



KONKURRENCE- OG FORBRUGERSTYRELSEN

Konkurrencerådet

VELFUNDERENDE MARKEDER

#63 | September 2022

ANBEFALINGER TIL AT STYRKE KONKURRENCEN I APOTEKERSEKTOREN

Konkurrencerådet offentliggjorde i marts 2022 en analyse af konkurrencen i apotekersektoren. I forlængelse heraf præsenteres i denne artikel en række anbefalinger til at styrke konkurrencen i apotekersektoren under hensyntagen til, at borgere i hele Danmark fortsat skal have let og sikkerhedsmæssig forsvarlig adgang til lægemidler.

Anbefalingerne omfatter tiltag, der har til formål at styrke konkurrencen i apotekersektoren gennem strukturelle indgreb og sikre lavere priser på lægemidler til medicinbrugerne.

Læs artiklen ↓

Apotekersektoren spiller en væsentlig rolle i at sikre, at danskerne har rimelig let og sikkerhedsmæssig forsvarlig adgang til lægemidler og har et ansvar for at sikre, at danskerne får udleveret den medicin, de ifølge lægen har brug for. På den baggrund er sektoren underlagt omfattende regulering, som kan begrænse konkurrencen og dermed kan have afledte negative effekter for forbrugere m.v.

Reglerne om ejerskab, geografisk placering og prissætningen af apoteksforbeholdte lægemidler hæmmer konkurrencen unødigt. Desuden udnyttes det potentiale, der kan være i at købe medicin m.v. online, ikke fuldt ud i tilrettelæggelsen af lægemiddelforsyningen. Den konkurrencebegrænsende regulering i apotekersektoren betyder bl.a., at det er svært for nye aktører at komme ind på markedet, og at det økonomiske incitament til at innovere og udvikle bedre tilgængelighed og forretningsmodeller er reduceret.

Nye beregninger i Konkurrencerådets analyse af konkurrencen i apotekersektoren¹ viser, at apotekerejernes indtjening er relativt høj på trods af avancebegrænsende regulering. Det understøtter, at konkurrencen i sektoren ikke er effektiv på trods af, at reguleringen i 2015 blev moderniseret for bl.a. at øge antallet af apoteksenheder i Danmark.

Indtjeningen i sektoren skal ses i sammenhæng med, at apotekerne har et delvist offentligt finansieret monopol på salg af apoteksforbeholdt medicin, og at driften er forbundet med relativt begrænset økonomisk risiko. Samtidig giver reguleringen apotekerne en fordelagtig position inden for frihandelsvarer, hvor de er i konkurrence med andre forretninger. Det gælder særligt de fysiske apoteker.

En apoteksejer tjener i gennemsnit 2,3 mio. kr. årligt, og indkomsten er steget med ca. en mio. kr. i lønkorrigerede termer siden midt 00'erne. Forøgelsen skyldes, at afkastet af ejerskab er mere end fordoblet i perioden.² Samtidig er den indkomst, som apoteksejerne opnår relativt høj, når den sammenlignes med indkomsten for virksomhedsejere i andre lignende regulerede sektorer, fx læger og tandlæger.

Forrentningen af egenkapitalen i apotekersektoren er høj sammenlignet med et rimeligt bud på et normalafkast. Den opgjorte egenkapitalforrentning er steget fra 2008 til 2015, hvor den nåede op på 53 pct. Efterfølgende er den opgjorte forrentning faldet til ca. 26 pct. i 2019.

Den konkurrencebegrænsende regulering i sektoren betyder bl.a., at de konkurrencemekanismer, der er på et velfungerende marked, og som eliminerer overnormal

fortjeneste og for høje omkostninger, ikke fuldt ud er til stede i apotekersektoren. Borgerne kan derfor gå glip af vigtige fordele ved effektiv konkurrence, fx lavere priser og bedre service. For at styre udviklingen i avancen og omkostningerne i sektoren som helhed, bliver apotekersektorens samlede avance derfor reguleret.

I forlængelse af Konkurrencerådets analyse af konkurrencen i apotekersektoren præsenteres i det følgende en række anbefalinger, jf. boks 1, til at styrke konkurrencen i apotekersektoren under hensyntagen til, at borgere i hele Danmark fortsat skal have let og sikkerhedsmæssig forsvarlig adgang til lægemidler.

Boks 1: Konkurrencerådets anbefalinger til at styrke konkurrencen i apotekersektoren

1. Anbefalinger til at sikre lavere priser på lægemidler til medicinbrugerne

Anbefaling 1: Der indføres generisk ordination for receptpligtige lægemidler, så lægen udelukkende skal vælge indholdsstof, lægemiddelform og varighed af behandling, medmindre der er lægefaglige grunde til at vælge et bestemt lægemiddel.

