PUNKT #: TEKST

27-06 2012
12/06377
/SHA/SUPO

HENVENDELSE FRA KONKURRENCERÅDET TIL MINISTEREN FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE OG ERHVERVS- OG VÆKSTMINISTEREN EFTER KONKURRENCELOVENS § 2, STK. 5

KONKURRENCE- OG FORBRUGERSTYRELSEN
Erhvervs- og Vækstministeriet

INDHOLDSFORTEGNELSE

1 RESUME 1

2 AFGØRELSE 7

3 APOTEKSSEKTOREN – REGLER OG MARKEDSBESKRIVELSE 8
3.1 Bevillingssystemet 9
3.1.1 Ejerskabsregler 9
3.1.2 Antalskontrol 11
3.1.3 Tilgængelighed 14
3.1.3.1 Antal apoteker 14
3.1.3.2 Ventetider 15
3.2 Pris- og avancereguleringen 17
3.2.1 Regler for priser og beregning af avancen 18
3.2.2 Overskud 21
3.3 Udligningsordningen og tilskud 21
3.3.1 Omsætningsbaseret udligning 22
3.3.2 Enhedsstilskud 24
3.4 Øvrig regulering 25
3.4.1 Åbningstider 25
3.4.2 Sortiment 26
3.4.3 Internethandel 27
3.4.3.1 Regler 27
3.4.3.2 Markedet for internethandel 27

4 ERFARINGER MED DEREGULERING 29
4.1.1 Håndkøbsmedicin 29
4.1.2 Veterinærmedicin 31
4.2 Internationale erfaringer 32
4.2.1 Norge 33
4.2.2 Sverige 34
4.2.3 Nederlandene 35
4.2.4 England 36
4.2.5 Irland 36
4.2.6 Konklusion 37

5 KONKURRENCEANALYSE 39
5.1 Bevillingssystemet 39
5.1.1 Ejerskabsregler 39
5.1.2 Antalskontrol 41
5.2 Pris- og avancereguleringen 44
5.3 Udligningsordningen 48
5.3.1 Omsætningsbaseret udligning 48
5.3.2 Enhedstilskud 51
5.4 Øvrig regulering 51
5.4.1 Åbningstider 51
5.4.2 Sortiment 52
5.4.3 Internethandel 53

6 HØRING 54
6.1 Ejerskabsregler og antalskontrol 55
6.2 Maksimalpriser og avanceregulering 60
6.3 Udligningsordningen 62
6.4 Åbningstider 63
6.5 Sortiment 63
6.6 Internethandel 63

7 KONKLUSION 67

8 BILAGSOVERSIGT 70

1 RESUME

1 Denne sag drejer sig om de konkurrencebegrænsninger, som reguleringen af apotekssektoren medfører.

2 Kort fortalt medfører reglerne, at muligheden for fri etablering og placering af nye apoteker i Danmark er begrænset, at ejerskab til apoteker er forbeholdt farmaceuter og er personligt, at der er faste salgspriser og avancer, at apotekernes incitament til at øge omsætningen er begrænset af udligningsordningen samt at konkurrencen på service er begrænset, herunder fx fleksible åbningstider, udvidet frihandelssortiment og etablering af rene internetapoteker.

3 Apotekssektoren i Danmark er stærkt reguleret og følgende bestemmelser medvirker efter Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens vurdering til at begrænse konkurrencen mellem apotekerne:

- Apotekerlovens § 4 omkring antalskontrol for antal apoteker i Danmark,
- Apotekerlovens § 15 omkring adgangsbestemmelser til apoteksmarkedet,
- Apotekerlovens § 44-46 med tilhørende bekendtgørelse om pris- og avancereguleringen på receptpligtige lægemidler,
- Bekendtgørelse nr. 169 af 20. februar 2012 om den omsætningsbaserede udligningsordning,
- Apotekerlovens § 40 med tilhørende bekendtgørelse om apotekets åbningstider,
- Apotekerlovens § 12, stk. 1, nr. 4 om begrænsninger i frihandelssortimentet samt
- Apotekerlovens § 43a om internetapotekers tilknytning til fysisk apotek via ejerskab

4 Formålet med konkurrenceloven er at fremme en effektiv samfundsmæssig ressourceanvendelse gennem virksom konkurrence til gavn for virksomheder og forbrugere, jf. konkurrencelovens § 1.

5 Efter konkurrencelovens § 2, stk. 2 finder lovens kapitel 2 og 3 ikke anvendelse, hvis en konkurrencebegrænsning er en direkte eller nødvendig følge af offentlig regulering.

6 Det fremgår af konkurrencelovens § 2, stk. 5, at:

7 *"Hvis Konkurrencerådet finder, at en offentlig regulering eller en støtteordning kan have skadelige virkninger for konkurrencen eller i øvrigt kan hindre en effektiv samfundsmæssig ressourceanvendelse, kan rådet til vedkommende minister samt økonomi- og erhvervsministeren afgive en begrundet udtalelse, som påpeger mulige skadelige virkninger for konkurrencen, samt fremkomme med forslag til fremme af konkurrencen på området. Vedkommende minister skal efter forhandling med økonomi- og erhvervsministeren svare på Konkurrencerådets udtalelse senest fire måneder fra modtagelsen af rådets udtalelse. Konkurrencerådet kan forlænge fristen."*

8 Konkurrencerådet kan således, hvis rådet finder, at en offentlig regulering kan have skadelige virkninger for konkurrencen eller i øvrigt kan hindre en effektiv samfundsmæssig ressourceanvendelse, afgive en begrundet udtalelse til den relevante ressortminister. Udtalelsen skal påpege mulige skadelige virkninger for konkurrencen samt fremkomme med forslag til fremme af konkurrencen på området, jf. konkurrencelovens § 2, stk. 5.

9 Konkurrencerådet rettede i 2005 en henvendelse til den daværende indenrigs- og sundhedsminister, jf. konkurrencelovens § 2, stk. 5. Anbefalingerne i henvendelsen fra 2005 svarer på en række områder til de anbefalinger, der fremsættes i denne nye henvendelse.

10 Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen udarbejdede i 2010 en analyse af apotekssektoren i Danmark[1]. Analysen viste blandt andet, at den danske regulering af apoteksområdet indebærer, at der kun i meget begrænset omfang er konkurrence blandt apoteker.

11 Den tidligere regering indgik 11. april 2011 sammen med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Kristendemokraterne en aftale om Konkurrencepakken. Af aftalen fremgår, at der *"gennemføres en undersøgelse af mulighederne for liberalisering af apotekssektoren, herunder belyses konkrete modeller, som tilgodeser ønsker om højere tilgængelighed, lave priser på medicin for forbrugerne, nedbringelse af udgifterne på sundhedsområdet og fastholdelse af forbrugernes sikkerhed. Undersøgelsen skal inddrage erfaringer, herunder økonomiske og kapacitetsmæssige konsekvenser fra Sverige, Nederlandene, Storbritannien, Irland og Norge, hvor man har liberaliseret apotekssektoren. Undersøgelsen afsluttes inden 1. april 2012."*

12 Efterfølgende nedsatte det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium et udvalg, som skulle gennemføre den omtalte undersøgelse. Kommissoriet blev,

[1] Regulering af apotekssektoren, konkurrenceanalyse 2/2010.

af den nuværende regering, ændret til en *"modernisering af apotekssektoren"* inden udvalgsarbejdet reelt var kommet i gang. Ændringen betød, at fokus blev udvidet og præciseret i forhold til tidligere. Det nye kommissorium indførte et særskilt afsnit om sygehusapoteker og præciserede hvilke øvrige initiativer, som bl.a. skulle drøftes. Det er Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens vurdering, at ændringerne betød, at de konkurrencerelevante forhold fik en mindre fremtrædende plads i udvalgets arbejde. Styrelsen er repræsenteret i udvalget, hvis arbejde forventes afsluttet ultimo 2012.

13 På baggrund af udvalgets ændrede fokus fra at afdække mulighederne for en liberalisering af apotekssektoren til at fremlægge mulige modeller for en modernisering af apotekssektoren, forventer Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen ikke på nuværende tidspunkt, at udvalgets forslag til moderniseringsinitiativer vil kunne løse de problemer, som Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen rejste i 2010 i forhold til konkurrencen på apoteksområdet.

14 Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har foretaget nye analyser af apoteksområdet og opdateret en række af analyserne fra 2010-rapporten. I den forbindelse har styrelsen bl.a. indhentet erfaringer fra Norge, Sverige, Nederlandene, England og Irland, som alle har dereguleret apotekssektoren. Analyserne viser bl.a., at

- Flere europæiske lande, der har dereguleret apotekssektoren, har efter dereguleringen oplevet en øget tilgængelighed i form af flere apoteker og længere åbningstider samt indtræden af nye aktører på markedet.

- Spredningen i overskuddet i sektoren er høj (fra et underskud på 44 pct. af bruttoomsætningen til et overskud på 11 pct. af bruttoomsætningen før udligning), og mere end en fjerdedel af samtlige apoteker har et markant højere overskud (mindst 3 pct. af bruttoomsætningen før udligning) end det gennemsnitlige overskud i sektoren. Hvis adgangen til apoteksmarkedet ikke var reguleret, ville der sandsynligvis blive etableret apoteker i områder, hvor der er markedsmæssigt grundlag herfor (områder med store overskud).

- Faste priser hindrer priskonkurrence på receptpligtige lægemidlers udsalgspriser. Et fald på blot to pct. i salgsprisen på receptpligtige lægemidler vil betyde, at forbrugerne sparer en kvart mia. kr. om året. Erfaring fra liberaliseringen af salget af udvalgte håndkøbslægemidler samt veterinærmedicin viser, at

liberaliseringen har betydet nye aktører på markedet med en deraf følgende positiv effekt på prisudviklingen.

- Udligningsordningen (som er en økonomisk udligning mellem apoteker med det formål at sikre økonomisk grundlag for drift af apoteker i udkantsområder) mindsker apotekernes incitament til at skabe større omsætning og i øvrigt fordyrer distributionen af lægemidler. Styrelsen mener, at andre værktøjer kan sikre en passende geografisk spredning af apoteker, bl.a. fri etableringsret.

- Omfordelingen via udligningsordningen er upræcis i forhold til formålet med ordningen. Knap 31 pct. af apotekerne, som modtager tilskud fra udligningsordningen, har et overskud som ligger over det gennemsnitlige overskud målt i procent af bruttoomsætningen før udligning. Antallet af udleveringssteder for receptpligtige lægemidler er samtidig faldet med 19 pct. over de sidste ti år som følge af adgangsreguleringen. Tilgængeligheden er således umiddelbart faldet.

15 Styrelsen foreslår på den baggrund, at Konkurrencerådet fremsender en henvendelse til ministeren for sundhed og forebyggelse og erhvervs- og vækstministeren efter konkurrencelovens § 2, stk. 5 med anbefalinger om, hvordan en række af de konkurrencebegrænsninger, der er i apotekssektoren kan afskaffes og markedet derved dereguleres.

16 I det vedlagte udkast til henvendelse til ministeren for sundhed og forebyggelse og erhvervs- og vækstministeren foreslås ændringer på primært tre områder: Ændring af henholdsvis adgangsreguleringen, pris- og avancereguleringen og udligningsordningen. Dertil kommer forslag til mindre ændringer i den øvrige regulering.

17 Henvendelsen indeholder følgende anbefalinger:

- Ophævelse af krav til at en ejer af et apotek skal være farmaceut, (cand.pharm.) og at ejerskabet er personligt.

- Ophævelse af bestemmelsen om kontrol af antallet af apoteker i Danmark, således at der indføres fri etableringsret. Som følge heraf bør det overvejes at ændre eller afskaffe tilskud til apoteksenheder (enhedstilskud).

- Betydelig forhøjelse af den øvre grænse for, hvor mange apoteker samme ejer må eje.

- Ændring af fastprisreguleringen på lægemidlers salgspris til en maksimalprisregulering.
- Afskaffelse af den omsætningsbestemte udligningsordning.
- Brug af udbud med henblik på at sikre adgang til lægemidler i tyndt befolkede områder.
- Indførelse af en minimumsgrænse for gennemsnitlige åbningstid i stedet for de nuværende regler, der foruden en minimumsgrænse også fastlægger placering af åbningstiden.
- Ophævelse af begrænsningen af apotekernes frie sortiment og
- Mulighed for etablering af rene internetapoteker samt afskaffelse af den nedre grænse for forsendelsesgebyr ved handel på et internetapotek.

18 Formålet med at ændre reguleringen er at reducere priser, øge tilgængelighed og serviceniveau samt reducere ventetider på apotekerne til fordel for forbrugerne.

19 I den nuværende regulering er der flere regler, som fortsat vil understøtte høj kvalitet og sikkerhed samt rimelige samfundsøkonomiske omkostninger til lægemiddeldistribution. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen anbefaler derfor, at der fortsat stilles krav om

- Den daglige leders uddannelse
- At en uddannet farmaceut er til stede i åbningstiden på apoteket
- Uafhængighed af praktiserende læger, grossister og lægemiddelindustrien fortsat kræves overholdt
- At gældende substitutionsregler fortsætter
- At 14-dages auktionsmodellen til fastlæggelse af apotekets indkøbspriser fortsætter
- At apoteket hurtigst muligt skal efterkomme anmodninger om fremskaffelse af ethvert lægemiddel, hvis forhandling er forbeholdt apoteker

20 Samfundsmæssigt vil en ændring af reguleringen medføre lavere omkostninger. Det skyldes bl.a., at forbrugerne vil spare tid i form af kortere ventetider og mindre transporttid til apoteket samt bedre muligheder for at

handle på internetapoteker. Dertil kommer muligheden for lavere priser og eventuelle besparelser i administrationen af reguleringen. På den baggrund er det Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens samlede vurdering, at en deregulering af apotekssektoren baseret på ovenstående anbefalinger vil udgøre en væsentlig gevinst for samfundet.

2 AFGØRELSE

22 Konkurrencerådet retter henvendelse til ministeren for sundhed og forebyggelse og erhvervs- og vækstministeren i medfør af konkurrencelovens § 2, stk. 5 med det som bilag 1 vedlagte udkast til brev.

23 Ministeren for sundhed og forebyggelse skal, jf. den nævnte bestemmelse, inden for fire måneder fra modtagelsen besvare henvendelsen efter drøftelse med erhvervs- og vækstministeren.

3 APOTEKSSEKTOREN – REGLER OG MARKEDSBESKRIVELSE

24 I dette afsnit beskrives regelgrundlaget for apotekssektoren i Danmark, og formålet med reglerne gennemgås. Der er tre typer af regler, der begrænser konkurrencen; regler vedrørende adgangsregulering, pris- og avanceregulering og afgifter og tilskud, som nogle apoteker med en vis omsætning betaler henholdsvis modtager – også benævnt udligningsordningen. Herefter gennemgås øvrig relevant regulering omkring driften af et apotek. Endelig beskrives apotekssektoren i form af data for tilgængelighed, sektorens økonomi og internetsalg.

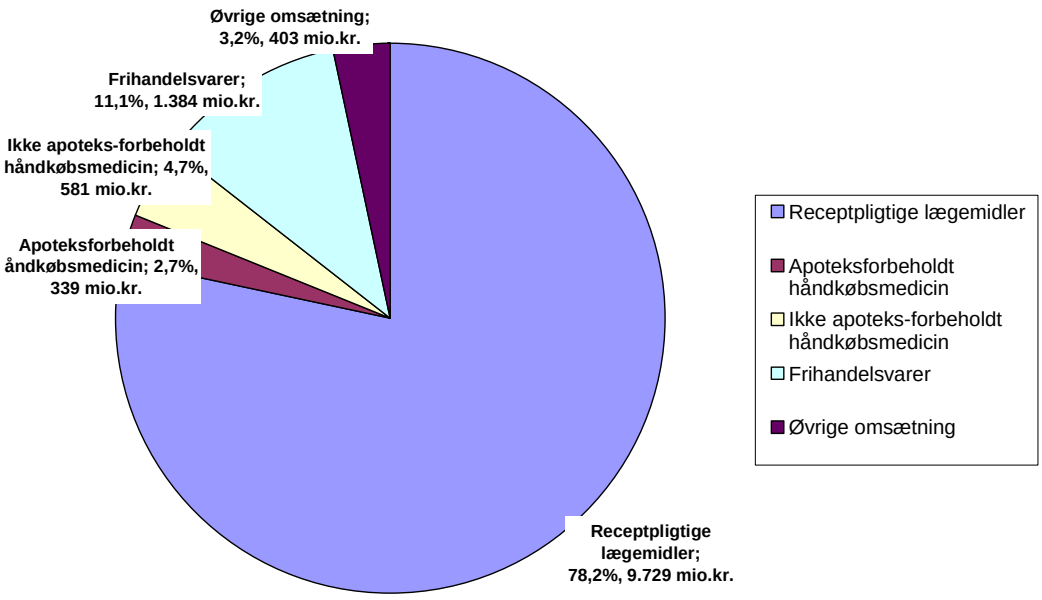
25 Apotekssektoren er ligesom andre dele af sundhedsvæsenet underkastet en omfattende offentlig regulering. Reguleringen er primært begrundet med et hensyn til sikkerhed og kvalitet i lægemiddeldistributionen samt nem og lige adgang til lægemidler for alle forbrugere. Ligesom for andre sundhedsydelser ydes der offentligt tilskud til receptpligtige lægemidler. Det indebærer, at reguleringen også skal tage hensyn til behovet for kontrol med de offentlige udgifter til sundhedsydelser.

26 Reguleringen af apotekssektoren sker gennem apotekerloven[2]. Loven håndhæves af Sundhedsstyrelsen og indeholder regler om bl.a. tildeling af bevilling, oprettelse/nedlæggelse/overtagelse af et apotek, ledelse af et apotek og personale (herefter adgangsbestemmelser), pris- og avancebestemmelser, økonomisk støtte til apoteker i udkantsområderne til sikring af rimelig geografisk dækning (herefter den omsætningsbaserede udligningsordning) og bestemmelser om driften, herunder krav til indretning og drift, apotekers opgaver, åbningstider, internethandel og sortiment (herefter øvrig regulering).

27 Apotekssektoren i Danmark varetager salg af og vejledning om receptpligtige lægemidler og håndkøbsmedicin til danske forbrugere. Receptpligtige lægemidler og en større andel af håndkøbslægemidlerne er forbeholdt salg på apotekerne. Herudover udgør frihandelsvarer (ikke-lægemidler men øvrige varer relateret til sundhedsområdet som fx kosttilskud, creme mv.) en ikke ubetydelig andel af apotekernes salg og omsætning jf. Figur 1. Sektoren havde i 2010 en samlet omsætning på knap 12,5 mia. kr., jf. Tabel 3.

[2] Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed, LBK nr. 855 af 4. august 2008.

Figur 1: Apotekernes omsætning fordelt på varekategorier i pct. og mio. kr., 2010



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

3.1 BEVILLINGSSYSTEMET

28 Bevillingssystemet indeholder en række bestemmelser, som regulerer adgangen til at etablere apoteker. Reguleringen regulerer dels antallet af apoteker i Danmark (antalskontrol) og stiller dels en række objektive krav til en ansøger, for at vedkommende kan komme i betragtning til en bevilling som apoteker (ejerskabsregler).

29 Formålet med bevillingssystemet er således todelt. Formålet med ejerskabsreglerne er at sikre kvalitet og sikkerhed i distributionen af lægemidler samt uafhængighed af andre økonomiske interesser, som fx lægemiddelindustrien. Formålet med antalskontrollen er at sikre en overordnet apoteksstruktur, hvor der er økonomisk grundlag for at drive et apotek i et givent område.

30 Bevillingssystemet har betydning for blandt andet tilgængeligheden til lægemidler. Tilgængelighed beskrives her ved antallet af apoteker og ventetiden på apotekerne.

3.1.1 Ejerskabsregler

31 Opnåelse af bevilling stiller krav til ejerens egnethed som apoteker. Kravene indebærer bl.a., at

- ejeren skal være uddannet farmaceut.
- ejeren gennem forudgående beskæftigelse skal have gjort sig egnet til at lede driften af et apotek.
- ejeren maksimalt må eje fire apoteker.
- ejeren skal være uafhængig af grossister, lægemiddelindustrien og praktiserende læger.

32 Dertil kommer, at ejerskabet er personligt og ikke kan overdrages til andre.

33 Adgangsbestemmelserne, som regulerer adgangen til apoteksområdet, er beskrevet i apotekerlovens § 15:

34 *"§ 15. Bevilling til at drive apotek meddeles af ministeren for sundhed og forebyggelse. En person kan kun meddeles bevilling til ét apotek, jf. dog stk. 2.*

Stk. 2. Efter indstilling fra Lægemiddelstyrelsen kan ministeren for sundhed og forebyggelse efter ansøgning meddele en apoteker bevilling til at drive mere end ét apotek, dog maksimalt fire apoteker.

Stk. 3. Bevilling efter § 15, stk. 1 og 2 kan i særlige tilfælde efter indstilling fra Lægemiddelstyrelsen meddeles af ministeren for sundhed og forebyggelse for en nærmere tidsbegrænset periode.

Stk. 4. Apotekerbevilling kan kun meddeles en person, der

1) er myndig og ikke er under værgemål efter værgelovens § 5 eller under samværgemål efter værgemålslovens § 7.

