

Henvendelse til indenrigs- og sundhedsministeren om apotekssektoren

Journal nr. 3/1120-0203-0027/SEK/CP

Rådsmødet den 30. november 2005

Resumé

1. Apotekssektoren i Danmark varetager distribution af lægemidler til de danske forbrugere. Størstedelen af de solgte lægemidler er receptpligtige og i dag forbeholdt distribution via apotekerne.
2. Konkurrencestyrelsen gennemførte i forbindelse med Konkurrenceredegørelsen 2005 en analyse af apotekssektoren i Danmark med fokus på mulighederne for at skabe øget konkurrence på markedet, jf. bilag 1.
3. Analyserne viste bl.a., at konkurrencen inden for distribution af lægemidler i Danmark i afgørende grad er begrænset af offentlig regulering. Det gælder det eksisterende bevillingssystemets begrænsninger på mulighederne for, at nye virksomheder kan etableres og få markedsadgang. Det gælder endvidere reguleringens begrænsning for, at virksomhederne kan konkurrere på f.eks. produktsortiment eller ved etablering af "rene" internetapoteker. Det gælder endelig det eksisterende fastprissystems begrænsning for mulighederne for, at virksomhederne kan udøve priskonkurrence.
4. I en sammenligning med andre lande viste Konkurrencestyrelsens analyser, at flere omkringliggende lande har et lavere prisniveau end Danmark på de patentbeskyttede originale lægemidler. Det skyldes bl.a. forskelle i landenes regulering.
5. Det var vurderingen i redegørelsen, at en delvis deregulering af apotekssektoren kan fremme konkurrencen mellem apotekerne. En fuld liberalisering med fri prisdannelse og fri etablering uden økonomisk udligning mellem apotekerne m.v. kunne derimod ikke anbefales.
6. Prisdannelse, tilgængelighed og apoteksdrift vil efter en delvis deregulering i højere grad end i dag være drevet af forbrugernes behov og af markedets aktører. Det vil gøre apotekssektoren i Danmark endnu mere udviklingsorienteret og effektiv.
7. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i september 2005 med henvisning til bl.a. Konkurrenceredegørelsen udarbejdet forslag til liberalisering af distribution af veterinærmedicin, der i dag ligeledes er forbeholdt apotekerne. Liberaliseringen gælder derimod ikke distribution af humanmedicin, hvor ministeriet som led i nævnte udspil foreslår en række stramninger af den eksisterende regulering.
8. Ministeriets udspil aktualiserer spørgsmålet om en liberalisering af apotekssektoren. Styrelsen foreslår derfor, at Konkurrencerådet fremsender en henvendelse efter lovens § 2, stk. 5, med anbefalinger om at gennemføre en delvis liberalisering af området for detaildistribution af humane lægemidler.
9. Flere af forslagene i nærværende oplæg indebærer ændringer i sektorens konkurrencemæssige vilkår og vil være et brud på traditionen for, hvordan apotekerne er reguleret. Det må derfor forventes, at en deregulering ikke kan gennemføres umiddelbart men gennem politiske drøftelser og konkretisering over flere år. Det er formålet med henvendelsen fra Konkurrencerådet at igangsætte en sådan proces.
10. I det vedlagte udkast til henvendelse til indenrigs- og sundhedsministeren samt økonomi- og erhvervsministeren er Konkurrenceredegørelsens anbefalinger skåret til, idet nærværende oplæg koncentrerer sig om de væsentligste anbefalinger.
11. Det foreslås for det første, at apotekslovens bestemmelser om etablering og ejerskab m.v. lempes, så etablering og placering af virksomheder, der udøver lægemiddeldistribution i detaildet, ikke længere bestemmes centralt administrativt. Det vil muliggøre adgang for nye virksomheder på markedet i henhold til forbrugernes og markedets behov.

12. Som led i en mere liberal adgang til markedet foreslås lempelser i de eksisterende regler for apotekernes sortiment. Desuden foreslås mere liberale åbningstider, så reglerne svarer til den øvrige detailhandel.

13. I forlængelse af en fri markedsadgang foreslås det for det andet at tillade etablering af "rene" internetapoteker. Det vil muliggøre udviklingen af nye servicekoncepter som supplement til de eksisterende apoteker til gavn for forbrugerne. Det skal ses i sammenhæng med, at de enkelte apoteker med indførelse af maksimalpriser, jf. nedenfor, får mulighed for at gennemføre priskonkurrence på internetydelser.

14. For det tredje foreslås det, at lægemiddellovens, sygesikringslovens og apotekerlovens bestemmelser om ens landsdækkende forbrugerpriser på lægemidler ændres. I stedet foreslås indførelse af et system med maksimalpriser, hvor apotekerne kan konkurrere nedad på priserne i forhold til en reguleret maksimalpris. Derved muliggøres en priskonkurrence, uden at forbrugerne risikerer prisstigninger.

15. Det økonomiske udligningssystem mellem apotekerne bør fortsætte med henblik på at sikre den geografiske tilgængelighed men ændres i forlængelse af indførelse af ovennævnte forslag om fri etablering og maksimalpriser. Sammen med ændring af udligningssystemet foreslås det for det fjerde, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet får hjemmel til at gennemføre udbud ved ejerskifte af tilskudsapoteker med henblik på at sikre den samfundsøkonomiske bedste drift.

16. Det vil på en lang række områder være nødvendigt fortsat at gennemføre en tæt regulering af området. Sammen med en øget fokus på markedets og forbrugernes krav vil det efter styrelsens vurdering indebære, at en delvis deregulering ikke kolliderer med apotekernes rolle i forhold til opfyldelsen af sundhedspolitiske mål. Det gælder mål som patientsikkerhed, tilgængelighed til lægemidler, tilskudsadministration og effektivitet.

17. Anbefalingerne om en deregulering af apotekssektoren i Danmark vil efter styrelsens opfattelse have en række positive konsekvenser, når virksomhederne udsættes for konkurrence, og markedet i højere grad end i dag bliver bestemt af forbrugernes behov.

18. For den almindelige forbruger vil anbefalingerne først og fremmest indebære, at det bliver lettere at købe lægemidler. Tilgængelighed, placering, åbningstider m.v. vil i højere grad blive fastsat i overensstemmelse med forbrugeres behov i takt med, at nye servicekoncepter udvikles. Endelig skal det understreges, at ingen forbrugergrupper bliver stillet værre end i det nuværende system såvel hvad angår patientsikkerhed, tilgængelighed og prisniveau.