Anbefaling 2: Der indføres maksimale udsalgspriser på de lægemidler, der har vundet 14-dagesauktionerne, som apotekerne sælger til forbrugerne, i stedet for faste udsalgspriser.

2. Anbefalinger til at styrke konkurrencen gennem strukturelle indgreb i sektoren

Anbefaling 3: Kravet om en uddannelsesmæssig baggrund som farmaceut for at kunne få en bevilling til at drive apotek afskaffes, så andre end farmaceuter kan eje et apotek.

Anbefaling 4: Etableringsretten udvides for personer, der har en apotekerbevilling, så ejerne selv kan bestemme antallet af apoteker, placering m.v.

Anbefaling 5: Ved bestemmelse om at oprette, nedlægge og flytte apoteker afskaffes hensynet om, at omkringliggende apoteker bør få mulighed for at opnå et rimeligt tilfredsstillende driftsøkonomisk resultat.

Anbefaling 6: Udligningsordningen afskaffes og erstattes med en model, hvor kun lukningstruede apoteker, der samtidig dækker et særligt forsyningsmæssigt behov, understøttes.

¹ Konkurrencerådet: "Konkurrencen i apotekersektoren" (2022).

² I analyserne er der anvendt to kilder til at opgøre apoteksejernes indtjening, jf. også bilag 1 "Metode for opgørelse af apoteksejernes indtjening" (2022).

1. Anbefalinger til at sikre lavere priser på lægemidler til medicinbrugerne

Danmark har nogle af Europas laveste priser på kopimedicin, og gennemsnitspriserne på apoteksforbeholdte lægemidler er faldet siden starten af 00'erne. Prisfaldet på apoteksforbeholdt medicin skyldes bl.a. patentudløb og dermed et øget udbud fra generikaproducenterne (mens priserne på de originale produkter typisk ikke falder i nær samme omfang, når patentet udløber). Samtidig har det central betydning, at apotekernes indkøb af medicin konkurrenceudsættes via 14-dagesauktionerne.

Lægemidler med samme aktive indholdsstof(fer) i beslægtede lægemiddelformer er indbyrdes substituerbare for patienten. Dette betegnes som generisk substitution af synonyme lægemidler. Det er Lægemedelstyrelsen, der – baseret på en faglig vurdering – fastlægger, hvilke produkter, der kan indgå i en konkret substitutionsgruppe.

Når lægen i dag skal ordinere receptpligtig medicin til patienterne, skal lægen vælge et af de tilgængelige præparater fra forskellige lægemiddelproducenter inden for en substitutionsgruppe. Lægen kan således ikke nøjes med at angive det aktive indholdsstof (selv om produkterne i en substitutionsgruppe antages at have samme virkning).

Når lægen har ordineret den receptpligtige medicin, kan medicinbrugerne købe den ordinerede medicin til en fast pris på apoteket, som udstilles af Lægemedelstyrelsen. I dag er apotekernes udsalgspris (AUP) således fast på samtlige apoteksforbeholdte lægemidler. Det betyder, at medicinbrugerne betaler præcis samme pris for apoteksforbeholdt medicin, uanset hvilket apotek medicinbrugerne indløser sin recept på.

Apotekernes udsalgspriser (AUP) består af følgende elementer:

- » Apotekets indkøbspris (AIP) fra grossisten. Apotekernes indkøbspris fastsættes ved, at leverandører hver 14. dag byder ind med indkøbsprisen (AIP) for de kommende 14 dage. Den leverandør, der har budt ind med den laveste pris på et præparat inden for en substitutionsgruppe vinder den førstkomende prisperiode på 14 dage, og det er således dette præparat, som apoteket er forpligtet til at tilbyde medicinbrugerne i perioden.
- » Relevante gebyrer, fx receptgebyr på 8 kr., som gælder alle lægemiddelpakninger solgt på recept, og et færdigbehandlingsgebyr på 17,5 kr., som gælder nogle få lægemidler, som færdigblandes på apoteket.
- » En fastkroneavance på 5,46 kr. Den faste kroneavance er reguleret i bruttoavanceaftalen.

» En procentuel avance på af 7,6 pct. af AIP. Den procentuelle avance sendes direkte videre til Lægemedelstyrelsen til dækning af udgifter til apotekerudligningen og sektorgodtgørelser. Lidt forsimplet opkræver apotekerne således en procentuel avance fra medicinbrugerne, som de sender videre til Lægemedelstyrelsen, til fordeling blandt apoteker bl.a. baseret på apotekernes omsætning på apoteksforbeholdte lægemidler.