2) ikke er under konkurs.

3) har bestået dansk farmaceutisk kandidateksamen eller en tilsvarende udenlandsk eksamen, som er godkendt af ministeren for sundhed og forebyggelse til opfyldelse af overenskomster med andre lande eller direktiver vedtaget af Det Europæiske Fællesskab, eller som har opnået Lægemiddelstyrelsens tilladelse til beskæftigelse som farmaceut på apotek efter § 36, stk. 2, og

4) gennem forudgående beskæftigelse har gjort sig egnet til at lede driften af et apotek."

35 Dertil kommer apotekerlovens § 3:

36 "§ 3. *Apotekere må ikke udøve virksomhed som læge, tandlæge eller dyrlæge.*

Stk. 2. Den, der udøver læge- eller tandlægevirksomhed, må ikke uden Lægemiddelstyrelsens tilladelse drive eller være knyttet til en virksomhed, der har tilladelse efter § 7 eller § 39, stk. 1., i love om lægemidler. Dette gælder ikke for tilknytning til offentlige sygehuse.

Stk. 3. Apotekere må ikke uden Lægemiddelstyrelsens tilladelse drive eller være knyttet til en virksomhed, der har tilladelse efter § 39, stk. 1. eller 2, i lov om lægemidler".

37 Formålet med ovenstående bestemmelser i apotekerlovens § 15 og § 3 er at sikre fokus på kvalitet og sikkerhed i driften af apoteket ved at ejeren er farmaceutuddannet (§ 15, stk. 4, nr. 3), at ejeren har kendskab til driften af en virksomhed (§ 15, stk. 4, nr. 4), forsyningssikkerhed i forbindelse med en eventuel konkurs samt at undgå stor koncentration i markedet (§ 15, stk. 2) og at sikre økonomisk uafhængighed af øvrige aktører på lægemiddelområdet (§ 3, stk. 1-3).

3.1.2 Antalskontrol

38 Bevillingssystemet regulerer ligeledes antallet af apoteksenheder i Danmark[3]. Reguleringen betyder, at

- Der gives bevilling til en bestemt geografisk placering.
- Sundhedsstyrelsen bestemmer, hvorvidt der skal ske oprettelse, nedlæggelse eller flytning af et apotek.
- Sundhedsstyrelsen skal godkende oprettelsen af øvrige apoteksenheder (apoteksfilialer og apoteksudsalg). Håndkøbsudsalg og medicinudleveringssteder er dog fritaget for godkendelse. Der er i dag 193 apoteksfilialer og apoteksudsalg og 801 håndkøbsudsalg og medicinudleveringssteder[4].

---

[3] De overordnede hensyn for ændringer i apoteksstrukturen, dvs. f.eks. i sager om oprettelse eller lukning af apoteker, er nærmere beskrevet af ministeriet for sundhed og forebyggelse i "Retningslinjer for ændring af apoteksstrukturen".

[4] Apoteksfilial: Enhed knyttet til et apotek i egne lokaler. Ikke krav om ansat farmaceut. Må varetage opgaver på lige fod med et apotek.
Apoteksudsalg: Enhed knyttet til et apotek i egne lokaler. Kan ikke foretage direkte receptekspedition, men må udlevere receptpligtige lægemidler, som er ekspederet på et apotek.
Håndkøbsudsalg: Enhed som modtager varer fra et bestemt apotek. Fx Matas eller supermarked. Kan ikke foretage direkte receptekspedition. Kan sælge håndkøbsmedicin.
Medicinudleveringssted: Enhed som modtager adresserede forsendelser fra et eller flere apoteker. Et medicinudleveringssted er ikke lagerførende.

39 Bestemmelserne omkring den geografiske placering er beskrevet i apotekerlovens § 5:

"§ 5. Ved oprettelse og flytning af et apotek, en apoteksfilial eller en veterinærafdeling, angiver indenrigs- og sundhedsministeren det område, inden for hvilket apoteket, apoteksfilialen eller veterinærafdelingen skal ligge. Er der ikke for et apotek, apoteksfilial eller en veterinærafdeling fastsat et beliggenhedsområde, fastsætter ministeren et sådant efter anmodning fra apotekeren.

Stk. 2. Når ganske særlige forhold taler for det, kan Lægemiddelstyrelsen efter forudgående samtykke fra ministeren for sundhed og forebyggelse ved opslag af apotekerbevilling bestemme, at apoteket eller tilhørende apoteksfilial kun kan flyttes med ministerens godkendelse.

Stk. 3. Apotekeren skal underrette Lægemiddelstyrelsen om apotekets, veterinærafdelingens og apoteksfilialers beliggenhed inden for en af Lægemiddelstyrelsen fastsat frist."

40 Bestemmelserne omkring antalskontrollen er beskrevet i apotekerlovens § 4:

41 *"§ 4. Ministeren for sundhed og forebyggelse træffer bestemmelse om oprettelse, nedlæggelse og flytning af apoteker, veterinærafdelinger af apoteker, og apoteksfilialer. Apoteksfilialer kan, såfremt sygehusejeren samtykker heri, med tilladelse fra ministeren for sundhed og forebyggelse oprettes på sygehuse og institutioner, der er omfattet af sundhedslovens § 74, stk. 2 og § 75, stk. 2-4, med henblik på sygehusets eller institutionens forsyning med lægemidler og andre varer.*

Stk. 2. Indenrigs- og Sundhedsministeren kan fastsætte regler om veterinærafdelinger af apoteker, herunder bemandingen af disse.

Stk. 3. Et apotek kan nedlægges, hvis

1) *apotekerbevillingen udløber, bortfalder eller tilbagekaldes, jf. §§ 22 og 24-26,*

2) *apotekeren samtykker i nedlæggelsen, eller*

3) *apotekeren tilbydes bevilling til et andet apotek inden for samme område, jf. bilag A*

Stk. 4. Et apotek, der drives af en apoteker i henhold til § 15, stk. 2, kan endvidere nedlægges, hvis væsentlige strukturmæssige hensyn taler for det, og der er forløbet mindst 5 år fra apotekeren fik tildelt bevillingen."

42 Bestemmelserne omkring oprettelsen af øvrige enheder er beskrevet i apotekerlovens § 7, § 7a og § 7b:

43 *"§ 7. Oprettelse, nedlæggelse og flytning af apoteksudsalg må kun ske med Lægemiddelstyrelsens tilladelse. Lægemiddelstyrelsen kan påbyde en apoteker at oprette, nedlægge eller flytte et apoteksudsalg.*

Stk. 2. Lægemiddelstyrelsen kan i forbindelse med en ledig apotekerbevilling overføre apoteksudsalg fra det ledige apotek til et andet apotek, hvis strukturmæssige hensyn taler for det.

Stk. 3. Når særlige forhold taler for det, kan Lægemiddelstyrelsen i øvrigt påbyde, at et apoteksudsalg overføres fra et apotek til et andet."

"§ 7a. En apoteker kan oprette og nedlægge håndkøbsudsalg. Apotekeren skal underrette Lægemiddelstyrelsen om oprettelse og nedlæggelse af håndkøbsudsalg inden for en af Lægemiddelstyrelsen fastsat frist.

Stk. 2. Lægemiddelstyrelsen kan give påbud om nedlæggelse af et håndkøbsudsalg, hvis håndkøbsudsalget ikke indrettes og drives i overensstemmelse med de regler, som er udstedt i medfør af § 38 eller § 43.

Stk. 3. Hvis et forretningssted, hvor håndkøbsudsalget er beliggende, har eller opnår tilladelse til at forhandle lægemidler efter § 39, stk. 1 i lov om lægemidler, skal håndkøbsudsalget straks nedlægges."

"§ 7b. En apoteker kan oprette og nedlægge medicinudleveringssteder. Apotekeren skal underrette Lægemiddelstyrelsen om oprettelse og nedlæggelse af medicinudleveringssteder inden for en af Lægemiddelstyrelsen fastsat frist.

Stk. 2. Lægemiddelstyrelsen kan give påbud om oprettelse eller flytning af et medicinudleveringssted, hvis lægemiddelforsyningsmæssige hensyn taler for det."

44 Formålet med ovenstående bestemmelser er, jf. apotekerlovens § 10, *"… at der bør opnås en rimelig let og sikkerhedsmæssig forsvarlig adgang til lægemidler til rimelige priser og samfundsmæssige omkostninger, og at det enkelte apotek bør få mulighed for at opnå et rimeligt tilfredsstillende driftsøkonomisk resultat."*

45 Ved overtagelsen af et apotek er den tiltrædende apoteker berettiget og forpligtet til at overtage indretning, inventar og varebeholdning fra den fratrædende apoteker, jf. apotekerlovens §§ 28-30. Prisfastsættelsen sker ved

forhandling mellem fratrædende og tiltrædende apoteker. Der ydes normalt ikke betaling for good-will[5].

46 Sundhedsstyrelsen opslår ledige apoteksbevillinger, jf. apotekerlovens § 18. Sundhedsstyrelsen vurderer indkomne ansøgninger og prioriterer de tre bedst egnede ansøgere i en begrundet udtalelse til ministeren for sundhed og forebyggelse. Ministeren tildeler bevillingen, som i udgangspunktet er gældende frem til apotekerens pensionering.

3.1.3 Tilgængelighed

47 Bevillingssystemets adgangskontrol har betydning for antallet af apoteker i Danmark og den overordnede apoteksstruktur. Nedenfor er apoteksstrukturen i form af antal apoteker og ventetider beskrevet.

3.1.3.1 Antal apoteker

48 Antallet af medicinudleveringssteder er et centralt parameter for tilgængeligheden af lægemidler. Udviklingen i antallet af apoteker over tid ses af Tabel 1. Igennem de seneste ti år er der sket et fald i antallet af såvel apoteker som de fleste øvrige enheder på apoteksmarkedet. I alt er der fra 2000 frem til 2010 sket et fald på 19 pct. i antallet af steder, hvor forbrugeren kan få udleveret apoteksforbeholdte og receptpligtige lægemidler.

[5] Af bemærkningerne til apotekerlovens § 70 (vedr. erstatning for tab som følge af nedlæggelse mv. af et apotek) fremgår det: "Da virksomhedsudøvelsen hviler på en offentlig bevilling, der er personlig for indehaveren, bliver der ikke tale om at yde erstatning for good-will". Så vidt Sundhedsstyrelsen er bekendt med, så betales der ikke good-will i forbindelse med apoteksovertagelser.

Tabel 1
UDVIKLING I ANTAL APOTEKER OG ØVRIGE ENHEDER, 2000-2010

	Antal enheder i alt	Apoteker[1)]	Apoteksfilialer	Apoteksudsalg	Håndkøbsudsalg	Medicinudleveringssteder
2000	1536	287	43	145	737	324
2001	1490	284	45	145	734	282
2002	1455	283	45	141	714	272
2003	1459	279	48	139	715	278
2004	1416	276	47	138	707	248
2005	1310	268	50	127	664	201
2006	1364	267	55	132	675	235
2007	1292	265	57	132	630	208
2008	1337	261	59	132	663	222
2009	1298	254	64	128	637	215
2010	1241	247[2)]	69	124	596	205
Ændring fra 2000 til 2010	- 19 pct.	- 14 pct.	+ 60 pct.	- 14 pct.	- 19 pct.	- 37 pct.

Note: 1: Antal apoteker inkl. supplerende enheder. Supplerende enheder er selvstændige apoteker, men er tilknyttet et andet apoteks bevillingshaver. Dvs. de har samme ejer.
2: Data er fra udgangen af 2010, i modsætning til i fx tabel 3, hvor data er pr. 1. januar 2010. Der er derfor en forskel i antallet af apoteker.

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Anmærkning: Apoteksfilial: Enhed knyttet til et apotek i egne lokaler. Ikke krav om ansat farmaceut. Må foretage opgaver på lige fod med et apotek.
Apoteksudsalg: Enhed knyttet til et apotek i egne lokaler. Kan ikke foretage direkte receptekspedition, men må udlevere receptpligtige lægemidler, som er ekspederet på et apotek.
Håndkøbsudsalg: Enhed som modtager varer fra et bestemt apotek. Fx Matas eller købmandsbutik. Kan ikke foretage direkte receptekspedition. Kan sælge håndkøbsmedicin.
Medicinudleveringssted: Enhed som modtager adresserede forsendelser fra et eller flere apoteker.

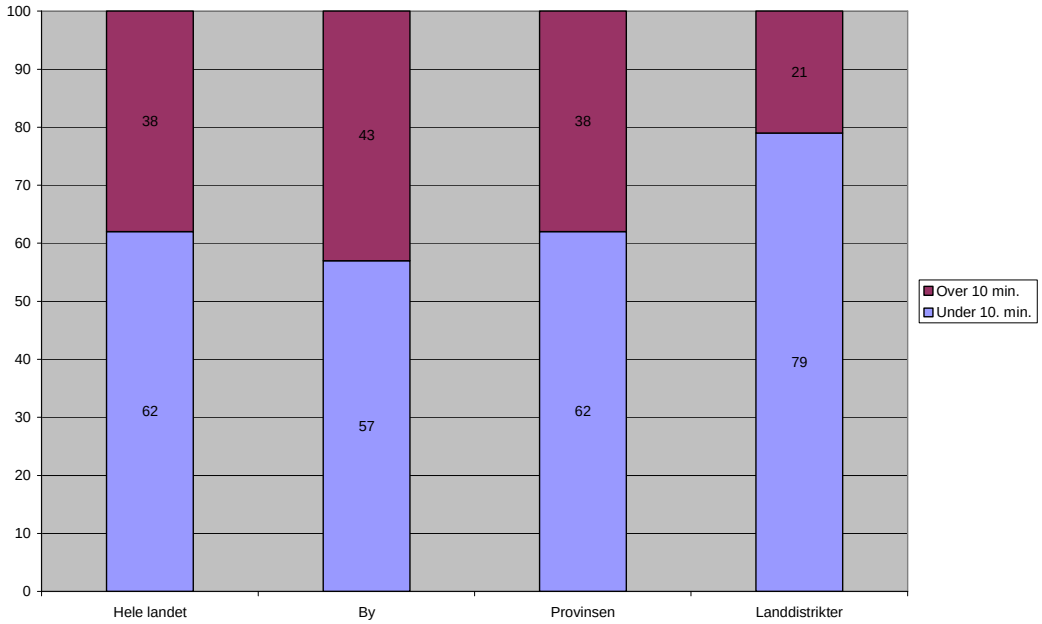
3.1.3.2 Ventetider

49 Et andet mål for tilgængeligheden til lægemidler er den tid, en forbruger skal vente, for at blive betjent på et apotek. I 2008 gennemførte Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen en brugerundersøgelse af oplevede ventetider på apotekerne[6]. Undersøgelsen viste, at næsten 40 pct. af de adspurgte apotekskunder oplevede, at ventetiden var mere end 10 min., jf. Figur 2.

50 De højeste oplevede ventetider sås i de tættest befolkede områder, mens forbrugere i landdistrikter oplevede lavere ventetider.

[6] Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen: Regulering af apotekssektoren. 2010.

Figur 2: Oplevet ventetid i procent, 2008



Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen: Regulering af apotekssektoren. 2010.

Anmærkning: Byer omfatter knap halvdelen af befolkningen, provinsområder og landdistrikter hver især omfatter ca. en fjerdedel af befolkningen.

51 Ifølge undersøgelsen fra 2008 var 25 pct. af kunderne i byen og provinsen utilfredse med ventetiden. Utilfredsheden er lavere (11 pct.) i landdistrikterne, jf. Tabel 2.

Tabel 2
TILFREDSHED MED VENTETID FORDELT PÅ LAND OG PROVINS/BY, 2008

	Tilfreds med ventetiden, pct.	Utilfreds med ventetiden, pct.
Landdistrikter	89	11
Provinsen/Byen	75	25

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen: Regulering af apotekssektoren. 2010.

52 Forbrugerrådet har i 2011 gennemført en brugerundersøgelse om apoteker[7]. Undersøgelsen viste, at 27 pct. af forbrugerne er utilfredse eller meget utilfredse med ventetiden på apoteket.

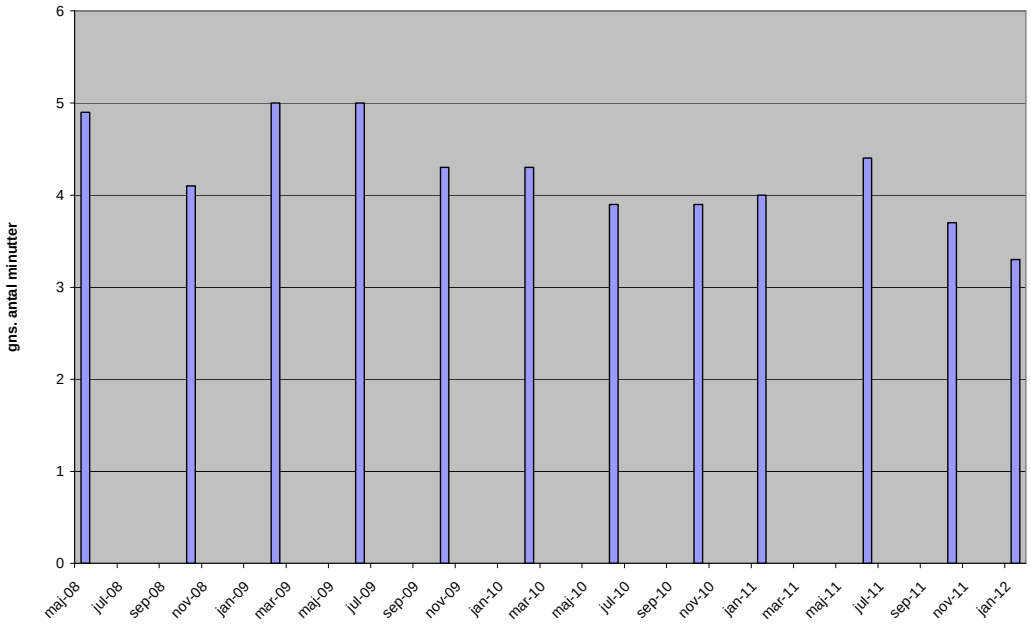
53 En stor del af de danske apoteker måler den faktiske ventetid og indberetter tallene til Danmarks Apotekerforening. Udviklingen over de seneste fem år viser ikke en entydig tendens. Den laveste gennemsnitlige ventetid sås i januar 2012, hvor den gennemsnitlige ventetid var 3,3 minutter, jf. Figur 3.

[7] Forbrugerrådet: Forbrugerpanelet om apoteker. Oktober 2011.

54 MEGAFON har for Danmarks Apotekerforening gennemført en brugerundersøgelse i januar 2012[8]. Undersøgelsen viser, at 17 pct. af de adspurgte var utilfredse med ventetiden på apoteket, og 63 pct. var tilfredse[9]. 26 pct. oplevede, at de ventede mere end 10 min., hvor Apotekerforeningens målinger viser, at de faktiske tal er 2,9 pct.[10]

55 De målte ventetider indeholder både ekspeditioner på liberaliseret håndkøbsmedicin, frihandelsprodukter og receptpligtige lægemidler, og det har ikke været muligt at se særskilte data for de tre typer af ekspeditioner.

Figur 3: Ventetiden på apotek i minutter, 2008-2012



Note: I juni 2011 var der nedbrud på Lægemiddelstyrelsens receptserver i 3 dage i ugen for ventetidsdataindsamlingen.

Kilde: Danmarks Apotekerforening.

Anmærkning: Figuren viser den gennemsnitlige ventetid i minutter. Der skelnes ikke mellem ekspeditioner på hhv. liberaliserede håndkøbslægemidler, receptpligtige lægemidler og frihandelsvarer.

3.2 PRIS- OG AVANCEREGULERINGEN

56 I dette afsnit beskrives pris- og avancereguleringen i apotekssektoren i Danmark samt apotekernes økonomiske situation.

---

[8] Danmarks Apotekerforening: Undersøgelse om køb af medicin. Januar 2012. Gennemført af MEGAFON.

[9] 20 pct. svarede, at de hverken/eller var tilfredse eller utilfredse med ventetiden, mens 1 pct. svarede "ved ikke".

[10] Danmarks Apotekerforening: Ventetidsundersøgelse januar 2012.

3.2.1 Regler for priser og beregning af avancen

57 Prisen på receptpligtige lægemidler (apotekernes indkøbspris) fastsættes af producenter og leverandører af lægemidler. Producenter og leverandører indmelder apotekernes indkøbspriser på de respektive lægemidler til Sundhedsstyrelsen hver fjortende dag. Prisen er herefter gældende i den følgende fjorten-dages periode.

58 Når Sundhedsstyrelsen har modtaget alle priser på de forskellige typer lægemidler, finder styrelsen frem til det billigste af præparaterne i en substitutionsgruppe[11]. Prisen på dette præparat er bestemmende for, hvor stort et tilskud, der ydes fra det offentlige. Det samme tilskud (i kr. og øre) ydes til alle præparater i en given substitutionsgruppe uanset prisforskelle mellem lægemidlerne i gruppen.

