

Konkurrence om distribution af medicin

Oktober 2016



KONKURRENCE- OG FORBRUGERSTYRELSEN

Konkurrencen om distribution af medicin

Konkurrencerådet

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen
Carl Jacobsens Vej 35
2500 Valby
Tlf.: +45 41 71 50 00
E-mail: kfst@kfst.dk

Online ISBN 978-87-7029-636-6

Analysen er udarbejdet af
Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen
for Konkurrencerådet.

Oktober 2016

Indhold

Kapitel 1	
Resumé og anbefalinger	5
1.1 Baggrund for og afgrænsning af analysen	5
1.2 Analysens hovedkonklusioner	7
1.3 Anbefalinger	14
1.4 Analysens struktur	23
Kapitel 2	
Introduktion til distribution af medicin.....	25
2.1 Indledning.....	25
2.2 Markedet for medicin i Danmark.....	28
2.3 Leverandører af medicin.....	32
2.4 Engrosforhandlere på markedet for medicin.....	35
2.5 Salg af produkter til sygehusene	41
2.6 Salg af produkter til apotekerne.....	45
Kapitel 3	
Konkurrencen om distribution af medicin	54
3.1 Indledning og konklusioner.....	54
3.2 Konkurrencen om distribution af medicin til sygehusene.....	59
3.3 Dynamik blandt engrosforhandlere, der distribuerer medicin til apotekerne.....	62
3.4 Mobilitet, markedsandele og kunder	65
3.5 Grossisternes indtjening.....	73
3.6 Grossisternes avancer.....	76
Kapitel 4	
Barrierer for at starte distribution af medicin til apoteker	81
4.1 Indledning og konklusioner.....	81
4.2 It-løsninger og tilhørende services til apotekerne	82
4.3 Regulering af sortiment, substitutionsgrupper og 14-dages-prisperioden	89
Kapitel 5	
Engrosforhandlernes konkurrence på pris og leveringsevne til apotekerne.....	94
5.1 Indledning og konklusioner.....	94
5.2 Faste indkøbspriser for apoteker	95
5.3 Grossisternes omkostningsbegrundede rabatter på medicin til apotekerne.....	96
5.4 Grossisternes melding af leveringssvigt til apoteker	105
Kapitel 6	
Apotekernes incitament til at være aktive kunder	115
6.1 Indledning og konklusioner.....	115

6.2	Regulering af apotekernes udsalgspriser på medicin (AUP)	116
6.3	Regulering af apotekernes bevillingssystem	117
6.4	Regulering af apotekernes udligningsordning	119
6.5	Regulering af apotekernes bruttoavanceramme	122

Kapitel 7

Bilag 1: Tilgang og metode.....124

7.1	Metode og datagrundlag til måling af mobilitet	124
7.2	Metode og datagrundlag til måling af indtjening	125
7.3	Metode til beregning af grossistavancer	126
7.4	Spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker	126

Kapitel 8

Bilag 2: Internationale erfaringer – grossistmarkedet for medicin i andre lande127

8.1	Indledning	127
8.2	Finland	128
8.3	Frankrig	129
8.4	Nederlandene	130
8.5	Italien	131
8.6	Norge	132
8.7	Sverige	133
8.8	Tyskland	134
8.9	Studier over internationale lægemiddelpriiser	135

Kapitel 9

Bilag 3: Veterinærmedicin.....138

Kapitel 10

Bilag 4 Litteraturliste140

10.1	Litteratur	140
10.2	Hjemmesider	141

Kapitel 1

Resumé og anbefalinger

Markedet for medicin har stor økonomisk og sundhedsmæssig betydning

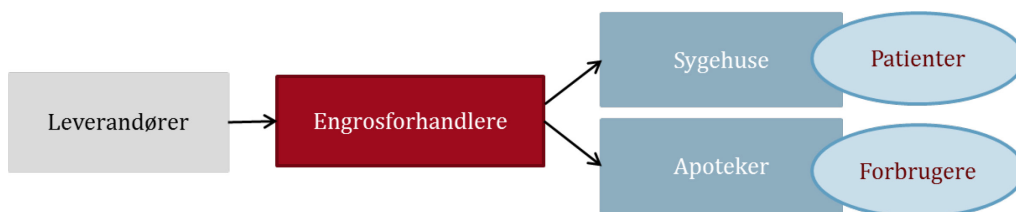
1.1 Baggrund for og afgrænsning af analysen

Sundhedsområdet og markedet for medicin berører de fleste danskere. Fx købte mere end 4 mio. danskere i 2015 medicin på recept, mens knap 2,7 mio. blev behandlet på et sygehus i 2014.

Samlet lå udgifterne til medicin på 21,4 mia. kr. i 2014. Det svarer til godt 1 pct. af Danmarks samlede BNP. Primærsektoren (primært private apoteker) solgte i 2014 medicin til forbrugere for i alt 11,8 mia. kr., hvoraf 5,6 mia. kr. blev refunderet af det offentlige i form af medicintilskud, mens de offentlige udgifter til medicin på sygehusene udgjorde 9,6 mia. kr.

Markedet for medicin består overordnet af tre omsætningsled, jf. figur 1.1. Leverandører, engrosforhandlere og "detaillé". Leverandørerne udvikler og producerer medicin, mens engrosforhandlerne distribuerer medicinen fra leverandører til markedets "detaillé". "Detailledet" består af to kanaler; apoteker, som sælger medicinen til forbrugere, og sygehuse, som videreformidler medicinen til patienter. Analysen har fokus på konkurrencen om at distribuere medicin fra leverandørerne til apoteker og sygehuse.

Figur 1.1 Omsætningsled på markedet for medicin



Anm.: Leverandører omfatter parallelimportører og producenter, der udvikler, producerer og leverer medicin, mens engrosforhandlere dels er pre-wholesalers, der både varetager lagerfunktion og distribution for leverandører, eller "traditionelle" grossister der køber fra leverandører og videresælger, og rene distributører.

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.

Alle omsætningsled på vejen til forbrugerne er i større eller mindre omfang præget af markedsmagt og har derfor en mulighed for at tage højere avancer, som helt eller delvist må forventes at slå igennem i højere forbrugerpriser på medicin.

Internationale studier viser, at de danske apotekerkunder betaler høje priser for patenteret medicin.

Internationale studier viser, at de danske apotekerkunder betaler relativt høje priser for patenteret medicin. Original medicin (som også omfatter patenteret medicin) udgør 59 pct. af omsætningen på apotekerne. Omvendt er forbrugerpriserne på kopimedicin relativt lave sammenlignet med udlandet. Salg af kopimedicin udgør 14 pct. af apotekernes omsætning (og 51 pct. af den samlede solgte mængde af lægemidler).

Markedet for medicin er præget af omfattende regulering.

Den lave pris på kopimedicin i Danmark kan bl.a. tilskrives den konkurrence, som de såkaldte 14-dages-prisperioder (auktionssystemet) skaber mellem leverandører af medicin til apotekerne. Hver 14. dag skal alle leverandører melde priser ind i et auktionssystem, hvorefter apotekerne skal tilbyde kunderne det billigste produkt inden for en gruppe af substituerbare produkter. For patenteret medicin, hvor der ikke er umiddelbare substitutter, har systemet ikke samme effekt på prisen, da disse produkter enten slet ikke er udsat for konkurrence eller kun er udsat for begrænset konkurrence fra parallelimporterede, originale produkter.

