15-05-2012
400/00034

**Danmarks Apotekerforenings notat om udkast til henvendelse fra Konkurrencerådet til ministeren for sundhed og forebyggelse og erhvervs- og vækstministeren om konkurrenceforholdene på apoteksområdet efter konkurrencelovens § 2, stk. 5**

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har i udkast af 1. maj 2012 til henvendelse fra Konkurrencerådet til ministeren for sundhed og forebyggelse og erhvervs- og vækstministeren i henhold til konkurrencelovens § 2, stk. 5, fremsat en række forslag om liberalisering af apoteksområdet. Forslagene hviler på en række grundlæggende antagelser om, at apotekerne i Danmark som følge af begrænset konkurrence er karakteriseret ved et lavt serviceniveau, for høje priser og manglende pres for effektivisering og omkostningsminimering, som leder til for høje samfundsmæssige omkostninger til lægemiddeldistributionen.

Disse antagelser er der efter Apotekerforeningens opfattelse ikke dækning for.

Det er Apotekerforeningens holdning,

- 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. Forslaget 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,
- at et opgør med bevillingssystemet umuliggør den samfundsmæssige afvejning af tilgængelighed over for distributionsomkostninger, som er mulig i dag,
- at afskaffelse af udligningsordningen vil forringe tilgængeligheden til lægemidler og rådgivning herom i tyndt befolkede områder,
- at styrelsens forslag om udbud af apoteksbevillinger i områder uden driftsøkonomisk grundlag ikke giver tilstrækkelig sikkerhed for uafbrudt opretholdelse af forsyningssikkerheden,
- 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,
- 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.

Foreningen er ikke enig med Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen i, at de foreslåede ændringer af reguleringen vil kunne gennemføres uden at føre til en stigning i de offentlige udgifter, uden at gå på kompromis med hensynene til kvalitet og sikkerhed i lægemiddeldistributionen, og uden at der sker afgørende forringelser af tilgængeligheden i yderområderne.

Nedenfor uddybes ovenstående synspunkter.

## 1. Tvivlsomme hovedkonklusioner om problemer i apotekssektoren

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens undersøgelse af apotekssektoren hviler på en grundlæggende antagelse om, at apotekerne i Danmark er karakteriseret ved et lavt serviceniveau, for høje priser og manglende pres for effektivisering og omkostningsminimering, som leder til for høje samfundsmæssige omkostninger til lægemiddeldistributionen.

Baggrunden for disse antagelser er primært styrelsens Gallupundersøgelse fra 2008 af 982 borgeres holdninger til erindret ventetid, styrelsens analyse af apotekernes indkomstfordeling i et enkelt regnskabsår, en opgørelse, der viser, at der er flere indbyggere per apotek i Danmark end i andre lande samt sammenligning af Danmark med udvalgte lande med liberaliserede apotekssektorer på udvalgte parametre. Disse indikatorer giver ikke et retvisende billede af forholdene i apotekssektoren i Danmark.

### a. Erfaringer fra andre lande

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 anledning 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.

Stort set alle lande i Europa har reguleret apoteker og lægemiddelpriser, idet lægemidler ikke er varer som alle andre varer, men en sundhedsydelse, som på grund af eksternaliteter og asymmetrisk information mv. af hensyn til sundheden ikke kan overlades til uregulerede markedskræfter. I 12 EU-lande, som repræsenterer knap 60 procent af EU's befolkning, er der således krav om farmaceutejerskab af apoteker. Tilsvarende har 17 lande, som repræsenterer to tredjedele af EU's befolkning, forskellige geografiske eller demografiske kriterier for adgang til etablering af apotek. Den danske regulering er således ikke så usædvanlig i forhold til andre lande, som styrelsen giver indtryk af ved kun at sammenligne med udvalgte lande med liberaliserede apotekssektorer.

Det østrigske sundhedsinstitut Gesundheit Österreich (GÖG FP, tidligere ÖBIG) har i en ny analyse fra marts 2012[1] evalueret apoteksreguleringen i 5 liberaliserede lande (Sverige, Holland, Storbritannien, Irland og Norge) og i 4 regulerede lande i Europa (Danmark, Finland, Østrig og Spanien) med fokus på tilgængelighed, økonomi og kvalitet.

En af de centrale hovedkonklusioner er, at de forventninger, der ofte knytter sig til en deregulering af apotekssektoren – om øget konkurrence, forbedret tilgængelighed, lavere priser og fastholdt høj sundhedsfaglig kvalitet – som oftest ikke kan opfyldes i praksis.

Erfaringerne 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")
- Dominerende markedsposition til bestemte aktører (fx grossistejede kæder)
- Risiko for at lægemidlerne ikke er på lager, så kunden går forgæves
- Økonomisk pres for mersalg med øget fokus på håndkøbssalg og frihandelsvarer

Samtidig er der ikke nogen klare tegn på, at medicinpriserne bliver lavere af en deregulering. Der er tværtimod eksempler på, at deregulering kan føre til højere priser på liberaliseret håndkøbsmedicin og til højere apoteksavance som i Sverige.

Den sundhedsfaglige kvalitet af apotekernes services understøttes generelt af en høj faglig standard i farmaceutprofessionen. Rapporten viser imidlertid, at den sundhedsfaglige kvalitet kan komme under pres af de kommercielle hensyn ved en deregulering, som gi-

[1] "Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries", Gesundheit Österreich, Marts 2012.

ver øget fokus på mersalg frem for faglig rådgivning. Det ses bl.a. i form af tendenser til mindre tid til rådgivning og efteruddannelse, mistet professionel uafhængighed, kædevalgt detailhandelsfokus med mindre vægt på sundhedsfaglighed og mindre kundetilfredshed med rådgivningens kvalitet efter deregulering.

I Sverige viser en undersøgelse udført af Konsumentverket eksempelvis, at den overordnede forbrugertilfredshed med apotekerne faldt fra 95 procent til 77 procent efter omreguleringen, og tilliden til personalets viden og rådgivning faldt fra 83 til 65 procent vedrørende receptmedicin og fra 79 til 56 procent vedrørende håndkøbsmedicin.

Den østrigske rapport fremhæver behovet for regulering, ikke mindst af hensyn til svage grupper, idet medicindistribution er et atypisk marked, der er en del af sundhedssektoren, som ikke kan overlades til markedskræfterne for udbud og efterspørgsel. Baggrunden er en tredeling af kunderollen, hvor den, der skal bruge lægemidlet, ikke selv vælger det (det gør lægen) og ikke selv dækker den fulde omkostning (det offentlige dækker resten). Hertil kommer, at medicinsk behandling af den enkelte også har betydning for folkesundheden, og at den enkelte ikke selv har forudsætninger for at kunne vurdere behov for og kvalitet af en given behandling.

Rapporten bekræfter, at apoteksregulering kan sikre god og lige adgang til lægemidler, som også er slået fast af EU-domstolen, der i to domme konkluderede, at ejerskabs- og etableringsbegrænsninger kan være velbegrundede af hensyn til folkesundheden. Senest har EU-kommissionen i november 2011 frafaldet alle verserende sager herom.

**b. Ventetid**

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen konkluderer i henvendelsen, at reguleringen af apotekssektoren kun i ringe grad giver incitament til konkurrence på service, hvilket blandt andet kommer til udtryk ved lange ventetider.

Her læner styrelsen sig primært op ad en mindre borgerholdningsundersøgelse fra 2008 blandt 982 adspurgte om den erindrede, oplevede ventetid på apotek, når de adspørges i hjemmet løsrevet fra den konkrete købssituation på apotek. Det giver naturligvis et mindre retvisende billede af virkeligheden end de målinger, som stort set alle apoteker med elektroniske kønummersystemer foretager tre gange årligt, og som måler den faktiske ventetid for cirka 440.000 kundeekspeditioner i en uge. I sidste uge af januar 2012 foretog Danmarks Apotekerforening både en faktisk måling af ventetid og en borgerholdningsundersøgelse i hjemmet, udført af Megafon. Resultatet var, som det er set ved tidligere undersøgelser, at borgere, der adspørges i hjemmet, i gennemsnit erindrer at have ventet cirka dobbelt så lang tid (6,6 minutter), som målingen af den faktiske ventetid på apotek i samme periode viser (3,3 minutter).