» Moms på 25%

Apoteket er forpligtet til at tilbyde patienten at købe det billigste præparat i substitutionsgruppen, medmindre lægen ud fra en lægefaglig vurdering aktivt har fravalgt, at præparatet kan substitueres. Eksempelvis kan en patient være allergisk over for et hjælpestof i det ene præparat, som ikke er indeholdt i et andet præparat. Medicinbrugerne kan altid på apoteket selv fravælge et billigere præparat, fx fordi brugeren foretrækker det samme mærke som sidst. Evt. tilskud fra sygesikringen bliver beregnet ud fra billigste lægemiddel i substitutionsgruppen. Patienten skal således selv betale hele prisforskellen mellem det billigste lægemiddel og det ordinerede lægemiddel.³

Anbefaling 1:
Der indføres generisk ordination for receptpligtige lægemidler, så lægen udelukkende skal vælge indholdsstof, lægemiddelform og varighed af behandling, medmindre der er lægefaglige grunde til at vælge et bestemt lægemiddel.

Når lægen træffer valget om, hvilket præparat der skal ordineres til patienten, sker dette ofte via et it-system, som overfører recepten elektronisk til apoteket. I dette it-system er præparater med samme aktive indholdsstof alfabetisk rangeret efter producentens navn. Når lægen søger efter navnet på indholdstoffet, vil de mulige præparater fra forskellige lægemiddelproducenter, der indeholder samme aktive indholdsstof, således blive præsenteret i alfabetisk rækkefølge.

Et hold forskere på Københavns Universitet finder i et studie på danske data, at navnet på lægemidlet har stor betydning for, hvilket lægemiddel lægen ordinerer. Samtidig har det lægemiddel, lægen konkret ordinerer, stor betydning for patientens valg på apoteket og dermed også for prisen.⁴ De finder således, at jo tidligere i alfabetet lægemiddelproducenten optræder, jo mere af dette præparat udleveres til medicinbrugerne i forhold til andre præparater med samme indholdsstof. Det sker på trods af, at apoteket skal tilbyde patienten det billigste præparat.

³ Tilskudspriser til medicin (lægemedelstyrelsen.dk).

⁴ Hauschultz, F. og A. Munk-Nielsen (2020): "Markups on Drop-Downs: Prominence in Pharmaceutical Markets", working paper.

I studiet anvendes data for samtlige transaktioner med receptpligtig lægemidler solgt på danske apoteker i perioden 2005-2016. Data indeholder oplysninger om både det købte og det ordinerede lægemiddel (som kan være forskellig). Forfatterne finder, at ændringer i lægernes it-system, kan føre til besparelser på op mod 10 pct. af medicinudgifterne til gavn for medicinbrugerne og statskassen. I studiet beregnes besparelserne med udgangspunkt i to modeller:

- » en model, hvor lægen udelukkende skal vælge indholdsstof og lægemiddelformen
- » en model, hvor lægemidlerne fra forskellige producenter inden for en substitutionsgruppe er rangeret efter pris frem for alfabetisk

Resultatet peger på, at en fuldt ud effektiv generisk substitution således bør starte allerede, når lægen ordinerer lægemidlet for at opnå den maksimale effekt. I studiet vurderes, at modellen hvor lægen udelukkende skal vælge indholdsstof og lægemiddelform (dvs. en substitutionsgruppe) vil have størst effekt på medicinudgifterne, mens rangering efter pris frem for alfabetisk også vil have en vis effekt.

Det anbefales, at læger udelukkende skal ordinere generisk, herunder vælge indholdsstof, lægemiddelform og varighed af behandling, når de ordinerer medicin til patienter, med mindre der foreligger lægefaglige grunde til at vælge et bestemt lægemiddel. Der vil således være tilfælde, hvor lægen vurderer, at substitution på apoteket er u hensigtsmæssig. I disse tilfælde skal det naturligtvis være muligt for lægen at vælge et specifikt lægemiddel på samme måde, som det er muligt for lægen i dag. Udgangspunktet i it-systemet skal dog være, at lægen ikke skal vælge et præparat fra en bestemt producent. Forslaget sigter således mod at ændre 'default', så det ikke i samme omfang er den alfabetiske rækkefølge i it-systemet, der afgør, hvilket produkt patienterne bliver henvist til af lægen.

Lægeforeningen har også tidligere foreslået at åbne muligheden for, at læger kan ordinere generisk. I dag er der kun fire europæiske lande, herunder Danmark, der ikke har indført mulighed for generisk ordination – enten obligatorisk eller i en ordning, hvor lægen har mulighed for at ordinere enten generisk eller et specifikt lægemiddel.⁵

Forslaget kan være med til at øge sikkerheden for, at patienterne får udleveret den rigtige medicin i den rigtige mængde og vil bidrage til en mere effektiv generisk substitution, hvor medicinbrugernes valg af lægemiddel ikke påvirkes af, hvilken lægemiddelproducent der er angivet på recepten. En mere effektiv generisk substitution vil føre til ikke ubetydelige udgiftsbesparelser for medicinbrugerne. Hertil

kommer, at forslaget kan være med til at øge lægemiddelproducenternes incitament til at vinde prisauktionerne, da en mere effektiv generisk substitution vil betyde, at flere medicinbrugere køber det billigste lægemiddel.