19. For de offentlige udgifter til medicintilskud forventes forslagene kun at lede til marginale besparelser. Anvendelse af udbud for drift af apoteker kan forventes at give visse besparelser, ligesom etableringer af nye apoteker uden udligningstilskud kan forventes at lede til lidt lavere medicinpriser på længere sigt. Omvendt kan nyetableringer i begrænset omfang indebære behov for udbud og udligningstilskud andre steder, hvor der efter en deregulering ikke længere uden støtte er grundlag for et (fysisk) apotek.

20. For apotekerne vil anbefalingerne indebære positive udviklingsmuligheder med friere rammer for etablering, ejerskab og mulig ekspansion. Omvendt vil den forøgede konkurrence indebære risici for de i dag etablerede og beskyttede apotekervirksomheder.

På denne baggrund er det Konkurrencestyrelsens samlede vurdering, at en delvis deregulering vil være en væsentlig gevinst for det danske samfund.

Afgørelse

21. Konkurrencerådet retter henvendelse til indenrigs- og sundhedsministeren i medfør af konkurrencelovens § 2, stk. 5 med det som bilag 2 vedlagte udkast.

22. Indenrigs- og sundhedsministeriet skal, jf. den nævnte bestemmelse, inden fire måneder fra modtagelsen besvare henvendelsen efter drøftelse med økonomi- og erhvervsministeren.

Sagsfremstilling og vurdering

23. I Konkurrenceredegørelsen 2005, kapitel 6, blev gennemført en analyse af lægemiddelsektoren i Danmark med fokus på konkurrencen inden for distribution af apotekerforbeholdte lægemidler. En kopi af kapitlet er vedlagt som bilag 1.
24. Redegørelsen viste, at salget af lægemidler i Danmark har været stigende i de senere år. Omsætningen af receptpligtige lægemidler udgjorde i 2003 knap 10 mia. kr. Det offentliges betaling heraf gennem medicintilskud udgjorde samme år knap 7 mia. kr.[1]
25. På markedet sælger producenter/importører via tre grossister myndighedsgodkendte lægemidler til ca. 275 bevillingshavende danske apoteker, der håndterer detailsalget af receptpligtige lægemidler til forbrugerne.
26. Inden for gruppen af producenter/importører kan skelnes mellem henholdsvis originalproducenter, der producerer under patentbeskyttelse, kopiproducenter, der producerer og markedsfører et lægemiddel efter udløb af originalproducentens patentbeskyttelse[2], samt parallelimportører, der typisk importerer originalmedicin solgt i udlandet til en lavere pris end i Danmark.
27. Forbrugerne af lægemidler er ligeledes ikke en ensartet gruppe. Konkurrenceredegørelsens analyser viste, at ca. 10 pct. af forbrugerne står for knap 60 % af det samlede lægemiddelforbrug. Forbrugerne er forskellige i forhold til hvilken andel af lægemidlets pris, der betales via tilskud fra det offentlige, idet den enkelte forbrugers tilskud til medicin afhænger af hans samlede årlige udgifter til tilskudsberettigede lægemidler. Tilskuddet bliver automatisk trukket fra lægemidlets pris på apoteket og beregnes i dag ud fra prisen på det billigste generiske lægemiddel uanset forbrugerens/lægens konkrete valg af lægemiddel.
28. Konkurrenceredegørelsen viste endvidere, at der er store prisforskelle på lægemidler mellem EU-landene. I forhold til Danmark har en række andre lande lavere priser på patentbeskyttede originallægemidler, der udgør langt hovedparten af de samlede lægemiddeludgifter[3]. Hvis de solgte lægemidler i Danmark kunne indkøbes til samme priser som i f.eks. Sverige og Norge, ville der således kunne spares betydelige beløb.
29. Regler om prisfastsættelse på lægemidler er et nationalt anliggende. Prisforskellene mellem landene er bl.a. et resultat af forskelle i landenes regulering eller forskelle i medicinalproducenternes prissætning af det enkelte produkt.
30. Konkurrenceredegørelsen viste, at landenes regulering er forskellig. Med hensyn til regulering af detailpriserne på lægemidler har de europæiske lande enten et delvist dereguleret system med regulerede maksimalpriser eller som i Danmark et system med regulerede faste priser.
31. Endvidere har en række lande liberale regler om etablering og ejerskab til apoteker, mens andre lande ligesom Danmark har apotekernes antal, placering og ejerskab bestemt via offentlig regulering. Delvis liberalisering af apotekssektoren er bl.a. sket i Norge, Holland, Irland og Belgien.
32. Analyserne viste også, at lande med delvis deregulering ikke nødvendigvis har færre apoteker pr. indbygger. Derimod viste analysen, at Danmark har en relativ lav dækning af apoteker i forhold til andre europæiske lande.
33. Konkurrenceredegørelsens analyser havde fokus på tre delområder indenfor den danske lægemiddeldistribution. For det første belyste redegørelsen betydningen af de nuværende regler om etablering af og ejerskab til apoteker for konkurrencen på markedet.
34. For det andet blev anvendelsen af ny teknologi belyst. Det blev konstateret, at også indenfor distribution af lægemidler anvendes i dag ny teknologi i vidt omfang, herunder en begyndende internethandel med lægemidler.
35. Endelig fokuserede redegørelsen på det gældende prissystem med landsdækkende ens detailhandelspriser på receptpligtige lægemidler samt på mulighederne for at udvikle dette system. På alle områder blev det vurderet, at den nuværende offentlige regulering er konkurrencebegrænsende.

36. Redegørelsens analyser udmøntede sig i forslag, der samlet indebærer en delvis deregulering af lægemiddeldistributionen i Danmark og fremme af konkurrencen på markedet. En fuld liberalisering med fri prisdannelse og fri etablering uden sikring af bl.a. geografisk tilgængelighed via regulering kunne derimod ikke anbefales.

37. Forslagene blev i høringssvar mødt med en række kritikpunkter fra bl.a. den involverede apotekerbranche og ressortministeriet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet). Kritikpunkterne gik bl.a. på, at en liberalisering ikke er forenelig med opfyldelsen af centrale sundhedspolitiske mål som patientsikkerhed og tilgængelighed. Omvendt var forbrugerorganisationerne mere positive overfor reformer.

38. Konkurrencestyrelsen har i september 2005 modtaget en række notater fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der beskriver et udspil fra ministeriet under overskriften "klarhed og gennemsigtighed på medicinrådet". Udspillet er udsendt til den involverede branche.

39. Ministeriets udspil rummer bl.a. med henvisning til Konkurrenceredegørelsens analyser forslag om liberalisering af distribution af lægemidler til dyr. Indenfor distribution af humanmedicin er der derimod alene tale om præciseringer eller stramninger af den eksisterende regulering. Det aktualiserer behovet for at anbefale, at en delvis deregulering omfatter hele apotekssektoren.