Markedet for medicin adskiller sig fra andre detailmarkeder, bl.a. fordi det er præget af omfattende regulering. Formålet med reguleringen er bl.a. at tilgodese en række samfundsmæssige hensyn, herunder sundhedspolitiske hensyn om forsyningssikkerhed, kvalitet og gennemsigtighed samt hensynet til at sikre kontrol med de offentlige udgifter til medicintilskud og sygehusmedicin.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (KFST)/Konkurrencerådet har tidligere peget på konkurrenceudfordringer på markedet for medicin, bl.a. i en analyse af apotekersektoren (2010) og i en § 2, stk. 5 henvendelse til sundhedsministeren og erhvervs- og vækstministeren (2012) samt i en konkurrencesag vedrørende grossister der leverer medicin til apoteker (2014). Derudover har EU-Kommissionen haft flere konkurrencesager mod medicinalleverandører, som på ulovlig vis forsøgte at begrænse konkurrencen for at fremme salg af egne produkter.

Analysen af apotekersektoren og § 2, stk. 5 henvendelsen konkluderede, at reguleringen af apotekersektoren indebærer, at der kun i begrænset omfang er konkurrence på markedet for apoteksydelse. Reguleringen af apotekersektoren begrænser adgangen til markedet, udelukker priskonkurrence og giver kun i ringe grad apotekerne incitament til konkurrence på service til kunderne. Lempelsen af reguleringen med virkning fra 1. juni 2015 gav apotekerne mulighed for at oprette, flytte eller nedlægge apoteksfilialer eller -udsalg inden for en radius af 75 km fra apoteket. De nye regler har betydet, at antallet af receptekspederende enheder er forøget. Dermed er tilgængelighed og konkurrencen blevet styrket i et vist omfang.

Analysen i denne rapport har især fokus på konkurrencen mellem engrosforhandlerne om distribution af medicin til behandling af mennesker, dvs. både receptpligtig, apoteksforbeholdt håndkøb, liberaliseret håndkøb samt sygehusforbeholdt medicin. Med engrosforhandlere menes som udgangspunkt de virksomheder, som er involveret i distribution af medicin mellem leverandør- og detailled.

Analysen vurderer konkurrencen og kommer med anbefalinger til, hvordan konkurrencen kan styrkes.

Analysen vurderer konkurrencen mellem engrosforhandlerne, belyser forhold der påvirker konkurrencen samt kommer med anbefalinger til, hvordan konkurrencen kan styrkes.

Engrosmarkedet kan ikke ses isoleret fra detail- og leverandørmarkedet. Forhold i de øvrige omsætningsled på markedet for medicin, fx blandt leverandørerne, apoteker og sygehuse inddrages derfor også, hvis de vurderes at have betydning for konkurrencen mellem engrosforhandlerne.¹

Hvis konkurrencen om distribution af medicin bliver styrket, kan det føre til lavere forbrugerpriser, lavere offentlige sundhedsudgifter, højere produktivitet, bedre tilgængelighed og bedre service til forbrugerne.

¹ Dagligvarebutikker har mulighed for at forhandle liberaliseret håndkøbsmedicin til forbrugerne. Distributionen af håndkøbsmedicin til dagligvarebutikkerne indgår ikke i analysen. Dagligvarebutikkerne forhandler en mindre del af det samlede lægemiddelsortiment, og deres salg udgør en mindre del af primærsektorens omsætning (under fem pct.).

1.2 Analysens hovedkonklusioner

Der er markant forskel på reguleringen, rammevilkårene og markedsstrukturerne for engrosforhandlere, der leverer medicin til hhv. apoteker og sygehuse. Det giver sig bl.a. udslag i, at der er stor forskel på konkurrencesituationen på de to engrosmarkeder.

Konkurrencen om distribution af medicin til apotekerne kan blive mere effektiv.

Konkurrencen om distribution af medicin til apotekerne er begrænset. Der er omfattende regulering af markedet, og markedsstrukturen er kendetegnet ved, at to store grossistvirksomheder gennem en årrække har stået for stort set alle leverancer. Konkurrencen på dette marked kan derfor styrkes.

Konkurrencen om distribution til sygehusene synes ikke at være forbundet med konkurrencemæssige udfordringer i samme skala.

Konkurrencen om distribution af medicin til sygehusene synes ikke at være forbundet med konkurrencemæssige udfordringer i samme skala som distributionen til apotekerne. Bl.a. er der flere engrosforhandlere til sygehusene (i øjeblikket mindst syv), og der er relativt store udsving i grossisternes markedsandele. Yderligere vælger mange leverandører også selv at stå for distributionen. Engrosforhandlerne af medicin til sygehusene konkurrerer især på at have en lav pris for at blive valgt af medicinalleverandørerne. Desuden skifter leverandørerne jævnligt engrosforhandler. De seneste fem år er der kommet nye engrosforhandlere ind på markedet, og der anvendes flere forskellige forretningsmodeller for distributionen. Endelig er avancerne for distribution til sygehusene markant lavere end avancerne for at distribuere medicin til apotekerne. Det kan bl.a. afspejle, at konkurrence om distribution af medicin til apotekerne er mere begrænset. Det skal understreges, at konkurrencen mellem leverandørerne af medicin til sygehusene ikke har været genstand for analyse i denne rapport. Konklusionen vedrører alene *distributionen* af medicinen. Desuden fokuseres især på distribution af medicin til apotekerne, ligesom anbefalingerne også vedrører denne del af distributionen.

To grossister står for [95-100] pct. af distributionen af medicin til apotekerne.

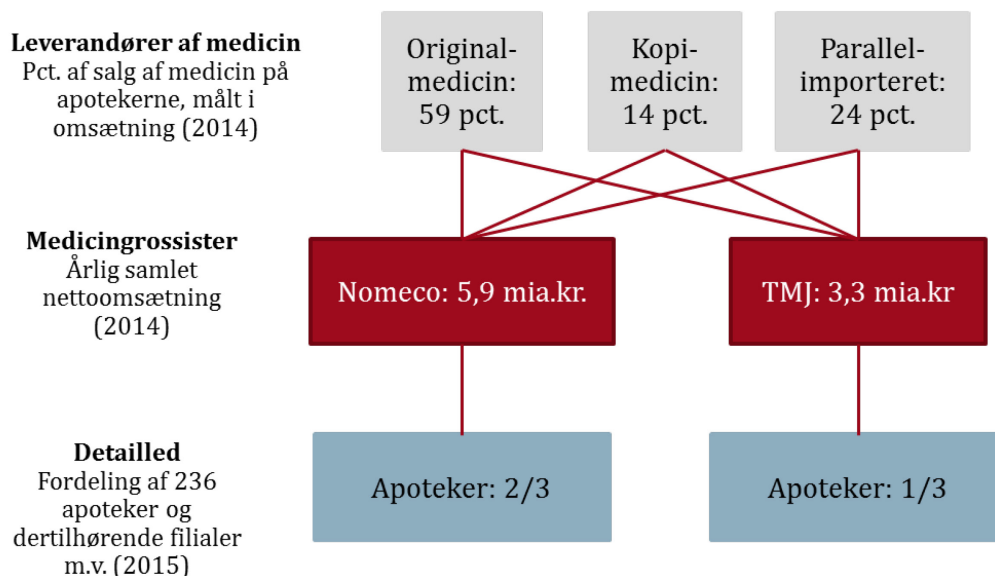
Konkurrencen om distributionen af medicin til apotekerne kan blive mere effektiv

Distributionen af medicin til landets 234 apoteker og 158 filialer m.v. varetages for [95-100] pct.'s vedkommende i dag af grossisterne Nomeco og Tjellesen Max Jenne (TMJ). Begge grossister fører apotekernes fulde sortiment af medicin (og betegnes derfor i analysen "fuldsortimentsgrossister"). Både Nomeco og TMJ er del af internationale koncerner, som opererer på engrosmarkedet i hhv. 25 og 14 lande.