59 Oveni apotekets indkøbspris tillægges den aftalte bruttoavance i form af et fast beløb pr. solgt lægemiddelpakning samt en procentuel avance til dækning af udligningsordningen[12] og øvrige sektorafgifter samt moms. Hermed fås apotekets salgspris, som ikke må fraviges på det enkelte apotek. Dvs. Sundhedsstyrelsen beregner salgsprisen og hermed også apotekets avance på hvert enkelt receptpligtigt lægemiddel. Et samlet billede af apotekets salgspris ses i Figur 4.

60 Der er krav til apotekerne om generisk substitution. Det medfører, at apoteket - med mindre lægen har anført andet på recepten - skal tilbyde forbrugeren det billigste lægemiddel indenfor den pågældende substitutionsgruppe.

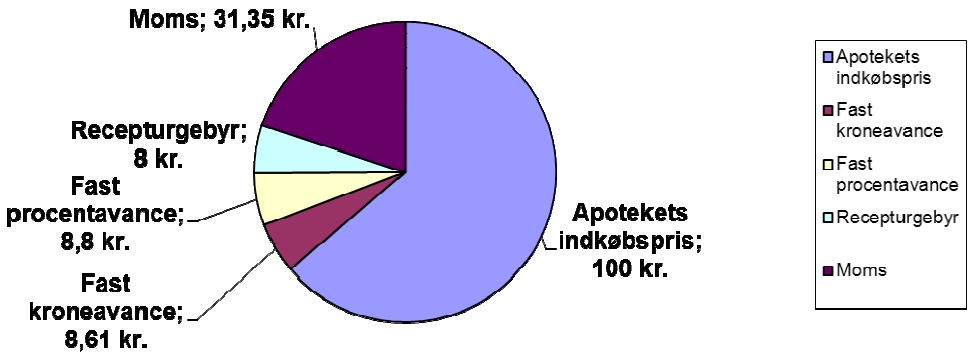
61 Hvis forbrugeren ikke ønsker at købe det billigste produkt, men vælger et dyrere produkt inden for samme substitutionsgruppe, får forbrugeren samme tilskud (i kr. og øre), men skal altså betale en større del af prisen selv.

---

[11] Substitutionsgruppen består af en gruppe lægemidler, der bl.a. er karakteriseret ved at indeholde samme aktive stof (”virkemiddel”).

[12] Udligningsordningen er nærmere beskrevet i afsnit 3.3.

Figur 4: Salgsprisen på receptpligtige lægemidler til forbrugeren, 2012



Kilde: Bekendtgørelse nr. 183 af 20. februar 2012.
Anmærkning: Ovenstående er et eksempel på, hvordan salgsprisen på et receptpligtigt lægemiddel til forbrugeren fremkommer, når apoteket indkøber lægemidlet hos leverandøren til 100 kr. Moms beregnes af indkøbsprisen inkl. gebyrer og avancer.

62 Producenter og leverandører af lægemidler har således incitament til at konkurrere på at tilbyde den billigste indkøbspris til apotekerne og dermed blive leverandør af det billigste produkt, da forbrugeren som udgangspunkt tilbydes det billigste receptpligtige lægemiddel, med mindre den ordinerende læge specifikt har anført, at et andet (og dyrere) lægemiddel skal udleveres.

63 Ordningen med fjorten-dages auktioner samt krav om generisk substitution medfører, at priserne på lægemidler i Danmark er lave i forhold til priserne i andre, sammenlignelige lande.

64 Reglerne om prisfastsættelsen og avancereguleringen er beskrevet i apotekerlovens §§ 44-46 samt i bekendtgørelse nr. 183 af 20. februar 2012 om beregning af forbrugerpriser m.v. på lægemidler: Nedenfor er gengivet apotekerlovens §§ 44-46 samt § 1 og § 2, stk. 1 i bekendtgørelsen:

65 *"§ 44. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om beregning af apotekernes priser ved salg til forbrugerne af lægemidler, hvis forhandling er forbeholdt apoteker, eller som sælges efter recept.*

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om beregning af apotekernes priser ved salg til forbrugerne af dosisdispenserede lægemidler, jf. § 11, stk. 1, nr. 11, og § 12, stk. 1, nr. 2, samt regler om afregning ved samhandel med dosisdispenserede lægemidler, jf. § 12, stk. 1, nr. 2.

Stk. 3. Fastsættelse af regler efter stk. 1 og 2 sker efter indhentet udtalelse fra Lægemiddelstyrelsen, jf. § 66.

Stk. 4. Ved salg af håndkøbslægemidler, der i henhold til § 60, stk. 2, i lov om lægemidler er undtaget fra apoteksforbehold, skal apoteket efter nærmere af ministeren for sundhed og forebyggelse fastsatte regler tage samme pris for lægemidlet, uanset om lægemidlet sælges med eller uden tilskud efter sundhedslovens § 143-154, og uanset hvilken apoteksenhed lægemidlet sælges fra."

"§ 45. Størrelsen af de samlede beløb, der udgør apotekernes bruttoavance ved salg af lægemidler og andre varer mv. samt regulering af disse, fastsættes ved aftale mellem ministeren for sundhed og forebyggelse og apotekernes organisation.

Stk. 2. Aftale indgås for 2 år. I aftalen fastlægges de forudsætninger, under hvilke aftalen kan tages op til forhandling i aftaleperioden."

"§ 46. Er der ikke indgået ny aftale ved aftaleperiodens udløb, kan ministeren for sundhed og forebyggelse forlænge den bestående aftale, dog længst med i alt et år.

Stk. 2. Kan der ikke indgås aftale om nævnt i § 45, stk. 1, fremsætter ministeren for sundhed og forebyggelse særligt lovforslag."

"§ 1. Forbrugerprisen for lægemidler, dog ikke lægemidler omfattet af § 4 eller kapitel 2, 3, 4 eller 5, består af den i § 2 beregnede registerpris samt eventuelle gebyrer, jf. §§ 14 og 15."

"§ 2. Ved forhandling af lægemidler beregnes registerprisen ved til den, efter lægemiddellovens § 77 anmeldte apoteksindkøbspris pr. pakning (ekskl. moms) at lægge følgende beløb, jf. dog stk. 2: 8,8 pct. af apoteksindkøbsprisen + 8,61 kr., jf. dog stk. 3-6."

66 Reguleringen har til formål at tilgodese, at distributionen af lægemidler sker til rimelige samfundsøkonomiske omkostninger. Der indgås en bruttoavanceaftale mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danmarks Apotekerforening, som løber i to år.

67 Med bruttoavanceaftalen sikres det, at det offentliges udgifter til lægemiddeldistribution er kendt i perioden, at de samfundsøkonomiske omkostninger er rimelige samt at apotekerne opnår en vis bruttoavance.

68 Den aftalte avance på de enkelte lægemidler fastlægges ud fra den samlede aftalte bruttoavance for hele sektoren. Det gælder avancen på alle

lægemidler, som er forbeholdt salg på et apotek, eller som sælges på recept. Avancen på liberaliseret håndkøbsmedicin og andre varer kan det enkelte apotek fastsætte selv, men avancen indgår i den samlede bruttoavance og modregnes derfor i den tilladte avance på de receptpligtige lægemidler for sektoren som helhed.

3.2.2 Overskud

69 Et apoteks overskud afhænger af såvel den forhandlede bruttoavance for sektoren som af apotekets driftsomkostninger.

70 I 2010 havde et apotek i gennemsnit et overskud på 1.089.200 kr., jf. Tabel 3. Overskuddet skal dække løn til apotekeren samt afkast af investeringen. Der er en stor spredning i overskuddet imellem apotekerne, jf. Tabel 4. Lidt over 25 pct. har et overskud under 300.000 kr. før udligning, mens en tilsvarende andel har over 1.500.000 kr. i overskud.

Tabel 3
OVERSKUD EFTER UDLIGNING, 2005-2010

	Antal apoteker	Omsætning i mio. kr.	Gnsn. overskud[2)]
2005	275	11.383	1.264.200
2006	269	11.987	1.065.000
2007	267	12.146	929.200
2008	265	12.101	683.100
2009	259	12.164	1.030.500
2010	253[1)]	12.436	1.089.200

Note 1: Antallet af apoteker er opgjort pr. 1. januar 2010, hvorfor det afviger fra antallet af apoteker i tabel 1, der er opgjort ved udgangen af 2010.
Note 2: Overskud efter udligning pr. apotek i kr. Overskuddet skal dække lønnen til apotekeren og afkast af investeringen.

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.

Tabel 4
OVERSKUD FØR OG EFTER UDLIGNING FORDELT PÅ ANTAL APOTEKER, 2010

	Før udligning	Efter udligning
Under 300.000 kr.	67	44
300.000 kr. – 900.000 kr.	62	73
900.000 kr. – 1.500.000 kr.	52	65
Over 1.500.000 kr.	72	71

Kilde: Lægemiddelstyrelsen: Undersøgelse over apotekernes driftsforhold, 75. årgang.

Anmærkning: Tallene tager ikke højde for, at en apoteker kan have bevilling til at drive mere end ét apotek.

3.3 UDLIGNINGSORDNINGEN OG TILSKUD

71 Udligningsordningen er en økonomisk ordning, som udmønter tilskud til apotekerne baseret på apoteksenheder samt foretager en økonomisk

omfordeling af midler baseret på apotekernes omsætning. Udligningen har til formål at sikre en hensigtsmæssig apoteksstruktur samt sikre apoteker i udkantsområderne et økonomisk grundlag.

72 Der er fastlagt regler for udligning af apotekernes indtjeningsgrundlag. Der er fastlagt tilskud til bl.a. supplerende enheder, vagtordning samt udligning af apotekernes omsætning. De overordnede retningslinjer er fastlagt i apotekerlovens § 49 samt §§ 51-53.

73 "§ 49. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter efter forhandling med Danmarks Apotekerforening regler for udligning af apotekernes indtjeningsgrundlag. Herunder fastsættes regler for apotekernes indbetaling af afgifter til staten og regler for statens udbetaling af tilskud til apotekerne:"

"§ 51. Når særlige forhold taler derfor, kan ministeren for sundhed og forebyggelse tilstå en apoteker afgiftslempelse eller tilskud for et år ad gangen.

Stk. 2. Lægemiddelstyrelsen kan fastsætte regler om indhold af og formkrav til apotekerens ansøgning om afgiftslempelse eller tilskud, herunder at ansøgning skal ske elektronisk."

"§ 52. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om, hvilke beløb der indgår i den omsætning, der danner grundlag for beregning af afgift og tilskud."

"§ 53. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om beregning og betaling af afgifter og tilskud, herunder om, at der i årets løb skal betales foreløbige afgifter og tilskud.

Stk. 2. Afgifter, der ikke betales rettidigt, tillægges rente på 1,3 pct. månedlig for hver påbegyndt måned fra forfaldsdagen at regne."

3.3.1 Omsætningsbaseret udligning

74 Opgørelsen af henholdsvis afgift og tilskud i forbindelse med reglerne for udligning af omsætningen er fastlagt i en bekendtgørelse[13]. Heri er defineret, hvorledes apotekets omsætning opgøres samt hvilke beløbsgrænser der gælder for, hvornår et apotek skal bidrage eller modtage tilskud fra udligningsordningen. Bekendtgørelsen præciserer beregningsgrundlaget mv. i § 3:

[13] Bekendtgørelse nr. 169 af 20. februar 2012 om beregning og betaling af afgift og tilskud i henhold til lov om apoteksvirksomhed.

75 *"§ 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter en beløbsgrænse for betaling af ordinær afgift og tilskud.*

Stk. 2. Beløbsgrænsen for betaling af ordinær afgift og tilskud er foreløbig sat til 43.200.000 kr.

Stk. 3. Apoteker, hvis omsætning, jf. § 2, i et kalenderår overstiger den fastsatte beløbsgrænse, jf. stk. 2, betaler til staten en foreløbig omsætningsafgift på 3,6 % af forskelsbeløbet.

Stk. 4. Til apoteker, hvis omsætning, jf. § 2, i et kalenderår er mindre end den fastsatte beløbsgrænse, jf. stk. 2, betaler staten et foreløbigt omsætningstilskud på 3,9 % af forskelsbeløbet, jf. dog stk. 5 og 6.

Stk. 5. Til apoteker, nævnt i bilag 1, ydes der ikke omsætningstilskud fra staten.

Stk. 6. Til apoteker, der er meddelt bevilling til at drive en supplerende enhed nævnt i bilag 1, ydes der omsætningstilskud udelukkende på baggrund af omsætning i henhold til stk. 4 og stk. 7.

Stk. 7. For apotekere, der er meddelt bevilling til at drive et eller flere apoteker efter apotekerlovens § 15, stk. 2, beregnes afgift henholdsvis tilskud på grundlag af den samlede omsætning for de apoteker, hvortil apotekeren har bevilling, efter reglerne i stk. 3-6.

Stk. 8. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter og meddeler apotekerne i december måned den for kalenderåret endelige procentsats for betaling af omsætningsafgift som nævnt i stk. 3. Den endelige afgiftssats fastsættes således, at der tilvejebringes overensstemmelse mellem apotekernes samlede betalinger af afgifter, som nævnt i stk. 3, og statens samlede tilskud i medfør af stk. 2 og 4."

76 Afgiften udgør således i udgangspunktet 3,6 pct. af apotekets omsætning over beløbsgrænsen på 43,2 mio. kr., og tilskuddet udgør i udgangspunktet 3,9 pct. af forskellen mellem apotekets omsætning og beløbsgrænsen. Der anvendes ikke samme procentandel af omsætning fra bidragsydere og -modtagere, idet det er fastsat, at apoteker i byer, trods en omsætning under beløbsgrænsen på 43,2 mio. kr., ikke kan modtage tilskud fra udligningsordningen.

77 Alle apoteker som har en omsætning over 43,2 mio. kr., skal således betale en afgift til udligningsordningen, og alle apoteker med en omsætning under 43,2 mio. kr. modtager et tilskud fra ordningen. Begrundelsen for at undtage apoteker i byerne med en omsætning under 43,2 mio. kr. fra at modtage

tilskud, er et ønske om at tilskynde til færre, men større apoteksenheder i byerne.

78 Udligningsordningen har til formål at sikre en geografisk hensigtsmæssig spredning af apoteker. Politisk er der en målsætning om, at den enkelte forbruger skal have en rimelig afstand til et apotek. En rimelig afstand er ifølge Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse maksimalt 15 km, dog gøres der undtagelser i områder, som er tyndt befolkede eller geografisk naturligt afgrænsede, eksempelvis øer.

3.3.2 Enhedsstilskud

79 Ud over udligningsordningen modtager et apotek enhedstilskud for forskellige typer af apoteksenheder, som er tilknyttet apoteket. Der gives et tilskud på ca. 0,5 mio. kr. pr. år for hver filial, som er tilknyttet, og 71.000 kr. om året til et apoteksudsalg. For supplerende enheder (egentlige apoteker som ejes af samme apoteker, som har bevilling til andet apotek - der kan maksimalt være tre supplerende enheder pr. apotek) gives et tilskud på knap 1,5 mio. kr. det første år, hvilket gradvist reduceres. Disse tilskud dækkes af sektorafgifter, som beskrevet i bekendtgørelse nr. 169 af 20. februar 2012:

80 *"§ 9. For hver supplerende enhed, jf. apotekerlovens § 15, stk. 2, der er tilknyttet apoteket, ydes der tilskud med følgende beløb pr. år. , jf. dog stk. 2:*

1) I tilknytningsåret: 1.464.100 kr. pr. år.

2) 1. år efter tilknytningen: 1.303.700 kr. pr. år.

3) 2. år efter tilknytningen: 1.145.400 kr. pr. år.

4) 3. år efter tilknytningen: 984.000 kr. pr. år.

5) 4. år efter tilknytningen: 825.600 kr. pr. år.

6) 5. år efter tilknytningen: 666.300 kr. pr. år.

7) Fra og med 6. år efter tilknytningen sidestilles de apoteker, apotekeren har fået meddelt bevilling til efter apotekerlovens § 15, stk. 2, i afgifts- og tilskudsmæssig henseende med en apoteksfilial, jf. § 10.

Stk. 2. For apotekere, der efter apotekerlovens § 15, stk. 2, meddeles bevilling til at drive et eller flere apoteker, der er omfattet af det i § 3, stk. 5, nævnte bilag 1, og som tilknyttes i 2010 og følgende år ydes der tilskud som til en apoteksfilial, jf. § 10."

"§ 10. For hver apoteksfilial, der er tilknyttet apoteket, ydes et tilskud på 506.700 kr. pr. år."

"§ 11. For hvert apoteksudsalg, der er tilknyttet apoteket, ydes et tilskud på 71.000 kr. pr. år."

81 Enhedsstilskuddene har til formål at sikre tilgængelighed til lægemidler for forbrugerne samt tilskynde den enkelte apoteker til flere enheder og mere rationel drift.

82 Afgiften til den omsætningsbaserede udligningsordning indbetales til Sundhedsstyrelsen af det enkelte apotek. Alle apoteker betaler tillige sektorafgifter, som bl.a. finansierer ovennævnte enhedstilskud til apoteksenheder, men også til betaling for vagtordning mv. Sektorafgifter samt omkostninger til den omsætningsbaserede udligningsordning betales dog i sidste ende af forbrugerne som følge af højere priser på lægemidler på apoteket samt af regionerne via medicintilskud, idet udgifter til ordningerne indregnes i bruttoavanceaftalen.

3.4 ØVRIG REGULERING

83 Udover ovennævnte bestemmelser, er der i apotekerloven fastlagt regler for et apoteks drift, herunder åbningstider, sortiment - såvel receptpligtige lægemidler som håndkøbsmedicin og frihandelsvarer - og internethandel.

3.4.1 Åbningstider

84 Regler for åbningstider er baseret på apotekerlovens § 40 samt præciseret i bekendtgørelse nr. 344 af 13. april 2011 om apotekers åbningstid og vagttjeneste:

85 " § 1. Apoteker, apoteksfilialer og apoteksudsalg kan holde åbent som fastsat i lov nr. 606 af 24. juni 2005 om detailsalg fra butikker m.v. med senere ændringer.

Stk. 2. Apoteker og apoteksfilialer skal holde åbent på hverdage samt lørdag i følgende tidsrum:

Mandag til torsdag kl. 9.00-17.30

Fredag kl. 9.00-18.00

Lørdag kl. 9.30-13.30, eller kl. 10.00-14.00

Stk. 3. Nytårsaftensdag skal apoteker og apoteksfilialer holde åbent som på en lørdag, jf. stk. 2.

Stk. 4. Apoteksudsalg følger de i stk. 2 og 3 anførte åbningstider, som dog kan fraviges med indtil 6 timer ugentligt.

Stk. 5. Apoteker, apoteksfilialer og apoteksudsalg skal skilte med den valgte faste åbningstid, jf. stk. 1-4."

86 Formålet med at fastlægge åbningstider for apotekerne er at sikre en rimelig tilgængelighed til lægemidler. Et apotek skal som minimum have åbent 47 timer om ugen på nærmere definerede tidspunkter. Apoteket har mulighed for at have længere åbningstider, blot den almindelige lukkelov følges.

3.4.2 Sortiment

87 Reglerne for sortiment er beskrevet i apotekerlovens § 12, stk. 1, nr. 4 og § 41:

88 "§12. Bevilling til at drive apotek indebærer ret til: …

Stk. 1. nr. 4. Fremstilling og forhandling til forbrugerne af andre varer end lægemidler, som naturligt og hensigtsmæssigt forhandles på apoteket."

§ 41. Apoteker skal have et varelager, som er passende og tilstrækkeligt i forhold til efterspørgslen det pågældende sted.

Stk. 2. Apoteker skal hurtigst muligt efterkomme anmodninger om fremskaffelse af ethvert lægemiddel, hvis forhandling er forbeholdt apotekerne, eller som ordineres ved recept og lovligt kan forhandles her i landet.

Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan af beredskabsmæssige hensyn påbyde apoteker eller nogen af disse at have en mindstebeholdning af nærmere bestemte lægemidler og andre varer."

89 Formålet med sortimentsbestemmelsen er at sikre et fagligt fokus på lægemidler og sundhedsrelaterede produkter ved drift af et apotek. Desuden skal apotekets økonomi primært være båret af lægemiddelrelateret drift. Foruden lægemidler kan et apotek forhandle såkaldte frihandelsvarer, bl.a. shampoo, tandpasta, creme, kosttilskud mv.

90 Dernæst skal bestemmelserne om at kunne tilbyde fuldt sortiment på apoteksforbeholdte lægemidler og receptpligtige lægemidler sikre, at forbrugerne har let og hurtig adgang til de lægemidler, der er behov for. Et apotek skal således hurtigst muligt efterkomme en anmodning om fremskaffelse af ethvert lægemiddel, der ikke er på lager.

3.4.3 Internethandel

3.4.3.1 Regler

91 Reglerne for driften af internetapoteker er beskrevet i apotekerlovens § 43a:

92 ”§ 43a. Den apoteker, der inden for rammen af sin apotekerbevilling ønsker at forhandle lægemidler online til brugerne, skal give Lægemiddelstyrelsen meddelelse herom, før forhandlingen påbegyndes. Lægemiddelstyrelsen kan fastsætte nærmere regler om meddelelsens indhold og form, herunder regler om, at meddelelsen skal indsendes elektronisk.