40. Den foreslåede henvendelse fra Konkurrencerådet er dels en opfølgning på Konkurrenceredegørelsens analyser og dels et supplement til Indenrigs- og Sundhedsministeriets aktuelle udspil. I § 2, stk. 5-henvendelsen foreslås det at udvide ministeriets påtænkte liberalisering vedr. distribution af veterinærmedicin til også at omfatte distribution af humanmedicin - dog i en mindre vidtgående form end påtænkt på veterinærområdet ifølge ministeriets udspil.

41. Konkurrencestyrelsen har på baggrund af bl.a. kritikpunkter i høringssvar fra valgt enkelte forslag fra redegørelsens analyser, idet de efter styrelsens fornyede overvejelser bør analyseres nærmere og eventuelt afvente gennemførelse af de øvrige forslag. Redegørelsens forslag om tilskud til medicinkøb i udlandet vurderes således på nuværende tidspunkt ikke at være endeligt afklaret i forhold til ønsket om patientsikkerhed.

42. Vedlagte udkast til henvendelse efter § 2, stk. 5 omfatter følgende anbefalinger:

- Bortfald af bevillingssystemet og indførelse af mere liberale regler om etablering af og ejerskab til apoteker ("etablering og ejerskab")
- Liberalisering af reglerne for apotekernes tilladte varesortiment ("etablering og ejerskab")
- Mere liberale åbningstider svarende til den øvrige detailhandel ("etablering og ejerskab")
- Mulighed for etablering af "rene" internetapoteker ("internetapoteker")
- Bortfald af fastprissystemet og indførelse af maksimalpriser ("maksimalpriser i stedet for faste priser")
- Ændring af apotekernes udligningssystem og en sikring af den geografiske tilgængelighed gennem udbud ("udligning og udbud")

43. For hvert af ovennævnte forslag foretages neden for med udgangspunkt i Konkurrenceredegørelsens analyser en gennemgang af den gældende offentlige regulering og en vurdering af de konkurrencebegrænsende effekter af reguleringen. Endvidere foreslås ændringer i reguleringen, der vil fremme konkurrencen, og der foretages en vurdering af forslagenes konsekvenser i forhold til sundhedspolitiske mål.

Høring

44. Konkurrencestyrelsen har drøftet nærværende oplæg med Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

45. Ministeriet er generelt skeptisk over for forslagene, idet ministeriet henholder sig til de tidligere afgivne bemærkninger i forbindelse med udarbejdelse af Konkurrenceredegørelsen. Ministeriets bemærkninger i forhold til forslagene i nærværende oplæg er indarbejdet i gennemgangen neden for.

Etablering og ejerskab

Offentlig regulering

46. Det bestemmes i dag administrativt af sundhedsmyndighederne, hvor mange apoteker, der skal være i Danmark, og hvor de skal placeres[4]. Desuden er det ifølge apoteksloven § 15, stk. 1 og stk. 2, hovedreglen, at man kun må eje ét apotek.

47. Den påkrævede apotekerbevilling er personlig og tildeles ansøgere af ministeren. Bevilling kræver bl.a., at ansøgeren opfylder kravet om at være farmaceut, jf. apotekslovens § 15, stk. 4, nr. 3. Lægemedelstyrelsen indstiller tre kandidater i prioriteret rækkefølge, og ministeren vælger en af disse. Der er ikke habilitetsregler, der sikrer en særlig procedure, når nuværende eller tidligere ansatte i Lægemedelstyrelsen er blandt ansøgerne.

48. Reguleringen af bevillingssystemet har igennem årene undergået visse justeringer i forhold til samfundsudviklingen, men systemet med tilladelser til etablering har i sin grundsubstans bestået siden udstedelsen af den første apotekerbevilling i 1546.

49. Ansøgere skal være indstillet af Lægemedelstyrelsen efter rådgivning hos brancheorganisationerne. Apotekeren skal drive sin virksomhed som enkeltmandsejer, og en ny apoteker betaler for det overtagne inventar og varelager efter apotekslovens § 28 og 29. Reguleringen bestemmer således også rammerne for købs- og salgspriser for en apotekervirksomhed.

50. Samtidig sætter reguleringen begrænsninger på apotekernes produktsortiment og på, at receptpligtige lægemidler ikke må sælges i tilknytning til anden detailhandel, herunder i samme butik som andre varer, jf. apotekerlovens § 1, 11, 12 og 13.

51. Endelig skal nævnes, at den offentlige regulering sætter en række særlige begrænsninger for apotekernes tilladte åbningstider, der kun gælder for disse virksomheder og er mere restriktive end lukkeloven[5]. Det gælder f.eks., at apotekernes samlede åbningstid pr. uge ikke må overstige 56 timer, og at deres lukketidspunkt på lørdage ikke må være senere end kl. 14.

Konkurrencebegrænsninger

52. Bevillingssystemet og bestemmelserne om ejerskab begrænser i afgørende grad nye virksomheders adgang til markedet. Virksomhedernes ind- og udtræden af markedet bestemmes administrativt via bevillingssystemet, mens et potentielt konkurrerende apotek er forhindret adgang til markedet. Samtidig forhindrer de nuværende regler om ejerskab muligheden for, at en apoteker kan ekspandere sin virksomhed.

53. Kravene til ejerskab begrænser apotekernes mulighed for selv at bestemme en hensigtsmæssig ejerstruktur. Reglerne indebærer herunder barrierer for, at apoteker samles i kæder, for medarbejdermedejerskab, og for at detailhandelsvirksomheder kan have et apotek som en af flere butikker.

54. Overdragelsesreglerne fører ofte til, at de afgående apotekere mangler incitament til at investere. Det kan være en barriere for at skyde kapital ind og udvikle et apotek[6].

55. Den offentlige regulering begrænser, ved regler om at apotekervirksomhed ikke må ske i tilknytning til anden detailhandelsvirksomhed, konkurrencen mellem virksomhederne på service som f.eks. produktsortimentet og placering tæt på andre indkøbsmuligheder, f.eks. i centre eller det lokale supermarked, jf. apotekslovens § 11 og 12.

56. Endelig begrænser særreguleringen af apotekernes åbningstider mulighederne for, at apotekerne kan konkurrere på en udvidet åbningstid. Den enkelte apoteksvirksomhed har således ikke samme muligheder som den øvrige detailhandel for at tilrettelægge sin åbningstid efter, hvornår forbrugerne ønsker at handle lægemidler.

Forslag til fremme af konkurrencen

57. En liberalisering af reglerne om etablering er afgørende for adgangen til markedet og dermed konkurrencen. Et bortfald af bevillingssystemet vil indebære, at etablering af apoteker kan ske uden forudgående tildeling af bevilling men i stedet efter forbrugernes og markedets behov.