Tilsvarende fremhæver styrelsen, at en ECON-evaluering viser, at ventetiden i Norge faldt efter liberaliseringen. I den norske evaluering advarer forfatterne imidlertid mod at overfortolke resultaterne, da de bygger på en borgerholdningsundersøgelse blandt 1.000 personer, der er bedt om at vurdere, om ventetiden var kortere eller længere end 3 år tidligere, hvilket naturligvis kan være vanskeligt for almindelige borgere at vurdere og huske. Samtidig undlader styrelsen i denne forbindelse at nævne, at de målte faktiske ventetider i Danmark på 3 år er faldet med cirka 33 procent (fra 5 til 3,3 minutter). Et erindret fald i ventetiden i Norge kan således næppe tages som udtryk for, at den faktiske ventetid nødvendigvis vil falde mere i forbindelse med en liberalisering, end det faktisk har været tilfældet under den danske regulering.

I øvrigt savnes der dokumentation for den lidt spekulative antagelse om, at der "kan være store forskelle på ventetiderne på samme apotek" mellem forskellige køer, når der ik-

ke fremlægges data herfor. Uden kendskab til data kan det således næppe afvises, om det modsatte udsagn er mere korrekt.

### c. E-handel og kronikere med lægemiddelrelaterede problemer

Som led i argumentationen for at afskaffe udligningsordningen fremfører styrelsen, at nye aktører og adgang til rene internetapoteker vil øge fokus på internetsalg, som kan dække medicinefterspørgslen i tyndt befolkede egne af landet, hvor apoteker vil lukke som følge af afskaffelse af udligningsordningen. Styrelsen fremhæver især muligheden for at effektivisere medicinsalget til forbrugere med kroniske lidelser.

Apotekerforeningen stiller sig noget uforstående over for denne argumentation.

For det første er der ikke noget, der tyder på, at befolkningen er indstillet på i større omfang at købe deres lægemidler via internettet, til trods for at det har været muligt siden 2004, og selv om der allerede findes abonnementsordninger. Der findes, så vidt vides, heller ikke andre lande – hverken liberaliserede eller regulerede – hvor lovligt internetsalg af receptlægemidler har noget større omfang.

For det andet må det bero på en manglende, grundlæggende 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. En lang række undersøgelser dokumenterer[2], at mange kronikere – på trods af adskillige års lægemiddelanvendelse – oplever lægemiddelrelaterede problemer, som kan identificeres og helt eller delvist løses af apoteket som led i dialogen med patienten om lægemidlerne og anvendelsen deraf. En måske overset problemstilling er, at mange kroniske patienter har behov for løbende monitorering og løbende oplever ændringer i deres sygdomsforløb og i deres lægemiddelbehandling, som kan udløse behov for dialog og rådgivning og vejledning om lægemidlernes anvendelse og evt. lægemiddelrelaterede problemer.

WHO[3] 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. En lang række andre undersøgelser dokumenterer problemer med bivirkninger og interaktioner og andre lægemiddelrelaterede problemer hos en række forskellige kroniske medicinbrugere. Tilsvarende har apotekerne udviklet en række sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende ydelser netop til kroniske medicinbrugere. En af dem er den udvidede inhalationsrådgivning, tjek på inhalationen, som apotekerne efter aftale med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse yder til både nye og faste brugere af inhalationsmedicin til astma- og KOL-patienter for at sikre en sikker og effektiv medicinanvendelse. Andre ydelser målrettet kronikere er medicingennemgang og forskellige compliancefremmende ydelser.

### d. Effektivitet, produktivitet og stordriftsfordele

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har på baggrund af en analyse af apotekernes driftsregnskaber for 2010 konkluderet, at der er tale om en stor spredning i apotekernes indtjening, som ikke ville kunne opretholdes på et normalt marked. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen anfører, at "en del af apotekerne med meget lavt overskud er beliggende i udkantsområderne". Men et lavt driftsresultat før udligning for apoteker i mindre byer og i landdistrikter i et enkeltstående regnskabsår kan ikke uden videre tages som udtryk for

---

[2] Jf. "Evidensrapport 7 - Kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer", Pharmakon, 2006, "Evidensrapport 9 – Compliance og concordance", Pharmakon, 2005 (V. 1.2) og 2008 (v. 2.1), "Evidens for apotekets rådgivning", Pharmakon, 2009, m.fl.

[3] "Adherence to long-term therapies", World Health Organization, 2003.

ineffektiv drift. Det er derimod resultatet af et politisk ønske om at sikre god og lige tilgængelighed til lægemidler overalt i landet, så der også drives apoteker i tyndt befolkede egne, hvor der ellers ikke umiddelbart er driftsøkonomisk grundlag herfor.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen anfører da også, at udligningsordningen, som jo ikke udligner på baggrund af overskud men på baggrund af omsætning, må antages at have en positiv effekt for tilgængeligheden til medicin i mindre tæt befolkede områder.

Det er samtidig en meget stærk forenkling at udråbe apoteker med et lavt driftsresultat som ineffektive. Der er en lang række forhold ud over effektiv drift, der bestemmer et apoteks resultat. For det første har apotekets størrelse betydning for, om apoteket kan oppebære et stort driftsresultat før udligning. For det andet er apotekernes driftsresultat i de enkelte år påvirket af andre faktorer, herunder om apoteket er overtaget i det givne år, hvilket ofte fører til en række engangsudgifter.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen peger generelt på, at manglende konkurrence begrænser effektiviteten i apotekssektoren. I forbindelse med styrelsens forslag til Vækstforum i 2010/2011 om vækst gennem øget konkurrence blev der peget på en svag produktivitetsvækst og for høje priser i en række hjemmemarkedsorienterede brancher. Det blev søgt dokumenteret i en rapport udarbejdet af McKinsey & Company[4], hvor en række brancher blev udpeget som erhverv, hvor der er et potentiale for højere produktivitet gennem øget konkurrence.

I McKinsey-rapporten dokumenteres det imidlertid omvendt for apotekerne, at

- danske apoteker har høj produktivitet i forhold til andre lande
- danske apoteker kan udnytte stordriftsfordele, fordi de er store målt med international målestok
- danske medicinpriser er lavere end i andre EU-lande
- udligningsordningen er nødvendig for at sikre den eksisterende apoteksstruktur
- apotekerne er generelt lige så effektive som referencelandene (*"performance in the pharmacy is generally at par with peer countries"*).

Efterfølgende har det daværende Økonomi- og Erhvervsministerium i 2011 offentliggjort en økonomisk analyse[5], som dokumenterer produktivitetsudviklingen siden 1995 i de brancher som Vækstforum havde udpeget. Apoteker har ifølge denne analyse 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 procent, og meget højere end andre brancher, hvor der ofte peges på regulering som en barriere for vækst.

## 2. Kommentarer til Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens enkelte forslag

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens henvendelse indeholder forslag om:

- Ophævelse af krav om farmaceutejerskab
- Ophævelse af bevillingssystemet
- Forhøjelse af den øvre grænse for hvor mange apoteker en apoteker må eje
- Afskaffelse af faste forbrugerpriser og indførelse af maksimalpriser
- Ophør af den omsætningsbestemte udligningsordning og erstatning med udbud til sikring af geografisk dækning
- Mulighed for at etablere rene internetapoteker

---

[4]"Creating Economic Growth in Denmark Through Competition", McKinsey & Company, 2010.

