ikke vurderes at udgøre et tilstrækkeligt alternativ, kan understøttes, og kun efter ansøgning. Men som anført ovenfor kan onlineapoteker kun være et supplement, ikke et alternativ til adgang til personlig betjening og rådgivning på et fysisk apotek i nærområdet.

Samtidig er der stor risiko for, at overgang fra udligningsordningens gennemsigtige støtte til små landapoteker til i stedet en efterfølgende ansøgning om støtte kun til bevisligt lukningstruede apoteker vil føre til en række apotekslukninger i små byer og landdistrikter. Det er vanskeligt at bevise, at et apotek er lukningstruet, før der kan fremvises driftsregnskaber med vedvarende, realiserede underskud. Dette vil da sandsynligvis allerede have ført til lukning af driftsøkonomisk urentable apoteker i yderområder og dermed forringet tilgængelighed i landdistrikterne, inden der kan ansøges om og opnås støtte. Det illustreres også af, at der kun er søgt og bevilget tilskud efter apotekerlovens § 51 til yderst få apoteker siden 2015. Hertil kommer, at det selvsagt sætter de pågældende apoteker i en ekstra usikker situation, hvis der ikke er klarhed over, hvilket tilskud apoteker eventuelt kan opnå.

Sådanne tilskud bør i øvrigt beregnes på objektive kriterier, således at apotekets incitamenter til at drive apoteket rationelt ikke påvirkes af muligheden for tilskud, lige som det er tilfældet med den nuværende udligningsordning. Det er imidlertid meget vanskeligt at se, hvilke kriterier der i givet fald skulle være tale om.

Konklusion

Apotekerforeningen er uforstående over for Konkurrencerådets konklusioner og anbefalinger. Som det er påvist, hviler konklusionerne i vid udstrækning på antagelser, der ikke er dækning for. Og anbefalingerne vil – på nær en enkelt – forringe den sundhedsfaglige kvalitet, patientsikkerhed, uvildig rådgivning, lighed i sundhed, god tilgængelighed og ens medicinpriser i hele landet og lave udgifter for borgerne og samfundet.

Apotekerforeningen kan derfor ikke støtte rådets anbefalinger. Men vil – som beskrevet – arbejde videre med Lægeforeningen og FMK Styregruppen om projektet "Ordnation og tilhørende udlevering – alternativ til recept", da det både kan øge medicinsikkerheden og aflaste de praktiserende læger.

Danmarks Apotekerforening står naturligvis til rådighed for eventuel uddybning af ovenstående.

Med venlig hilsen

Dan Rosenberg Asmussen
Viceadministrerende direktør