58. Det foreslås, at adgangen til markedet i stedet for reguleres gennem tildeling af en form for autorisation, der fastlægger myndighedernes krav til drift m.v. af et apotek. Alle ansøgere, der opfylder de opstillede krav fra myndighedernes side, skal have tilladelse til etablering.

59. Uddannelseskrav er naturligt at stille til den, som leder et apotek. Det er til gengæld svært at finde argument for, at uddannelseskrav også gælder ejerskab. Lempeligere regler til ejerskab vil samtidig lette adgangen til markedet, og det foreslås derfor at lempe reglerne for ejerskab til apotekerne.

60. Lempes reglerne om ejerskab vil der ikke længere være hindringer for, at en investor (der ikke er farmaceut men med interesse for at eje et apotek) kan skyde penge i et apotek. Omvendt vil det være muligt også efter en deregulering, at apotekervirksomhederne fortsætter som enkeltmands- og farmaceutejede virksomheder.

61. Det er vigtigt, at friere rammer for ejerskab til apotekerne ikke indebærer en stærk koncentration, og at apotekernes uafhængighed i forhold til læger m.v. samt grossister og producenter af lægemidler og dermed uvildigheden overfor forbrugerne bevares efter en deregulering. Derfor foreslås det, at lempelsen i reglerne sker samtidig med indførelse af en grænse for hvor mange apoteker, man må eje, og et krav om at apoteker ikke må ejermæssigt integreres med læger m.v. samt grossister og producenter af lægemidler.

62. Endvidere foreslås, at reglerne om overdragelse/salg af apotekervirksomheder lempes, så de svarer til køb og salg af virksomheder i andre erhverv. Herved vil apotekerne få de rigtige incitamenter til at foretage investeringer. En beskatning af værdistigninger af de allerede eksisterende apotekervirksomheder skal i denne forbindelse afklares.

63. Det anbefales videre, at apotekerne har mulighed for at tilbyde et bredere produktsortiment og skal kunne etableres som en del af eksisterende butikker. F.eks. skal supermarkeder kunne oprette et apotek som en separat del af butikken. En udvidelse af produktsortimentet vil være en naturlig konsekvens af en friere etablering og give de eksisterende apoteker forbedrede muligheder for at klare sig i konkurrencen. Det kan f.eks. være apotekers ønsker om også at sælge sundhedsrelaterede produkter, der i dag f.eks. sælges i Matas-butikker.

64. Endeligt anbefales det også at forbedre apotekernes muligheder for at forøge deres åbningstid svarende til mulighederne for den øvrige detailhandel. Gennemføres disse forslag vil forskellige typer af service gøres til konkurrenceparametre – ekstra faglig rådgivning, indretning, udvidet varesortiment eller udvidet åbningstid.

65. Ovennævnte forslag vil være til fordel for såvel forbrugere som apotekervirksomheder. Apotekerne vil i endnu højere grad end i dag blive etableret dér, hvor kunderne er, og forbrugerne vil opleve en forbedret service i form af kortere transport, og en bedre tilgængelighed. Serviceløft vil ske ved at forbrugerne kan foretage medicinindkøb, hvor forbrugerne i øvrigt foretager indkøb og i åbningstider tilpasset forbrugernes behov. Apotekerne kan for deres vedkommende øge deres indtjening og/eller spare omkostninger, når der gives friere rammer til placering og til at sammensætte et produktsortiment.

Sundhedspolitiske mål

66. I forbindelse med anbefalinger om markedsreformer omkring lægemiddeldistribution er det relevant at vurdere mulige konsekvenser for sundhedspolitiske mål på området. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i sit høringssvar afgivet i forbindelse med udarbejdelsen af Konkurrenceredegørelsens kapitel om apotekerne fremført en række indvendinger mod redegørelsens anbefalinger. Indvendingerne udtrykker bekymring bl.a. i forhold til sundhedspolitiske mål.

67. Ofte omtales *sikkerhed* ved distribution og udlevering af lægemidler, en rimelig *tilgængelighed* til køb af lægemidler, håndtering af *tilskudssystemet* og *substitutionsprincippet* samt endelig *effektivitet* og *lighed* som sundhedspolitiske mål for den danske lægemiddeldistribution[7].

68. I forhold til ovennævnte forslag om en fri etableringsret og lempelser af regler om ejerskab, produktsortiment og åbningstider m.v. er der bl.a. fremført indvendinger i forhold til bl.a. tilgængelighed, patientsikkerhed og effektivitet/prisniveau.

69. Tilgængeligheden til køb af lægemidler i dele af Danmark, hvor der ikke er markeds-mæssig basis for at oprette et apotek, er et spørgsmål af særlig interesse ved indførelse af fri etablering. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fremført, at Konkurrencestyrelsens forslag efterlader usikkerhed om lægemiddelforsyningen i de områder af landet, hvor forretningsgrundlaget for opretholdelse af apotekerdrift er spinkelt.

70. Hertil skal imidlertid bemærkes, at opretholdelse af den ønskede forsyningssikkerhed er en forudsætning for styrelsens oplæg om en dereguleret apotekersektor. Forsyningssikkerheden skal sikres gennem fortsat økonomisk udligning og indførelse af en mulighed for at benytte en model for udbud af apotekerdrift i områder, der ikke er sikret dækning gennem nyetableringer. Dette emne uddybes særskilt neden for under anbefalinger om "Økonomisk udligning og udbud".

71. Der har også været fremført indvendinger i forhold til mulige negative konsekvenser for patientsikkerheden. Hertil skal for det første anføres, at apotekernes uvildighed ved udleveringen er sikret gennem kravet om ejermæssig uafhængighed i forhold til læger m.v. samt grossister og producenter. Fortsat krav til ledelsen af et apotek gør, at friere rammer for ejerskab ikke har betydning for patientsikkerheden.

72. I forhold til patientsikkerhed er det i forbindelse med en fri etablering for det andet væsentligt at gøre opmærksom på, at også de nuværende regler om registrering og kontrol af forbrugernes medicinsalg kan fortsætte uændret i et system med fri etablering. Samtidig er der grund til her at fastslå, at anbefalingerne ikke ændrer ved rollefordelingen mellem apoteker og læger.

73. I forhold til en lempelse af mulighederne for at etablere apotekervirksomhed i tilknytning til anden detailhandel er det i forhold til patientsikkerheden også vigtigt at være opmærksom på, at de nuværende regler om sikkerhed og indretning skal fortsætte efter en delvis deregulering. Der skal f.eks. fortsat sikres klar separation mellem apotekernes udlevering af lægemidler og handlen med andre varer, herunder gældende krav om lokaleafskærmning, aflåsning og sikkerhed. Ligeledes kan de nugældende krav omkring de ansattes uddannelse og kvalifikationer fortsætte.