Anbefalingen er forenelig med væsentlige sundhedspolitiske hensyn som uvildighed i adgangen til medicin samt samfundsøkonomiske hensyn om at sikre kontrol med de offentlige udgifter til medicintilskud og sygehusmedicin. Det vil fortsat være lægen, der ordinerer medicinen og dermed i vidt omfang bestemmer efterspørgslen, ligesom 14-dagesauktionssystemet og den generiske substitution fortsat vil blive opretholdt. Apotekerne vil fortsat skulle udlevere de vindende produkter og kan således ikke påvirke, hvad der skal udleveres til medicinbrugerne.

Et alternativ kunne være, at lægemidlerne i lægernes it-system blev rangeret efter pris frem for alfabetisk. Det er dog vurderingen, at dette vil have mindre effekt end tilfældet, hvor lægen kun skal vælge substitutionsgruppe.

Anbefaling 2: Der indføres maksimale udsalgspriser på de lægemidler, der har vundet 14-dagesauktionerne⁶, som apotekerne sælger til forbrugerne i stedet for faste udsalgspriser.

I dag betaler medicinbrugerne præcis samme pris for apoteksforbeholdt medicin uanset, hvilket apotek medicinbrugerens indløser sin recept på.

Faste udsalgspriser på apoteksforbeholdt medicin fjerner muligheden for almindelig priskonkurrence, som bl.a. betyder, at det enkelte apotek ikke kan omsætte effektivitetsgevinster til lavere priser til gavn for medicinbrugerne.

Det anbefales, at der indføres maksimale udsalgspriser for apotekerne frem for faste udsalgspriser på de vindende lægemidler i 14-dagesauktionerne. Maksimale udsalgspriser giver apotekerne mulighed for at sælge medicin til medicinbrugerne til en lavere udsalgspris end den faste udsalgspris, fx ved at reducere egen avance. Hvis der sættes maksimale priser på de vindende produkter, kan priserne således i højere grad nærme sig marginalomkostningerne (dvs. AIP'erne).

Forslaget indebærer udelukkende, at apotekerne kan sætte en lavere pris på det vindende produkt inden for en substitutionsgruppe. For de resterende lægemidler skal der således fortsat gælde en fast udsalgspris, som vil blive

⁶ Hver 14. dag byder leverandører ind med apotekernes indkøbspris (AIP) for de kommende 14 dage. Den leverandør, der har budt ind med den laveste pris på et præparat inden for en substitutionsgruppe, vinder den førstkomende prisperiode på 14 dage, og det er dermed dette præparat, som apoteket er forpligtet til at tilbyde medicinbrugerne i perioden.

beregnet som i dag. Det sikrer, at incitamentet til at byde ind med en lav pris på auktioner er uændret. Anbefalinger vil omfatte størstedelen af markedet, da det vindende produkt i 14-dagesauktionerne i dag får omkring 70 pct. af markedet.⁷

Hvis det *vindende* præparat (med tilskud) i en substitutionsgruppe går i leveringssvigt, kan det næstbilligste præparat i substitutionsgruppen udleveres fra apoteket med tilskud. Udleveringsprocenten af det billigste –tilgængelige– præparat udgør således ca. 80 pct. på landets apoteker.

Forslaget vil ikke svække konkurrencen i 14-dagesauktionerne. Den leverandør, der har indmeldt den laveste indkøbspris, vil fortsat vinde den førstkommande prisperiode på 14 dage. Substitutions- og tilskudssystemet vil også fortsætte uændret som i dag, idet dette system fortsat baseres på de vindende lægemidler i 14-dagesauktionerne.

I Sverige og Norge fastsættes maksimalpriser for receptpligtige lægemidler.⁸ Maksimalpriser giver her apotekerne mulighed for at sælge medicin til forbrugerne til en lavere udsalgspris end den faste.

Forslaget giver den enkelte apoteker mulighed for at omsætte effektivitetsgevinster til lavere priser på det vindende produkt til gavn for medicinbrugerne. Forslaget kan føre til, at priserne, i modsætning til i dag, kan variere fra apotek til apotek og på tværs af landet, men uden at stille medicinbrugerne dårligere end med faste udsalgspriser. Forslaget vil give apotekerne mulighed for at tilbyde lavere priser til patienterne. Effekten af forslaget vil derudover afhænge af konkurrencesituationen i det pågældende område, men også af omkostningerne ved at drive et apotek. Som udgangspunkt kan det betyde, at priserne i visse byområder kan falde mere end i landområderne. Det er dog svært at afgøre på forhånd. Det skyldes, at omkostninger til bl.a. husleje er noget lavere i landområderne, hvilket også kan trække i retningen af lavere priser.