Stk. 2. Lægemiddelstyrelsen kan for apoteker, der har givet meddelelse i henhold til stk. 1, fastsætte regler om de krav, apoteket skal iagttage i forbindelse med onlineforhandlingen.”

93 Internethandel med receptpligtige lægemidler kan således kun finde sted, hvis internetapoteket er tilknyttet et fysisk apotek via ejerskab. Formålet er at sikre kvalitet og sikkerhed i såvel rådgivningen til forbrugeren som udleveringen.

94 Dertil kommer regler om forsendelsesgebyr i bekendtgørelse nr. 183 af 20. februar 2012 bekendtgørelse om beregning af forbrugerpriser mv. på lægemidler:

95 ”§ 18, stk. 5. Ved forsendelse af lægemidler købt ved e-handel udgør gebyret minimum 15,00 kr. og maksimalt 30,00 kr. ekskl. moms forudsat, at betalingen sker kontant, jf. § 20, stk. 4, og at udbringning ikke kan forlanges samme dag (forsendelsesgebyr ved e-handel).”

96 Apotekerne skal således tage et gebyr for forsendelse i forbindelse med handel over internettet.

3.4.3.2 Markedet for internethandel

97 Internethandel med receptpligtige lægemidler sker i dag på www.apoteket.dk. Desuden har enkelte apoteker oprettet egne internethandelsløsninger. Det har siden 2004 været muligt at købe lægemidler over nettet. Handlen er dog meget begrænset og udgør en forsvindende lille del af det samlede lægemiddelsalg. Ifølge Danmarks Apotekerforening sælges der ca. 300 pakker lægemidler om ugen på internettet. Til sammenligning sælges der på de fysiske apoteker over 1 mio. pakninger om ugen.

98 Forbrugerrådets brugerundersøgelse fra 2011[14] viser, at 85 pct. af de adspurgte forbrugere ikke vidste, at de kunne købe receptpligtige lægemidler på internettet. 46 pct. af forbrugerne var interesseret i at købe receptpligtige lægemidler på internettet.

[14] Forbrugerrådet: Forbrugerpanelet om apoteker. Oktober 2011.

4 ERFARINGER MED DEREGULERING

99 I dette afsnit gennemgås danske og internationale erfaringer med deregulering af lovgivning vedrørende distribution af humane og veterinære lægemidler.

100 Danmark foretog i 2001 en liberalisering af salget af visse håndkøbslægemidler, mens salget af veterinærmedicin blev liberaliseret i 2007. For begge områder gælder, at pris- og avancereguleringen blev ændret, jf. nedenfor

101 En række sammenlignelige, europæiske lande har siden Konkurrencerådets § 2, stk. 5 henvendelse til den daværende indenrigs- og sundhedsminister i 2005 indhentet og evalueret resultaterne af deregulering af de respektive landes apotekssektorer. I afsnit 4.2 gennemgås erfaringer fra Norge, Sverige, Nederlandene, England og Irland.

4.1.1 Håndkøbsmedicin

102 Med bekendtgørelse nr. 605 af 25. juni 2001[15] blev det fra 1. oktober 2001 muligt at forhandle udvalgte håndkøbslægemidler andre steder end på apotekerne. Aftalen om liberalisering af salget af håndkøbslægemidler indebar desuden, at der blev indført fri prisdannelse på det liberaliserede håndkøbssortiment.

103 Liberaliseringen har betydet øget tilgængelig til køb af håndkøbsmedicin samt priskonkurrence på produkterne.

104 Priserne på håndkøbslægemidler er i perioden fra 2005 til 2010 steget. Den laveste prisstigning fra 2005 til 2010 ses imidlertid på liberaliserede håndkøbslægemidler i butik (ca. 6 pct.-point) og den største prisstigning fra 2005 til 2010 ses på liberaliserede håndkøbslægemidler på apoteket (11,5 pct.-point) jf. Figur 5.

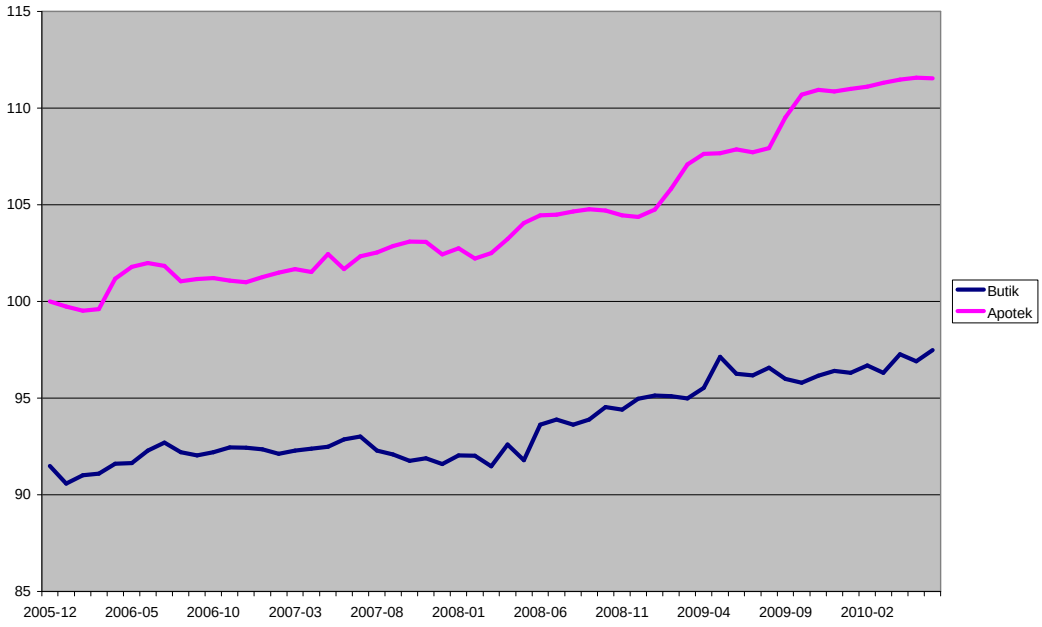
105 Af Figur 5 ses det, at prisforskellen på liberaliserede håndkøbslægemidler i henholdsvis butik og på apoteket er steget svagt i perioden. I 2005 var prisforskellen på 8,5 pct.-point, og i 2010 var den på 14 pct.-point, når man sammenligner identiske produkter.

106 Såfremt der tages udgangspunkt i et indeks, hvor lægemidlerne er grupperet i substitutionsgrupper, så er prisforskellen mellem butikkerne og apotekerne

[15] Bekendtgørelsen er gentagne gange ændret. Gældende bekendtgørelse er BEK. Nr. 108 af 9. februar 2011.

lavere. Det skyldes, at apotekerne typisk fører flere mærker inden for samme produktgruppe og flere kopipræparater. Der er dog fortsat en prisforskel til fordel for butikkerne på 1,2 procentpoint.

Figur 5: Udviklingen i prisen på liberaliserede håndkøbslægemidler 2005-2010 solgt i butikker og på apoteker.



Kilde: Statens Seruminstitut og egne beregninger.

Anmærkning: Prisen på håndkøbslægemidler på apoteket i december 2005 er sat til indeks 100.
Det har ikke været muligt at få data tilbage fra 2001.
Prisniveauet som skaber forskellen i nulpunktet (december 2005) er baseret på et gennemsnit på hele året, og baggrundsdata for udviklingen over årene er baseret på månedstal.
Før 2001 var der intet salg af nogen lægemiddelpakninger uden for apotekerne. Fra 2001 er det liberaliserede sortiment løbende blevet udvidet. For at kunne sammenligne udviklingen i hele perioden, er lægemiddelpakninger, som ved udgangen af 2010 havde status af et liberaliseret håndkøbslægemiddel – eller pakninger, der tidligere har haft status af liberaliseret håndkøbslægemiddel, men ikke længere er på markedet – blevet inkluderet i gruppen "Salget af liberaliserede håndkøbslægemidler". Salget i denne kategori er fulgt for alle årene, uanset om de tidligere har været apoteksforbeholdte.

107 Inden liberaliseringen på håndkøbslægemiddelmarkedet blev der fra flere sider udtrykt bekymring for, at salget af håndkøbslægemidler ville stige voldsomt. Som det ses af Tabel 5, har dette imidlertid ikke været tilfældet.

108 Udviklingen i salget af de liberaliserede håndkøbslægemidler har siden 1996 været stigende. Betragtes perioden frem til liberaliseringen i 2001, steg den solgte mængde i gennemsnit med knap 7 pct. om året. Efter liberaliseringen og frem til 2010 er salget i gennemsnit steget med lidt over 3 procent om året. Stigningen i salget efter liberaliseringen er sket i perioden fra 2001 og frem til 2004 med en gennemsnitlig årlig stigning på knap 11 pct. I perioden fra 2005 til 2010 faldt salget, jf. Tabel 5.

Tabel 5
LIBERALISEREDE LÆGEMIDLER, SALG I DDD I TUSIND ENHEDER, 1996-2010

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Salg i DDD*)	111.086	115.554	125.710	128.629	141.695	154.542	162.647	168.508
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Salg i DDD*)	210.114	210.071	208.922	210.508	207.440	202.323	205.430	

Note: * = Angivet i hele tusind enheder.

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Anmærkning: DDD står for definerede daglige doser, der er en WHO-definition af standard dosis for hvert lægemiddel pr. dag. Det er ikke alle lægemidler, som har en DDD. I denne tabel er inkluderet de lægemidler, der har en DDD. De udgør ca. 88 pct. (i 2005) af de liberaliserede håndkøbslægemidler.

Tabel 6
SALG AF LIBERALISEREDE LÆGEMIDDELPAKNINGER FORDELT PÅ BUTIK OG APOTEK I PCT., 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Butikker[1)]	25	26	28	29	27	29
Apoteker[1)]	75	74	72	71	73	71
I alt	100	100	100	100	100	100

Note: 1: Procent af samlet mængde solgte pakninger.

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt egne beregninger.
Det har ikke været muligt at få data fra 2001 fordelt på salgssted.

109 På trods af, at prisen på liberaliseret håndkøbsmedicin er lavest i butikkerne, er der fortsat en stor del af forbrugerne, som køber håndkøbslægemidler på apoteket. Af Tabel 6 fremgår, at 29 pct. af solgte liberaliserede håndkøbslægemiddelpakninger i 2010 blev solgt i butikker. Dette er en stigning på knap 5 pct.-point siden 2005.

4.1.2 Veterinærmedicin

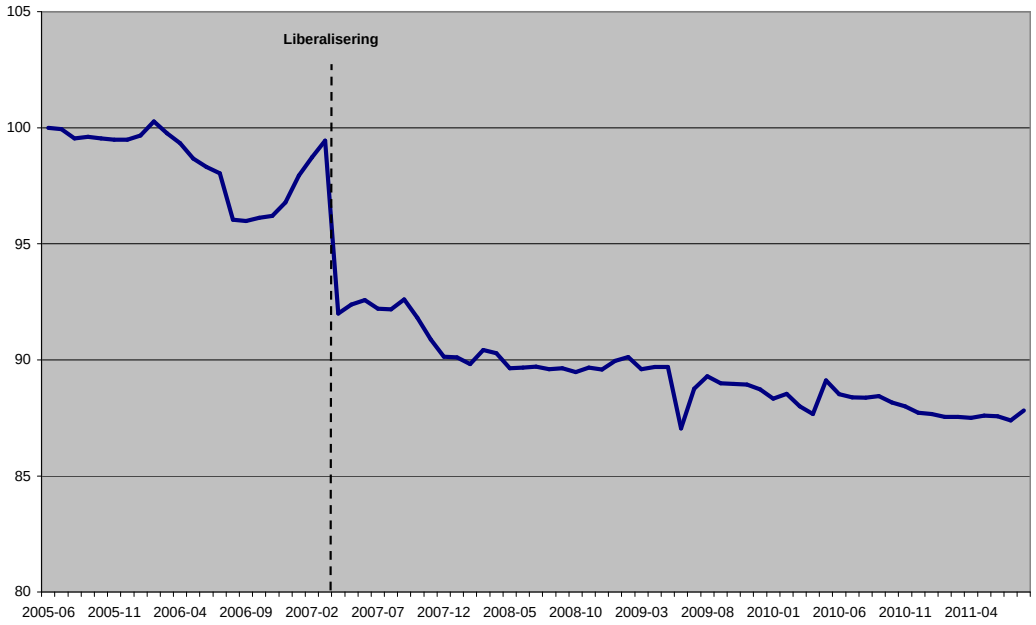
110 Salget af veterinærmedicin blev liberaliseret i april 2007 med bekendtgørelse nr. 93 af 25. januar 2007. Aftalen om liberalisering af veterinære lægemidler indebar bl.a., at salget af veterinære lægemidler til produktionsdyr kunne foretages af andre aktører end apotekerne samt fri prisdannelse på lægemidlerne.

111 En evaluering af liberaliseringen viser, at der er kommet nye aktører (pt. Hatting-Vet ApS, VetPharm Løgstør ApS og Vilovet A/S) på markedet, og priserne er faldet ca. 8 procent i perioden efter liberaliseringen[16] jf. Figur 6. Det bemærkes, at sektorafgifterne i forbindelse med liberaliseringen blev

[16] Lægemiddelstyrelsen: Udviklingen i forbrug, omsætning og priser for receptpligtig veterinærmedicin til produktionsdyr fra 1. juni 2005 til 30. september 2010.

nedsat med 2,55 pct. Nedsættelsen af sektorafgiften forklarer dog ikke hele prisfaldet.

Figur 6: Prisudvikling for alle lægemidler til produktionsdyr, 2005-2011



Kilde: Lægemiddelstyrelsen.

Anmærkning: Juni 2005 er indeks = 100. Liberaliseringen skete i april 2007, hvor indeks var ca. 92. De omsætningsafhængige sektorafgifter blev i forbindelse med liberaliseringen nedsat med 2,55 pct.

4.2 INTERNATIONALE ERFARINGER

112 Nedenfor beskrives erfaringer med deregulering af apotekssektorerne i henholdsvis Norge, Sverige, Nederlandene, England og Irland. De nævnte lande er relevante at betragte, netop fordi de har foretaget en deregulering af apotekssektoren og der derfor kan indsamles erfaringer herfra. Styrelsen har ikke fundet anledning til at sammenligne den danske regulering af apotekssektoren med øvrige regulerede lande.

113 Adgangsreguleringen i Danmark og Norge, Sverige, England, Nederlandene og Irland er vist i Tabel 7. I Norge, Sverige, England, Nederlandene og Irland er der ingen krav til, at ejeren af et apotek skal være farmaceut. Der er desuden ikke begrænsninger på antallet af apoteker, som en ejer må eje.

Tabel 7
ADGANGSREGULERING I UDVALGTE LANDE

	N	S	UK	NL	IE
Ejerskab[1)]	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Vertikale restriktioner[2)]	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Horisontale restriktioner[3)]	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Fri etableringsret	Ja	Ja	Delvist	Ja	Ja

Note 1: Krav om at ejer skal være uddannet farmaceut.
Note 2: I DK er der forbud mod vertikal integration mellem apoteker og hhv. grossister og lægemiddelindustrien. I S og N er der kun forbud mellem apotek og lægemiddelindustrien.
Note 3: Forbud mod at praktiserende læger kan eje og drive apoteker.

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens analyse fra 2010: Regulering af apotekssektoren.

Anmærkning: DK = Danmark, N = Norge, S = Sverige, UK = England, NL = Nederlandene, IE = Irland.

4.2.1 Norge

114 Norge foretog en deregulering af apotekssektoren i 2001. Dereguleringen indebar bl.a. indførelse af fri etableringsret, generisk substitution, maksimalpriser samt afskaffelse af kravet om at ejeren af et apotek skulle være uddannet farmaceut.

115 En efterfølgende evaluering konkluderede bl.a., at der er sket et fald i ventetiderne efter dereguleringen.[17] En brugerundersøgelse viste, at ca. 40 pct. af de adspurgte oplevede et fald i ventetiden i forhold til før dereguleringen. Der er ikke foretaget målinger af faktiske ventetider.

116 I Norge er der som led i dereguleringen givet mulighed for at pålægge en apoteker i et godt indtjenende område at drive et apotek eller have medicinudsalg i et område, der ellers ville være i fare for at miste lægemiddelforsyningen. Herved sikres en rimelig geografisk dækning. Det har dog endnu ikke været nødvendigt at pålægge en apoteker at drive et apotek eller medicinudsalg. Der har været få apotekslukninger efter dereguleringen, og det er primært nye apoteker, der er blevet lukket. Der er ikke blevet lukket apoteker i udkantsområder. Dertil kommer, at der frivilligt er blevet etableret apoteker i ti kommuner, som ikke tidligere havde et apotek[18]. Antallet af apoteker er næsten fordoblet fra 397 apoteker til 707 apoteker efter dereguleringen af apotekssektoren[19].

117 Norge har desuden indført maksimalpriser på receptpligtige lægemidler, men der findes ingen nylig evaluering på effekten heraf på priserne. I ECON-

[17] ECON Analyse: Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet. Rapport 2004-10.
[18] ECON Analyse: Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet. Rapport 2004-10.
[19] Apotekforeningen: Fakta om apotek. 2012.04.11

rapporten[20] fra 2004 konkluderes det, at systemet med maksimalpriser ikke har haft den forventede effekt på priserne. ECON er dog usikre på, hvorvidt det skyldes, at indførelsen af maksimalpriser generelt ikke har effekt, eller om det er vertikal integration i sektoren, som medfører manglende priskonkurrence.

118 I Norge har man gjort det gratis for apoteket at sende receptpligtige lægemidler med post til forbrugerne samt indført mulighed for driftsstøtte til udkantsapoteker og apoteker med vagtordning. Der er givet driftsstøtte til knap tre pct. af apotekerne.

119 Apotekerne i Norge skal minimum have åben 35 timer/uge, hvilket er en slækkelse af kravet fra før dereguleringen, hvor det var 40 timer/uge. Apotekerne havde to år efter dereguleringen åbent ca. 42 timer/uge i gennemsnit[21].

4.2.2 Sverige

120 Sverige foretog en deregulering af apotekssektoren i 2009. Dereguleringen betød, at det statslige monopol på apoteksdriften blev brudt. Over halvdelen af de statsejede apoteker er i dag blevet solgt, og der er fri etableringsret. Derudover blev det muligt at sælge visse håndkøbslægemidler andre steder end på apoteket og der indførtes fri prissætning på disse lægemidler.

121 I Sverige har det ikke været tilladt at nedlægge et apotek i udkantsområder i løbet af den tre-årige overgangsperiode, der blev indført i forbindelse med dereguleringen i 2009, med mindre apoteksejeren betalte en bod. I forbindelse med salg af de statslige apoteker, solgte staten apotekerne i ”klumper” bestående af både byapoteker og udkantsapoteker i samme klump. Ingen af de eksisterende apoteker er blevet lukket efter dereguleringen, og der er frivilligt blevet etableret apoteker i udkantsområder, hvor der ikke var apoteker før. Før dereguleringen var der 946 apoteker i Sverige. Halvandet år efter var der 1.124 apoteker[22].

122 Sverige har derudover indført mulighed for salg af lægemidler på internetapoteker med telefonisk rådgivning ved køb af receptpligtige lægemidler. Første gang en forbruger køber et receptpligtigt lægemiddel, ringes forbrugeren op af en farmaceut, som har mulighed for at rådgive forbrugeren om lægemidlet.

[20] ECON Analyse: Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet. Rapport 2004-10.
[21] ECON Analyse: Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet. Rapport 2004-10.
[22] Konkurrensverket: Omregleringen av apoteksmarknaden. 2010:4

123 I 2011 gennemførtes en brugerundersøgelse[23] i Sverige. Undersøgelsen belyste bl.a. i hvor høj grad apotekerne var i stand til at imødekomme udlevering af receptpligtige lægemidler. Det fremgik, at der efter dereguleringen var sket mere end en fordobling af antallet af kunder, som oplevede, at det tog mere end en dag at fremskaffe det efterspurgte lægemiddel. Før dereguleringen oplevede fire pct. af apotekskunderne, at det tog apoteket mere end en dag at få et lægemiddel hjem. Efter dereguleringen var tallet elleve pct.

124 I Sverige stilles der i modsætning til i Danmark ikke krav om, at apotekeren skal have fuldt sortiment eller at apoteket hurtigst muligt skal fremskaffe lægemidler efter anmodning. Bibeholdes det nuværende danske krav til apotekerne om, at de skal have fuldt sortiment af apoteksforbeholdte lægemidler og receptpligtige lægemidler samt hurtigst muligt skal fremskaffe lægemidler efter anmodning vil det i nogen grad kunne forebygge, at forbrugerne går forgæves på danske apoteker og apoteksenheder.

125 Apotekerne i Sverige er ikke omfattet af minimumskrav til åbningstider. Før dereguleringen var den gennemsnitlige åbningstid ca. 43 timer/uge, og efter dereguleringen var den ca. 53 timer/uge[24].

4.2.3 Nederlandene

126 I Nederlandene blev apotekssektoren dereguleret i 1999. Der er ingen antalskontrol eller restriktioner på etablering. I udkantsområder kan læger få tilladelse til at udlevere lægemidler, såfremt der ikke er et apotek i en omkreds af 4,5 km.[25] Et apotek skal være tilknyttet et forsikringsselskab for at kunne udlevere receptpligtige lægemidler. Alle forbrugere er tilknyttet et forsikringsselskab, som håndterer det offentliges tilskud på lægemidler.