[5] "Økonomisk analyse – Branchernes produktivitet", Økonomi- og erhvervsministeriet, 17. marts 2010

- Erstatning af de faste minimumsåbningstider med en minimumsgrænse for gennemsnitlig åbningstid
- Ophævelse af begrænsningerne på apotekernes frie sortiment

Det er Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens vurdering, at de foreslåede ændringer af reguleringen vil kunne gennemføres uden at føre til en stigning i de offentlige udgifter, og at anbefalingerne vil kunne indebære bedre service og øget tilgængelighed, og at der vil kunne opretholdes en god tilgængelighed til apotekernes ydelser i yderområderne primært via nye distributionskanaler.

Samtidig finder styrelsen, at forslagene vil medføre lavere samfundsmæssige omkostninger i form af lavere ventetider og mindre transporttid til apoteket[6].

Endelig finder styrelsen, at fastholdelse af regler om den daglige leders uddannelse og tilstedeværelsen af en uddannet farmaceut samt fastholdelse af krav om fuldt sortiment, gældende substitutionsregler og uafhængighed af læger, grossister og lægemiddelindustri fortsat vil understøtte høj kvalitet og sikkerhed i lægemiddeldistributionen til samfundsøkonomisk rimelige omkostninger.

Apotekerforeningen deler på ingen måde denne opfattelse.

I det følgende illustreres konsekvenserne af rapportens forslag nærmere.

### a. Forslag om friere ejerskabsregler og antalsbegrænsninger i ejerskabet

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen foreslår, at de nuværende regler om farmaceutisk ejerskab ophæves, og at grænsen for antallet af apoteker, man må eje, hæves fra de nuværende 4 til fx 20.

Forslaget om *afskaffelse af farmaceutejerskabet* er begrundet i styrelsens formodning om, at det forhold, at kun farmaceuter kan eje apotek, kan have begrænsende virkning for konkurrence om service, for effektivitet og for udvikling af nye forretningsmetoder. Det er styrelsens vurdering, at en tilgang af andre ejerkredse "kunne betyde mere fokus på effektivitet, sikre mere udvikling i sektoren og give tilgang til større finansieringskapital".

Der er imidlertid ikke i Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens notat nærmere dokumentation for eller underbygning af teorien om, at kravet om farmaceutejerskab i praksis er forbundet med disse begrænsninger. Og der er efter Apotekerforeningens opfattelse ikke grundlag for denne påstand. De danske apoteker udvikler sig således løbende; både i faglig, teknologisk og servicemæssig henseende.

Økonomi- og Erhvervsministeriet har således i 2011 i ovennævnte økonomiske analyse[7] dokumenteret, at apoteker havde en høj realvækst i arbejdsproduktiviteten på gennemsnitligt 4,1 procent i perioden 1995 til 2007. Det er markant højere end hele samfundets gennemsnitlige realvækst i arbejdsproduktiviteten på 0,5 procent.

Med hensyn til udvikling af forretningsmetoder, er de nuværende apotekere blandt andet som følge af deres faglige baggrund meget bevidste om apotekets forankring i sundhedssektoren. Det er sandsynligt, at en ejer, som ikke er farmaceut, ville udvikle apoteket på en anden måde eller i en anden retning. Set ud fra et kommercielt sigte kan det have sine

---

[6] Til sammenligning har svenskerne i gennemsnit kun fået 150 meter kortere afstand til nærmeste apotek efter omreguleringen. Prisen herfor har været en forøgelse af den svenske apoteksavance og dermed forbrugerpriserne med 460 mio. SEK om året.

[7] "Økonomisk analyse – Branchernes produktivitet", Økonomi- og erhvervsministeriet, 17. marts 2010

fordele. Set ud fra en sundheds- og patientsikkerhedsmæssig vinkel er det efter Apotekerforeningens opfattelse ikke ønskeligt.

Danmarks Apotekerforeningen er på den baggrund ikke enig i Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens begrundelse for at ophæve kravet om farmaceutejerskab.

Apotekerforeningen er heller ikke enig med Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen i påstanden om, at de hensyn, der ligger bag kravet om farmaceutejerskab (at sikre fokus på kvalitet og sikkerhed i forbindelse med apoteksdriften) i stedet kunne tilgodeses via et krav om, at der altid skal være en ansvarlig farmaceut til stede i apotekets åbningstid.

Samme vurdering har EU-domstolen anlagt, idet Domstolen i to sager om lovligheden af betingelse om farmaceutejerskabet blandt andet har udtalt[8]:

> *"....Hvad angår en ejer, der er farmaceut, kan det ikke benægtes, at denne i lighed med andre personer forfølger et profithensyn. I sin egenskab af farmaceut af profession formodes han imidlertid ikke at drive apoteket ud fra rent økonomiske hensyn, men også ud fra faglige hensyn. Hans private interesse i at opnå fortjeneste modereres af hans uddannelse, hans erhvervsmæssige erfaring og af det ansvar, der påhviler ham, da en eventuel overtrædelse af retsregler eller fagetiske regler ikke blot bringer værdien af hans investering, men også hele hans faglige eksistens, i fare.....*
>
> *... I betragtning af det skøn, der, som nævnt i denne doms præmis 19, er overladt medlemsstaterne, kan en medlemsstat imidlertid vurdere, dels at der er en risiko for, at de lovbestemmelser, der skal sikre farmaceuternes faglige uafhængighed, i praksis tilsidesættes, idet interessen for en person, der ikke er farmaceut, i at skabe overskud ikke kan modereres på tilsvarende måde som for uafhængige farmaceuter, dels at den omstændighed, at farmaceuter som ansatte er underordnet en ejer, kan gøre det vanskeligt for dem at modsætte sig ejerens instrukser.*
>
> *Kommissionen har bortset fra almindelige betragtninger ikke fremlagt noget forhold, der kan godtgøre, hvilket konkret system der med samme effektivitet som reglen om udelukkelse af personer, der ikke er farmaceuter, kan sikre, at de nævnte lovregler i praksis ikke tilsidesættes uanset de bemærkninger, der er fremført i foregående præmis i denne dom."*

Domstolen fastslår altså, at apotekernes faglige uafhængighed ikke i lige så høj grad kan sikres ved en ansat farmaceut under ledelse af en ikke-farmaceut som ejer.

En begrænsning bestående i krav om uafhængighed af læger, grossister og lægemiddelindustri som foreslået af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen vil efter foreningens opfattelse ikke ændre på dette.

En apoteksansat farmaceut som daglig, ansvarlig leder med de nødvendige kvalifikationer vil – sammen med apotekets øvrige personale – være i stand til at løfte de daglige opgaver på apoteket.

Men den daglige leder vil være underlagt ejerens beslutninger og prioriteringer. Hvis alle og enhver kan eje et apotek, er der en nærliggende risiko for, at ejeren primært vil have fokus på omsætning og overskud frem for behovet for at prioritere faglighed, ansvarlighed og omhyggelighed i driften. Man kan naturligvis fortsat regulere, hvilke pligter, der påhviler apoteket, herunder pligt til rådgivning m.v. Men niveauet herfor vil i sidste ende være bestemt af ejerens fokus. Og en ejer uden farmaceutfaglig baggrund vil næppe have samme forståelse for vigtigheden af, at personalet bruger tid på grundig faglig rådgivning af apotekets kunder.

---

[8] EU-domstolens sager C-171/07 og C-172/07

En sådan udvikling vil have alvorlige konsekvenser for patientsikkerheden. Det gælder uanset, at receptpligtige lægemidler ordineres af læger eller ej. En undersøgelse viser således, at apotekernes grundige afdækning af kundernes behov og rådgivning i overensstemmelse hermed, betyder, at apotekerne årligt fanger over 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[9]. Endvidere viser en anden undersøgelse, at der er betydelige problemer med fejlmedicinering med håndkøbslægemidler. Således efterspørger 21 procent af håndkøbskunderne forkerte lægemidler til deres symptomer eller tager lægemidlet forkert. 73 procent af problemerne med håndkøbsmedicin bliver i dag løst på apoteket uden at kontakte en læge[10].