Medicinbrugerne kan bl.a. få kendskab til, hvor de kan købe de billigste receptpligtige lægemidler, gennem prisoplysninger på apotekernes hjemmeside. Det kan styrke incitamentet til at afsøge markedet og øge sandsynligheden for, at patienten kan få billigere medicin.

Anbefalinger til at styrke konkurrencen gennem strukturelle indgreb i sektoren

Det er Lægemedelstyrelsens opgave at tilrettelægge og træffe beslutning om apoteksstrukturen i Danmark, herunder bestemme, hvorvidt der skal oprettes, nedlægges eller

flyttes apoteker. Tilrettelæggelsen af strukturen skal i dag bl.a. ske under hensyn til ”*at det enkelte apotek bør få mulighed for at opnå et rimelig tilfredsstillende driftsøkonomisk resultat*”.⁹ Når Lægemedelstyrelsen fx vurderer, hvorvidt der skal oprettes endnu et apotek i et givent område, skal det altså indgå i overvejelserne, hvorvidt omkringliggende apoteker fortsat har mulighed for at opnå et rimeligt tilfredsstillende driftsøkonomisk resultat.

I dag kræves en apotekerbevilling fra Lægemedelstyrelsen for at kunne eje og drive et apotek i Danmark. Reguleringen af apotekernes bevillingssystem fastsætter i dag regler om ejerskab, placering og antal. Bl.a. er det kun farmaceuter, der må eje et apotek, og der er begrænsninger for, hvor mange apoteker en farmaceut må eje.

Reglerne om ejerskab, geografisk placering og hensynet om, at det enkelte apotek bør få mulighed for et rimelig driftsresultat hæmmer konkurrencen unødigt. Reguleringen udgør en barriere for, at eksisterende apoteker kan vokse og forhindrer, at andre end farmaceuter kan etablere et apotek. Det kan være med til at begrænse produktudviklingen og konkurrencepresset på de eksisterende apoteker.

Udligningsordningen er en økonomisk udligning mellem apoteker, der har til formål at sikre økonomisk grundlag for drift af apoteker i udkantsområder, så borgerne har let adgang til lægemidler i hele landet. Ordningen indebærer, at apoteker med en relativ stor omsætning betaler en afgift, som tilfalder apoteker, der ikke har så stor en omsætning. Apotekernes udligningsordning påvirker det enkelte apoteks økonomi og mulighed for indtjening og dermed incitament til at konkurrere og ekspandere.

Anbefaling 3:

Kravet om en uddannelsesmæssig baggrund som farmaceut for at kunne få en bevilling til at drive apotek afskaffes, så andre end farmaceuter kan eje et apotek

En apotekerbevilling er personlig, uden tidsbegrænsning og giver som udgangspunkt en apoteker mulighed for at drive ét apotek beliggende i et bestemt postdistrikt. Lægemedelstyrelsen kan meddele apoteksejeren bevilling til at drive op til fire apoteker.¹⁰ I dag stilles krav om en uddannelse som farmaceut for at få en apotekerbevilling.

Den nuværende regulering af ejerskab forhindrer, at eksterne parter kan eje og udøve indflydelse på apotekernes forretningsmodel m.v. Dermed forhindres nye aktører i at komme ind og udvikle apotekersektoren. Dette skaber en adgangsbarriere og kan begrænse innovationen og konkurrencepresset på de eksisterende apoteker.

⁷ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Priscykler i markedet for receptpligtig medicin efter patentudløb, 2017.

⁸ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Rapport om modernisering af apotekersektoren, 2014, side 50.

⁹ Apotekerloven § 4.

¹⁰ Apotekerloven (LBK nr. 801 af 12/06/2018), kapitel 4, § 5, § 15; Forslag til lov om ændring af apotekersektoren (L 35, 2014/2015), afsnit 2.2.1.

Den nuværende regulering af ejerskab begrænser også de eksisterende apotekers mulighed for at hente kapital til apoteket og få andre profiler og uddannelsesmæssige kompetencer ind i virksomheden. Dette kan svække eksisterende apotekers mulighed for at vokse eller evt. udvikle nye forretningsmodeller til gavn for medicinbrugerne.