127 I Nederlandene fastlægges maksimalpriser på apotekernes indkøbspris på receptpligtige lægemidler. Dertil tillægges et gebyr, hvorefter den maksimale salgspris til forbrugerne er givet for apotekerne. Apotekerne er frie til at fastsætte prisen på lægemidlerne lavere end maksimalprisen.

128 Nederlandene har indtil udgangen af 2012 gjort brug af maksimalpriser på receptpligtige lægemidler. Dvs. apotekerne var frie til at prisfastsætte lægemidlerne lavere. Fra 2013 er salgspriserne til fri forhandling mellem forsikringsselskaberne og apotekerne. Der er siden dereguleringen i 1996 sket et prisfald på 45 pct. Hvor stort et bidrag indførelsen af maksimalpriser har haft på prisfaldet er ikke dokumenteret.

---

[23] Konsumentverket: Omregleringen av apoteksmarknaden. Rapport 2011-09.
[24] Danmarks Apotekerforening.
[25] The Ministry of Health, Welfare and Sport.

129 Derudover har man i Nederlandene gjort brug af abonnementsordninger for lægemidler til kronisk syge, hvormed deres lægemidler leveres med posten.

130 I perioden fra 2000 til 2009 er antallet af apoteker øget med 23 pct. fra 1.602 til 1.976 apoteker[26].

131 Der er ingen krav til åbningstider i Holland.

4.2.4 England

132 Englands apotekssektor blev dereguleret i 2005. Med dereguleringen indførtes fri etableringsret til apoteker med åbningstid på mindst 100 timer/uge, rene internetapoteker samt apoteker i sundhedscentre og større indkøbscentre. Derudover blev der slækket på krav til øvrige apoteker i forbindelse med godkendelse af etablering.

133 Opblødningen i etableringsretten i England betød, at der skete en tilvækst i antallet af apoteker efter dereguleringen på 855 apoteker svarende til en stigning på 8,8 pct.[27].

134 Der er krav om en minimumsåbningstid på 40 timer/uge i England. 61 pct. af de nye apoteker har en åbningstid på mindst 100 timer/uge, og den gennemsnitlige åbningstid er steget med 2,2 timer/uge til 53,6 timer/uge. En undersøgelse i 2010 viste, at fem år efter dereguleringen oplevede 2,2 pct. af kunderne "lange ventetider", og 2,4 pct. oplevede, at lægemidlerne ikke var på lager[28]. Den oplevede ventetid var på samme niveau som før dereguleringen.

4.2.5 Irland

135 Irland har siden 2002 foretaget en trinvis deregulering, som bl.a. har medført afskaffelse af de fleste adgangsbarrierer og en ophævelse af antalskontrollen.

136 Der er intet krav om, at en ejer af et apotek skal være uddannet farmaceut, men en virksomhed kan ikke åbne et apotek uden at have en aftale, som betyder, at apoteket har en daglig leder, som er uddannet farmaceut samt en overordnet ansvarlig farmaceut. Begge skal have mindst tre års erfaring.

---

[26] PHIS Pharma Profile Template. 2010.

[27] DotEcon: Evaluating the impact of the 2003 OCT study on the Control of Entry regulations in the retail pharmacies market. OFT March 2010.

[28] DotEcon: Evaluating the impact of the 2003 OCT study on the Control of Entry regulations in the retail pharmacies market. OFT March 2010.

137 Der er ingen regulering af åbningstiderne. En analyse udført af PSI[29] viser, at 35 pct. af apotekerne i dag har søndagsåbent, knap 60 pct. har åbent efter kl. 18 på hverdage og knap 85 pct. efter kl. 14 om lørdagen.

4.2.6 Konklusion

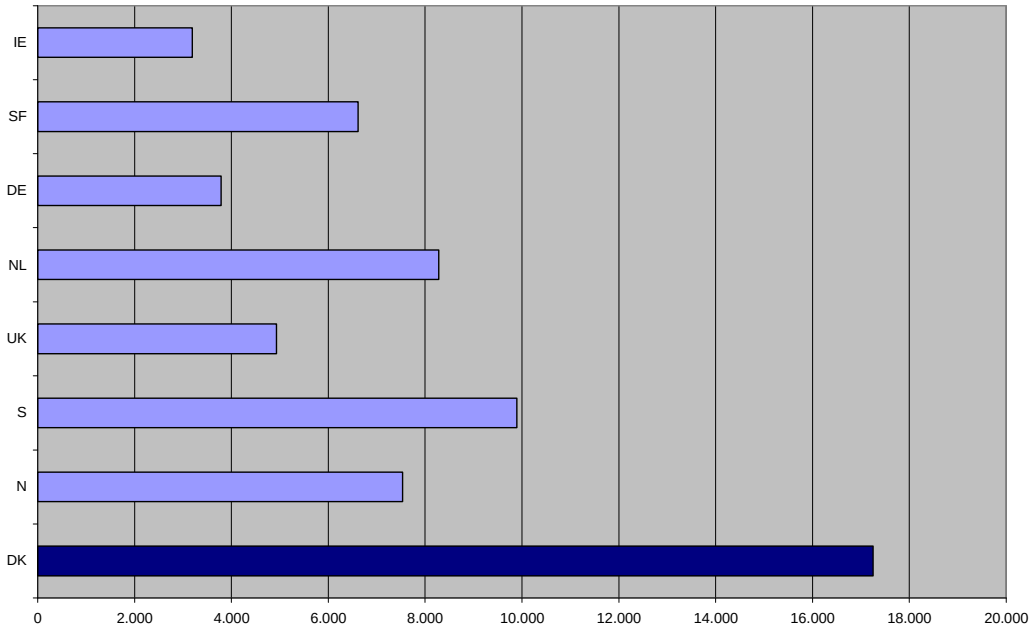
138 For at sikre kvalitet og sikkerhed i distributionen af lægemidler har de nævnte lande dog krav om uddannelsesniveauet for den daglige leder og øvrigt personale på apoteket.

139 Erfaringer fra Norge, Sverige, Nederlandene, England og Irland viser, at landenes deregulering af de respektive apotekssektorer generelt har medført en øget tilgængelighed i form af flere apoteker og længere åbningstider. Desuden er nye aktører trådt ind på markedet for apoteksdrift.

140 I forhold til tilgængelighed bemærkes det, at Danmark har væsentlig flere indbyggere pr. apotek end de øvrige lande vist i Figur 7. Det betyder, at den fysiske tilgængelighed i Danmark i forhold til de øvrige lande målt ved antallet af indbyggere pr. apotek er mindre.

Figur 7: Antal indbyggere pr. apotek i Danmark og øvrige lande, 2011

[29] Pharmaceutical Society of Ireland: Baseline survey. 2011.



Note: Der er tale om egentlige apoteker. Filialer, apoteksudsalg, håndkøbsudsalg og medicinudleveringssteder er ikke med i opgørelsen.

Kilde: The Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU). Annual report 2011.

Anmærkning: DK = Danmark, N = Norge, S = Sverige, UK = England, NL = Nederlandene, SF = Finland, IE = Irland, DE = Tyskland.

5 KONKURRENCEANALYSE

141 Danmark har en meget restriktiv regulering af apotekssektoren. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens analyser af apoteksområdet viser bl.a., at

- der ikke sker tilgang af apoteker i områder, hvor der er et markedsmæssigt grundlag herfor,
- faste salgspriser hindrer priskonkurrence,
- udligningsordningen mindsker apotekernes incitament til at effektivisere driften og øge omsætningen og som følge heraf fordyres distributionen af lægemidler.

142 I dette afsnit foretages en vurdering af de enkelte bestemmelser, herunder hvori konkurrencebegrænsningerne består efterfulgt af forslag til ændringer.

5.1 BEVILLINGSSYSTEMET

143 Bevillingssystemet medfører konkurrencebegrænsninger som følge af ejerskabsreglerne og antalskontrollen.

144 Ejerskabsreglerne stiller krav til bl.a. ejerens uddannelse, tidligere erfaring og uafhængighed af andre økonomiske interesser samt sætter en grænse for hvor mange apoteker én apoteker må eje. Reglerne om antalskontrol, medfører, at eksisterende apoteker beskyttes mod konkurrencepres fra nye apoteker og nye typer aktører.

145 Dermed anspores de enkelte apoteker ikke til stadig effektivisering og fornyelse i samme grad som på et konkurrenceudsat marked. Det betyder mindre fokus på minimering af omkostninger, mindre aktiv konkurrence på produktudvalg og service, og at ineffektive apoteker vil kunne overleve.

5.1.1 Ejerskabsregler

146 De konkurrencebegrænsninger, der følger af ejerskabsreglerne, kommer for det første til udtryk ved kravet i apotekerlovens § 15, stk. 4, nr. 3 om, at man skal være uddannet farmaceut for at kunne blive apoteker, og at ejerskabet er personligt.

147 Dette krav bevirker, at der ikke er tilgang af andre aktører i ejerskabsleddet. Det kan betyde, at konkurrencen om service fortsat er lav, og at der er begrænset udvikling af nye forretningsmetoder mv. En tilgang af andre ejerkredse ville kunne betyde mere fokus på effektivitet, sikre mere udvikling i sektoren og give tilgang til større finansieringskapital.

148 Formålet med denne regel er at sikre fokus på kvalitet og sikkerhed i forbindelse med apoteksdriften.

149 Det er Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens vurdering, at de hensyn, der ligger bag reglen, i stedet vil kunne tilgodeses ved at indføre en regel om, at der altid skal være en ansvarlig farmaceut til stede i apotekets åbningstid. Dertil kommer, at såfremt man bibeholder de nuværende regler om krav til uafhængighed i forhold til praktiserende læger, grossister og lægemiddelindustrien, vil apoteker fortsat være uafhængige af uhensigtsmæssige økonomiske interesser.

150 Danmarks Apotekerforening har tidligere udtrykt bekymring for, at ændringer i ejerskabsstrukturen i apotekssektoren vil betyde lavere kvalitet og sikkerhed i rådgivningen og øget risiko for fejlmedicinering i forbindelse med udlevering af lægemidler.

151 Styrelsen vurderer, at da receptpligtige lægemidler fortsat ordineres af en læge, og da der med forslaget ikke ændres i kravene til uddannelse af personalet, vil nye typer af ejere ikke betyde forringelser i kvalitet og sikkerhed eller øge risikoen for fejlmedicinering.

152 For det andet kommer de konkurrencebegrænsninger, der følger af ejerskabsreglerne til udtryk i reglen i apotekerlovens § 15, stk. 2, om antalsbegrænsning i ejerskabet, dvs. bestemmelsen om at en ejer højest må eje fire apoteker.

153 Dette krav bevirker, at der ikke - eller i hvert fald kun i begrænset omfang - kan høstes stordriftsfordele med effektivitetsforbedringer til følge, ligesom de almindelige mekanismer på et konkurrenceudsat marked, nemlig at de mest effektive apoteker ekspanderer i antal på bekostning af de mindre effektive, ikke kommer i spil.

154 Hensynet bag antalsbegrænsningen i ejerskabet er bl.a. at undgå udbredte forsyningsproblemer i tilfælde af konkurs samt modvirke koncentration i markedet. Styrelsen vurderer dog, at hensynene vil kunne tilgodeses, selvom grænsen på fire apoteker hæves til fx 20-30 apoteker. Der er i dag 253 apoteker i hele landet. En øvre grænse på fx 20-30 apoteker gør, at der ikke sker en større koncentration i markedet på enkelte aktører, og at de positive effekter af stordriftsfordelene vil kunne høstes. På sigt bør den øvre grænse dog ophæves.

155 Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen vurderer, at det fortsat er muligt at sikre samme kvalitet og sikkerhed ved distributionen af lægemidler som i dag, og samtidig foretage de foreslåede ændringer i ejerskabsreglerne.

156 En ændring af ejerskabsreglerne vil således kunne betyde mere fokus på effektivitet og stordriftsfordele, sikre fortsat udvikling i sektoren og give tilgang til større finansieringskapital.

157 Det anbefales på den baggrund, at ophæve kravene om, at

- ejeren skal være uddannet farmaceut
- ejerskabet er personligt

158 Desuden anbefales det, at grænsen for antallet af apoteker som må ejes af en ejer hæves betydeligt fra 4 til fx 20-30 apoteker og på sigt ophæves.

159 Endvidere anbefales det, at der fortsat stilles krav til

- den daglige leders uddannelse
- at der er en farmaceut til stede i hele apotekets åbningstid
- at der er uafhængighed i forhold til praktiserende læger, grossister og lægemiddelindustrien

5.1.2 Antalskontrol

160 De konkurrencebegrænsninger, der følger af antalskontrollen, kommer for det første til udtryk ved kravet i apotekerlovens § 4 om, at Sundhedsstyrelsen bestemmer, hvorvidt et apotek skal oprettes, flyttes eller nedlægges.

161 Dette krav bevirker, at der ikke er fri etableringsret i Danmark. Der foretages af myndighederne en vurdering af behovet for oprettelse af et apotek, inden der opslås en bevilling. Det betyder, at antallet af apoteker begrænses. Konsekvenserne ses bl.a. på antallet af apoteker og deres placering samt ventetider på apotekerne.

162 Udviklingen i antallet af apoteker over tid vises i Tabel 8.

Tabel 8
UDVIKLING I ANTAL APOTEKER OG ØVRIGE ENHEDER, 2000-2010

	Antal enheder i alt	Apoteker[1)]	Apoteksfilialer	Apoteksudsalg	Håndkøbsudsalg	Medicinudleveringssteder
2000	1536	287	43	145	737	324
2001	1490	284	45	145	734	282
2002	1455	283	45	141	714	272
2003	1459	279	48	139	715	278
2004	1416	276	47	138	707	248
2005	1310	268	50	127	664	201
2006	1364	267	55	132	675	235
2007	1292	265	57	132	630	208
2008	1337	261	59	132	663	222
2009	1298	254	64	128	637	215
2010	1241	247	69	124	596	205
Ændring fra 2000 til 2010	- 19 pct.	- 14 pct.	+ 60 pct.	- 14 pct.	- 19 pct.	- 37 pct.

Note: 1: Antal apoteker inkl. supplerende enheder. Supplerende enheder er selvstændige apoteker men er tilknyttet et andet apoteks bevillingshaver, dvs. de har samme ejer.

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Anmærkning: Apoteksfilial: Enhed knyttet til et apotek i egne lokaler. Ikke krav om ansat farmaceut. Må foretage opgaver på lige fod med et apotek.
Apoteksudsalg: Enhed knyttet til et apotek i egne lokaler. Kan ikke foretage direkte receptekspedition, men må udlevere receptpligtige lægemidler, som er ekspederet på et apotek.
Håndkøbsudsalg: Enhed som modtager varer fra et bestemt apotek. Fx Matas eller købmandsbutik. Kan ikke foretage direkte receptekspedition. Kan sælge håndkøbsmedicin.
Medicinudleveringssted: Enhed som modtager adresserede forsendelser fra et eller flere apoteker.

163 Igennem de sidste 10 år er der sket et markant fald i antallet af såvel apoteker som øvrige enheder på apoteksmarkedet, bortset fra apoteksfilialer. I alt er der fra 2000 og frem til 2010 sket et fald på 19 pct. i antallet af steder, hvor forbrugeren kan få udleveret receptpligtige lægemidler.

164 Umiddelbart stemmer udviklingen i antallet af apoteker ikke overens med, at den nuværende regulering skal sikre tilgængelighed af apoteker i Danmark, medmindre alle de nedlagte apotekerenheder (295 stk.) har været beliggende i områder med en i forvejen høj tilgængelighed. Faldet i antallet af apoteksenheder indikerer, at tilgængeligheden er mindsket i perioden fra 2000 til 2010. Samtidig fremgår det af Figur 7, at Danmark har væsentlig flere indbyggere pr. apotek end øvrige sammenlignelige lande i Europa har.

165 Det må forventes, at der er aktører i Danmark, som ønsker at komme ind på det danske apoteksmarked og varetage apotekeropgaver på lige fod med apotekerne. Nogle af de mulige aktørers omkostninger ved etablering af et apotek må antages at være mindre, da de vil have et eksisterende distributionsnet pga. anden virksomhedsdrift.

166 Flere apoteksenheder må umiddelbart kunne forventes at have en positiv effekt på ventetiderne på de enkelte apoteker, særligt i byområdet, hvor belastningen i dag er høj, og hvor det kan forventes, at flere apotekere vil etablere sig, hvis det blev muligt. Internationale erfaringer har vist, at der har været en markant stigning i antallet af apoteker efter de respektive landes deregulering. Undersøgelser af ventetider på danske apoteker viser, at der fortsat er en vis utilfredshed med ventetiderne på apotekerne, jf. Tabel 2.

167 Apotekerne er i konkurrence med detailhandlen om salg af frihandelsprodukter og liberaliserede håndkøbslægemidler, men ikke receptpligtige lægemidler. Generelt kan der være et incitament til at minimere ventetiderne på produkter, der er konkurrenceudsatte, hvorimod det samme incitament ikke nødvendigvis er til stede på produkter, der ikke er konkurrenceudsatte.

168 Effekten af konkurrencebegrænsningen som følge af antalskontrol ses bl.a. også på spredningen i apotekernes overskud, der er vist i Tabel 9.

Tabel 9
OVERSKUD FØR OG EFTER UDLIGNING FORDELT PÅ ANTAL APOTEKER, 2010

	Før udligning	Efter udligning
Under 300.000 kr.	67	44
300.000 kr. – 900.000 kr.	62	73
900.000 kr. – 1.500.000 kr.	52	65
Over 1.500.000 kr.	72	71

Kilde: Lægemiddelstyrelsen: Undersøgelse over apotekernes driftsforhold, 75. årgang.

169 På et marked med aktiv konkurrence vil der i udgangspunktet være en mindre spredning i overskuddet. På et marked med aktiv konkurrence foregår der en konkurrence mellem virksomheder i forskellige sektorer og internt i sektoren. Brancher med store overskud tiltrækker nye aktører. Ved tilgang af nye aktører falder overskuddet. Tilgangen af nye aktører fortsætter i udgangspunktet, indtil spredningen er minimeret.

170 Da en del af apotekerne med et meget lavt overskud er beliggende i udkantsområderne, er det væsentligt for at opretholde den politiske målsætning om geografisk dækning, at disse apoteker ikke forlader markedet pga. dårlige indtjeningsforhold. Dette adresseres i afsnit 5.3.

171 Hensynet til en rimelig let og sikkerhedsmæssig forsvarlig adgang til lægemidler til rimelige priser og lavest mulige samfundsmæssige omkostninger kan tilgodeses, selvom antalskontrollen ophæves.

172 Der er fra flere sider udtrykt bekymring om, at en øget tilgang af apoteker til sektoren vil betyde et pres for en øget avanceramme. Det bør dog ikke være

tilfældet, da antallet af solgte receptpligtige lægemidler ikke ændres. Det skyldes, at det fortsat er lægerne, som udskriver recepter. Apotekerne har ikke indflydelse herpå. Der vil selvfølgelig være flere, der skal dele sektorens overskud, men dette vil ske via en omfordeling af det nuværende overskud, som vil være et resultat af aktiv konkurrence. Se desuden punkt 188 nedenfor.

173 Ovenstående analyser sammenholdt med internationale erfaringer gør, at det må forventes, at en ophævelse af adgangskontrollen på apoteksområdet vil kunne føre til øget tilgængelighed og højere service til fordel for forbrugerne uden meromkostninger for samfundet.

174 Det anbefales på den baggrund at ophæve kontrollen af antallet af apoteksenheder i Danmark og dermed indføre fri etableringsret.

5.2 PRIS- OG AVANCEREGULERINGEN

175 Priskonkurrence er væsentlig for et effektivt marked. Priserne på lægemidler er i dag stærkt reguleret. Den endelige salgspris på receptpligtige lægemidler til forbrugeren beregnes af Sundhedsstyrelsen og kan ikke fraviges af det enkelte apotek. Hermed hindres en mulig priskonkurrence.

176 14-dagsauktioner på indkøbspriserne samt kravet om generisk substitution til apotekerne har medført, at Danmark har relativt lave lægemiddelpriser i forhold til andre sammenlignelige lande. Ordningen foreslås derfor bibeholdt.

177 De konkurrencebegrænsninger, der følger af pris- og avancereguleringen, kommer for det første til udtryk ved kravet i bekendtgørelse nr. 183 af 20. februar 2012 om beregning af forbrugerpriser mv. på lægemidler i § 1 og § 2 om, at apotekets salgspris til forbrugeren er fast defineret.