Den resterende andel af apotekernes medicin, [0-5] pct., leveres af PharmaService, som er en dansk familieejet grossistvirksomhed, der forhandler medicin fra udvalgte leverandører.

Apotekerne kan frit vælge engrosforhandler, herunder om de vil benytte én eller flere engrosforhandlere. Dog skal apotekerne i henhold til lovgivningen kunne tilbyde apotekerkunderne alle godkendte lægemidler. Stort set alle apoteker har én primær grossist blandt de to fuldsortimentsgrossister, som de køber næsten al deres medicin igennem. Nomeco er primær grossist for to tredjedele af apotekerne, mens TMJ er primær grossist for en tredjedel, jf. figur 1.2.

Figur 1.2 Distribution af medicin til apotekerne



Note 1: Figuren vedrører 97 pct. af distributionen til apotekerne. De resterende 3 pct. af salget på apotekerne dækker fx over magistrelle lægemidler og vacciner fra Statens Serum Institut.

Note 2: I Nomecos og TMJ's nettoomsætning indgår også eventuelt salg til andre aktører end apoteker, såsom sygehuse og detailhandlen. Apotekernes samlede indkøb udgør ca. 8 mia. kr. Omsætningen for TMJ er korrigeret for, at regnskabsåret 2014/2015 var på 15 måneder.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, "Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2010-2014", tabel 1. Årsregnskaber for Nomeco og TMJ.

Leverandører af medicin til de danske apoteker har vanskeligt ved at handle udenom de to grossister.

Da apotekerne køber næsten al deres medicin gennem deres primære grossist, er de to fuldsortimentsgrossister i praksis uomgængelige handelspartnere for leverandører, der ønsker at sælge medicin til de danske apoteker. Alle leverandører af medicin til apotekerne har samhandel med begge fuldsortimentsgrossister. Vilkårene og leverandørernes betaling til grossisterne for at distribuere medicinen til apotekerne fastsættes efter en forhandling mellem leverandør og grossist. Der er få forskelle i de to grossisters avance for at distribuere leverandørernes medicin til apotekerne.

Nye engrosforhandlere har ikke kunnet etablere sig på markedet.

Ingen nye grossistvirksomheder eller nye forretningsmodeller for distribution af medicin til apotekerne har fået fodfæste på markedet de seneste 10 år. Der har været forsøg fra flere virksomheder med forretningsmodellen direct-to-pharmacy (PharmaChange og Pharmadirect), men det er ikke lykkedes at komme ind på markedet. I direct-to-pharmacy-modellen står engrosforhandleren kun for logistikken uden at eje produktet. Direct-to-pharmacy-modellen anvendes bl.a. i Nederlandene, Storbritannien og Italien til hhv. 10, 10 og 20 pct. af medicindistributionen.

I Danmark er leverandørerne tilbageholdende med at afprøve engrosforhandlere med andre forretningsmodeller end fuldsortimentsgrossister. Fx var det vanskeligt for PharmaChange og Pharmadirect at få aftaler med leverandører, hvilket er afgørende for at komme ind på markedet.

Grossisternes markedsandele viser kun få udsving.

Ændringer i grossisternes markedsandele har de seneste 10 år været mindre end lande, som Danmark normalt sammenlignes med. Det gælder både i forhold til lande, hvor det som i Danmark ikke er tilladt med vertikal integration, dvs. at grossist og apotek har samme ejer

Apotekerne holder fast i deres primære grossist.

(Frankrig, Italien og Tyskland), og for lande hvor vertikal integration er tilladt (Belgien, Nederlandene, Norge, Storbritannien og Sverige).

Relativt få apoteker skifter primær grossist. I alt har 18 pct. af apotekerne (38 apoteker) i perioden 2010-2015 valgt at skifte primær grossist mindst én gang. Det svarer til, at mellem 2-4 pct. af apotekerne hvert år har skiftet primær grossist de seneste seks år. 38 pct. af apotekerne har ikke overvejet at skifte grossist. Alligevel oplever mange apoteker, at der er konkurrence mellem de to fuldsortimentsgrossister, og apotekerne er grundlæggende tilfredse med deres nuværende grossist. Det er dog apotekernes oplevelse, at grossisterne primært konkurrerer på serviceydelser til apotekerne som lagerstyring og varebestilling (og ikke på prisen).

Grossisternes samlede indtjening har i perioden 2005-2014 gennemsnitligt været højere end i lande, der ligesom Danmark ikke tillader vertikal integration mellem engrosforhandlere og apoteker. Høj indtjening kan indikere svag konkurrence.

Grossisterne tjener mindst på at distribuere de billige produkter.

Danmark ligger nogenlunde midt i feltet, når grossisternes avance på de enkelte medicinprodukter (målt som salgspris i forhold til købspris) sammenlignes med EU-landene. De danske grossistavancer varierer dog på tværs af lægemidler afhængigt af, om medicinen er original, generisk eller parallelimporteret. Grossisterne tjener væsentlig mindre på at levere en generisk pakning til apotekerne sammenlignet med parallelimporteret medicin, mens avancen på original medicin ligger i midten. At grossisterne generelt tjener mindst på at levere de billige produkter kan give uhensigtsmæssige incitamenter for grossisterne til at søge mod dyrere produkter.

Regulering og markedsstruktur svækker konkurrencen om distribution af medicin til apotekerne

Den svækkede konkurrence om distribution af medicin til apotekerne kan skyldes forhold, som begrænser muligheden for (pris)konkurrence mellem engrosforhandlere på markedet², og forhold som udgør barrierer for, at nye aktører/nye forretningsmodeller kan komme ind på markedet. Derudover er den omfattende regulering af apotekersektoren med til at svække konkurrencen mellem engrosforhandlere, fordi reguleringen begrænser apotekernes incitament til at afsøge markedet og handle der, hvor de får den bedste kombination af pris og service. Det begrænsede pres fra apotekerne øger grossisters og leverandørers mulighed for at tage en høj pris.

Muligheden for priskonkurrence mellem engrosforhandlere er begrænset af den offentlige regulering, som i praksis udelukker, at grossisterne kan konkurrere på prisen på den medicin, de sælger til apotekerne, og på de rabatter, der er knyttet til medicinen.

Apotekernes indkøbspris (AIP) på medicin er ens uanset, hvilken grossist apoteket køber fra.

Reguleringen indebærer således, at den pris, apotekerne køber medicin ind til, skal være ens uanset, hvilken grossist apoteket køber fra. En grossist kan dermed ikke tiltrække/fastholde apoteker som kunder ved at sænke prisen på medicin.

Reguleringen indebærer desuden, at grossisterne kun kan give apotekerne rabatter på medicin, som er baseret på, at apotekerne udviser en adfærd, der indebærer en direkte omkostningslettelse for engrosforhandleren (såkaldte omkostningsbegrundede rabatter). Grossisternes mulighed for at give rabatter med henblik på at vinde markedsandele er derfor stærkt

² Konkurrencerådet påbød i 2014 Nomeco og TMJ at ophøre med at aftale gebyrer og andre forretningsbetingelser, hvis det ikke allerede var sket. Rådet fandt, at de to virksomheder havde begrænset konkurrencen ved at udmelde et fælles regelsæt for returnering og kreditering af medicin til samtlige leverandører af medicin på det danske marked.