Det anbefales, at kravet om, at det kun er farmaceuter, der må eje et apotek afskaffes. Med frit ejerskab vil der ikke længere være et krav om besiddelse af farmaceutisk faglighed hos ejeren. Derfor foreslås det også, at der skal være en af Lægemedelstyrelsen godkendt farmaceut, som er tilknyttet apoteket, og som er ansvarlig for, at apoteket drives sundhedsfagligt forsvarligt, og fx gennem forudgående beskæftigelse har gjort sig egnet til at lede driften af et apotek. Lignende krav stilles i dag for andre virksomheder, som tilbyder sundhedsydelser, fx privathospital og -klinikker.

Det skal fortsat sikres, at der er en passende geografisk adgang til medicin i hele Danmark. Det kan enten ske ved udbud eller ved at videreføre den praksis, der er i dag, hvor Lægemedelstyrelsen kan påbyde ejere af apoteker at oprette eller opretholde en apoteksenhed, hvis særlige forsyningsmæssige hensyn taler for det, mod at yde økonomisk støtte.

I implementeringen af anbefalingen kan der hentes inspiration fra andre lande, hvor ejerskabsreglerne og reglerne om placering i apotekersektoren er mere lempelige. I Sverige, Norge, Nederlandene, Irland og Storbritannien er der ikke krav om, at et apotek skal være ejet af en farmaceut. I bl.a. Irland skal der til gengæld være ansat en ledende farmaceut og en ansvarlig farmaceut. Den ledende farmaceut har det overordnede ansvar, mens den ansvarlige farmaceut har ansvaret for bl.a. forsyningen af lægemidler. De skal begge være registreret hos den ansvarlige myndighed og have minimum tre års erhvervs erfaring. Én farmaceut kan godt udfylde begge roller og må gerne være leder af flere apoteker på samme tid. Lignende regler gør sig gældende i Holland, hvor der også er fri etableringsret, dog forudsætter det, at det er en autoriseret farmaceut, der står for det farmaceutiske arbejde på apoteket.

De nye ejere skal omfattes af passende tilsyn, restriktioner og krav om god skik, således at der værnes om kvalitet og sikkerhed i forbindelse med distribution af lægemidler. Det er således vigtigt, at nye ejere skal kunne stilles til ansvar for deres adfærd og beslutninger, uanset om de er farmaceuter eller ej. Det foreslås derfor, at nye ejere skal godkendes af Lægemedelstyrelsen som egnede til at eje et apotek inden aktiviteten påbegyndes. Det kan fx ske ved en tilladelsesordning, som bl.a. også anvendes til at godkende forhandlere af veterinære lægemidler.¹¹

Det bør desuden overvejes, om de eksterne ejere skal pålægges et ansvar, som rækker ud over, hvad der ellers gælder i private virksomheder. Det kan fx være i form af personlig straf, hvis centrale sundhedsfaglige hensyn i alvorlig grad er tilsidesat med ejerens vidende. Det skal således sikres, at arbejdsgiverens interesse og ledelsesret ikke udfordrer farmaceuternes efterlevelse af deres sundhedsfaglige ansvar. I den forbindelse skal det noteres, at farmaceuter, der ejer et apotek, naturligt også er optaget af at opnå indtjening i deres virksomhed, og at en ændret ejerkræds ikke nødvendigvis vil forstærke fokus på indtjeningen.

Processen for tilladelsen til at drive apotek vil bl.a. indebære, at myndigheden kontrollerer, at lokaler og udstyr er velegnede til formålet, således at lægemidlerne kan opbevares og udleveres korrekt og sikkert.

Det skal være gennemsigtigt og offentligt tilgængeligt, hvilke krav der stilles for at kunne oprette et apotek, ligesom det skal sikres, at der ikke sker en forskelsbehandling på farmaceuter og andre end farmaceuter i forbindelse med tilladelsen.

Af hensyn til at sikre ejerens uvildighed kan det overvejes, om ejeren, i forbindelse med ansøgning om tilladelse til at drive apotek, skal beskrive ejerskabsstrukturen i virksomheden i forhold til uafhængighedskravet, samt om efterfølgende ændringer i ejerskabsstrukturen, som kan have betydning, også skal godkendes.

Endvidere bør forslaget ledsages af et forbud mod, at lægemiddelproducenter, lægemiddelimportører og -grossister kan eje apoteker, ligesom forbuddet imod at læger, dyrlæger og tandlæger kan eje et apotek bør opretholdes. Derved sikres, at rådgivning og udlevering af medicin ikke påvirkes af økonomiske interesser.

Forslaget skaber bedre mulighed for at udvikle nye forretningsmodeller. En tilgang af andre profiler i ejerkrædsen (end farmaceuter) vil kunne bane vej for, at andre kompetencer kan komme i spil og samtidig øge muligheden for at hente ekstern kapital til investeringer og effektiviseringer.