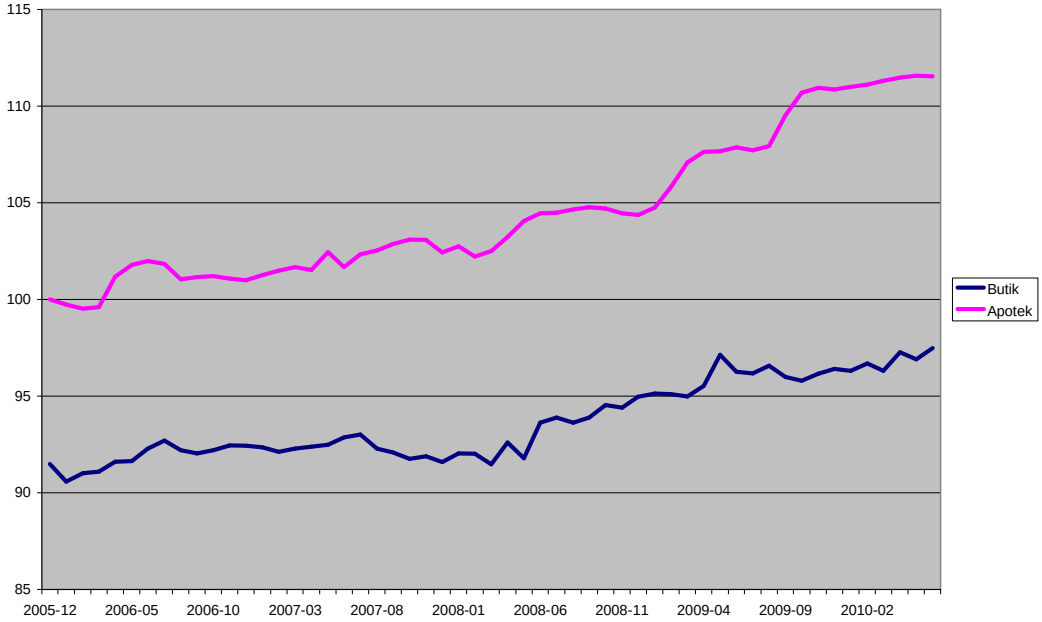
178 Kravet om faste priser bevirker, at der ikke er mulighed for fri prisdannelse på de receptpligtige lægemidler og dermed ikke mulighed for konkurrence på prisen.

179 Effekten af en mulig fri prisdannelse kan umiddelbart ses på dele af håndkøbsmedicinsalget, som i dag er liberaliseret. Her har dagligvarebutikker mv. fået mulighed for at sælge en række håndkøbslægemidler og selv sætte prisen. Det er dog ikke direkte sammenligneligt, da der på håndkøbsmedicin ikke er tale om auktionspriser.

180 Figur 8 viser udviklingen i prisen på liberaliserede håndkøbslægemidler solgt på henholdsvis apoteker og i butikker (detailhandlen) i perioden fra 2005-2010. Af figuren ses, at prisen på håndkøbslægemidler solgt på apoteker ligger over prisen på håndkøbslægemidler solgt i butikker i hele perioden. Det ses

endvidere, at apotekernes pris på liberaliserede håndkøbslægemidler stiger mere over perioden end butikkernes pris.

Figur 8: Udviklingen i prisen på liberaliserede håndkøbslægemidler 2005-2010.



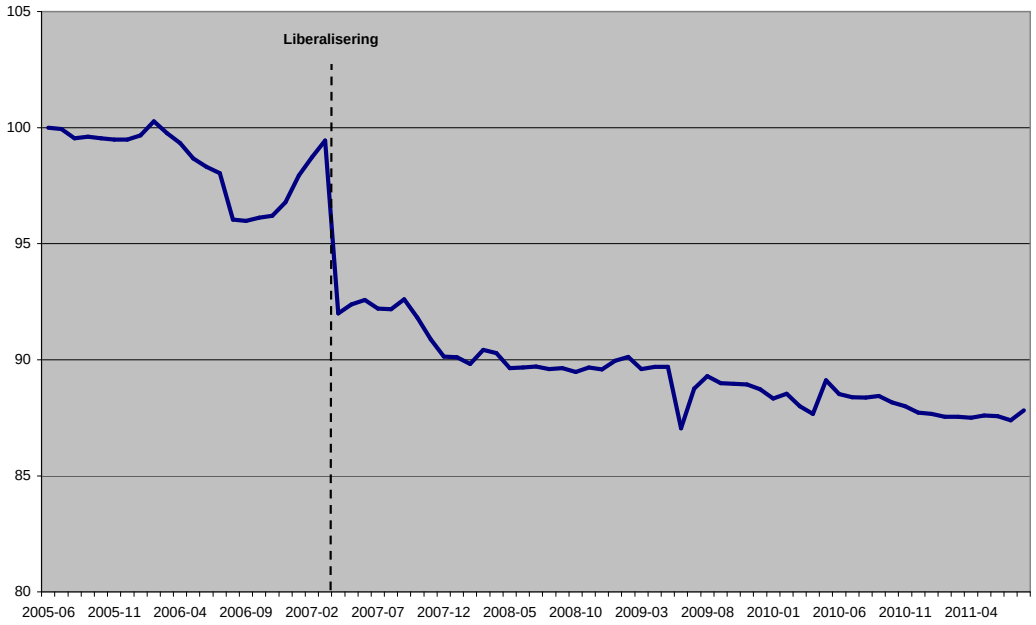
Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Anmærkning: Prisen på håndkøbslægemidler på apoteket i december 2005 er sat til indeks 100.
Det har ikke været muligt at få data tilbage fra 2001.
Prisniveauet som skaber forskellen i nulpunktet (december 2005) er baseret på et gennemsnit på hele året, og baggrundsdata for udviklingen over årene er baseret på månedstal.
Før 2001 var der intet salg af nogen lægemiddelpakninger uden for apotekerne, og i perioden fra 2001 er der løbende kommet flere til. Så for at kunne sammenligne udviklingen i hele perioden, er lægemiddelpakninger, som ved udgangen af 2010 havde status af et liberaliseret håndkøbslægemiddel – eller hvis en pakning tidligere har haft status af liberaliseret håndkøbslægemiddel, men ikke længere er på markedet – blevet inkluderet i gruppen "Salget af liberaliserede håndkøbslægemidler". Salget i denne kategori er fulgt for alle årene, uanset om de tidligere har været apoteksforbeholdte.

181 Tilsvarende effekt kan ses på veterinære receptpligtige lægemidler til produktionsdyr, som ligeledes er blevet liberaliseret. Liberaliseringen betød bl.a. fri prisdannelse og øget markedsadgang for andre aktører end apoteker. En evaluering af liberaliseringen viser, at priserne er faldet ca. 5,5 procent i perioden efter liberaliseringen[30]. Se også Figur 9.

[30] Lægemiddelstyrelsen: Udviklingen i forbrug, omsætning og priser for receptpligtig veterinærmedicin til produktionsdyr fra 1. juni 2005 til 30. september 2010.

Figur 9: Prisudvikling for alle lægemidler til produktionsdyr, 2005-2011



Kilde: Lægemiddelstyrelsen.

Anmærkning: Juni 2005 er lig indeks 100. Liberaliseringen skete i april 2007, hvor indeks er ca. 92. I forbindelse med liberaliseringen er der ligeledes sket et fald i afgifterne på lægemidlerne på 2,55 pct. Der er siden april 2007 sket et prisfald på ca. 8 pct., hvoraf 2,55 pct. er fald i afgifter.

182 Erfaringerne fra disse to områder viser, at en fri prisdannelse har haft en effekt på udviklingen i priserne, som er kommet forbrugerne til gode.

183 Da hensynet bag reglen om en fast salgspris er et politisk ønske om at have kontrol med omkostningerne til lægemiddeldistributionen samt sikre et rimeligt prisniveau for nødvendige lægemidler, er det ikke ønskeligt at fjerne priskontrollen på receptpligtige lægemidler.

184 Ved en fri prisdannelse vil der ikke være sikkerhed for, at priserne ikke stiger. Det afhænger bl.a. af konkurrencen i markedet, muligheden for information og substitutionsmuligheder på produkterne. En prisstigning på receptpligtige lægemidler vil betyde øgede omkostninger til lægemiddeldistributionen.

185 Der er endvidere særlige markedsforhold for receptpligtige lægemidler, herunder asymmetrisk information. Patienten har ikke den information, der er nødvendig, for at træffe et rationelt valg mellem lægemidler ud fra pris og kvalitet. Derfor vælger lægen for patienten via en recept. Patienten har imidlertid heller ikke information om, hvilke lægemidler der tilhører samme generisk substitutionsgruppe. Det er derfor apotekets opgave at oplyse patienten herom og tilbyde det billigste lægemiddel efter reglerne om generisk substitution.

186 Maksimalpriser, som fastsættes af Sundhedsstyrelsen, kan umiddelbart sikre det politiske ønske om at have kontrol med omkostningerne til lægemiddeldistributionen samt sikre et rimeligt prisniveau for nødvendige lægemidler. Ved at indføre maksimalpriser opnås den ønskede kontrol samtidig med at der skabes mulighed for priskonkurrence.

187 Maksimalpriserne kan beregnes efter samme model, som Sundhedsstyrelsen bruger i dag til fastlæggelse af de faste salgspriser. Det nuværende bruttoavancesystem vil dermed også kunne fastholdes, men som en maksimalgrænse for apotekernes avance i stedet for en fast givet avance. Apotekerne er dermed frie til at opkræve en lavere avance og dermed konkurrere på salgsprisen til forbrugerne.

188 Såfremt størrelsen på den samlede avance fastsættes ud fra antallet af recepter, således at den samlede avance er knyttet op på antallet af recepter, vil en stigning i antallet af apoteker i sektoren ikke nødvendigvis betyde en stigning i den samlede avanceramme, idet antallet af apoteker næppe kan antages at påvirke antallet af recepter, der udskrives af læger.

189 En åbning for priskonkurrence i apotekssektoren ved fjernelsen af de faste priser og indførelse af maksimalpriser vurderes at kunne have en gavnlig effekt på priserne. En prisbesparelse på bare to pct. på prisen på receptpligtige lægemidler i Danmark vil betyde, at patienterne vil spare en kvart mia. kr. om året.

190 Det er Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens vurdering, at en indførelse af maksimalpriser i stedet for faste priser vil have en positiv indvirkning på formålet om at sikre distribution af lægemidler til rimelige samfundsøkonomiske omkostninger.

191 Da gevinsten ved priskonkurrence i apotekssektoren ikke nødvendigvis vil være ligeligt geografisk fordelt, må der – hvis der er et ønske herom fra politisk hold – sikres, at befolkningen generelt har adgang til lægemidler til de laveste priser. Dette kan ske via fx internetapoteker, telefonisk lægemiddelbestilling og abonnementsordninger. Hermed vil alle forbrugere kunne købe lægemidler der, hvor prisen er lavest. Det er væsentligt at understrege, at ingen forbrugere må forventes at blive stillet værre end i dag såfremt der indføres maksimalpriser.

192 Det anbefales på den baggrund, at ændre fastprisreguleringen på receptpligtige lægemidlers salgspris til en maksimalprisregulering.

193 Det anbefales ligeledes, at bibeholde de nuværende substitutionsregler og 14-dages auktionsmodellen til håndtering af apotekernes indkøbspriser.

5.3 UDLIGNINGSORDNINGEN

5.3.1 Omsætningsbaseret udligning

194 Udligningsordningen har til formål at sikre en hensigtsmæssig geografisk dækning af apoteker i Danmark. Der kan dog stilles spørgsmålstegn ved, om den nuværende ordning er den mest hensigtsmæssige metode til at sikre dette formål.

195 De konkurrencebegrænsninger, der følger af at have en omsætningsbaseret udligningsordning kommer for det første til udtryk ved kravet i bekendtgørelse nr. 169 af 20. februar 2012 om beregning og betaling af afgift og tilskud i henhold til lov om apoteksvirksomhed § 3 om, at der sker økonomisk udligning mellem apotekerne baseret på omsætningen.

196 Det ses af Tabel 10, at ud over at give tilskud til økonomisk trængte apoteker, gives der også tilskud til umiddelbart økonomisk velfunderede apoteker. Således udgør tilsyneladende økonomisk velfunderede apoteker 31 pct. af de apoteker, som modtager tilskud via den omsætningsbaserede udligningsordning.

197 I 2010 modtog 71 apoteker tilskud fra den omsætningsbaserede udligningsordning, og 88 apoteker betalte til ordningen. I henholdsvis 2008 og 2009 fik 127 og 119 apoteker tilskud fra ordningen, og henholdsvis 101 og 95 apoteker betalte til ordningen i 2008 og 2009[31].

198 Før udligningen havde 41 apoteker et underskud i 2010, og efter udligningen var det 28 apoteker[32]. Tilsvarende ses for 2009, hvor 39 apoteker havde underskud før udligning, og 25 apoteker havde underskud efter udligning. I 2008 havde 56 underskud før udligning, og 42 havde underskud efter udligning.

199 I alt blev der udbetalt 38,6 mio. kr. i tilskud og betalt 35,3 mio. kr. i afgift i 2010[33]. Dette skal forholdes til en omsætning i sektoren i 2010 på knap 12,5 mia. kr. og et samlet overskud på ca. 275,6 mio. kr. samme år.

200 Omsætningen i sektoren har de sidste tre år ligget stabilt på lidt over 12 mia. kr. Overskuddet har i samme periode været stigende fra 183,6 mio. kr. i 2008 til 275,6 mio. kr. i 2010.

---

[31] Lægemiddelstyrelsen: Undersøgelse over apotekernes driftsforhold, 73-75. årgang.
[32] Lægemiddelstyrelsen: Undersøgelse over apotekernes driftsforhold, 73-75. årgang.
[33] Procentsatserne og indbetalingerne er foreløbige og justeres ved afslutningen af året, så der tilvejebringes overensstemmelse mellem betalingen af afgifter og udbetalingen af tilskud.

201 Udligningsordningen betyder ikke nødvendigvis, at et underskud vendes til overskud, da ordningen tager udgangspunkt i omsætning. I 2010 betalte 10 apoteker (af i alt 88 betalende apoteker) afgift til ordningen og endte med et underskud efter udligning. Heraf havde 7 underskud også før udligningen. 16 af de 71 modtagne apoteker fik vendt et underskud til overskud, jf. Tabel 10. Dvs. 47 apoteker, som modtog tilskud fra udligningsordningen, havde overskud før udligningen. Heraf havde 22 et overskud på 1,5 pct. af bruttoomsætningen eller over. I 2008 havde 46 apoteker et overskud på 1,5 pct. af bruttoomsætningen eller over, og i 2009 var det 58 apoteker.

202 Dvs. knap 31 pct. af apotekerne, som modtager tilskud fra udligningsordningen i 2010, havde et overskud som lå over det gennemsnitlige overskud målt i pct. af bruttoomsætningen i sektoren inden udligning. Det tilsvarende tal var 36 pct. i 2008 og 49 pct. i 2009.

Tabel 10
EFFEKT AF UDLIGNINGSORDNINGEN PÅ APOTEKETS OVERSKUD, 2008-2010

	2008	2009	2010
Antal apotekere som betaler til udligningsordningen	101	95	88
Heraf apoteker, som har underskud efter udligning	23	15	10[1)]
Heraf apoteker, som har overskud efter udligning	77	78	77
Antal apotekere som får tilskud fra udligningsordningen	127	119	71[2)]
Heraf apoteker, som har underskud efter udligning	19	10	8
Heraf apoteker, som har overskud efter udligning	108	109	62

Note: 1) Heraf 7 apoteker, som havde underskud før udligningen.
2) Heraf 24 apoteker, som havde underskud før udligningen.

Kilde: Lægemiddelstyrelsen: Undersøgelse over apotekernes driftsforhold, 73.-75. årgang.

Anmærkning: Opgørelse af hvorledes apotekets overskud berøres af udligningsordningen. Udligningsordningen er baseret på omsætning og ikke overskud.

203 I Tabel 11 er effekten af udligningsordningen opgjort fordelt på regioner. Det ses, at Region Hovedstaden og Region Midtjylland overordnet betaler til udligningsordningen, og Region Sjælland, Region Nordjylland og Region Syddanmark overordnet modtager tilskud fra udligningsordningen. Dvs. der er en omfordeling af midler i udligningsordningen fra geografisk tæt befolkede områder til geografisk mindre tæt befolkede områder. Dermed må udligningsordningen antages at have en vis positiv effekt for tilgængeligheden til lægemidler i mindre tæt befolkede områder.

Tabel 11
OVERSKUD FORDELT PÅ REGIONER, 2010

	Brutto-omsætning i 1.000 kr.	Antal apoteker[1)]	Overskud før udligning i 1.000 kr.	Overskud før udligning pr. apotek i 1.000 kr.	Overskud efter udligning i 1.000 kr.	Overskud efter udligning pr. apotek i 1.000 kr.

Region Hovedstaden	3.586.891	83	90.345	1.088	80.334	968
Region Sjælland	1.893.960	50	38.660	773	43.685	874
Region Nordjylland	1.375.426	41	22.033	537	24.804	605
Region Midtjylland	2.847.049	67	75.238	1.123	74.309	1.109
Region Syddanmark	2.732.530	77	45.997	597	52.438	681

Note: 1: Antal apoteker er inklusiv filialer og opgjort pr. 1. januar 2010.

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

204 En fjernelse af den nuværende omsætningsbaserede udligningsordning vil medføre en tilskyndelse til effektiviseringer hos de apoteker, som ikke længere vil modtage tilskud via systemet. Desuden vil det øge incitamentet til øget omsætning hos apotekerne, da de ikke længere delvist modregnes for en omsætning over 43,2 mio.kr. Samtidig vil bortfaldet af udligningsordningen give mindre effektive apoteker incitament til sammenlægning.

205 Hensynet til at sikre en geografisk rimelig dækning over hele Danmark vurderes at kunne tilgodeses via andre løsninger, jf. nedenfor.

206 Erfaringer fra andre sammenlignelige europæiske lande har vist, at en ophævelse af antalskontrollen og dermed fri etableringsret på apoteksmarkedet vil kunne betyde flere apoteker, og at der er en tendens til, at der kommer flere apoteker i områder, hvor der ikke er apoteker i forvejen. Dermed er der en sandsynlighed for, at den geografiske dækning forbedres.

207 Med nye markedsaktører er det også forventeligt, at internetsalg vil have større fokus og blive mere udbredt. Såfremt der åbnes op for rene internetapoteker (som behandles nærmere i afsnit 5.4.3), vil effekten være endnu større. Et yderligere værktøj kunne være øget brug af abonnementsordninger.

208 Som tidligere nævnt viser en MEGAFON-undersøgelse fra januar 2012[34], at 56 pct. af adspurgte forbrugere anvender et eller flere receptpligtige lægemidler fast. Hvis en større andel af dette forbrug blev håndteret via internettet, telefonisk bestilling eller abonnementsordning, kunne der frigøres tid på apoteket, som kan medføre flere ressourcer til varetagelse af rådgivning af andre forbrugere. Desuden kan behovet for geografisk spredning i de fysiske apoteker reduceres pga. øget medicinudlevering med posten. Det skal dog sikres, at forbrugerne fortsat har mulighed for at få rådgivning, således at

[34] Danmarks Apotekerforening: Undersøgelse om køb af medicin. Januar 2012. Gennemført af MEGAFON.

forkert brug og/eller utilsigtede bivirkninger undgås i det omfang det er muligt. Her kan et telefonisk opkald fra en farmaceut, som det sker i fx Sverige, bidrage til at sikre forbrugerne adgang til rådgivning.

209 Såfremt de ovennævnte tiltag ikke er tilstrækkelige til at sikre en passende geografisk dækning, kan udvalgte apotekerplaceringer dækkes fx via udbudsrunder. Omkostningerne hertil kan hentes via de almindelige afgifter, som alle apoteker betaler til Sundhedsstyrelsen[35]. Denne ordning må antages at medføre, at der skal omfordeles færre midler mellem apotekerne end ved den nuværende omsætningsbaserede udligningsordning, da færre apoteker vil være omfattet og da tilskuddet vil være mere målrettet. Desuden bliver omkostningen værdisat på markedsvilkår i en udbudsrunde. Dermed kan afgiften, som i dag lægges på lægemiddelpriserne, blive lavere med lavere forbrugerpriser til følge.

210 Det anbefales på den baggrund at ophæve den nuværende omsætningsbaserede udligningsordning, og eventuelt ændre reglerne for sikring af geografisk dækning således at der i stedet gøres brug af udbud.

5.3.2 Enhedstilskud

211 Enhedstilskud ydes, som beskrevet i afsnit 3.3.2, til apoteker, der opretter apoteksenheder knyttet til det pågældende apotek. I lyset af styrelsens anbefaling om, at ophæve antalskontrollen og indføre fri etablering, jf. afsnit 5.1.2, bør det overvejes at ændre eller afskaffe tilskud til apoteksenheder med henblik på at sikre fortsat kontrol med de offentlige udgifter til apotekssektoren.

5.4 ØVRIG REGULERING

212 Deregulering af åbningstiderne, godkendelse af rene internetapoteker og en frigivelse af sortimentet vil øge fokus på en effektiv drift, øge service for forbrugerne og medføre en sortimentssammensætning, som er baseret på efterspørgslen fra forbrugerne. Hermed fremmes en branchestruktur, der økonomisk styrker branchen, og gør den mere konkurrencedygtig og effektiv.

5.4.1 Åbningstider

213 De konkurrencebegrænsninger, der følger af at have foruddefinerede åbningstider for apotekerne, kommer til udtryk ved kravet i bekendtgørelse nr. 344 af 13. april 2011 om apotekernes åbningstid og vagttjeneste § 1, hvori åbningstiderne er fastlagt på nærmere definerede tidspunkter over ugen.