Man skal være opmærksom på, at en afskaffelse af farmaceutejerskabet kan blive et fravalg at sektoren som en integreret del af det danske sundhedsvæsen til fordel for en sektor som en del af den almindelige detailhandel. Dette er ikke en udvikling, som Apotekerforeningen kan anbefale. Apotekerforeningen anbefaler en udvikling, hvor apotekerne i endnu højere grad integreres i det samlede sundhedsvæsen med en endnu større nyttiggørelse af apotekspersonalets lægemiddelfaglige kompetencer.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens forslag om at *forhøje den øvre grænse for, hvor mange apoteker en apoteker kan eje* begrundes med, at de nuværende regler indebærer begrænsninger i stordriftsfordele, og at reglerne hindrer, at de mest effektive apoteker kan ekspandere i antal.

Der er med de nuværende regler mulighed for, at en apoteker kan gives tilladelse til at drive mere end ét apotek, dog maksimalt fire apoteker. Disse regler understøtter det personlige ejerskab og dermed det personlige ansvar, som er et gennemgående grundvilkår i apoteksreguleringen. En væsentlig begrundelse for antalsbegrænsningen er således at sikre apotekerens tilstedeværelse på apoteket med henblik på en forsvarlig ledelse heraf. Længerevarende fravær fra apoteket kan føre til bortfald eller inddragelse af bevillingen til at drive apotek. Det samme er tilfældet, hvis sundhedsmyndighederne finder, at apotekeren ikke er i stand til at lede driften af apoteket forsvarligt.

En afskaffelse af de nuværende ejerskabsregler, som indebærer at enhver (med undtagelse af læger, grossister og industri) kan eje et apotek samtidig med en væsentlig forøgelse af det antal apoteker, som kan ejes af en apoteker vil betyde, at alle og enhver – også internationale kapitalfonde – kan etablere kæder af apoteker.

Dermed risikerer man at miste det gennemskuelige system med klarhed over ansvar, ejerforhold og økonomiske interesser, som det personlige ejerskab i dag er med til at sikre.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen foreslår at fastsætte en ny øvre grænse på 20 apoteker, som en apoteker kan eje. En medvirkende årsag til at fastholde en begrænsning på antallet kan være, at erfaringerne fra andre lande[11] – herunder blandt andet Norge og Sverige – viser, at frit ejerskab risikerer at begrænse konkurrencen som følge af kæders dominerende markedsposition (oligopol).

---

[9] Analyse af receptkorrektioner på apotek. Lægeforeningen og Danmarks Apotekerforening, December 2008.

[10] Forekomsten af lægemiddelrelaterede problemer ved selvmedicinering. Pharmakon, December 2011

[11] Jf. "Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries", Gesundheit Österreich, Marts 2012.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen begrunder forslaget om en ny øvre grænse med, at de vurderer, at eventuelt negative konsekvenser for patienternes tilgængelighed til lægemidler som følge af en konkurs vil mindskes ved en øvre grænse på f.eks. 20 apoteker.

Apotekerforeningen skal hertil bemærke, at rigtigheden af denne vurdering må afhænge af, hvor stort et område, de 20 apoteker er placeret på, samt hvor mange andre apoteker der er placeret i eller i nærheden af dette område. Under alle omstændigheder vil det have betydelige konsekvenser for forsyningssikkerhed og tilgængelighed, hvis f.eks. 20 apoteker lukker på samme tid på grund af en konkurs.

### b. Forslag om at ophæve bestemmelsen om kontrol af antallet af apoteker

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen foreslår at ophæve adgangskontrollen på apoteksområdet for at øge tilgængeligheden (flere apoteker) og opnå højere service (lavere ventetid) for forbrugerne.

Foreningen finder imidlertid ikke, at styrelsens fremstilling af udgangspunktet og udviklingen i tilgængeligheden og serviceniveauet på apotekerne i Danmark er retvisende. Tilgængeligheden til udlevering af og rådgivning om medicin er således ikke blevet væsentligt dårligere over tid - specielt ikke når tilgængelighed vurderes som andet og mere end antallet af apoteksadresser - ventetiden på apotek er allerede nedbragt mærkbart fra 2008 til 2012, og en lille Gallupundersøgelse fra 2008 kan derfor ikke bruges til at sige noget om apotekernes service i 2012. Samlet set er 9 ud af 10 danskere ifølge en Megafonundersøgelse i januar 2012 samlet set tilfreds eller meget tilfreds med apoteket, som de kender det i dag.

*Udviklingen i antallet af apoteksenheder*
Styrelsen 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 borgernes øjne er antallet af *receptekspederende apoteksenheder*, det vil sig 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 borgerne er der således ingen forskel mellem apotek, supplerende enhed og apoteksfilial.

For det andet er det ikke 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, hvor der har været en vækst på 60 procent, og andre til supplerende enheder. Formålet har været at udnytte stordriftsfordele og nedbringe samfundets omkostninger til lægemiddeldistribution, netop som Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen også fremhæver som et selvstændigt formål.

Det er således en politisk beslutning, hvor mange apoteker der skal være, og dermed hvor mange penge samfundet vil bruge på distribution af lægemidler til danskerne. Hidtil har der været et politisk ønske om at reducere antallet af selvstændige apoteker for at udnytte stordriftsfordele og nedbringe samfundets omkostninger.

Myndighederne opererer med nogle pejlemærker for blandt andet, hvor mange borgere et apotek skal forsyne, og hvor lang afstanden bør være til andre apoteker. På denne baggrund har flere apotekere fået afslag på at imødekomme kundebehov ved at oprette nye filialer eller apoteksudsalg. Apotekerforeningen mener fortsat, at bevillingssystemet overordnet set er den rigtige ramme til at regulere apoteksstrukturen i Danmark. Det er

dog foreningens klare opfattelse, at der inden for rammerne af bevillingssystemet er mulighed for, at myndighederne i højere grad kan udvise fleksibilitet og foretage individuelt skøn i styringen af apoteksstrukturen og dermed skabe basis for etablering af flere receptekspederende enheder lokalt. Apotekerforeningen har gentagne gange gjort myndighederne opmærksomme på, at administrationen af de gældende regler (pejlemærkerne) burde være mere fleksibel.

Ultimo 2011 var der i alt 314 receptekspederende apoteksenheder i Danmark. Fra 2000 til 2011 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse aktivt besluttet samlet set at reducere antallet af receptekspederende apoteksenheder med 16, hvilket er et fald på knap 5 procent. Det står i skærende kontrast til det billede, der tegnes af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.

Til sammenligning med faldet i antallet af receptekspederende apoteksenheder på 5 procent kan det nævnes, at der for alle virksomheder i detailhandlen fra 2000 til 2009 kan konstateres et fald på samlet set over 10 procent – det vil sige dobbelt så stort et fald som for receptekspederende apoteksenheder. Det er derfor ikke et særsyn, at antallet af firmaer i en branche falder, og det skyldes blandt andet en generel tendens i samfundet, hvor man udnytter stordriftsfordele og slår mindre enheder sammen til større.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen fremhæver i sin fremstilling, at der er sket et fald på 19 procent i antallet af steder, hvor forbrugeren kan få udleveret lægemidler. Det giver ikke et retvisende billede af adgangen til medicinudlevering i Danmark.

Der er i alt blevet omkring 230 færre *apotekstilknyttede* andre udleveringssteder for medicin (det vil sige steder, hvor medicin fra et apotek udleveres, men hvor recepter ikke ekspederes med det samme) i perioden 2000 til 2011. I samme periode er omkring 2.000 butikker i detailhandlen imidlertid blevet godkendt til at *forhandle liberaliseret håndkøbsmedicin*. Langt størstedelen af faldet i antallet af håndkøbsudsalg og apotekstilknyttede medicinudleveringssteder skete i øvrigt i de første år efter håndkøbsliberaliseringen, hvor en række detailhandelsbutikker ændrede status fra medicinudleveringssted for apoteket til selv at blive godkendt forhandler af liberaliseret håndkøbsmedicin. Samtidig er det muligt at e-handle medicin døgnet rundt på www.apoteket.dk med rådgivning og vejledning tilknyttet og få medicinen sendt direkte til bopæl og arbejdsplads mv. Tilgængeligheden til udlevering af medicin er dermed samlet set ikke blevet ringere – snarere tværtimod.