Nomeco og TMJ's standard- og rabatbetingelser er stort set ens.

begrænsede. Endvidere skal engrosforhandlerne offentliggøre deres omkostningsbaserede rabatter på medicin (skiltepligten).

En gennemgang af fuldsortimentsgrossisternes standard- og rabatbetingelser viser, at disse stort set er ens hos de to virksomheder. Dette synes ikke alene at kunne forklares af omkostninger og omkostningsstrukturer, og indikerer herved, at skiltepligten er normerende for standard- og rabatbetingelserne, som dermed begrænses som konkurrenceparameter.

Samtidig er lovkravet om omkostningsbegrundelse med til at begrænse engrosforhandlerens muligheder for at give rabatter og dermed for at konkurrere på pris. Apotekerne oplever heller ikke, at grossisterne konkurrerer på de omkostningsbegrundede rabatter. Dermed synes priskonkurrence på medicin mellem grossisterne i praksis at være sat ud af kraft.

Den manglende mulighed for i praksis at konkurrere på prisen skaber desuden en adgangsbarriere for nye aktører på markedet, da nye virksomheder ikke kan tiltrække apoteker gennem konkurrence på prisen, som ellers oftest er en af de væsentligste konkurrenceparametre på et marked.

De faste priser på medicin (kombineret med begrænsede muligheder for at give rabatter) er også en adgangsbarriere for nye forretningsmodeller for distribution af medicin, fordi det gør det vanskeligt for engrosforhandlere at tilbyde en anden kombination af pris på medicin og serviceydelser til apoteker, som er mere effektiv, og måske giver forbrugerne større værdi.

En væsentlig del af grossisternes omkostningsbegrundede rabatter er i dag baseret på omsætningen (produktet af pris og den solgte mængde). Det har bl.a. den konsekvens, at apotekerne i praksis får større rabat på dyrere produkter, ligesom større apoteker har bedre mulighed for at opnå større rabatter (og dermed opnå højere indtjening) end mindre apoteker. Ved at basere en væsentlig del af rabatterne på den samlede omsætning og ikke på fx antal leverancer, ordrefrekvens eller pakninger kan der stilles spørgsmålstejn ved, om grossisternes rabatter reelt er omkostningsbegrundede (dvs. om de reelt er begrundede i en adfærd hos det enkelte apotek, som medfører en direkte omkostningslettelse for engrosforhandleren).³

I praksis mindsker rabatterne apotekernes incitament til at afprøve andre engrosforhandlere.

Den måde de to fuldsortimentsgrossisters rabatter er indrettet på, mindsker apotekernes incitament til at afprøve andre grossister eller købe en del af medicinen fra andre (ikke-fuldsortiments) grossister. Det skyldes især, at det vil være relativt dyrt for andre grossister at skulle kompensere apotekerne for tab af rabat fra fuldsortimentsgrossisterne, hvis apotekerne flytter dele af deres indkøb af medicin til en anden grossist. Derudover indeholder rabatbetingelserne mange forskellige elementer, der kan gøre rabatsystemerne vanskelige at gennemskue. Dermed kan *udformningen* af de to fuldsortimentsgrossisters rabatter være med til at udgøre en adgangsbarriere for nye engrosforhandlere på markedet.

Det generelle krav om omkostningsbegrundelse gør det vanskeligt for nye og mindre engrosforhandlere at tilbyde konkurrencedygtige rabatter.

Endvidere kan det *generelle lovkrav* om omkostningsbegrundelse for rabatter i sig selv udgøre en adgangsbarriere for nye/mindre grossister (uden fuldt sortiment). Det skyldes, at nye/mindre grossister alt andet lige er nødt til at tilbyde endnu højere rabatsatser end fuldsortimentsgrossisterne for at kunne kompensere apotekerne for tabt rabat hos fuldsortimentsgrossisterne. Det er næppe muligt uden at overtræde lovkravet om omkostningsbegrundelse, da mindre grossister ikke kan udnytte samme stordriftsfordele i distributionen

³ Det bemærkes, at en tværministeriel arbejdsgruppe under Sundheds- og Ældreministeriet vil fokusere på, om de rabattyper, som apotekerne modtager fra lægemiddelgrossisterne, påvirker apotekernes uvildighed ved lægemiddelindkøb- og udlevering. Som en del af sit arbejde vil de forskellige rabattyper blive kortlagt og vurderet. Arbejdsgruppens rapport forventes færdig i 2016.

som større grossister og derfor vil have svært ved at omkostningsbegrunder større rabatter end fuldsortimentsgrossisterne.

Da priskonkurrence mellem grossisterne i praksis er udelukket, er service og logistikkvalitet de væsentligste konkurrenceparametre, hvis engrosforhandlere vil vinde apotekerne som kunder.

Grossisternes konkurrence på service og logistikkvalitet medfører et meget tæt samarbejde mellem apoteket og grossisten.

En konsekvens af, at grossisterne primært konkurrerer på service og logistikkvalitet, er, at der skabes et meget tæt samarbejde mellem det enkelte apotek og den fuldsortimentsgrossist, apoteket anvender. Samarbejdet er i mange tilfælde så tæt, at det får karakter af en de facto vertikal integration. Den nuværende tætte integration mellem apoteker og grossister kan være med til at effektivisere både de eksisterende grossisters og apotekernes arbejdsgange, men samarbejdet skaber som nævnt væsentlige adgangsbarrierer for nye grossister, der gerne vil ind på markedet.

Grossisternes service er i sidste ende finansieret af apotekerkunderne og det offentlige medicintilskud.

Konkret løser fuldsortimentsgrossisterne i dag serviceopgaver som varebestilling, lagerstyring og returnering af varer for apotekerne. Grossisterne løser serviceopgaverne for apotekerne enten uden (eksplicit) betaling eller ved at give apotekerne en rabat på medicinindkøbet. I sidste ende er denne service finansieret gennem medicinpriserne og dermed af forbrugere og via de offentlige medicintilskud.

Reguleringen af 14-dages-prisperioder og generisk substitution skaber præferencer for fuldsortimentsgrossister og fører til tæt samarbejde mellem grossist og apotek.

Ved at lade grossisterne stå for varebestilling og lagerstyring slipper apotekerne bl.a. for de store logistiske udfordringer, der følger af 14-dages-perioderne (inkl. substitutionssystemet og kravet om fuldt sortiment) i apotekerreguleringen. 14-dages-perioderne medfører, at apotekernes indkøbs- og udsalgspriser samt dele af deres faktiske sortiment (og efterspørgsel) skifter hver 14. dag. Reguleringen med 14-dages-perioderne understøtter dermed det tætte samarbejde mellem apotek og grossist.

14-dages-perioderne er også med til at skabe en præference for fuldsortimentsgrossister og tæt integration mellem grossist og apotek, fordi én grossist dermed kan stå for hele vareforsyningen og logistikken. For 74 pct. af apotekerne har det meget stor eller afgørende betydning, at deres primære grossist fører fuldt sortiment. Det gør det svært for andre grossister end fuldsortimentsgrossister at etablere sig på markedet og udgør dermed en adgangsbarriere for nye engrosforhandlere og nye forretningsmodeller på markedet.

Grossistens tekniske løsning har afgørende betydning for apotekets valg af leverandør.