74. Der er på denne baggrund heller ikke grund til lægge vægt på risici i forhold til patientsikkerhedsmæssige spørgsmål i forbindelse med udvidelse af apotekernes produktsortiment og etablering i tilknytning til anden detailhandelsvirksomhed.

75. Endelig kan der rejses det spørgsmål, hvorvidt eventuelle højere overtagelsespriser på apoteksvirksomhederne via indregning af goodwill vil indebære højere apoteksavancer for at forrente investeringen, når reglerne lempes.

76. Hertil skal for det første bemærkes, at (den maksimale) apoteksavance fortsat skal reguleres. Det skal være et krav til reguleringen, at betaling for goodwill ikke skal kunne overvæltes i højere avancer i forhold til i dag. Det enkelte apotek må således selv dække betalingen for goodwill gennem effektiviseringer og omsætningsfremmende tiltag. Det vil forhindre, at priserne på apoteksvirksomhederne stiger generelt (gennem en kapitalisering af en i givet fald forøget indtjening) og samtidig sikre, at der kun betales for "effektive" investeringer, der nedbringer omkostninger.

77. For det andet vil apoteksejeren kunne forvente at få sit kapitalindskud igen, når apoteket afhændes. Jo bedre et apotek klarer sig, jo bedre vil apotekets kapitalindskud blive forrentet.

78. Endelig vil forslaget tilskynde til, at også ældre apotekere foretager mere effektive investeringer og løbende vedligehold, hvilket vil reducere omkostningerne. Styrelsen finder på den baggrund, at indførelse af betingelser for køb og salg af apoteksvirksomheder, som det kendes fra andre brancher, ikke indebærer højere priser på lægemidler.

79. Sammenfattende er det på denne baggrund styrelsens vurdering, at indførelse af fri etablering og lempelse af den offentlige regulering af apotekernes ejerskab, placering og åbningstider m.v. ikke strider mod væsentlige sundhedspolitiske mål. Derimod vil anbefalingerne fremme konkurrencen og herved muliggøre væsentlige serviceforbedringer for forbrugere, der vil gøre det lettere at handle lægemidler.

Internetapoteker

Offentlig regulering

80. Den offentlige regulering åbner mulighed for at oprette internethandel med lægemidler i tilknytning til det fysiske salg. Det har en række af de eksisterende apoteker gjort.

81. Det nuværende bevillingssystem giver imidlertid alene bevillinger til et antal fysiske apoteker, mens systemet ikke giver mulighed for bevilling til "rene" internetapoteker, hvor en virksomheds placering og opbygning alene er rettet mod salg via internettet, jf. apotekerlovens § 1 samt kap. 2 og kap. 7.

Konkurrencebegrænsninger

82. Den offentlige regulering begrænser ved en manglende mulighed for at etablere internetapoteker konkurrencen mellem apotekerne vedrørende specialisering i udvikling af en særlig internetservice.

Forslag til fremme af konkurrencen

83. Internetapoteker kan være en del af de nyetableringer, der må forventes, hvis etableringsretten udvides. Internetservice kan i dette tilfælde være en service, der gør apotekerne mere konkurrencedygtige og forbedre tilgængeligheden. I sammenhæng med førnævnte forslag om fri etablering foreslås det derfor at skabe den nødvendige hjemmel hertil.

84. Hvis det bliver muligt at oprette rene internetapoteker, som det eksisterer i f.eks. England og Holland, efter de samme kvalitets- og sikkerhedsregler, som gælder for handel via fysiske apotekers hjemmesider i Danmark, vil der opstå salgskanaler med stort incitament til at udvikle nye salgsformer.

85. En internetbaseret apoteksvirksomhed kan tilrettelægge sin beliggenhed og organisation på denne distributionsform og derved have mulighed for at spare omkostninger og have lavere priser til gavn for forbrugerne, jf. forslaget om maksimalpriser nedenfor. Virksomheden kan også satse på serviceforbedringer i form af f.eks. landsdækkende telefonisk patientservice, der vil opleves som serviceforbedringer for en række forbrugergrupper.

Sundhedspolitiske mål

86. I relation til en liberalisering af mulighederne for at etablere nye former for apoteksvirksomhed som rene internetapoteker kan det være relevant for det første at overveje spørgsmål om patientsikkerhed.

87. Der er allerede i dag mange apoteker, der tilbyder distribution via internetbestilling og udbringning. Der skal stilles samme sikkerhedskrav til nyetablerede "rene" internetapoteker.

88. Endvidere kan det nævnes, at ny teknologi i sektoren anvendes f.eks. når lægen sender recepter til apoteket med e-post. De elektroniske systemer omkring indberetnings- og tilskudsadministration[8] udgør også et godt grundlag for flere og/eller rene elektroniske distributionsformer.

89. Det er på den baggrund vurderingen, at der ikke er patientsikkerhedsmæssige problemer med rene internetapoteker i forhold til de distributionssystemer, der findes i dag, når de omgærdes med de samme kvalitetskrav som internetbaseret distribution i dag. Internetapoteker må dog forventes fortsat kun være et supplement til det fysiske apotek.

90. Det kan i forhold til etablering af "rene" internetapoteker kombineret med anbefalingen nedenfor om indførelse af maksimalpriser og priskonkurrence for det andet indvendes, at internetapoteker vil udkonkurrere andre apoteker og forøge behovet for at subsidiere små (fysiske) apoteker gennem bl.a. udligningssystemet til ugunst for de offentlige udgifter [9].

91. Det kan ikke afvises, at en eventuel kraftig vækst i salget via internet kan indebære, at forøgede udligningstilskud kan være nødvendige for at sikre apotekerdriften af fysiske apoteker i visse områder. Omfanget heraf forventes dog at være begrænset. For det første fordi priskonkurrencen mellem apotekerne formentlig vil have et begrænset omfang, jf. nedenfor under afsnittet om indførelse af maksimalpriser.

92. For det andet skal også internetapotekerne undergives samme regler som fysiske apoteker f.eks. i forhold til at føre fuldt sortiment, og også de internetapotekerne vil skulle bidrage til udligningsordningen på linje med fysiske apoteker (med en høj opsætning). Endvidere skal det understreges, at de fysiske apoteker, og herunder de mindre, med indførelse af maksimalpriser får mulighed for at udvikle deres internetsalg gennem konkurrence med de "rene" internetapoteker.

93. Endelig skal det bemærkes, at etableringer af nye apoteksvirksomheder ikke skal modtage udligningstilskud, jf. afsnittet om udligning og udbud neden for, hvilket må forventes generelt at nedsætte behovet for udligningstilskud. Samlet set vurderes nærværende oplæg om delvis deregulering af apotekersektoren ikke at have negative virkninger for de offentlige udgifter.