*Tilgængelighed i tyndt befolkede egne*
En af hovedkonklusionerne i den tidligere nævnte nye rapport fra det østrigske sundhedsinstitut, Gesundheit Österreich, om betydningen af liberaliseringen af apotekssektoren i en række lande peger på, at en liberalisering af apotekssektoren *ikke* vil øge antallet af apoteker i tyndt befolkede egne af landet men hovedsagelig kun vil øge antallet af apoteker i byerne. De nye erfaringer fra omreguleringen af apoteker i Sverige er et godt eksempel herpå. En analyse fra den svenske myndighed for vækstpolitiske evalueringer og analyser, Tillväxtanalys, viser, at der frem til oktober 2011 er der blevet 317 flere apoteker. 314 ud af de 317 apoteker er etableret i byområder. I bynære landdistrikter er etableret tre apoteker, og der er ikke kommet flere apoteker i tyndtbefolkede egne af landet, som man kunne forledes til at tro ud fra Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens analyse.

*Bredere definition af tilgængelighed - til faglig rådgivning inden for rimelig afstand*
Når antallet af indbyggere per apotek er relativt højt i Danmark sammenlignet med andre lande, skyldes det, at apotekerne er samlet i store bæredygtige enheder i Danmark for at udnytte stordriftsfordele. Måles tilgængeligheden i stedet i forhold 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.

Dertil kommer, 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. Danskerne har således i gennemsnit 3,8 km til apoteket og 1,7 km til et medicinudleveringssted. Afstanden til apotek er mindst i Region Hovedstaden med 2,0 km. Afstandene til apotek i hovedstadsregionen i Danmark er lidt lavere end i hovedstadsregionerne i liberaliserede lande som Norge og Sverige, mens afstande til apotek uden for hovedstadsregionerne i Norge og Sverige er betydeligt større end i Danmark. Det viser en analyse som GEOMATIC har foretaget for Danmarks Apotekerforening.

Ydermere kan det konstateres, at gennemsnitsapoteket i Danmark har åbent 54,4 timer ugentligt. Det tilsvarende tal for liberaliserede Sverige er 53 timer. I Danmark er der 11 døgnåbne apoteker i større byer spredt rundt om i landet, mens der i Sverige findes ét døgnåbent apotek i Stockholm.

Set ud fra betragtninger om adgangen til faguddannet receptekspederende personale, afstanden til apotek samt åbningstider, kan Apotekerforeningen derfor ikke genkende Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens påpegning af, at tilgængeligheden til apotek er ringe. En MEGAFON-undersøgelse fra primo 2012 viser således også, at over 9 ud af 10 (91 procent) af danskerne er tilfredse eller meget tilfredse med afstanden til apotek, og at næsten 9 ud af 10 borgere (86 procent) er tilfredse eller meget tilfredse med apotekernes åbningstid. Samlet set er 90 procent af de danske forbrugere tilfredse eller meget tilfredse med apoteket.

*Ventetid og service*
Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen argumenterer for, at flere apoteksenheder vil kunne reducere ventetiden, og at det er nødvendigt, fordi der fortsat er en del utilfredshed med ventetiderne. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen refererer blandt andet til en Gallup-undersøgelse, som de skriver, er gennemført i 2010. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens Gallup-undersøgelse af oplevede ventetider er dog ikke fra 2010 – den er gennemført i 2008 og offentliggjort primo 2010.

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.

Apotekerne har de seneste 4 år arbejdet målrettet på en systematisk måling og nedbringelse af kundernes ventetid. Blandt andet har omkring hvert tredje apotek i de senere år installeret robotter til hurtigt at fremtage den rette medicin, mange apoteker har nyindrettet kunderummet, der er indført direkte receptur, og bemandingsplanerne er blevet optimeret. Målet har været, at kunderne i gennemsnit højst må vente 5 minutter, og at højst 5 procent må vente mere end 10 minutter. Målet er nu nået på landsplan.

De 1.275 adspurgte borgere i en Megafon-måling i januar 2012 *oplevede* ganske vist at have ventet i 6,6 minutter i gennemsnit, sidst de var på apoteket, og 26 pct. af borgerne oplevede at have ventet mere end 10 minutter. En måling af 440.000 kunders *faktiske* ventetid i samme uge i januar 2012, som Megafon-målingen er gennemført, viser en gennemsnitlig ventetid på 3,3 minutter, og at kun 2,9 pct. af kunderne ventede mere end 10 minutter. Netop disse to målinger foretaget i samme uge i januar 2012 illustrerer, at ventetid opleves længere, end den faktisk er. Målinger af oplevet ventetid må derfor tolkes med varsomhed. Det kan konstateres, at der er sket en markant nedbringelse af den faktiske ventetid i løbet af de 4 år, hvor Apotekerforeningen systematisk har målt ventetiden for i alt samlet set 4 millioner kunder.

Samtidig er danskernes utilfredshed med ventetiden på apoteket faldet fra 23 procent i 2009 til 16,5 procent utilfredse i 2012 (undersøgelse gennemført af MEGAFON for Danmarks Apotekerforening). Men selv om det store flertal på 63 pct. af danskerne nu er tilfredse eller meget tilfredse med ventetiden på apoteket, så arbejder apotekerne fortsat målrettet på at nedbringe ventetiden yderligere.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen anfører, at Apotekerforeningens målte ventetider ikke adskiller ventetider på receptpligtig medicin på den ene side samt håndkøbsmedicin og frihandelsvarer på den anden side, og at der derfor *"kan være store forskelle på ventetiderne på samme apotek"*. Apotekerforeningen forstår ikke argumentet. Målingerne omfatter samtlige ekspeditioner, hvor der er ventetid, og omfatter således ikke ekspeditioner, hvor der ikke registreres at være ventetid - det vil sige ekspeditioner, der gennemføres med det samme. Apotekerforeningens målinger vil derfor tendere til at overvurdere omfanget af ventetid.

Apotekerforeningen kan derfor ikke genkende styrelsens billede af, at ventetiden skulle være et stort problem i apotekssektoren. Der er også ventetid i alle detailhandelsbutikker, og ventetiden afhænger typisk i høj grad af, på hvilket tidspunkt af dagen og hvilken ugedag, den enkelte gør sine indkøb. I sundhedssektoren kan ventetid heller ikke helt undgås, da fokus er på kvalitet og sikkerhed i lægemiddelanvendelsen og nødvendig sundhedsfaglig rådgivning herom.

### c. Forslag om maksimalprisregulering

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen foreslår, at ændre fastprisreguleringen af lægemidler til en maksimalprisregulering. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen skriver: *"en åbning for priskonkurrence i apotekssektoren ved fjernelse af de faste priser og indførelse af maksimalpriser vurderes at kunne have en gavnlig effekt på priserne. En prisbesparelse på bare 2 pct. på prisen på receptpligtig medicin i Danmark vil betyde, at patienter vil spare en kvart mia. kr. om året."*

Det hypotetiske besparelsespotentiale baseres på en helt udokumenteret antagelse om et muligt prisfald. Den kvarte mia. kr., der omtales, svarer stort set til hele den nuværende apotekssektors samlede driftsresultat og synes dermed helt urealistisk – ikke mindst hvis det kombineres med styrelsens forventninger om flere apoteker og mere service. Efter foreningens opfattelse er et maksimalprissystem mindre effektivt til at presse priserne i producentleddet end det nuværende, og fortegnet på den skitserede besparelse kan derfor meget vel være det modsatte, altså en merudgift i mindst samme størrelsesorden. Hertil kommer, at maksimalpriser, som Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen foreslår at indføre, bryder med et hidtil vigtigt sundhedspolitisk hensyn om ens priser i hele landet.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen beskriver maksimalprissystemet i Norge og nævner, at der ikke har kunnet findes en effekt på priserne af indførelsen af maksimalprissystemet. Helse- og Omsorgsdepartementet i Norge anfører også i deres beskrivelse af medicinprisforhold i Norge, at maksimalprissystemet ikke giver apotekerne incitamenter til at sænke udsalgspriserne under maksimalpriserne. Det skyldes bl.a. svag prisfølsomhed i forbrugerleddet som følge af bl.a. tredjepartsfinansiering og asymmetrisk information.