Grossistens it-løsning er omdrejningspunktet for at levere serviceydelserne til apotekerne. Mere end 90 pct. af apotekerne angiver, at grossisternes samlede tekniske løsning til varebestilling og lagerstyring har stor eller afgørende betydning for valg af primær grossist. Det er derfor nødvendigt for en ny engrosforhandler at kunne tilbyde en funktionsdygtig it-løsning for at tiltrække apoteker som kunder.

Det er vanskeligt og omkostningstungt for nye engrosforhandlere at udvikle et it-system henvendt til apotekerne.

Engrosforhandlere, der tidligere har forsøgt at komme ind på markedet, har peget på, at det er teknisk vanskeligt og omkostningsfuldt for nye engrosforhandlere at udvikle en it-løsning, som kan integreres/udveksle data med apotekernes it-systemer. Hertil kommer, at adgangen til den snitflade, som anvendes til at udveksle data med apotekets it-system (Pharmalink), styres af de nuværende grossister, og adgangen til og vilkårene for brugen af Pharmalink opleves ikke som rimelige.

Virksomheder, der tidligere har forsøgt at komme ind på markedet, har givet udtryk for, at det er teknisk vanskeligt – og i praksis måske umuligt – at koble en ekstra it-løsning til et apotek, der samtidig er tilknyttet en VMI-løsning, som er en af de it-løsninger, Nomeco tilbyder sine kunder. Langt størstedelen af Nomecos kunder anvender således VMI-løsningen. For apoteker, der anvender en såkaldt VBO-løsning, er der ikke samme tekniske udfordringer med at koble sig til apotekernes it-system. VBO er den løsning, som størstedelen af TMJ's kunder anvender.

Udfordringerne med it-løsningerne betyder bl.a. i praksis, at mange apoteker ikke kan have elektronisk varebestilling fra flere engrosforhandlere på samme tid. Det kan udgøre en adgangsbarriere for især ikke-fuldsortimentsgrossister, fordi deres kunder vil være afhængige af også at kunne bestille varer fra andre engrosforhandlere for at kunne tilbyde det fulde sortiment.

Adgang til (information fra) apotekernes it-systemer giver de nuværende fuldsortimentsengrosforhandlere indsigt i væsentlige oplysninger om apotekernes lagerhold, omsætning og prioritering af produkter. Information om prioritering af produkter hos apoteker, der anvender VMI-løsningen, er alene tilgængelig for Nomeco. På grund af den hyppige udskiftning i sortimentet på apotekerne som følge af 14-dages-prisperioden, er oplysningerne afgørende for engrosforhandlerne, hvis de skal levere de rigtige produkter til apoteket. Samtidig giver oplysningerne engrosforhandlerne bedre mulighed for at effektivisere egen forretning og dermed nedbringe omkostninger. Dermed vil engrosforhandlere, der *ikke* har adgang til apotekernes it-systemer og dermed til salgsdata, lagerdata og apotekets prioritering ved substitution, være stillet i en væsentlig ringere konkurrenceposition.

Leveringssvigt medfører højere forbrugerpriser og øget medicintilskud.

Grossisterne skal melde leveringssvigt (restordre) til sundhedsmyndighederne på en pakning, hvis grossisten ikke kan imødekomme efterspørgslen på pakningen fra blot et enkelt apotek den næste dag. Grossisterne melder leveringssvigt til apotekerne i rigtig mange tilfælde – knap 800 indberetninger hver dag. Det mindsker det tilgængelige sortiment for forbrugerne. Samtidig øger det omkostningerne for både forbrugere og det offentlige i form af hhv. højere forbrugerpriser og øget medicintilskud, fordi det ofte er de billigste produkter, der er i leveringssvigt.

Apotekerne har et begrænset incitament til at skaffe de billige produkter fra en anden grossist, når produkterne er i restordre hos deres primære grossist. Det mindsker grossisternes incitament til løbende at sikre, at der er købt tilstrækkeligt ind af disse produkter. Derudover har grossisterne generelt den laveste indtjening på at levere de billige produkter. Den nuværende regulering og strukturen på markedet giver deres grossister tilskyndelse til at sælge de dyrere produkter.

En relativt lukket kundekreds betyder, at nye engrosforhandlere kun kan konkurrere om nuværende grossisters kunder.

Apotekerloven sætter grænser for antallet af apoteker og fastsætter, at kun farmaceuter kan eje apoteker. Det betyder, at den kundekreds, som nuværende og potentielle engrosforhandlere skal konkurrere om, er relativt lukket, og særligt at en ny engrosforhandler vil skulle konkurrere direkte med TMJ og Nomeco om deres nuværende kunder. Det udgør en adgangsbarriere.

Reguleringen af apotekersektoren begrænser konkurrencen mellem apoteker, og gør apotekerne til passive kunder.

Reguleringen af apotekersektoren begrænser desuden – trods lempelser i 2015 – muligheden for at konkurrere på en række konkurrenceparametre. Apotekerne kan bl.a. ikke konkurrere på priser, da både indkøbs- og udsalgspriser er faste. Derudover er antallet af apoteker reguleret gennem bevillingssystemer, der fastsætter regler om ejerskab og placering. Dette begrænser konkurrencen mellem apoteker.

Endelig mindsker udligningsordningen apotekers incitamentet til at forøge omsætningen, da apoteker med stor omsætning betaler en afgift til apoteker med lav omsætning.

De begrænsede muligheder for at konkurrere og opnå indtjening ved effektiv drift betyder, at apotekerne har begrænset incitament til at effektivisere driften, herunder at søge efter de bedste distributionsløsninger til prisen. Det mindsker også grossisternes incitament til at konkurrere om deres kunder.

Analysen viser således, at reguleringen af et omsætningsled på et marked (her apotekerne) har betydelige konsekvenser for konkurrencen i de øvrige omsætningsled (her grossisterne) på markedet. Regulering ét sted påvirker således hele værdikæden på et marked.

Boks 1.1 opsummerer analysens overordnede hovedkonklusioner, som er uddybet i kapitel 3-6.

Boks 1.1

Hovedkonklusioner***Analysens overordnede hovedkonklusioner:***

- » Distributionen af medicin til hhv. sygehuse og apoteker har markant forskellige karakteristika.
- » Konkurrencen om distribution af medicin til apotekerne har særligt potentiale for at blive mere effektiv.

Konkurrencen om distribution til apotekerne kan blive mere effektiv:

- » Leverandører af medicin til apotekerne kan i praksis ikke sælge uden om Nomeco og TMJ, fordi 99 pct. af apotekerne har én primær grossist blandt de to fuldsortimentsgrossister, som de køber næsten al deres medicin igennem.
- » To grossister står for [95-100] pct. af salget af medicin til apotekerne, og ingen nye virksomheder eller forretningsmodeller har fået fodfæste på markedet de sidste 10 år trods flere forsøg.
- » Leverandørerne er tilbageholdende med at afprøve engrosforhandlere med andre forretningsmodeller end fuldsortimentsgrossister.
- » Ændringer i grossisternes markedsandele har de seneste 10 år været begrænsede og mindre end i lande, Danmark normalt sammenlignes med.
- » Relativt få apoteker undersøger markedet og skifter grossist. I perioden 2010-2015 skiftede årligt mellem 2-4 pct. af apotekerne primær grossist. 38 pct. af apotekerne har ikke overvejet at skifte de seneste seks år.
- » Grossisternes samlede indtjening i Danmark har i perioden 2005-2014 gennemsnitligt været højere end i lande, der ligesom Danmark ikke tillader vertikal integration mellem engrosforhandlere og apoteker.
- » Der er få forskelle i grossisternes avance på identiske produkter, mens avancerne varierer på tværs af lægemidler afhængigt af, om medicinen er generisk, original eller parallelimporteret.
- » Grossisterne tjener mindst på at levere de billige produkter, hvilket kan indebære et incitament til at sælge de dyreste produkter.