[35] § 71b, stk. 1 i bekendtgørelsen af lov om apoteksvirksomhed, LBK. Nr. 855 af 4. august 2008.

214 Dette krav bevirker, at de enkelte apoteker ikke har mulighed for at effektivisere driften ved at indrette åbningstiderne efter forbrugernes behov.

215 Både Norge og England har minimumsgrænser for åbningstiderne i stedet for nærmere definerede regler. Både Norge, England og Sverige har i forbindelse med dereguleringen oplevet, at den gennemsnitlige åbningstid hos apotekerne er øget.

216 Hensynet bag reglerne om en rimelig tilgængelighed kan fortsat tilgodeses ved fx at indføre en minimumsgrænse for åbningstiderne, men med mulighed for, at apotekerne kan tilrettelægge åbningstiderne, så de passer til forbrugernes behov lokalt.

217 Det anbefales på den baggrund at ophæve restriktionerne på åbningstiderne på nærmere definerede tidspunkter og blot bevare kravet om en minimumsåbningstid på 47 timer/uge.

5.4.2 Sortiment

218 De konkurrencebegrænsninger, der følger af at have begrænsninger på frihandelsvarernes sortiment på apotekerne, kommer til udtryk ved kravet i apotekerlovens § 12, stk. 1, nr. 4 og § 41 om, at apotekerne kun må forhandle andre varer end lægemidler, som naturligt og hensigtsmæssigt forhandles på apoteket (fx creme, kosttilskud mv.)

219 Dette krav bevirker, at apotekerne begrænses i deres muligheder for at øge servicen for forbrugerne og tilbyde en sortimentssammensætning, som er baseret på efterspørgslen fra forbrugerne. Såfremt de enkelte apoteker får mulighed herfor, kan det fremme en sortimentsstruktur, der økonomisk styrker apotekerne, og gør dem mere konkurrencedygtige og effektive.

220 Hensynet bag reglerne om at apoteket skal have fokus på deres primære funktion samt at økonomien ikke skal baseres på ikke-sundhedsrelaterede produkter, bør kunne tilgodeses, selvom begrænsningen på sortimentet af frihandelsvarer ophæves. Dette sikres ved at den daglige leder er uddannet farmaceut, og at der fortsat stilles krav til hvilke ydelser et apotek skal tilbyde og dermed har et fagligt fokus på disse områder.

221 Det anbefales på den baggrund at ophæve restriktionerne på apotekernes frie sortiment.

222 Desuden anbefales det, at de nuværende krav til fuldt sortiment og at apoteket hurtigst muligt skal efterkomme anmodninger om fremskaffelse af ethvert lægemiddel, hvis forhandling er forbehold apotekerne, fortsættes.

5.4.3 Internethandel

223 Den konkurrencebegrænsning, der følger af at begrænse udbredelsen af internetapoteker, kommer til udtryk ved kravet i apotekerlovens § 43a, hvor det fastlægges, at et internetapotek skal være tilknyttet et fysisk apotek via ejerskab.

224 Kravet medfører, at aktører ikke har mulighed for at oprette rene internetapoteker. Dvs. internetapoteker skal i dag være ejermæssig tilknyttet til et fysisk apotek. Det betyder en begrænsning af mulige konkurrenter på apoteksmarkedet.

225 På mange måder er der ikke stor forskel på et rent internetapotek og fx ordninger mellem et apotek og et medicinudleveringssted. Forbrugerne kan via mail, telefon eller internet bestille deres receptpligtige lægemidler og få det udleveret på et medicinudleveringssted, hvor der ikke er en uddannet farmaceut til stede. Såfremt man ønsker at øge niveauet af den faglige rådgivning, kan det overvejes at gøre telefonisk rådgivning eller rådgivning via en hjemmeside om de købte produkter obligatorisk. Det sker i forvejen i dag på fx www.apoteket.dk.

226 Det vil kunne betyde, at hensynet om kvalitet og sikkerhed i rådgivningen til forbrugerne og udleveringen kan tilgodeses, selv om der åbnes for muligheden for at oprette rene internetapoteker.

227 Det anbefales på den baggrund at tillade etableringen af rene internetapoteker. Endvidere vurderes det lovfastsatte gebyr på mellem 15 og 30 kr. for forsendelse af lægemidler købt på internettet at udgøre en barriere for øget internethandel. Det bør derfor overvejes at afskaffe den nedre grænse for størrelsen af gebyret.

6 HØRING

228 Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen sendte den 1. maj 2012 nærværende notat i høring hos Forbrugerrådet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danmarks Apotekerforening. Fristen for at afgive bemærkninger var den 16. maj 2012. De indkomne høringssvar er vedlagt som bilag. I dette afsnit gennemgås de tre høringssvar samt styrelsens kommentarer hertil. De ændringer, som bemærkningerne har givet anledning til, er indføjet i notatet.

229 Forbrugerrådet har anført, at *"Forbrugerrådet er enig i, at der er et konkurrenceproblem i den danske apotekersektor og finder det fornuftigt at få undersøgt, hvordan man kan få moderniseret apotekerområdet. Som bekendt er det også baggrunden for, at regeringen har nedsat et udvalg, der skal fremlægge modeller til modernisering af apotekersektoren […]. Efter Forbrugerrådets opfattelse vil det være mest hensigtsmæssigt at lade dette udvalg – som Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen jo også deltager i – færdiggøre sit arbejde, før der drages konklusioner om, hvordan apotekersektoren mest hensigtsmæssigt moderniseres."*

230 Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen skal hertil, som nævnt i notatets indledning, fremhæve, at kommissoriet for udvalget på apoteksområdet blev ændret inden udvalgsarbejdet reelt var kommet i gang. Det er Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens vurdering, at ændringerne betød, at de konkurrencerelevante forhold med det reviderede kommissorium fik en mindre fremtrædende plads i udvalgets arbejde.

231 På baggrund af udvalgets ændrede fokus fra at afdække mulighederne for en deregulering af apotekssektoren til at fremlægge mulige modeller for en modernisering af apotekssektoren, er det ikke forventeligt, at udvalgets forslag til modeller for en modernisering vil løse de konkurrenceproblemer på apoteksmarkedet, som Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen rejste i styrelsens analyse fra 2010. Derfor har Konkurrencerådet besluttet, at foretage en § 2, stk. 5 henvendelse før udvalgets arbejde er tilendebragt.

232 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i ministeriets høringssvar, på grund af tidsfristen, alene anført faktuelle bemærkninger. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har foretaget ændringer i notatet de steder, hvor ministeriets bemærkninger har givet anledning hertil.

233 Danmarks Apotekerforenings bemærkninger kan overordnet grupperes i relation til følgende emner:

- Ejerskabsregler og antalskontrol

- Pris- og avanceregulering
- Udligningsordning
- Åbningstider
- Sortiment
- Internethandel

234 Danmarks Apotekerforening har indledningsvist anført: *"På baggrund af sammenligning af Danmark med 5 lande – alle med liberaliserede apotekssektorer – på få udvalgte parametre, tegnes der i henvendelsen et billede af, at Danmark skulle have en af de mest restriktive reguleringer af adgang til apoteksmarkedet, og at liberalisering skulle give adgang til bedre tilgængelighed, lavere priser, og uændret høj kvalitet og sikkerhed i lægemiddeldistributionen. På baggrund af data for og analyser af et mere bredt udsnit af apotekssektorerne i Europa kan Apotekerforeningen ikke genkende dette billede."*

235 Styrelsen bemærker hertil, at styrelsen i sin analyse har set på syv andre landes regulering. Reguleringen i Tyskland og Finland ligner på mange områder den danske regulering, hvorfor landene ikke er beskrevet nærmere. Styrelsen er til gengæld gået mere i detaljer med de deregulerede lande (Norge, Sverige, Irland, Nederlandene og England), da deres erfaringer med deregulering er relevante for styrelsens fremadrettede anbefalinger for en dansk deregulering.

6.1 EJERSKABSREGLER OG ANTALSKONTROL

236 Danmarks Apotekerforening har i høringssvaret anført, at *"fri etablering og frit ejerskab af apoteker ikke giver samme sikkerhed for, at apotekernes rådgivning af lægemiddelbrugerne er uvildig og uafhængig af økonomiske interesser, som de nuværende ejerskabsrestriktioner gør."*

237 Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen bemærker hertil for det første, at styrelsen mener, at der skal stilles krav om, at en ejer af et apotek skal være uafhængig af lægemiddelindustrien, lægemiddelgrossister og praktiserende læger. De nævnte aktører kan dermed ikke via eksempelvis en kapitalfonds eventuelle ejerskab af et eller flere apoteker udøve indflydelse på apotekets daglige drift og salg af lægemidler. Styrelsen ønsker desuden at henlede opmærksomheden på, at det i dag er fuldt ud lovligt og tillige ganske udbredt, at en apoteker er bestyrelsesmedlem eller ejer aktier i eksempelvis en lægemiddelvirksomhed. Apotekeren skal blot indhente tilladelse fra

Sundhedsstyrelsen[36]. En liste over tilladelser til apotekere med interesser i lægemiddelvirksomheder kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside[37].

238 For det andet bemærker styrelsen, at det østrigske sundhedsinstitut Gesundheit Österreich – på opdrag fra Danmarks Apotekerforening – har udarbejdet en rapport, hvori betydningen af regulering og deregulering i ni europæiske lande evalueres.[38] Rapporten konkluderer, at kvaliteten af apotekernes service, herunder rådgivning, er på et passende niveau i både de regulerede og de deregulerede lande. Gesundheit Österreich har således ikke fundet anledning til at konkludere, at rådgivningen på apoteker i lande, der har dereguleret, skulle være hverken ringere eller mindre uvildig og uafhængig end i lande, der har opretholdt en stram regulering af apotekssektoren.

239 Danmarks Apotekerforening har desuden anført, at *"[f]orslaget gør endvidere op med princippet om, at apotekerne er en integreret del af sundhedsvæsenet, fordi en ejer, som ikke er farmaceut, formentlig vil have mere fokus på omsætning og overskud og mindre forståelse for at prioritere grundig faglig rådgivning."*

240 Apotekerforeningen har i relation hertil endvidere anført, at en konsekvens af deregulering kan være et *"[ø]konomisk pres for mersalg med øget fokus på håndkøbssalg og frihandelsvarer"*.

241 Styrelsen bemærker hertil, at apotekssektoren både i dag og fremover er at betragte som en privat aktør i sundhedsvæsenet. Også i dag drives apoteker, inden for den gældende regulering, som en forretning på markedsvilkår – bl.a. med henblik på at skabe indtjening - og styrelsens forslag ændrer ikke herved. Styrelsen ønsker med forslaget at fremme en potentielt bredere ejerkreds, men fastholder kravet om, at den daglige drift af ethvert apotek, uanset ejer, skal forestås af en farmaceut. Forbrugerrådets brugerundersøgelse fra oktober 2011[39] viser, at apotekernes kunder efterspørger produktkendskab og rådgivning om billigere produkter. Der er således grund til at antage, at en ny aktør, der ønsker at vinde kunder, vil fokusere på at imødekomme grundig, faglig rådgivning.

---

[36] VEJ nr. 9011 af 13/01/2010: Vejledning om apotekeres pligt til at søge om tilladelse til at være tilknyttet en lægemiddelvirksomhed

[37] http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/service-menu/lovgivning/laegers,-tandlaegers-og-apotekeres-tilkn--virksomhed/apotekere/liste-over-tilladelser.aspx

[38] Gesundheit Österreich: Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries. March 2012.

[39] Forbrugerrådet: Forbrugerpanelet om apoteker. Oktober 2011.

242 Apotekerforeningen har i relation til styrelsens forslag om ophævelse af krav om farmaceutejerskab henvist til to domme fra EU-domstolen. Dommene behandler lovligheden af betingelse om farmaceutejerskab og er således ikke relevante i forhold til styrelsens forslag, idet såvel krav om farmaceutejerskab og personligt ejerskab foreslås ophævet.

243 Danmarks Apotekerforening har anført, at *"[e]rfaringerne fra andre lande viser, at deregulering af apotekssektorer risikerer at medføre konsekvenser, der modvirker god og lige adgang til lægemidler herunder ulighed i fordelingen af apoteker, med flere apoteker i byerne men ikke i tyndt befolkede egne ("urban clustering")*".

244 Styrelsen bemærker hertil, at det er naturligt, at der etableres flere apoteker, hvor der er størst koncentration af forbrugere. I en situation, hvor markedet dereguleres, vil nye apoteker åbne, hvor der er et økonomisk grundlag herfor. Dette medvirker til bl.a. lavere ventetider og øget tilgængelighed for flertallet. Et større antal apoteker i byerne medfører dog ikke automatisk en lavere tilgængelighed i tyndt befolkede områder, hvilket Apotekerforeningen også synes at anerkende jf. ovenstående bemærkning.

245 Erfaringer fra Sverige og Norge viser, at der er blevet etableret flere apoteker, hvor der er flest forbrugere, dvs. i byområder. Men herudover er der også sket en tilgang – om end mindre - af apoteker til områder, som ikke tidligere havde et apotek.

246 Danmarks Apotekerforening har i relation til definition af tilgængelighed anført, at *"den geografiske afstand til et apotek, der efter foreningens opfattelse er et mere relevant mål end antallet af forskellige apoteksadresser, er forholdsvis lav i Danmark. […]. Afstandene til apotek i hovedstadsregionen i Danmark er lidt lavere end i hovedstadsregionerne i liberaliserede lande som Sverige og Norge, mens afstande til et apotek uden for hovedstadsregionerne i Norge og Sverige er betydeligt større end i Danmark."*

247 Styrelsen bemærker hertil, at forskellen i afstand til et apotek uden for landenes hovedstadsregioner følger ganske naturligt af den betydelige geografiske forskel mellem Danmark og de to øvrige nordiske lande. Med en langt lavere befolkningstæthed og store afstande generelt i Sverige og Norge, vil indbyggerne uden for hovedstadsregionerne i sagens natur også have længere til et apotek - eller et supermarked eller posthus – uagtet graden af deregulering. Styrelsen har således svært ved at se relevansen i den nævnte sammenligning.

248 Danmarks Apotekerforening har om udviklingen i antallet af apoteksenheder anført, at *"[s]tyrelsen fremstiller det, som om apoteksreguleringen har medført en udvikling i retning af et markant fald i antallet af apoteksenheder*

og tilgængeligheden til lægemidler siden 2000. Det er ikke retvisende. For det første forbigår styrelsen i sin fremstilling, at det retvisende apoteksbegreb set med borgerens øjne er antallet af receptekspederende apoteksenheder, det vil sige summen af apoteker, supplerende enheder og apoteksfilialer. Disse apoteksenheder er alle fuldt bemandede med farmaceuter og farmakonomer, og kan ekspedere recepter med det samme. […]. For det andet er det rammereguleringen der har medført en udvikling. Det er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, der gennem en række struktursager aktivt har besluttet at reducere antallet af selvstændige apoteker ved at omdanne nogle apoteker til apoteksfilialer […] og andre supplerende enheder."

249 Danmarks Apotekerforening anfører endvidere: "*I samme periode* [2000-2011] *er omkring 2.000 butikker i detailhandlen imidlertid blevet godkendt til at forhandle liberaliseret håndkøbsmedicin. […]. Tilgængeligheden til udlevering af medicin er dermed samlet set ikke blevet ringere – snarere tværtimod."*

250 Styrelsen bemærker hertil, at antallet af apoteksenheder, jf. Tabel 1 er faldet med 19 pct. fra 2000 til 2010. Antallet af receptekspederende enheder er i samme periode faldet med ca. fire pct. Der er således blevet færre enheder generelt og færre enheder, der ifølge Danmarks Apotekerforening, udgør et apotek i borgerens øjne. Følges denne argumentation kan det forekomme ejendommeligt, at Apotekerforeningen mener, at antallet af steder, der er blevet godkendt til at forhandle liberaliseret håndkøbsmedicin skal tælles med, hvorefter Apotekerforeningen konkluderer, at tilgængeligheden ikke er blevet ringere. Denne sag vedrører receptpligtige lægemidler, som er reguleret. Og derfor er det irrelevant at se på antal salgssteder for håndkøbsmedicin.

251 Danmarks Apotekerforening har under overskriften *"Bredere definition af tilgængelighed"* anført følgende: *"Måles tilgængeligheden i stedet i forhold [til] adgangen til faguddannet apotekspersonale er billedet også et helt andet. Vurderet ud fra befolkningens størrelse i forhold til antallet af receptekspederende apoteksansatte ligger Danmark nogenlunde i midten af de nordiske og mellemeuropæiske lande."*

252 Styrelsen bemærker hertil, at ses alene på antallet af farmaceuter ansat på apoteker i forhold til befolkningens størrelse, da er Danmark det EU-land, der har flest indbyggere pr. ansat farmaceut[40]. Såfremt en bredere definition af tilgængelighed anvendes, da finder styrelsen det relevant at skelne mellem

[40] The Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU). Annual report 2011 samt egne beregninger.

farmaceuter, der har en fem-årig universitetsuddannelse, og farmakonomer, der modtager 23 ugers undervisning i løbet af deres elevtid.

253 Danmarks Apotekerforening har i relation til effektivitet, produktivitet og stordriftsfordele henvist til bl.a. en rapport udarbejdet af McKinsey til brug for møde i Vækstforum[41] og en økonomisk analyse offentliggjort af Økonomi- og Erhvervsministeriet i 2011[42]. Apotekerforeningen læser af McKinsey-rapporten, at *"danske apoteker har en høj produktivitet i forhold til andre lande, at danske apoteker kan udnytte stordriftsfordele, fordi de er store målt med international målestok, at danske medicinpriser er lavere end i andre EU-lande, at udligningsordningen er nødvendig for at sikre den eksisterende apoteksstruktur, at apotekerne er generelt lige så effektive som referencelandene."*

254 Styrelsen bemærker hertil, at McKinsey finder, at der er rum for yderligere effektiviseringer, hvorfor rapporten anbefaler en deregulering af apotekssektoren. For så vidt angår de lavere danske priser, kan de hovedsageligt tilskrives de danske regler om, at producenter og leverandører indmelder priser til Sundhedsstyrelsen hver fjortende dag samt bestemmelsen om udlevering af det billigste lægemiddel (substitution), hvilket giver producenter og leverandører incitament til at konkurrere på pris.

255 Apotekerforeningen har endvidere anført følgende: *"Apoteker har ifølge denne analyse[43] en gennemsnitlig årlig realvækst i arbejdsproduktiviteten på 4,1 procent i perioden 1995 til 2007, hvilket er markant højere end hele samfundets gennemsnitlige realvækst i arbejdsproduktiviteten på 0,5 pct. […]"*.

256 Styrelsen bemærker hertil, at den gennemsnitlige årlige realvækst i apotekssektoren nok har været på 4,1 pct. Det er dog styrelsens vurdering, at den eksisterende regulering bidrager til, at produktivitetsstigninger i apotekersektoren ikke i tilstrækkeligt omfang kommer forbrugerne til gode, bl.a. henset til lavere priser og etablering af apoteker, hvor der er markedsmæssigt grundlag herfor. Herudover viser analysen fra Økonomi- og Erhvervsministeriet, at apotekersektoren i 2007 fortsat lå knap 15 pct. under

[41] McKinsey & Company: Creating Economic Growth In Denmark Through Competition. November 2010.

[42] Økonomi- og Erhvervsministeriet: Økonomisk analyse, branchernes produktivitet. 17. marts 2011.

[43] Økonomi- og Erhvervsministeriet: Økonomisk analyse, branchernes produktivitet. 17. marts 2011.

niveauet for økonomien som helhed[44]. Den højere gennemsnitlige årlige realvækst, skal derfor ses i sammenhæng med et meget lavt udgangspunkt.

257 Danmarks Apotekerforening har angående styrelsens henvisning til undersøgelsen af ventetider fra 2008 anført: *"I betragtning af, at ventetider er et område, hvor apotekerne har haft stort fokus de seneste år, kan resultaterne fra Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens undersøgelse fra 2008 ikke tages som udtryk for den nuværende situation."*

258 Styrelsen bemærker hertil, at styrelsen tillige refererer til Apotekerforeningens MEGAFON-undersøgelse fra 2012 og endvidere har tilføjet resultater fra Forbrugerrådets brugerundersøgelse fra oktober 2011[45]. Begge undersøgelser understøtter styrelsens egen brugerundersøgelse udført af Gallup i 2008.

6.2 MAKSIMALPRISER OG AVANCEREGULERING

259 Danmarks Apotekerforening har anført, at *"styrelsens forslag om maksimalpriser gør op med den politiske målsætning om lige adgang til sundhedsydelser via ens priser overalt i hele landet. Maksimalpriser vil ikke give lavere priser og omkostningsbesparelser, men vil tværtimod hæmme den generiske priskonkurrence i leverandørleddet med højere priser til følge, mens prisfølsomheden i forbrugerleddet er mindre og ikke kan ventes at føre til effektiv priskonkurrence."*

260 Styrelsen bemærker hertil, at indførelsen af maksimalpriser kan betyde, at samme lægemiddel sælges til forskellige priser. Men ingen forbrugere stilles ringere end i dag og nogle forbrugere vil blive stillet bedre. De forbrugere, der stilles bedre, er de forbrugere, der handler hos et apotek, som vælger at reducere den fastsatte maksimale avance med henblik på at tiltrække kunder.