Apotekerforeningens analyser viser i øvrigt, at nordmændene i gennemsnit betaler 40 pct. mere for generisk medicin end danskerne. Det viser tydeligt, at den danske model for prisfastsættelse af generisk medicin med 14-dages licitationer er mere effektiv til at få omkostningerne reduceret sammenlignet med den norske model med maksimalpriser.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen betragter den norske prismodel som en liberaliseret model. Priserne på generika fastlægges i Norge imidlertid med baggrund i en stram statslig styret model med helt faste procentvise prisnedsættelser på helt bestemte tidspunkter

– den såkaldte trinnprismodel. Priserne på originalmedicin fastsættes som maksimalt gennemsnittet af prisen i de tre ud af i alt ni EU-lande med laveste priser. Apotekerforeningen kan ikke genkende den prismodel som liberaliseret.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen anfører, at *salgspriserne* på receptpligtig medicin indtil 2012 i Holland blev bestemt som maksimalpriser. Det er efter Apotekerforeningens opfattelse ikke korrekt. Det findes heller ikke at være retvisende, når Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen anfører, at maksimalpriser i Holland har medført prisfald.

I Holland blev de maksimale priser indtil 2012 fastlagt ved apotekernes *indkøbspriser*, og apotekerne kunne selv beholde evt. forhandlede rabatter fra grossister/producenter som fortjeneste. Apotekernes refusion for udleveret medicin blev fastlagt som den maksimale indkøbspris - tillagt et gebyr for ekspeditionen, og både medicinprisen (indkøbsprisen) samt ekspeditionsgebyret finansieres altovervejende af det offentlige.

Grunden til, at priserne i Holland har været faldende gennem en periode, er øget fokus på brugen af generika efter en regeringsbeslutning om at indføre den såkaldte præferencepolitik til fordel for generika netop for at øge brugen af generika, og generika-andelen er i Holland vokset til 60 procent. Prisfaldet skyldes således ikke prissystemet med maksimalpriser. Det skal bemærkes, at generikaandelen i Danmark er cirka 65 procent.

Umiddelbart synes der dermed ingen besparelse at hente hverken for det offentlige eller forbrugerne i modellerne i Norge og Holland.

Apotekerforeningen vil omvendt pege på, at et maksimalprissystem udover at være et brud med princippet om ens priser i hele landet også med meget stor sandsynlighed vil medføre højere priser og dermed højere omkostninger for borgere og samfund end det nuværende fastprissystem. Det skyldes, at et maksimalprissystem vil fjerne gennemsigtigheden i markedet og flytte den nuværende effektive konkurrence i leverandørleddet til detailleddet, hvor konkurrence mellem apoteker om lavere priser til forbrugerne vil være mindre effektiv som følge af en lav prisfølsomhed blandt forbrugerne, hvor det næppe er sandsynligt, at patienter kører rundt mellem apoteker for at opnå en evt. besparelse på medicinen. Derimod er konkurrencen i leverandørleddet meget effektivt, fordi producenterne ved at tilbyde de laveste priser opnår stort set hele det danske marked i 14 dage, bortset fra lægens eller kundens fravalg af substitution. Et maksimalprissystem vil derudover også vanskeliggøre korrekt substitution og administration af tilskudssystemet.

Ens priser og fast apoteksavance giver en meget høj grad af prisgennemsigtighed, der gør, at man uden problemer kan udpege den billigste generiske medicin. Dette forhold er helt grundlæggende afgørende for, at apotekerne kan tilbyde kunderne den billigste kopimedicin, og netop apotekernes substitution til billigste kopi har ført til en meget skarp generisk priskonkurrence i leverandørleddet, hvor prisfølsomheden er stor, og dermed til meget lave priser på generisk medicin i Danmark.

Som det fremgår af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens egne prisanalyser på baggrund af tal fra Eurostat kan det konstateres, at priserne i Danmark (ekskl. moms) ligger 12 pct. under gennemsnittet for de 7-EU-lande Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen plejer at sammenligne danske priser med. Det skal i øvrigt bemærkes, at der er en fejl i figur 2 (side 14) over salgsprisens fordeling, som overvurderer avanceprocenten, idet momsen udgør 25 procent af prisen *inklusive* avance.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen nævner, at priserne på liberaliseret håndkøbsmedicin solgt på apotek ligger betydeligt over priserne solgt i detailhandlen, og at forbrugerne på den konto har ekstraudgifter på omkring 60 mio. kr. årligt. Det er imidlertid ikke en retvisende fremstilling, og det kan derfor heller ikke bruges som argument for, at en mere

fri prisdannelse vil have en effekt på udviklingen i priserne, som kommer forbrugerne til gode.

En 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 billige kopier, og i øvrigt har et markant større sortiment end detailhandelen. Kunderne på apotekerne køber typisk den billigere kopimedicin i større pakninger efter rådgivning og vejledning fra faguddannet personale, mens detailhandelen, der ikke må – og heller ikke har kompetencen til at – rådgive om medicinen, typisk kun fører de små pakninger af den dyrere originalmedicin kendt fra reklamerne. Hertil kommer, at det ikke kan overraske, at betjening af en faguddannet med en videregående uddannelse på et apotek kan medføre en beskeden merpris i forhold til betjening af ofte ufaglært personale i supermarkeder eller discountbutikker.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen nævner, at liberaliseringen af veterinære receptpligtige lægemidler medførte et prisfald på omkring 8 procent i perioden efter liberaliseringen, og faldet er ligeledes illustreret i flere ens figurer. Lægemiddelstyrelsen, Fødevarestyrelsen og Fødevareinstituttet har tidligere konkluderet, at faldet i priserne ikke kun skyldes liberaliseringen af detailsalget, men også kan skyldes det forhold, at der er kommet øget konkurrence mellem producenterne af veterinære lægemidler. Dertil kommer, at man bør tage højde for, at de omsætningsafhængige sektorafgifter, som forhandlerne betaler til staten, blev nedsat fra 3,2 til 0,65 procent af omsætningen i forbindelse med liberaliseringen, hvilket i sig selv giver anledning til et umiddelbart prisfald. Samtidig afspejler de registrerede prisoplysninger ikke de rabatter og bonusser, der både før og efter liberaliseringen har været en del af den endelige pris. Der findes således ikke troværdige opgørelser af det reelle prisniveau for slutbrugeren hverken før eller efter liberaliseringen, og prisoplysningerne må på det grundlag fortolkes med meget stor forsigtighed.

Med til historien hører også, at prisfaldet på veterinære lægemidler starter allerede i begyndelsen af 2006 – altså længe inden markedet liberaliseres. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen kan således ikke med baggrund i fakta konkludere at liberaliseringen af veterinærmedicin har givet 8 procent lavere priser, idet det er vanskeligt at adskille alle ovennævnte effekter, der vil trække i retning af lavere priser.

Ydermere bør man bemærke, at priserne på de liberaliserede veterinære lægemidler ifølge Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens figur stort set har været uændret siden ultimo 2007 og frem til medio 2011. Dette står i skarp kontrast til prisudviklingen på de humane receptpligtige lægemidler, hvor markedet ikke er liberaliseret, men hvor priserne er faldet med knap 20 procent fra 4. kvartal 2007 til 2011. Endvidere bør det her også nævnes, at priserne på de humane liberaliserede håndkøbslægemidler i samme periode ikke er faldet, men faktisk er steget med knap 15 procent.