94. Sammenfattende vurderes anbefalingen om etablering af internetapoteker ikke at stride mod sundhedspolitiske mål. Samtidig muliggør anbefalingen serviceforbedringer og potentielle besparelser for forbrugerne gennem udvikling af nye distributionsformer.

Maksimalpriser i stedet for faste priser

Offentlig regulering

95. Lægemiddelovens § 22, sygesikringslovens § 7 d og apotekslovens kap. 8 indebærer, at der er faste landsdækkende detailhandelspriser på de enkelte lægemidler i Danmark.

96. Priserne fastsættes hver 14. dag ved, at producenter/importører indmelder en apotekerindkøbspris (inklusive grossistavance) til Lægemiddelstyrelsen. Den pris, som apotekerne skal betale for et lægemiddel, er herudover ikke reguleret[10]. Ud fra apotekernes indkøbspris og den myndighedsregulerede apotekeravance fastsættes de gældende detailpriser for lægemidler i den pågældende periode[11].

97. Fastprissystemet indebærer, at der udover de faste detailhandelspriser i apotekernes butikker også er regulering af apotekernes priser på bl.a. udbringning af lægemidler[12].

98. Det bemærkes herudover, at det følger af sygesikringslovens § 7 d, stk. 3, at apotekerne har pligt til at udlevere det billigste generika, hvis ikke lægen (udtrykkeligt) eller forbrugeren selv vælger et andet dyrere. Forbrugernes tilskudsandel beregnes i sammenhæng hermed ud fra prisen på billigste generika (referenceprisen).

99. Apotekernes indkøb er gennem apotekslovens § 3 og 11 og lægemiddelovens § 8 reguleret ved, at apotekerne skal foretage indkøb hos de indenlandske myndighedsgodkendte grossister. Omkostningsbestemte rabatter i forhold til de centralt indmeldte apotekerindkøbspriser er tilladte og indgår i reguleringen af den generelle apotekeravance[13].

Konkurrencebegrænsninger

100. Fastprissystemet indebærer, at apotekerne ikke selv fastsætter detailhandelsprisen på de enkelte lægemidler. Det forhindrer apotekernes mulighed for at føre priskonkurrence.

101. Kravet om faste priser for alle har medført situationer, hvor apoteker er blevet forhindret i at foretage gratis udbringning af lægemidler til handicappede og gangbesværede. Apotekerne fik besked på at overholde de fastsatte mindstepriser på udbringning af medicin.

Forslag til fremme af konkurrencen

102. For at gøre en priskonkurrence på markedet for distribution af lægemidler mulig, er det nødvendigt at gøre op med det gældende fastprissystem. I stedet for en regulering af forbrugerpriserne gennem faste priser kan priserne sættes helt fri (som foreslået af Indenrigs- og sundhedsministeriet på veterinærområdet) eller reguleres ved, at myndighederne sætter et loft for, hvor meget et lægemiddel må koste.

103. Det foreslås, at der på området for distribution af humanmedicin indføres et maksimalprissystem. Her får apotekerne mulighed for at konkurrere på prisen, uden at forbrugerne risikerer, at lægemidlerne bliver dyrere.

104. En helt fri prisdannelse kan efter Konkurrencestyrelsens vurdering ikke anbefales, idet risikoen for prisstigninger på lægemidler er for stor på grund af markedets særlige karakteristika. Det er her af betydning, at forbrugerne ikke selv bestemmer deres forbrug, og at en del af forbrugerne slet ikke har en egenbetaling.

105. Ved en indførelse af maksimalpriser skal apotekernes avancer fortsat reguleres. I maksimalprissystemet udgør summen af den centralt anmeldte producent/grossistpris og den regulerede avance maksimalprisen på et lægemiddel. Det bør ske på det nuværende niveau, så de kommende maksimalpriser vil svare til de nuværende faste priser. Apotekerne vil herefter have mulighed for at konkurrere nedad på prisen.

106. Ved at indføre maksimalpriser vil reguleringens greb om konkurrencen blive løsnet. Markedet vil blive mere dynamisk. Konkret vil tiltaget kunne indebære, at lægemidler bliver billigere for forbrugerne.

Sundhedspolitiske mål

107. En ændring af prissystemet kan ligesom ovennævnte anbefalinger om friere etableringsmuligheder ske samtidig med bevarelse af sundhedspolitiske mål.

108. Baggrunden for det nuværende fastprissystem er, at det ikke må være forskel på, om man bor på landet eller i byen. Prisen på medicin skal være den samme. Med et bortfald af fastprissystemet må princippet med ens landsdækkende detailpriser på lægemidler forlades. I et maksimalprissystem vil prisloftet i stedet være det samme i hele landet, mens prisnedsættelserne i forhold hertil kan være uens fordelt. Det er således vigtigt at præcisere, at med indførelse af maksimalpriser vil ingen forbrugere komme til at betale mere end i dag. Samtidig skal man være opmærksom på, at forbrugernes betaling i forvejen er differentieret efter forbrug og alder.

109. Der kan gøres indvendinger mod anbefalingen om indførelse af maksimalpriser og andre sundhedspolitiske mål. Det gælder bl.a. apotekernes administration af tilskudssystemet og substitutionsprincippet og i forhold til konkurrencen mellem producenterne i de centrale 14-dages licitationer. Endelig kan der gøres indvendinger mod potentialet for prisnedsættelser og lavere avancer i en situation, hvor apotekeravancerne allerede er reguleret.

110. Det skal hertil for det første konstateres, at apotekernes administration af tilskudssystemet og substitutionsprincippet kan fortsætte. Den pris, der beregnes tilskud efter i dag, referenceprisen, er (den faste) 14-dages pris på det billigste generiske lægemiddel. I et maksimalprissystem vil referenceprisen være maksimalprisen på markedets billigste generiske lægemiddel.

111. Apotekerne skal uændret være forpligtet til at udlevere det billigste produkt og substitutionsprincippet dermed fortsætte. Hvis et bestemt apotek har et produkt inden for en produktgruppe, der er billigere end det centralt indmeldt billigste produkt, skal apoteket udlevere dette.

112. I forhold til tilskudssystemet bliver tilskuddet målt i kroner uændret og egenbetalingen tilsvarende højere, hvis forbrugeren eller lægen har valgt et lægemiddel, som koster mere end referenceprisen. Det svarer til reglerne i dag.

113. Er apotekets pris på billigste generika omvendt lavere end referenceprisen, bliver forbrugers egenbetaling tilsvarende mindre, indtil tilskudsandelen udgør 100 %. En model er, at et apoteks prisnedsættelse på f.eks. én krone indebærer én kroners besparelse for forbrugeren (selv for forbrugere med blot en lille egenbetaling). Det er derfor forkert, at prisbesparelsen for forbrugerne forsvinder, når der er tale om tilskudsberettigede lægemidler[14].