Begrænsede muligheder for priskonkurrence:

- » Apotekernes indkøbspris (AIP) på medicin er ens uanset, hvilken grossist apoteket køber fra. Det er derfor ikke muligt at konkurrere på salgsprisen til apotekerne.
- » Reguleringen indebærer, at grossisternes rabatter på medicin skal være omkostningsbegrundede, og derfor er mulighederne for at sætte rabatterne stærkt begrænsede.
 - » Reguleringen begrænser generelt muligheden for konkurrence på rabatter.
 - » Reguleringen skaber en adgangsbarriere for nye aktører på markedet, da de ikke kan tiltrække apoteker gennem konkurrence på prisen/rabatter.
 - » Udformningen af grossisternes rabatter mindsker apotekernes incitament til at afprøve andre engrosforhandlere eller til at fordele indkøbet hos flere forhandlere, da apotekerne herved vil opleve et tab i rabatter.
- » Reguleringen indebærer, at grossistens rabatter skal være offentlige (skiltepligt).
 - » Nomecos og TMJ's standard- og rabatbetingelser er stort set ens. Det indikerer, at skiltepligten er normerende for rabatterne, som dermed begrænses som konkurrenceparametre.
- » De begrænsede muligheder for priskonkurrence udgør en adgangsbarriere for nye forretningsmodeller, da det er vanskeligt at introducere andre kombinationer af pris og service, når prisen stort set ikke kan ændres.

Barrierer for at komme ind på markedet:

- » 14-dages-prisperioderne stiller store krav til varebestilling og lagerstyring, som grossisterne står for. Det skaber præferencer for at handle med én fuldsortimentsgrossist og skaber et meget tæt samarbejde mellem grossist og apotek.
- » En velfungerende it-løsning hos grossisten er afgørende for at få apotekerne som kunder.
 - » Det er meget vanskeligt og omkostningstungt at udvikle it-løsninger, der kan spille sammen med apotekernes it-systemer.
 - » Adgangen til at udveksle data med apotekernes it-system ved at købe en brugerlicens til Pharmedlink vil være underlagt de aftalebetingelser, som Nomeco og TMJ fastsætter i kontrakten om en sådan licens.
 - » Potentielle konkurrenter har oplevet, at det på nuværende tidspunkter teknisk vanskeligt – og i praksis måske umuligt – at koble en ekstra it-løsning til et apotek, der samtidig er tilknyttet en VMI-løsning, hvilket gælder for en stor del af apotekerne.
- » Apotekerlovens bevillingssystem medfører en relativt lukket kundekreds, så engrosforhandlere stort set kun kan konkurrere om de eksisterende grossisters nuværende kunder.

Apotekerne har begrænset incitament til at være aktive kunder:

- » Reguleringen af apotekersektoren, især faste udsalgspriser, bevillingssystemet og udligningsordningen begrænser apotekers incitament til at konkurrere og gør dermed apotekerne til passive kunder. Det begrænser grossisternes incitament til at konkurrere om deres kunder.

1.3 Anbefalinger

Analysen peger på, at konkurrencen om distribution af medicin til apotekerne kan blive mere effektiv, bl.a. ved at tilrettelægge reguleringen mere hensigtsmæssigt. Det kan bidrage til at reducere prisen på medicin på apotekerne.

Anbefalingernes formål er at styrke konkurrencen om distribution af medicin til apotekerne. Styrket konkurrence om distribution kan tilskynde engrosfor-handlerne til effektiviseringer, som kan nedbringe deres omkostninger, samt nedbringe engrosforhandlerens fortjeneste og dermed reducere leverandørernes omkostninger til distribution af medicin.

Lavere omkostninger til distributionen vil give leverandørerne mulighed for at sætte lavere indkøbspriser til apotekerne, da distributionsomkostningerne er indeholdt i grossisternes indkøbspris hos leverandørerne.

Lavere indkøbspriser for apotekerne vil føre til lavere forbrugerpriser på medicin. Da de offentlige medicintilskud afhænger af apotekets udsalgspris på medicin, kan styrket konkurrence i distributionsleddet og i apotekersektoren også føre til lavere offentlige udgifter til medicin.

Anbefalingerne adresserer forhold, som ifølge analysen bidrager til en svag konkurrence om distribution af medicin til apotekerne.

De væsentlige barrierer for nye aktører skal reduceres.

For det *første* skal de væsentlige barrierer, der eksisterer for, at nye aktører kan starte distribution af medicin, reduceres. En reel mulighed for, at nye aktører kan komme ind på markedet, er en forudsætning for effektiv konkurrence på dette marked.

Engrosforhandlere skal have bedre muligheder for at konkurrere på pris og større incitament til at konkurrere på leveringsevne.

For det *andet* skal engrosforhandlerne have bedre muligheder for at konkurrere på pris over for apotekerne og større incitament til at konkurrere på leveringsevne. Det vil give engrosforhandlere (større) mulighed for at anvende pris til at tiltrække apoteker, og for at tilbyde en anden kombination af pris og kvalitet/serviceydelser.

Apotekerne skal have større incitament til at afsøge markedet.

For det *tredje* skal apotekerne have et større incitament til aktivt at afsøge engrosmarkedet og købe medicin der, hvor de får den bedste løsning til prisen, både på medicin og service. Det vil kræve ændringer i reguleringen af apotekersektoren, som samtidig kan styrke den indbyrdes konkurrence mellem apotekerne. Disse anbefalinger vil således forøge konkurrencen om distributionen af medicin, men også styrke apotekernes tilskyndelse til at effektivisere driften m.v.

Konkurrencerådets anbefalinger præsenteres i afsnittene nedenfor og opsummeres efterfølgende i tabel 1.1.

Anbefalingerne er forenelige med væsentlige sundhedspolitiske hensyn som forsyningssikkerhed, tilgængelighed og uvildighed i adgangen til medicin samt samfundsøkonomiske hensyn om at sikre kontrol med de offentlige udgifter til medicintilskud og sygehusmedicin. Det vil fortsat være lægen, der ordinerer medicinen og dermed i vidt omfang bestemmer efterspørgslen, ligesom 14-dages-prisperioden (auktionssystemet) og den generiske substitution fortsat vil blive opretholdt. Apoteket vil således fortsat ikke kunne beslutte, hvad der skal udleveres til forbrugeren. Det betyder, at apotekerne fortsat vil skulle udlevere de produkter, der er i A-position. Anbefalingerne vurderes ikke umiddelbart at medføre ændringer for apotekernes uvildighed og uafhængighed i medicinudleveringen. Anbefalingen om maksimale udsalgspriser på apotekerne forventes at medføre lavere medicinpriser i gennemsnit, men vil dog bryde med det gældende hensyn om ens forbrugerpriser for alle i hele landet..

Ved fortsat at opretholde de regler og procedurer (generiske substitution og 14-dages-prisperioderne) som sikrer priskonkurrencen i leverandørleddet, vil leverandørernes incita-

ment til at indmelde lave priser ved auktioner derfor heller ikke umiddelbart blive påvirket af udmøntningen af anbefalingerne.