## d. Forslag om afskaffelse af den omsætningsbestemte udligningsordning

*Lukningstruede apoteker*

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen foreslår, at det nuværende udligningssystem afskaffes. Dette vil – også i styrelsens egen analyse – medføre, at der kan være apoteker i tyndt befolkede områder, der vil have svært ved at blive videreført. Styrelsen foreslår her en todelt løsning. For det første foreslås øget brug af internethandel til dækning af behov for det forudsigelige medicinforbrug til kronikere mv. Herudover foreslås at udbyde" udvalgte apotekerplaceringer" i licitation. Udgiften hertil skulle dækkes via de afgifter, apotekerne betaler til Sundhedsstyrelsen.

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 m.v. Et dårligt driftsresultat i et enkelt år behøver ikke nødvendigvis at være problematisk. En egentlig analyse af udligningssystemet forudsætter derfor en analyse af apotekernes regnskaber over en længere tidsperiode. Apotekerforeningen har ved flere lejligheder simuleret virkningen af en eventuel afskaffelse af udligningssystemet. En analyse, der dækker den femårige periode fra 2007 til 2011, viser, at en afskaffelse af udligningssystemet vil bringe 48 apoteker[12] i fare for lukning. Hertil kommer 181 tilknyttede enheder[13]. En del af de tilknyttede mindre enheder må dog forventes at blive videreført af andre apoteker. Stort set samme resultat er fremgået af tidligere analyser, og resultatet er således robust over for de tilfældige udsving, der kan være i de enkelte apotekers driftsresultater, og de gennemsnitlige driftsresultater for sektoren som helhed.

En afskaffelse af udligningssystemet, således som Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen foreslår, vil således med en meget stor sandsynlighed medføre en nedlæggelse af et stort antal apoteksenheder i de tyndt befolkede områder, hvilket er i modstrid med de sundhedspolitiske hensyn, der hidtil har været bærende for planlægningen af apoteksdækningen i Danmark på baggrund af princippet om lige adgang til sundhedsvæsenet.

Da udligningssystemet baserer sig på omsætning og ikke på overskud eller omkostninger, er det i øvrigt ikke korrekt, når det i henvendelsen fremstilles, som om udligningsordningen begrænser incitamentet til effektivisering. Udligningen påvirker ikke incitamentet til at nedbringe omkostningerne og effektivisere driften og øge indtjeningen.

*Øget brug af e-handel*

Forslaget om at dække en del af efterspørgslen via e-handel synes at bygge på den opfattelse, at den nuværende regulering står i vejen for en øget e-handel. Det er ikke tilfældet. 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 via Internettet er begrænset. Dette skyldes en række forhold. For det første er e-handel i sagens natur kun egnet til det forudsigelige medicinbehov. Akut opståede behov må dækkes af fysiske apoteker. For det andet er det forbundet med forsendelsesomkostninger for kunden at e-handle. For det tredje kræver e-handel ofte, at man er hjemme, når pakken kommer med posten. Hvis kunden skal på posthuset efter pakken med lægemidler, er der ikke nogen stor gevinst i forhold til at gå på apoteket. Det forhold, at lægemiddelbrugerne ofte er ældre personer, der har en mindre tilbøjelighed til at e-handle, spiller også en rolle for, hvor stor en udbredelse e-handel med medicin kan forventes at få. Hertil kommer, at en række andre brugere af apotekerne, så som psykisk syge, udviklingshæmmede, misbrugere og ikke-dansktalende, har en gavn af det fysiske apotek, som de ikke vil have af e-handel. Endelig er der en række lægemidler, så som insulin, glasflasker med væske fx hostesaft og lægemidler til mindre børn, der ikke kan sluge tabletter, samt stærkt euforisende lægemidler, der ikke er egnet til e-handel.

Apotekerne har siden 2004 tilbudt e-handel med lægemidler både i håndkøb og på recept på www.apoteket.dk. I 2007 og igen i februar måned 2012 kørte Apotekerforeningen en stor reklamekampagne for at øge opmærksomheden på muligheden for at købe lægemidler via e-handel. I ugerne efter den seneste reklamekampagne voksede omfanget af handler fra omkring 300 til omkring 450 pakker medicin. På en gennemsnitlig uge i 2012 er der til sammenligning på de fysiske apoteker i gennemsnit solgt over 1 mio. pakninger.

---

[12] 36 selvstændige apoteker, 2 supplerende enheder og 10 filialer

[13] 7 apoteksudsalg, 139 håndkøbsudsalg og 35 medicinudleveringssteder

Selv om reklamekampagnen således øgede antallet af handler via e-handelsløsningen med 50 pct., svarede handelen efter reklameugerne kun til omkring 0,04 pct. af den samlede lægemiddelefterspørgsel. Selv en tidobling af omfanget af e-handel vil således ikke bringe antallet af receptpakker solgt via e-handel op på ½ pct. E-handel vil således ikke reelt kunne indgå som en del af den egentlige lægemiddelforsyning, som det forudsættes af styrelsen. Der er derimod tale om et ekstra tilbud for et forholdsvist begrænset segment af kunder, der ønsker denne service som et supplement til det fysiske apotek.

Apotekerforeningen har ikke kendskab til lande i Europa, eller andre dele af verden, hvor internethandel har overtaget nogen betydende del af lægemiddeldistributionen. Der er endvidere heller ikke noget, der tyder på, at internethandel bliver mere udbredt i lande, der har en mere fri nedsættelsesret end i Danmark. Styrelsen fremhæver internethandelen i Sverige. Det kan i den sammenhæng bemærkes, at det var det daværende statsejede monopol Apoteket AB, der etablerede den svenske e-handelsløsning i 2006, to år senere end den danske løsning var etableret. På trods af markedsføring har den svenske e-handel heller ikke noget nævneværdigt omfang.

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.

Endelig kan det undre, at styrelsen har den holdning, at den fysiske tilgængelighed ikke er så vigtig i tyndt befolkede områder, når en stor del af de øvrige forslag netop bæres igennem af ønsket om en bedre tilgængelighed i form af flere butikker. En styrket internethandel tilgodeser ikke en række behov, som kun det fysiske apotek kan tilfredsstille, f.eks. i forbindelse med akut opstået behov for medicin, ligesom der ikke er samme adgang til rådgivning ved internethandel som ved handel på et fysisk apotek. Dette uanset, at apotekerne tilbyder 24-timers onlinerådgivning til dækning af dette behov.

Den fysiske tilgængelighed, også i geografiske yderområder, er en vigtig del af sundhedspolitikken og derfor også et vigtigt mål for apotekssektoren. Det er også forbundet med positive eksternaliteter for raske borgere at vide, at der altid er et apotek i nærheden, den dag de selv bliver syge, så de ved, at de hurtigt og nemt kan få den nødvendige medicin og ikke er henvist til at køre langt eller vente på udbringning af e-handlet medicin dagen efter.

*Licitation over driften af apoteker i udvalgte områder*

Forslaget om licitation rummer en række praktiske udfordringer. For det første kan det være vanskeligt at vurdere, hvilket grundlag potentielle bydere på driften i et givent område skal basere deres tilbud på, hvis de ikke er sikret imod oprettelsen af et konkurrerende apotek i nærheden. De vil i givet fald ikke kende den potentielle omsætning på den apoteksenhed, de vil tilbyde driften af. Alternativt skal modellen suppleres med områder, hvor apoteksdriften er subsidieret og reguleret. En sådan model forekommer noget modsætningsfuld i forhold til det generelle ønske om liberalisering af apotekssektoren og vil antageligt være vanskelig at gennemføre i praksis.

Et andet praktisk problem ved modellen er, hvordan der sikres en apoteksdækning i udbudsperioden, som kan være længerevarende. Den periode, der kommer til at gå, hvor der i et område ikke er apoteksdækning, vil endvidere øge behovet for tilskud til den apoteksenhed, der oprettes, idet en række kunder i mellemtiden vil have omlagt deres indkøbsvaner til et andet apotek.