De umiddelbare erfaringer fra andre lande tyder på, at friere etableringsret har ført til et øget antal apoteker. I Norge og Sverige er der åbnet flere apoteker i byområderne, mens der i udkantsområderne er sikret apoteksvirksomheder via udbud.¹²

Anbefaling 4:

Etableringsretten udvides for personer (i dag farmaceuter), der har en apotekerbevilling, så ejerne selv kan bestemme antallet af apoteker og placering.

I dag må personer, med en bevilling til at drive fysiske apoteker, maksimalt drive otte receptekspederende enheder inden for en radius af 75 km fra moderapoteket. Personer som har en bevilling til alene at drive online apoteker er derimod afskåret fra at åbne fysiske apoteksenheder uden en særskilt godkendelse til det (til trods for, at de er godkendt til at drive et (online) apotek).

Antalsbegrænsningen og reglerne om, at apotekerens enheder maksimalt må ligge 75 km fra moderapoteket, og at personer med bevilling til at drive online apoteker ikke må oprette fysiske enheder, begrænser de mest effektive apotekere i at ekspandere og konkurrere i hele landet.

Det anbefales, at der indføres friere etableringsret for personer, der har en apotekerbevilling, så ejerne selv kan bestemme placering og antallet af apoteker. Med forslaget følger også, at personer, der har en bevilling til at drive et online apotek også frit kan oprette fysiske enheder. Det skal fortsat sikres, at der er en passende geografisk adgang til medicin i hele Danmark, fx ved at videreføre den praksis, der er i dag, hvor Lægemedelstyrelsen kan påbyde ejere af apoteker at oprette eller opretholde en apoteksenhed, hvis særlige forsyningsmæssige hensyn taler for det.

Forslaget skaber mulighed for et øget antal apoteker til gavn for medicinbrugerne og den geografiske forsynings-sikkerhed for medicin.

Anbefaling 5:

Ved bestemmelse om at oprette, nedlægge og flytte apoteker afskaffes hensynet om, at omkringliggende apoteker bør få mulighed for at opnå et rimelig tilfredsstillende driftsøkonomisk resultat.

Lægemedelstyrelsens tilrettelæggelse af strukturen i apotekersektoren, herunder beslutninger om at oprette, nedlægge og flytte apoteker, skal bl.a. ske under hensyn til *"at det enkelte apotek bør få mulighed for at opnå et rimelig tilfredsstillende driftsøkonomisk resultat"*.¹³

Når Lægemedelstyrelsen fx vurderer, hvorvidt der skal oprettes endnu et apotek i et givent område, skal det således bl.a. indgå i overvejelserne, hvorvidt øvrige apoteker i området fortsat har mulighed for at opnå et rimeligt tilfredsstillende driftsøkonomisk resultat. Det begrænser konkurrencepresset på de eksisterende apoteker og reducerer incitamentet til at konkurrere og sikre effektiv drift. På et

velfungerende marked vil effektive virksomheder vinde markedsandele, mens mindre effektive virksomheder vil tabe terræn. Hensynet om at sikre, at eksisterende apoteker i et område får mulighed for at opnå et rimeligt tilfredsstillende driftsøkonomisk resultat kan sætte denne mekanisme ud af kraft.

Det anbefales at afskaffe hensynet om, at omkringliggende apoteker bør få mulighed for at opnå et rimelig tilfredsstillende driftsøkonomisk resultat i tilrettelæggelsen af apoteksstrukturen i Danmark. For fortsat at sikre en passende geografisk adgang til medicin i hele Danmark, skal udvalgte apoteksplaceringer, som ellers kan være vanskelige at drive rentabelt, fortsat godtgøres. Således skal apoteker, der påbydes at opretholde eller oprette et apotek ud fra et forsyningsmæssigt hensyn i områder, hvor der ikke i sig selv er et økonomisk grundlag for driften af apoteket, fortsat godtgøres. Det skal sikre, at forslaget ikke svækker adgangen til lægemidler i sådanne områder.

Forslaget vil øge apoteksejernes incitament til at effektivisere, innovere og udvikle bedre forretningsmodeller og dermed i sidste ende være til gavn for medicinbrugerne.

Anbefaling 6:

Udligningsordningen afskaffes og erstattes med en model, hvor kun lukningstruede apoteker, der samtidig dækker et særligt forsyningsmæssigt behov, understøttes.