Adgang til (information i) apotekernes it-system gøres uafhængig af engrosforhandlere

Apotekerne har i dag i praksis udliciteret varebestilling og lagerstyring til TMJ og Nomeco. Grossisterne varetager disse opgaver gennem deres it-løsninger, hvorigennem de elektronisk (og automatisk) følger salg og lagerstatus på de varer, som de – som primær grossist – forsyner apoteket med. Den primære grossist for et apotek har herigennem de facto monopol på de oplysninger om hhv. salg, lager og prioritering ved flere A-produkter, som er nødvendige for at kunne varetage denne opgave for apoteket.

Apotekerne ønsker stort set kun at handle med grossister og andre leverandører, hvis der er mulighed for elektronisk varebestilling, og helst en model hvor grossisten/leverandøren foretager bestillingerne, da det vil være ressourcekrævende for apotekerne at foretage bestillinger selv.

Tidligere engrosforhandlere på markedet peger på, at det er teknisk vanskeligt og omkostningstungt for nye engrosforhandlere at udvikle og tilbyde løsninger, der kan fungere sammen med og udveksle data med apotekernes it-systemer, og dermed stå for varebestilling og lagerstyring på apotekerne.

Udveksling af data med apotekets it-system fordrer i dag brug af snitfladen Pharmalink. Adgangen til og vilkår for brug af Pharmalink styres af de nuværende grossister. Tidligere erfaringer tyder på, at adgangen til og vilkårene for brugen af Pharmalink ikke opleves som rimelige.

Derudover viser tidligere erfaringer, at det opleves som teknisk vanskeligt – og måske i praksis umuligt – for et apotek, der er tilknyttet en VMI-løsning, elektronisk at bestille varer fra flere forskellige engrosforhandlere.

Manglende adgang til apotekernes it-systemer og til informationer om salg, lager og prioritering ved substitution vurderes at være én af de væsentligste adgangsbarrierer for nye aktører på markedet.

Adgangen til apotekernes it-system skal gøres uafhængig af engrosforhandlere, og alle skal have mulighed for indsigt i salg, lager og prioritering.

Det anbefales, at der udvikles en model, hvor adgangen til apotekernes it-system og den information, der er nødvendig for varebestilling og lagerstyring på apotekerne, gøres uafhængig af engrosforhandlere og deres it. Det kan fx ske ved, at en tredje part (som ikke er engrosforhandler) står for en it-løsning, som alle engrosforhandlere kan få adgang til på lige fod, evt. mod en licens eller leje. Hvis teknisk muligt kan brugerfladen evt. oprettes som modul i apotekernes egne it-systemer. Alternativt anbefales det, at der fastsættes krav, der skal sikre, at adgangen til informationen i apotekernes it-systemer gives på lige vilkår til engrosforhandlerne på markedet, at der føres kontrol med, om reglerne overholdes, samt at der kan sanktioneres ved overtrædelse heraf.

Formålet med anbefalingen vil gøre det muligt for alle for et apotek at bestille varer elektronisk gennem flere forskellige engrosforhandlere, hvis apoteket ønsker det. Samtidig vil det sikre, at alle engrosforhandlere får mere ensartet muligheder for at få indsigt i informationer om lagerstatus og omsætning på de varer, som de forsyner apotekerne med samt oplysninger om prioritering ved substitution. Det vil styrke muligheden for, at flere engrosforhandlere kan forsyne samme apotek med varer, uden at det giver væsentlige ekstra omkostninger for det enkelte apotek. Det vil samtidig give bedre mulighed for, at nye aktører kan komme ind på engrosmarkedet, hvilket vil styrke konkurrencen om distribution af medicin.

Alternative indkøbssystemer for nogle produktgrupper undersøges nærmere

I dag skal leverandørerne indmelde priser på medicin for 14 dage ad gangen (14-dages-prisperioder). For produkter, der tilhører samme substitutionsgruppe, skal apotekerne tilbyde

forbrugerne det produkt, som har den lavest indmeldte pris (generisk substitution). Al medicin, der sælges på apotekerne, er omfattet af 14-dages-prisperioderne, også medicin der slet ikke eller kun i begrænset omfang er udsat for konkurrence.

Internationale studier viser, at Danmark har relativt lave priser på generisk medicin, hvilket kan skyldes, at auktioner ved 14-dages-prisperioderne fremmer konkurrencen i leverandørleddet for denne type medicin. Generika udgør imidlertid med ca. 14 pct. en mindre del af apotekernes omsætning (men 51 pct. af den samlede solgte mængde af lægemidler). Omvendt er priserne på patenteret medicin, der næsten ikke er udsat for konkurrence, i den høje ende i forhold til udlandet. Det indikerer, at en 14-dages-prisperiode ikke er optimal til at skærpe konkurrencen for distribution af medicin, der ikke eller kun i meget lav grad er udsat for konkurrence.

Undersøg, om andre indkøbssystemer end 14-dages-systemet kan indføres for nogle produkter.

Det anbefales, at undersøge fordele og ulemper ved at anvende andre indkøbssystemer end en 14-dages-prisperiode for nogle typer af medicin, særligt for patenteret medicin og medicin uden for substitutionsgrupper. Alternative modeller for indkøb kunne fx være (længerevarende) udbud eller prisreferencesystemer med henblik på at styrke konkurrencen på engrosforhandlernes distribution af disse produkter og give bedre mulighed for nye engrosforhandlere og forretningsmodeller på markedet. Samtidig skal der tages hensyn til, hvordan alternative modeller påvirker konkurrencen mellem leverandører.

Gevinster og omkostninger ved en 14-dages-prisperiode undersøges nærmere med henblik på en længere prisperiode

De relativt korte prisperioder på 14 dage med dertil hyppig udskiftning af priser og produkter på apotekerne bidrager til, at apotekerne i stigende grad uddelegerer kerneopgaver som fx varebestilling og lagerstyring til fuldsortimentsgrossisterne. Det skaber en meget tæt integration mellem apoteker og grossister. Samtidig skaber systemet en præference blandt apoteker for fuldsortimentsgrossister, fordi det forøger fordelene ved at handle med kun én grossist. Dermed kan systemet udgøre en barriere for at skifte engrosforhandlere og afprøve andre engrosforhandlere. Det svækker konkurrencen i engrosleddet.

Derudover er den hyppige udskiftning af produkter på apotekerne forbundet med omkostninger til at håndtere og transportere varer m.v. frem og tilbage mellem grossister og apoteker. Høje transportomkostninger dækkes i sidste ende af højere medicinpriser.

Det er muligt, at en længere prisperiode – fx en til tre måneder i stedet for 14. dage – kan bidrage til endnu lavere priser også for generika. Det skyldes, at gevinsten ved at vinde udbuddet forøges med periodelængden, hvilket kan betyde, at leverandørerne vil sætte en lavere pris. Det kan skærpe konkurrencen i leverandørleddet og dermed give lavere priser. Samtidig vil en længere periode mindske transport- og logistikomkostningerne. Dog er der risiko for, at fx små leverandører med restpartier eller parallelimportører ikke har samme mulighed for at byde ind, hvis perioden er for lang. Desuden vil en længere prisperiode betyde, at konkurrenceudsættelsen sker mindre hyppigt.

Undersøg om prisperioden med fordel kan gøres længere end de nuværende 14 dage.

Det anbefales at foretage en nærmere analyse af, om prisperioden med fordel kan forlænges til mere end 14 dage, fx en til tre måneder for at skabe bedre mulighed for, at nye engrosforhandlere kan komme ind på markedet samt nedbringe transportomkostninger til medicin. Samtidig skal der være fokus på, hvordan en længere periode vil påvirke konkurrencen mellem leverandører, priser samt antallet af virksomheder i konkurrencen. Det kan overvejes, om en længere prisperiode med fordel kan afprøves for udvalgte produkter.