En tredje udfordring er, at et udbud af apoteksdrift vil være omfattet af en større økonomisk usikkerhed end eksempelvis udlicitering af rene serviceydelser (rengøring el. lign.), som normalt udføres i bestående virksomheder. Etablering og drift af et apotek vil sæle-

des være forbundet med betydelige etableringsomkostninger, som skal kunne tjenes hjem inden for licitationsperioden. Det taler isoleret set for en lang licitationsperiode, idet en kort periode generelt vil mindske incitamentet til at investere i apoteket. Omvendt vil en lang periode kunne begrænse konkurrencen i området.

Endelig er der også omkostninger forbundet med at afholde licitationer, da der skal udarbejdes licitationsmateriale og bud, som skal vurderes.

Sammenfattende synes forslaget ikke på tilstrækkelig præcis vis at udgøre en løsning, som sikrer tilgængeligheden til apotek i tyndt befolkede områder ved en ophævelse af bevillingssystemet.

### e. Forslag om at tillade rene internetapoteker

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen forslår, at der bliver mulighed for at oprette rene internetapoteker og dermed afskaffe kravet om, at internethandel med lægemidler skal være tilknyttet et fysisk apotek. Begrundelsen for forslaget er, at det nuværende krav udgør en begrænsning af mulige konkurrenter på apoteksmarkedet. Styrelsen anfører i forlængelse heraf, at der på mange måder ikke vil være stor forskel på et rent internetapotek og f.eks. ordninger mellem et apotek og medicinudleveringssteder.

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.

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.

Foreningen lægger til grund, at Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen er enig i, at dette er nødvendige opgaver, som også vil skulle løses under en regulering af sektoren som forslået af styrelsen. Det vil efter foreningens opfattelse være konkurrenceforvridende at stille krav om, at nogle apoteker (de fysiske) skal varetage disse opgaver, mens andre ikke skal.

For borgerne vil gennemførelse af et sådant forslag ikke umiddelbart være forbundet med fordele. Som beskrevet ovenfor har borgerne således allerede i dag mulighed for at købe/bestille lægemidler på internettet og oprette abonnementsordninger. Men 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 for 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.

### f. Forslag om ophævelse af begrænsningerne på apotekernes frie sortiment

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen foreslår at ophæve begrænsningerne på apotekernes frie sortiment, mens reglerne om, at et apotek skal føre fuldt sortiment af lægemidler fastholdes.

Den nuværende regulering af apotekernes sortiment af frihandelsvarer fastlægger, at apotekerne kun må forhandle andre varer end lægemidler, *som naturligt og hensigtsmæssigt forhandles på apoteket.*

Styrelsen finder imidlertid, at de gældende regler begrænser apotekerne i deres muligheder for at øge servicen og imødekomme forbrugernes efterspørgsel. Styrelsen finder, at en ophævelse af reglen om, at der kun må forhandles andre varer som naturligt og hensigtsmæssigt forhandles på apoteket, vil fremme en sortimentsstruktur, der kan styrke apoteket økonomisk og gøre apoteket mere konkurrencedygtigt og effektivt.

Ifølge Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen er den nuværende regulering begrundet med, at apotekerne skal have fokus på deres primære funktion, og at apotekets økonomi ikke skal baseres på ikke-sundhedsrelaterede produkter.

Der er imidlertid også andre og mere sundhedsfaglige argumenter for den nuværende regulering af sortimentet. Da apotekerne er en integreret del af sundhedssektoren, er en regulering af sortimentet, der understøtter apotekernes fokus på medicin, sundhed og salg af varer i naturlig tilknytning hertil, relevant. Butikker, der sælger lægemidler, men hvis forretningsgrundlag i videre omfang er salg af andre varer i konkurrence med den øvrige detailhandel, vil ikke være apoteker i samme sundhedsmæssige forstand som de nuværende og vil have et andet fokus på mersalg frem for faglig rådgivning.

Hvis man afskaffer sortimentsafgræsningen og dermed tillader, at apoteker forhandler andre varer eller tjenesteydelser, *som <u>ikke</u> naturligt eller hensigtsmæssigt forhandles på apoteket*, bryder man med det politiske hensyn om, at apoteket skal være en integreret del af sundhedssektoren, og man vil flytte apoteket over mod detailhandelssektoren. Medmindre det er et politisk ønske at flytte apotekernes fokus væk fra sundhed og lægemidler – og over på detailhandelssalg af andre varer uden naturlig tilknytning hertil – er det vanskeligt for foreningen at se værdien af mere liberale regler for apotekernes sortiment.

En anden og langt mere lægemiddelfaglig relevant vej at gå i bestræbelserne på at tilvejebringe bedre forretningsmuligheder gennem sortimentsændringer er at fokusere på en større anvendelse af apotekernes lægemiddelfaglige kvalifikationer over for medicinbrugerne. Forslag, der kan bidrage til at sikre apotekerne en indtægt ved at gennemføre relevante sundhedsydelser eller udføre opgaver, der i et øget samarbejde med kommuner, regioner, sygehuse og praktiserende læger kan aflaste andre dele af sundhedssektoren, synes langt mere relevante i et apotekssystem med et sundhedsfagligt fokus frem for et detailhandelsfokus. Målet må være at udnytte – ikke udvande – de sundheds- og lægemiddelfaglige kompetencer på apotekerne bedre til gavn for sundheden.

### g. Forslag om indførelse af minimumsgrænse for gennemsnitlig åbningstid

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen foreslår, at ændre den nuværende regulering af apotekernes åbningstider til en minimumsgrænse for gennemsnitlig åbningstid uden yderligere begrænsninger.

Reglerne for apotekernes åbningstider er senest ændret i 2011, hvor apotekerne udover fastsatte minimumsåbningstider (og vagtforpligtelse) blot skal følge den almindelige lukkelov, som vil være fuldt liberaliseret med virkning fra 1. oktober 2012. Fra oktober 2012 vil der således ikke længere være nogen øvre begrænsning på apotekernes åbningstid, lige som der grundlæggende vil være fri adgang til at holde åbent lørdage og søn- og helligdage uden begrænsning (bortset fra lukkelovens generelle bestemmelser).

Apotekernes åbningstider er ifølge bekendtgørelsen som minimum mandag til fredag fra 9.00 – 17.30 og lørdag i fire timer mellem 9.00 og 14.00. Tidligere har apotekerne som minimum skulle have åbent 43 timer om ugen. Nu er minimumskravet 47 timer.

Mange apoteker har dog åbent længere, og Apotekerforeningens beregninger viser, at gennemsnitsapoteket i Danmark har åbent 54,4 timer om ugen (inkl. fast vagt). Det er lidt mere end i Sverige, hvor den gennemsnitlige åbningstid i 2011 (efter omreguleringen) var 53 timer ugentlig. Før den svenske omregulering var den gennemsnitlige ugentlige åbningstid på apoteker i Sverige omkring 43 timer, det vil sige mere end 10 timer kortere en den nuværende gennemsnitlige danske åbningstid.

En undersøgelse af danskernes holdninger til apotekerne foretaget af MEGAFON i januar 2012 viser, at næsten 9 ud af 10 borgere (86 procent) er tilfredse eller meget tilfredse med de danske apotekers åbningstid.

Styrelsen anfører, at de skemalagte minimumsåbningstider for apotekerne, som anført i bekendtgørelsen om apotekernes åbningstid og vagttjeneste, gør, at de enkelte apoteker ikke har mulighed for at effektivisere driften ved at indrette åbningstiderne efter forbrugernes behov.

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.

Udover almindelig åbningstid er der et omfattende netværk af vagtåbne apoteker, der sikrer forsyningssikkerheden på alle tider af døgnet. 50 apoteker deltager i vagtordninger og 11 af disse apoteker har døgnåbent. For at opretholde en fornuftig servicering af medicinbrugerne uden for den almindelige åbningstid, finder foreningen det derfor afgørende, at mere liberale regler for apotekernes åbningstider suppleres med særlige krav om både en minimumsgrænse for gennemsnitlig åbningstid og vagtforpligtelse. I styrelsens forslag tages der ikke stilling til sikring af forsyningen med lægemidler uden for normal åbningstid (vagtdækning).