261 Styrelsen bemærker endvidere, at indførelsen af maksimalpriser ikke vil hæmme den generiske priskonkurrence i leverandørleddet. Styrelsen ønsker ikke at ændre ved reglerne om, at producenter og leverandører melder priser ind til Sundhedsstyrelsen hver fjortende dag samt at apotekerne skal tilbyde kunden det billigste produkt. Dermed vil producenter og leverandører fortsat have incitament til at konkurrere på pris med henblik på at opnå det betydelige mersalg der følger af at sælge til den laveste pris. Den eneste situation, hvor den nævnte fordel ved at indmelde den laveste pris eventuelt kan tænkes at blive reduceret er, hvis apotekerne vælger at sælge et dyrere receptpligtigt lægemiddel til en pris under den pris, som det billigste lægemiddel i en given substitutionsgruppe er meldt ind til. Da der er forbud

[44] Idet arbejdsproduktiviteten i hele økonomien er sat til 100.
[45] Forbrugerrådet: Forbrugerpanelet om apoteker. Oktober 2011.

mod, at grossister og leverandører af lægemidler yder individuelle rabatter - herunder markedsføringstilskud - til apoteker, og da apotekets maksimale avance, som en prisnedsættelse ville reducere, er fastsat ved lov, forekommer det usandsynligt, at den ovenfor beskrevne situation vil forekomme i større målestok. Herfor taler også, at det er forbudt at reklamere overfor forbrugere for receptpligtige lægemidler, hvorfor leverandører og producenter af receptpligtige lægemidler ikke umiddelbart kan påvirke forbrugernes efterspørgsel og dermed trække i retning af prisnedsættelser på særligt efterspurgte produkter. Indførelsen af maksimalpriser vil således ikke efter styrelsens vurdering hæmme den generiske konkurrence i leverandørleddet.

262 Styrelsen bemærker endelig, at styrelsen ikke er enig i Apotekerforeningens bemærkning om, at prisfølsomheden i forbrugerleddet er så ubetydelig, at den ikke kan ventes at føre til effektiv priskonkurrence. Det må således antages, at de mange forbrugere, der har regelmæssige og ikke uvæsentlige udgifter til medicinforbrug vil have en interesse i at mindske disse udgifter. Det samme gælder forbrugere, der lejlighedsvis køber dyre, apoteksforbeholdte lægemidler.

263 Der findes ikke analyser, som ser på effekten af en deregulering af apotekernes prisfastsættelse i form af indførelse af maksimalpriser på prisen på receptpligtige lægemidler. Der er ikke entydige erfaringer fra øvrige lande. Erfaringer fra liberaliseringen af salget af håndkøbsmedicin viser, at detailhandlen i højere grad end apotekerne fokuserer på priskonkurrence. Således har prisstigningerne på liberaliserede håndkøbsmidler været lavere i detailhandlen end på samme produkter hos apotekerne. Se også afsnit 4.1.1 for en nærmere beskrivelse.

264 Apotekerforeningen har anført, at *"[e]n offentliggjort analyse fra Lægemiddelstyrelsen viser, at detailhandlen er 9 procent billigere end apoteket, når man sammenligner de relativt få mærkevarepakninger, som detailhandlen forhandler. Imidlertid er apotekerne kun samlet set 1,3 procent dyrere end detailhandlen på salget af liberaliseret håndkøbsmedicin, fordi apotekerne – modsat detailhandlen – også fører og sælger billigere kopier, og i øvrigt har et markant større sortiment end detailhandlen.*"

265 Styrelsen bemærker hertil, at apotekerforeningen kan have en pointe i forhold til apotekernes langt større sortiment, herunder større pakninger og/eller kopimedicin. Dette ændrer dog ikke ved, at apotekerne vælger at tage en væsentlig højere pris for de mærkevarelægemidler, som detailhandlen også fører. Dette skal desuden sammenholdes med, at apotekerne ikke er forpligtet til at rådgive kunderne om, hvilket produkt der er billigst, når der er tale om håndkøbsmedicin.

266 Apotekerforeningen fremhæver ligeledes, *"at der har været store prisfald på receptpligtige lægemidler fra 2007 til 2011 på 20 pct."*

267 Disse prisfald skyldes dog i sagens natur ikke apotekernes prispolitik, men udelukkende at der i denne periode er udløbet en del større patenter, som har betydet tilgangen til væsentlig billigere kopimedicin. Og da apotekerne skal tilbyde billigste substitutionsprodukt, så er prisen, som forbrugeren skal betale, faldet med 20 pct.

268 Danmarks Apotekerforening har anført, *"at et opgør med bevillingssystemet umuliggør den samfundsmæssige afvejning af tilgængelighed over for distributionsomkostninger, som er mulig i dag."*

269 Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen bemærker hertil, at styrelsen foreslår, at den nuværende model for beregning af apotekernes indkøbspriser videreføres ligesom avancen fortsat kontrolleres, hvorfor forslaget ikke vil betyde en ændring i omkostningsniveauet. En øget tilgængelighed i form af flere apoteker kan muligvis øge presset på avancerammen. Såfremt avancen fremover knyttes op på antallet af recepter, jf. punkt 188, vil det medvirke til at sikre kontrol med omkostningerne.

270 Styrelsen bemærker i den sammenhæng, at det fortsat er lægernes opgave at ordinere og rådgive om brugen af lægemidler, mens apoteket, ligeledes uændret, skal udlevere receptpligtige lægemidler og tilbyde det billigste lægemiddel inden for en given substitutionsgruppe. Det kan således ikke antages, at en deregulering kan få betydning for antallet af udskrevne recepter.

6.3 UDLIGNINGSORDNINGEN

271 Danmarks Apotekerforening har anført, *"at afskaffelse af udligningsordningen vil forringe tilgængeligheden til lægemidler og rådgivning herom i tyndt befolkede områder."*

272 Styrelsen bemærker hertil, at styrelsen ikke er uenig i, at apoteksdrift i visse geografiske områder kan være mindre rentabelt. Styrelsen har foreslået at opretholde tilgængeligheden i tyndt befolkede områder ved at udbyde apoteksdriften i disse områder, jf. afsnit 5.3. Udbuddet udformes således, at det henset til udstrækning i tid har en varighed, der gør det økonomisk rentabelt at byde på driften.

273 Hertil har Apotekerforeningen anført, at *"styrelsens forslag om udbud af apoteksbevillinger i områder uden driftsøkonomisk grundlag ikke giver tilstrækkelig sikkerhed for uafbrudt opretholdelse af forsyningssikkerheden."*

274 Styrelsen bemærker hertil, at styrelsen foreslår, at opgaven udbydes med løbende mellemrum og med sikring af overlap, således at en kontinuert drift sikres, i det omfang det er muligt.

275 Danmarks Apotekerforening har anført, at *"i Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens sagsfremstilling og analyse vedrørende udligning fokuseres på effekten af udligningsordningen i et enkelt år (2010). Det giver imidlertid ikke noget retvisende billede af virkningen af udligningssystemet. Apotekernes driftsresultater varierer meget fra år til år som følge af udsving i lægemiddelavancen eller som følge af en stor udgift til ombygning i forbindelse med apoteksovertagelse mv."*

276 Styrelsen bemærker hertil, at styrelsen efter Apotekerforeningens bemærkning har analyseret udligningssystemet på baggrund af data fra 2008, 2009 og 2010. Dette har dog ikke givet anledning til at ændre styrelsens konklusion, jf. afsnit 5.3.

6.4 ÅBNINGSTIDER

277 Danmarks Apotekerforening har anført: *"Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen foreslår, at ændre den nuværende regulering af apotekernes åbningstider til en minimumsgrænse for gennemsnitlig åbningstid uden yderligere begrænsninger. […]. Fra oktober 2012 er der dog fuld fleksibilitet med hensyn til at udvide åbningstiderne. Der er dog ikke fleksibilitet med hensyn til at indskrænke åbningstiderne på tidspunkter med begrænset lokal kundestrøm, idet en dispensationsmulighed administreres meget restriktivt. Foreningen deler styrelsens opfattelse af, at der er behov for, at det enkelte apotek i videre udstrækning skal kunne tilpasse åbningstiden efter de lokale kunders behov."*

6.5 SORTIMENT

278 Danmarks Apotekerforening har anført, at *"mere liberale regler for apotekernes sortiment i bedste fald vil være uden betydning for apotekernes service og i værste fald vil kunne få utilsigtede sundhedsmæssige konsekvenser og flytte apotekerne fra sundhedsvæsenet over til ren detailhandel."*

279 Styrelsen bemærker hertil, at en ændring i bestemmelserne om sortiment, således at det står det enkelte apotek friere for at imødekomme forbrugernes efterspørgsel, af forbrugerne vil blive oplevet som en serviceforbedring.

6.6 INTERNETHANDEL

280 Danmarks Apotekerforening har anført: *"Apotekerforeningen er enig med Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen i, at internethandel med lægemidler kan have nogle fordele for nogle medicinbrugere. Internethandel kan imidlertid*

efter foreningens opfattelse alene være et supplement til det fysiske apotek, som giver de bedste rammer for en dialog i forbindelse med ekspeditionen, der muliggør rådgivning om korrekt lægemiddelanvendelse og afdækning af lægemiddelrelaterede problemer."

281 Styrelsen bemærker hertil, at styrelsen ikke foreslår internetapoteker på bekostning af fysiske apoteker, men som supplement hertil. Internetapoteker skal tilbyde rådgivning i lighed med fysiske apoteker, eksempelvis via telefon, e-mail, chat og skype. En sådan rådgivning kan imødekomme behov, der ikke altid kan tilgodeses på et fysisk apotek, fx diskretion. Endvidere har kunden mulighed for i ro og mag at formulere eventuelle spørgsmål og gemme et skriftligt svar til senere (gen-)læsning.

282 Apotekerforeningen har videre anført: *"Hertil kommer, at bevilling til at drive apotek indebærer en række pligter og opgaver, som går videre end det at udlevere og rådgive om lægemidler. Der påhviler således apotekerne en række forpligtelser, som kun kan løses via et fysisk apotek. Det gælder modtagelse af medicinaffald med henblik på destruktion, praktisk oplæring og undervisning af farmaceutstuderende og farmakonomelever og udstedelse og udlevering af "pillepas" mv. Hertil kommer, at kunderne på det fysiske apotek har mulighed for at benytte sig af apotekets sundhedsydelser."*

283 Styrelsen bemærker hertil, at apotekerne modtager betaling for hovedparten af de nævnte forpligtigelser, enten direkte fra forbrugeren eller via tilskud[46]. Dvs. apotekerne får kompensation for deres udgifter hertil. Desuden kan de nævnte forpligtelser tænkes at være en parameter i konkurrencen om forbrugerne, der bevirker, at en forbruger vælger et fysisk apotek fremfor et internetapotek. For så vidt gælder apotekernes sundhedsydelser, så er det værd at bemærke, at ydelserne, eksempelvis måling af blodtryk eller rådgivning om rygestop eller vægttab, udbydes på kommercielle vilkår, hvor det enkelte apotek selv fastsætter prisen.

284 Apotekerforeningen har endelig anført, at *"i modsætning til et rent internetapotek har kunden mulighed for at komme på det apotek, varen er købt, hvis der er behov herfor. Det kan være som følge af akut opstået behov for lægemidler eller lægemidler, som ikke er egnede til forsendelse (f.eks. insulin, friskblandet penicillinmikstur og stærkt euforiserende lægemidler) og behov for en nærmere rådgivning eller instruktion. Dette kan et rent internetapotek ikke tilbyde."*

---

[46] BEK nr. 169 af 20. februar 2012, bekendtgørelse om beregning og betaling af afgift og tilskud i henhold til lov om apoteksvirksomhed. Indeholder fastlæggelse af tilskud til bl.a. ansættelse af farmakonomelever, kreditordning til kronikere, vagtordningstilskud og tilskud til udarbejdelse af attester i henhold til Schengenkonventionens artikel 75.

285 Styrelsen bemærker hertil, at der naturligvis er et behov for fysiske apoteker, bl.a. i de af Apotekerforeningen nævnte tilfælde. Som anført ovenfor, at er det ikke styrelsens tanke, at internetapoteker skal erstatte fysiske apoteker, men derimod, at internetapoteker kan udgøre et effektivt supplement i de situationer, hvor det er mere bekvemt, økonomisk eller tidsbesparende at foretage indkøbet af lægemidler på et internetapotek. Det skal derfor være muligt at oprette et internetapotek uden tilknytning til et fysisk apotek.

286 Danmarks Apotekerforening har i relation til brugen af e-handel anført følgende: *"Der findes allerede i dag en e-handelsløsning, som stort set alle apoteker understøtter, og som dækker hele landet. Erfaringen har dog vist, at den reelle efterspørgsel på at handle medicin på internettet er begrænset. […]. Apotekerne har siden 2004 tilbudt e-handel med lægemidler både i håndkøb og på recept på www.apoteket.dk. […] Der er derimod tale om et ekstra tilbud for et forholdsvis begrænset segment af kunder, der ønsker denne service som et supplement til det fysiske apotek."*

287 Styrelsen bemærker hertil, at Apotekerforeningen henviser til www.apoteket.dk, der er Danmarks Apotekerforenings egen hjemmeside med tilhørende webshop. Webshoppen er opbygget således, at kunden skal vælge et konkret apotek før købshandlingen kan gå i gang. Ikke alle apoteker er tilknyttet webshoppen. Kunden kan således ikke umiddelbart sammenligne forskellige apotekers priser på fx håndkøbsmedicin, kosttilskud eller kosmetik. Desuden opkræves kunden et lovfastsat gebyr på mellem 15 og 30 kr. for forsendelse. Gebyret er fastsat jf. bekendtgørelse nr. 183 af 20. februar 2012 og må ikke reduceres eller fraviges. Det er således alt andet lige dyrere for kunden at benytte e-handelsløsningen end at foretage købet på et fysisk apotek. De nævnte barrierer taget i betragtning finder styrelsen det ikke overraskende, at den faktiske brug af Apotekerforeningens e-handelsløsning ikke er større.

288 Forbrugerrådets brugerundersøgelse[47] viser, at der er et stort potentiale for e-handel, idet 46 pct. af de adspurgte købere af receptpligtige lægemidler er interesserede i at købe lægemidler på apotekernes hjemmesider. 85 pct. af forbrugerne, der køber receptpligtige lægemidler på apoteket, ved dog ikke at det er muligt at købe lægemidlerne på internettet.

289 Apotekerforeningen har desuden anført: *"Det er således en abstraktion, når Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen foreslår, at en stor del af lægemiddelforsyningen i de tyndtbefolkede områder fremover kan forestås af internetapoteker."*

[47] Forbrugerrådet: Forbrugerpanelet om apoteker. Oktober 2011.

290 Hertil bemærker styrelsen, at internetapoteker blot er en af flere måder at sikre tilgængelighed til lægemidler for forbrugere i tyndt befolkede områder.

291 Apotekerforeningen har endelig anført, at *"det [må] bero på en manglende forståelse for medicinbrugernes situation og behov, når styrelsen reelt argumenterer for, at kroniske patienter - medicinbrugere i fast behandling med et eller flere lægemidler - ikke skulle have behov for rådgivning på apoteket om deres anvendelse af lægemidler og evt. lægemiddelrelaterede problemer. […] WHO har dokumenteret, at mellem 33 procent og 66 procent af alle kroniske patienter oplever problemer med noncompliance og ikke tager medicinen, som den er ordineret af lægen."*

292 I relation hertil har Apotekerforeningen anført, at *"apotekerne årligt fanger 100.000 fejl i lægernes ordinationer. Heraf er over 2.500 så alvorlige, at de kunne have betydet en hospitalsindlæggelse for den berørte patient, hvis ikke fejlen var blevet opdaget."*

293 Styrelsen bemærker hertil, at alle forbrugere naturligvis kan have behov for rådgivning om lægemidler. Styrelsen ønsker at understrege, at en deregulering, herunder muligheden for at oprette rene internetapoteker, ikke betyder mindre krav til rådgivning. For en del af de forbrugere, der regelmæssigt tager det samme lægemiddel, må det dog for manges vedkommende forventes, at de er fortrolige med lægemidlet og dets brug. Endvidere er det i udgangspunktet den ordinerende læges opgave at rådgive. Hvorvidt lægernes rådgivning er tilstrækkelig og størrelsen af fejlprocenten acceptabel, ligger uden for rammerne af denne henvendelse at vurdere.

7 KONKLUSION

294 Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens analyser viser, at reguleringen af apoteksmarkedet medfører en række konkurrencebegrænsninger, som er til ulempe for forbrugerne. Ved at ændre i reguleringen kan der opnås øget service, øget effektivitet og øget tilgængelighed til fordel for forbrugerne samt lavere samfundsmæssige omkostninger til lægemiddeldistributionen.

295 På baggrund af styrelsens analyser fremsættes en række anbefalinger til ændringer i den lovgivning, der regulerer apotekssektoren.

296 Anbefalingerne er

- Ophævelse af krav til at en ejer af et apotek skal være farmaceut, (cand.pharm.) og at ejerskabet er personligt.
- Ophævelsen af bestemmelsen om kontrol af antallet af apoteker i Danmark, således at der indføres fri etableringsret. Som følge heraf bør det overvejes at ændre eller afskaffe tilskud til apoteksenheder (enhedstilskud).
- Betydelig forhøjelse af den øvre grænse for, hvor mange apoteker samme ejer må eje.
- Ændring af fastprisreguleringen på lægemidlers salgspris til en maksimalprisregulering.
- Afskaffelse af den omsætningsbestemte udligningsordning.
- Brug af udbud med henblik på at sikre adgang til lægemidler i tyndt befolkede områder.
- Indførelse af en minimumsgrænse for gennemsnitlige åbningstid i stedet for de nuværende regler, der foruden en minimumsgrænse også fastlægger placering af åbningstiden.
- Ophævelse af begrænsningen af apotekernes frie sortiment og
- Mulighed for etablering af rene internetapoteker samt afskaffelse af den nedre grænse for forsendelsesgebyr ved handel på et internetapotek.

297 I den nuværende regulering er der flere regler, som fortsat vil understøtte høj kvalitet og sikkerhed samt rimelige samfundsøkonomiske omkostninger til

lægemiddeldistribution. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen anbefaler derfor, at der fortsat stilles krav om

- Den daglige leders uddannelse,
- At en uddannet farmaceut er til stede i åbningstiden på apoteket,
- Uafhængighed af praktiserende læger, grossister og lægemiddelindustrien fortsat kræves overholdt,
- At gældende substitutionsregler fortsætter,
- At 14-dages auktionsmodellen til fastlæggelse af apotekets indkøbspriser fortsætter,
- At apoteket hurtigst muligt skal efterkomme anmodninger om fremskaffelse af ethvert lægemiddel, hvis forhandling er forbehold apotekerne

298 For forbrugerne vil anbefalingerne kunne indebære bedre service i form af øget tilgængelighed, lavere ventetider, større udbud af serviceydelser og produkter samt lavere priser.

299 For de offentlige udgifter til medicintilskud forventes ikke nogen forskel i forhold til i dag. En deregulering af apotekssektoren vil ikke ændre ved, at receptpligtige lægemidler fortsat udskrives af en læge. Den mængde receptpligtige lægemidler, der udleveres, påvirkes således ikke. Tilskud til lægemidler fastsættes ud fra prisen på det billigste produkt. Denne pris vurderes ligeledes ikke at blive påvirket af den foreslåede deregulering.

300 Afskaffelse af udligningsordningen og ændrede bestemmelser for sikring af geografisk dækning primært via nye distributionskanaler kan forventes at give mindre besparelser i forhold til håndhævelsen af den nuværende regulering. Omvendt kan udbud til etablering af apoteker i udkantsområder, hvor der ikke længere er driftsmæssigt grundlag for et fysisk apotek, i begrænset omfang kunne indebære behov for tilskud. Tilskuddet skal dækkes via sektorafgifterne på tilsvarende måde som enhedstilskuddene beskrevet i afsnit 3.3.2.

301 For apotekerne vil anbefalingerne ikke indebære nye krav, men vil anbefalingerne medføre, at der skabes et større konkurrencepres, hvorved apotekerne anspores til yderligere effektiviseringer.

302 Samfundsmæssigt vil en deregulering medføre lavere omkostninger. Det skyldes bl.a., at forbrugerne vil spare tid i form af lavere ventetider og mindre transporttid til apoteket samt øget mulighed for at få lægemidler tilsendt med

posten. Dertil kommer muligheden for lavere priser og besparelser i administrationen af reguleringen.

303 På den baggrund er det Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens samlede vurdering, at en deregulering af apotekssektoren baseret på ovenstående anbefalinger vil være en væsentlig gevinst for samfundet.

8 BILAGSOVERSIGT

Bilag 1: Henvendelse til ministeren for sundhed og forebyggelse i medfør af konkurrencelovens § 2, stk. 5

Bilag 2: Høringssvar fra Forbrugerrådet

Bilag 3: Høringssvar fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Bilag 4a: Følgebrev fra Danmarks Apotekerforening

Bilag 4b: Høringssvar fra Danmarks Apotekerforening