114. I forhold til konkurrencen i producentledet har Indenrigs- og Sundhedsministeriet fremført, at konkurrencen mellem lægemiddelproducenterne ved de centrale indmeldinger og herunder 14-dages licitationerne kan blive reduceret ved muligheden for lokal priskonkurrence mellem apotekerne. Ifølge ministeriet forsvinder entydigheden om det billigste produkt i det enkelte delmarked, og incitamentet for producenterne til at blive det billigste produkt vil forsvinde.

115. Hertil skal bemærkes, at der er kun ringe risiko for at konkurrencen i producentledet påvirkes. Med producenternes centralt indmeldte apoteksindkøbspriser og apotekernes indkøb hos de danske grossister bliver apotekernes konkurrenceparametre i relation til priserne opnåelse af (omkostningsbegrundede) rabatter hos grossisterne samt deres egne avancer. Der vil fortsat være gennemsigtighed i prissætning i producentledet med 14-dages licitationerne og apotekernes rolle omkring substitutionsprincippet i tilknytning hertil. Priskonkurrencen må forventes at have begrænsninger i omfang, og det billigste centralt indmeldte lægemiddel vil fortsat kunne regne med en betragtelig markedsandel. Indførelse af maksimalpriser vil dermed ikke underminere producentkonkurrencen i 14-dages licitationerne.

116. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har også fremført, at apotekersektoren har været reguleret i en årrække, og at sektorens avancen vurderes at være lav også i international sammenhæng. Et spørgsmål er derfor også, om apotekerne har plads til prisnedsættelser.

117. Hertil vurderer Konkurrencestyrelsen i lighed med Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at prisnedsættelserne må forventes at være af begrænset omfang. Omvendt skal man være opmærksom på, at etablering af nye distributionsformer – f.eks. rene internetapoteker eller fysiske apoteker i tilknytning til eksisterende butikker - indebærer potentielle omkostningsbesparelser. Det kan skabe rum for prisnedsættelser. Samlet set er det dog forventningen, at priskonkurrencen bliver af begrænset omfang.

118. Endelig kan der være grund til at gøre opmærksom på, at lægerne gennem ordinerings fortsat styrer mængden af de anvendte lægemidler. Lavere priser vil derfor ikke have indflydelse på den solgte og anvendte mængde af lægemidler i Danmark.

119. Sammenfattende vil indførelse af maksimalpriser indebære at priskonkurrence muliggøres. Prisfald må forventes at være af begrænset omfang. Samtidig er indvendinger i forhold til opnåelse af sundhedspolitiske mål ubegrundede.

Udligning og udbud af apotekervirksomhed

Offentlig regulering

120. For at understøtte økonomien for apoteker med en lille omsætning eksisterer en økonomisk udligningsordning mellem apotekerne, jf. apotekerlovens kap. 4 og 10. Heri modtager apotekervirksomheder med en lille omsætning af apotekerforbeholdte lægemidler et omsætningstilskud fra apoteker med en stor omsætning.

121. P.t. gælder, at apoteker med en omsætning af apoteksforbeholdte lægemidler på mindre end 28,25 mio. kr. får et omsætningstilskud på 3,9 % af forskelsbeløbet^[15], jf. bekendtgørelse nr. 65 af 17. januar 2005. I gennemsnit omsætter danske apoteker for knap 40 mio. kr. årligt.

122. Hertil kommer, at indenrigs- og sundhedsministeren i særlige tilfælde konkret kan give en nødstedt apoteksvirksomhed afgiftslempelse eller øget tilskud, jf. apotekerlovens kap. 10.

Forslag til fremme af konkurrencen

123. Et vigtigt sundhedspolitisk mål i forhold til lægemiddeldistribution er geografisk tilgængelighed af apoteker, herunder i landdistrikterne. Dette mål kan stadig forfølges.

124. Det må forventes, at øget konkurrence - på pris, placering eller service m.v. - kan betyde, at virksomheder, der ikke er effektive nok, må forlade markedet.

125. Med erkendelsen af at geografisk tilgængelighed er et vigtigt mål anbefales det, at udligningssystemet i en modificeret form fortsætter efter en delvis deregulering. En indførelse af maksimalpriser eller fri etablering vil ikke forhindre en fortsættelse af udligningsordningen mellem apotekerne.

126. Samtidig foreslås det, at tilgængelighed til lægemidler og apotekerdækning i områder, der ikke dækkes via markedet, kan sikres gennem udbud som et alternativ til administrativt til udstede nye bevillinger. Når et apotek, der i dag modtager tilskud fra udligningssystemet, ophører eller skifter ejer, skal det vurderes, om der fortsat er behov for tilskud for at sikre en tilfredsstillende geografisk dækning.

127. Hvis ikke dækningen er sikret gennem anden etablering, skal apotekerdækningen i det pågældende område kunne sikres ved en hjemmel til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at kunne gennemføre udbud med henblik på at sikre den samfundsøkonomisk bedste drift. Dette alternativ til den administrative bevilling vil skabe konkurrence om apotekerdækning også i de områder, hvor dækning ikke sker ved etablering på markedsvilkår, f.eks. ved at ejeren af et naboapotek ser omkostningsmæssige synergier ved at varetage driften af begge apoteker.

128. Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at førnævnte anbefalinger om fri etablering og maksimalpriser dermed ikke indebærer, at der skal nedlægges apoteker i tyndt befolkede områder. Forsyningssikkerheden opretholdes.

129. Samtidig kan forbrugerne/det offentlige spare penge ved, at apotekerdækningen udbydes, og ved at den opståede konkurrence ved udbuddet må forventes at resultere i, at dækningen sker omkostningseffektivt.

130. Det nuværende tilskudssystem, hvor alle apoteker med en lav omsætning får samme tilskudsprocent (i forhold til omsætningsstørrelse), indebærer med forskelle i virksomhedernes omkostningsstruktur, at nogle apoteker får "for meget" tilskud i forhold til en bæredygtig drift. En udbudsmodel vil for disse apoteker indebære, at tilskuddet falder. Et lavere tilskud, der finansieres internt af de andre apoteker, må forventes at betyde, at den regulerede generelle avance i sektoren vil falde.

131. Behovet for at anvende instrumentet med udbud begrænses af nyetableringer herunder fremkomsten af nye distributionsformer, herunder internetapoteker eller muligheden for at oprette apotek i anden detailhandel, jf. ovenfor.

132. Det er også værd at bemærke, at infrastrukturen i dag generelt er bedre, end da reglerne om bevillinger og faste priser blev udtænkt. Det gælder herunder anvendelse af bud- og kurervirksomhed og forbrugernes anvendelse af telefon og

internet. Det gør, at der formentlig ikke er samme behov i dag som tidligere for at støtte apotekers rentabilitet og lokale tilstedeværelse.