Udligningsordningen er en økonomisk udligning mellem apoteker, der har til formål at sikre økonomisk grundlag for drift af apoteker i udkantsområder, så borgerne har let adgang til lægemidler i hele landet. Ordningen indebærer, at apoteker med en relativ stor omsætning betaler en afgift, som tilfalder apoteker, der ikke har så stor en omsætning. Det er kun fysiske apoteker uden for bykommunerne, og som ligger mere end fem kilometer fra et andet apotek, der kan modtage tilskud. Tilskuddet kan maksimalt udgøre en mio. kr.¹⁴

Udligningsordningen mindsker apotekernes incitament til at konkurrere og ekspandere. Apoteker med en relativt lav omsætning er altid sikret et vist økonomisk fundament og har dermed mindre incitament til at ekspandere, da de i givet fald helt eller delvist vil miste det tilskud, de ellers opnår. Apoteker med en relativ stor omsætning har ligeledes mindre incitament til at ekspandere. Værdien af at sælge mere mindskes, når apotekets omsætning overstiger den faste beløbsgrænse. Apoteksejeren tjener således mindre på hvert salg af lægemidler over denne grænse.

¹³ Apotekerloven § 4.

¹⁴ Bekendtgørelse nr. 2284 af 29. december 2020 om beregning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v., § 2.

Afgift og tilskud beregnes med udgangspunkt i den samlede omsætning for alle apoteksenheder, hvortil apoteksejeren har bevilling (koncernniveau). Det kan begrænse lysten til at ekspandere og sikre forsynings sikkerhed i udkantsområder. Hvis apoteksejeren ejer et apotek, hvor der er økonomisk grundlag for driften, vil overskuddet potentielt skulle dække et eventuelt underskud i det apotek, hvor der ikke er et økonomisk grundlag.

Det er derfor vigtigt, at godtgørelsen er målrettet de apoteksenheder, der dækker et særligt forsyningsmæssigt behov, og hvor der i sig selv ikke er et økonomisk grundlag for drift af et apotek.

Det anbefales, at udligningsordningen afskaffes og erstattes med en model, hvor det kun er lukningstruede apoteker, som samtidig dækker et særligt forsyningsmæssigt behov, som understøttes. For fortsat at sikre en passende geografisk adgang til medicin i hele Danmark, skal udvalgte apoteksplaceringer, som ellers kan være vanskelige at drive rentabelt, således fortsat understøttes.

I tilrettelæggelsen af, hvornår et apotek vurderes at dække et særligt forsyningsmæssigt hensyn, kan muligheden for at købe medicin online inddrages.¹⁵ Muligheden for at købe medicin online skaber øget tilgængelighed til medicin, især i mere tyndt befolkede dele af Danmark og kan samtidig medføre et konkurrencepres på apoteker i hele landet, idet borgerne ikke er bundet til at købe medicin og andre apotekerprodukter i et afgrænset geografisk område. Onlineapoteker vil for nogle medicinbrugere udgøre et supplement til fysiske apoteker, mens det for andre medicinbrugere vil være et alternativ. Det vil i høj grad afhænge af medicinbrugers behov og tilbøjelighed til at handle online. Det skal også ses i lyset af, at nogle medicinbrugere har akut behov for lægemidler, mens andre i højere grad kender deres medicinbehov længere ud i fremtiden.

Med forslaget følger, at det er apoteksejeren selv, der skal bevise, at apoteket, som ligger i et af de udvalgte områder, er lukningstruet og dermed skal understøttes. Det foreslås også, at grundlaget for vurderingen af, om et apotek er lukningstruet foretages med udgangspunkt i den konkrete enheds økonomi og dermed ikke på koncernniveau, hvilket er tilfældet i dag. Det vil sikre, at de rette incitamenter til at ekspandere er til stede, og at overskuddet fra driften af en apoteksenhed, hvor der er et økonomisk grundlag, således ikke vil skulle dække et eventuelt underskud i det apotek, hvor der ikke er et økonomisk grundlag.

I tilrettelæggelsen af kriterierne, der skal lægges til grund i vurderingen af, hvornår et apotek, som dækker et forsyningsmæssigt behov, skal godtgøres, kan der hentes inspiration i reglerne om indhold af og formkrav til apotekernes ansøgning til afgiftslempelse, jf. Apotekerlovens § 51.

Omkostninger til at understøtte de apoteker, som dækker et særligt forsyningsmæssigt behov, kan finansieres via de afgifter, som alle apoteker betaler til Lægemiddelstyrelsen. Dermed vil ordningen blive finansieret bredt af alle apoteker/aktører.

Ved at afskaffe den nuværende omsætningsbaserede udligningsordning øges apotekernes incitament til at ekspandere og fokusere på en effektiv drift. Det gælder både apoteker med høj omsætning, fordi de ikke længere delvist vil blive modregnet, og for apoteker med lav omsætning, fordi de ikke længere vil modtage tilskud via systemet.

¹⁵ I dag vurderes dette hensyn på baggrund af et afstandskriterium, idet det lægges til grund, at den enkelte forbruger i almindelighed bør have adgang til en receptekspederende enhed (dvs. et apotek eller en apoteksfilial), inden for rimelig afstand fra sin bopæl (maks. 15 km).