133. Flere europæiske lande har fri etableringsret. Konkurrenceredegørelsens analyser viste som nævnt, at lande med fri etableringsret og maksimalpriser i stedet for fastpriser ikke systematisk har en lavere apotekertæthed i forhold til lande, hvor etableringen og prisfastsættelsen er reguleret kraftigt[16]. Danmark er faktisk det land i Vesteuropa, der har færrest apoteker pr. indbygger, selvom den danske befolkningstæthed er tæt på et europæisk gennemsnit. Det bemærkes, at Norge siden dereguleringen af apotekersektoren i landet i 2001[17] har oplevet en stigning i antallet af apoteker.

Sundhedspolitiske mål

134. Ovennævnte anbefalinger om udligning og sikring af apotekerdækningen gennem udbud er i høj grad rettet mod sikring af det sundhedspolitiske mål om tilgængelighed.

135. I forhold til disse anbefalinger har Indenrigs- og Sundhedsministeriet fremført, at et udligningssystem ikke er foreneligt med indførelse af priskonkurrence.

136. Hertil skal bemærkes, at et udligningssystem efter styrelsens opfattelse kan fortsætte i et delvist dereguleret system efter førnævnte retningslinjer. Den konkrete indretning af udligningssystemet skal dog nærmere afklares.

137. I en model for udligningssystemet i et delvis dereguleret system er det mest nærliggende, at udligningstilskuddet opgøres på baggrund af maksimalpriserne. Herved vil en konkret prisnedsættelse, der indebærer en lavere omsætning, ikke udløse et højere udligningstilskud. Der bliver således ikke konkurreret for tilskudskroner. Samtidig er maksimalpriserne – selvom de i tilfælde af lokale prisnedsættelser afviger fra de faktiske priser - gennemsigtige og centralt fastsatte magen til de faste priser, der i dag anvendes ved udligningsordningen.

138. Det kan uddybende tilføjes, at nyetablerede apoteker ikke skal have udligningstilskud, men skal ligesom de allerede etablerede apoteker bidrage til ordningen, hvis de opfylder kriterierne herfor. Muligheden for at ustøttede nyetableringer vil udkonkurrere ”støttede” apoteker vil dermed nedsætte behovet for udligning.

139. Anbefalingerne om udligning og udbud indebærer sammenfattende, at tilgængeligheden til et apotek sikres også i tyndt befolkede egne. Konkurrencen mellem apotekerne fremmes gennem indførelse af muligheden for en udbudsmodel, og modellen vil samtidig indebære potentielle besparelser for forbrugerne/det offentlige. Herudover vil udligningssystemet over tid miste betydning i takt med at flere områder dækkes af ”ustøttede” nyetablerede apoteksvirksomheder.

Samlet vurdering af anbefalinger om en deregulering af apotekssektoren

140. Anbefalingerne om en deregulering af apotekssektoren i Danmark, vil efter styrelsens opfattelse have en række positive konsekvenser, når virksomhederne udsættes for konkurrence og markedet i højere grad end i dag bliver bestemt af forbrugernes behov.

141. For den almindelige forbruger vil anbefalingerne først og fremmest indebære, at det bliver lettere at handle lægemidler. Tilgængelighed, placering, åbningstider m.v. vil i højere grad blive fastsat i overensstemmelse med forbrugeres behov i takt med, at nye servicekoncepter udvikles. Samtidig vil der være mulighed for begrænsede prisfald. Endelig skal det understreges, at ingen forbrugergrupper bliver stillet ringere end i det nuværende system.

142. For de offentlige udgifter til medicintilskud forventes situationen i al væsentlighed ikke at være anderledes end i dag. Der vil blive solgt de samme mængder lægemidler som i det nuværende system, og prisfald kan kun forventes i mindre målestok. Anvendelse af udbud for drift af apoteker kan forventes at give visse besparelser, ligesom etableringer af nye apoteker uden støtte kan forventes at nedsætte udligningstilskuddene. Det vil indebære lavere offentlige udgifter, hvis dette omsættes til lavere apotekeravancer generelt. Omvendt kan nyetableringer og internetapoteker i begrænset omfang indebære behov for udbud og tilskud i andre områder, hvor der ikke længere er driftsmæssigt grundlag for et fysisk apotek.

143. For apotekerne vil anbefalingerne indebære udviklingsmuligheder med friere rammer for etablering, ejerskab og mulig ekspansion. Omvendt vil den forøgede konkurrence indebære risici for de i dag etablerede og beskyttede apoteker.

144. På denne baggrund er det Konkurrencestyrelsens samlede vurdering, at en delvis deregulering vil være en væsentlig gevinst for det danske samfund.

[1] Jf. redegørelsens figur 6.1.

[2] Også kaldet generiske lægemidler eller generika.

[3] Jf. redegørelsens figur 6.2.

[4] Apotekerlovens kapitel 2.

[5] Jf. bekendtgørelse nr. 50 af 23. januar 2003, kapitel 1.

[6] Jf. redegørelsens figur 6.6.

[7] Jf. f.eks. politisk aftale om modernisering og liberalisering af apoteksvæsenet, november 2000.

[8] Herunder PEM (Personlig Elektronisk Medicinprofil), der bl.a. anvendes til kontrol med patienternes medicinforbrug.

[9] Problemstillingen kan også fremføres i forhold til nyetableringer af fysiske apotervirksomheder, jf. ovenfor. Konklusioner og argumentation vil være de samme.

[10] Bortset fra konkurrencelovens almindelige bestemmelser.

[11] Jf. redegørelsens figur 6.3.

[12] Jf. bekendtgørelse nr. 270 af 26. marts 2004 om beregning af forbrugerpriser på apoteksforbeholdte lægemidler samt ikke apoteksforbeholdte håndkøbslægemidler m.v.

[13] Muligheden har været gældende siden 2000 for at give apotekerne et incitament til et omkostningseffektivt indkøbsmønster, jf. lov nr. 468 af 31. maj 2000.

[14] Alternativt kan tilskudssystemet indrettes, så gevinsten ved en prisnedsættelse i forhold til referenceprisen deles mellem forbrugeren og det offentlige. I så fald vil tilskudsbeløbet blive mindre, hvis den faktiske indkøbspris er lavere end referenceprisen.

[15] Dvs. af forskellen mellem den faktiske omsætning af apoteksforbeholdte lægemidler og 28,25 mio. kr.

[16] Jf. Konkurrenceredegørelse 2005, s. 205 og figur 6.5.

[17] Jf. "Läkemedelsdistributionen i Finland, Norge og Sverige – en analys av detaljistledet", Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie: 2005:1.