Der indføres maksimale indkøbspriser for apotekerne (maks.-AIP)

I dag fastsættes apotekernes indkøbspris (AIP) af leverandørerne i en forhandling med engrosforhandlerne. Prisen inkluderer således distributionsomkostninger. Engrosforhandlerne har derfor indflydelse på prisen gennem den avance, de forhandler med leverandørerne. Reguleringen af AIP medfører, at den listeprijs, som apotekerne køber medicin til, er ens uanset,

hvilken aktør (engrosforhandler eller producent) de køber fra. Dog har engrosforhandlerne mulighed for at give omkostningsbegrundede rabatter, hvilket i et vist omfang medfører forskelle i de faktiske indkøbspriser. Apoteker med en stor omsætning får fx i praksis større rabatter og dermed en lavere samlet indkøbspris end apoteker med en mindre omsætning.

Den meget begrænsede mulighed for priskonkurrence mellem engrosforhandlere skaber en adgangsbarriere for nye aktører på markedet og medfører, at engrosforhandlere primært konkurrerer på serviceydelser og logistikkvalitet. Derudover kan den faste AIP være medvirkende at konkurrencen sker på service og derved skabe den tætte integration mellem engrosforhandlere og apoteker.

Det anbefales, at den faste AIP erstattes af en maksimal AIP. Den leverandør, der har indmeldt den laveste maks.-AIP, vil fortsat vinde 14-dages-perioden med et A-produkt, og substitution, tilskudssystemet og priskonkurrencen mellem leverandørerne vil være uændret i forhold til i dag. Ligeledes vil apotekernes udsalgspris (AUP) stadig blive beregnet på baggrund af den indmeldte maks.-AIP.

Indførslen af en maks.-AIP vil give engrosforhandlere mulighed for at sælge medicin til apoteker til en lavere pris end den indmeldte maks.-AIP. Det samme ville leverandøren kunne, hvis denne valgte selv at distribuere medicinen. Gevinsten ved at købe hos en engrosforhandler (eller leverandør), der kan tilbyde en lavere AIP, vil helt eller delvist gå til apotekerne. Hvis der ligeledes indføres en maks.-AUP, som anbefalet nedenfor, vil gevinsten kunne føres videre til forbrugerne (og de offentlige finanser).

Uvildigheden i medicinudleveringen på apotekerne vil fortsat være sikret ved, at apotekets indkøb og udlevering som hidtil vil være styret af lægernes udskrivninger af recepter og det nuværende substitutionssystem, som ikke påvirkes af maks.-AIP.

Forslaget vil give mulighed for, at engrosforhandlere kan konkurrere på pris for at tiltrække apoteker. Det kan styrke konkurrencen mellem eksisterende engrosforhandlere. Desuden vil det gøre det lettere for nye aktører at komme ind på markedet, da de nu vil kunne bruge prisen som konkurrenceparameter. Nye aktører vil også have mulighed for at tilbyde en anden kombination af pris og service til apotekerne end de eksisterende engrosforhandlere, hvilket muliggør "nye forretningsmodeller", som måske giver forbrugerne større værdi.

Krav om, at engrosforhandleres rabatter på receptpligtige lægemidler til apoteker skal være omkostningsbegrundede, ophæves

Formålet med reguleringen af de omkostningsbegrundede rabatter har fra lovgivers side været at tilskynde apotekerne til at købe ind på en mere hensigtsmæssig måde (sikre en rationel distribution). Rabatter giver i teorien samtidig mulighed for en vis konkurrence på prisen mellem engrosforhandlere. I praksis har dette dog ikke vist sig muligt, bl.a. som følge af skiltepligten, jf. nedenfor.

Rabatter anses i dag kun som omkostningsbegrundede, hvis de gives på baggrund af, at apotekerne udviser en adfærd, der indebærer en direkte omkostningslettelse for engrosforhandleren. Dermed kan engrosforhandlere fx ikke i dag give rabatter, der er baseret på effektiviseringer i deres egen virksomhed eller i et forsøg på at komme ind på markedet.

Kravet om, at engrosforhandleres rabatter på receptpligtige lægemidler til apoteker skal være omkostningsbegrundede, medfører en begrænsning i grossisters mulighed for at konkurrere på rabatter på distributionen. Det begrænser priskonkurrencen mellem engrosforhandlere. Yderligere kan lovkravet om omkostningsbegrundelse og den nuværende fortolkning/udformning heraf som nævnt udgøre en adgangsbarriere for nye/mindre engrosforhandlere.

Gør indmeldte AIP til en maksimal pris i stedet for en fast pris.

Ophæv kravet om omkostningsbegrundelse for engrosforhandleres rabatter.

Det anbefales, at kravet om, at engrosforhandleres rabatter til apoteker skal være omkostningsbegrundede, ophæves. Rabatterne vil fortsat skulle udformes under hensyntagen til Lægemedieldirektivets⁴ forbud mod at give økonomiske fordele til apotekere eller læger med henblik på at fremme salg af lægemidler (som ville kunne påvirke uvildigheden og uafhængigheden) samt til konkurrencelovens forbud mod misbrug af en (kollektivt) dominerende stilling.

En ophævelse af kravet omkostningsbegrundelse vil give engrosforhandlere bedre mulighed for at konkurrere på rabatter på distributionen til apoteker (og dermed i realiteten indkøbsprisen). Det vil styrke konkurrencen mellem engrosforhandlere. Samtidig vil en ophævelse kunne lette adgangen til markedet for helt nye aktører, da de vil kunne bruge rabatter til at tiltrække apoteker.

Ophævelsen medfører, at engrosforhandlere også kan give rabatter på distributionen baseret på effektiviseringer i deres egne virksomheder. Udover en øget priskonkurrence mellem engrosforhandlere vil ophævelsen dermed give mulighed for, at engrosforhandlere kan tilbyde en anden kombination af pris på medicin og serviceydelser til apoteker, som kan være mere effektiv og måske skabe større værdi for forbrugerne. Hvis forslaget gennemføres i sammenhæng med maksimale udsalgspriser, vil denne gevinst kunne gavne forbrugerne og skatteyderne i form af lavere priser/udgifter til medicin.

Uvildigheden i medicinudlevering vil fortsat blive sikret af flere forhold: Bl.a. vil lægen fortsat ordinere medicinen, ligesom 14-dages-prisperioden (auktionssystemet) og den generiske substitution fortsat vil blive opretholdt. Reglerne, der skal sikre apotekernes uvildighed og uafhængighed, vil således ikke blive påvirket af anbefalingen. Samtidig foreslås en øget kontrol med, om de gældende regler for distribution og salg af lægemidler overholdes samt sanktioner ved overtrædelse af reglerne.

Krav om, at engrosforhandlere skal skilte med deres rabatter på receptpligtige lægemidler, ophæves

Engrosforhandleres omkostningsbegrundede rabatter til apoteker er underlagt en såkaldt skiltepligt, som betyder, at engrosforhandlere er forpligtede til at offentliggøre oplysninger om de omkostningsbegrundede rabatter. Engrosforhandlere skilte således i dag med deres standardbetingelser og rabatbetingelser på deres hjemmeside.

Nomecos og TMJ's standard- og rabatbetingelser er stort set identiske. Det kan indikere, at skiltepligten er normerende for rabatterne.

Som følge af markedsstrukturen med kun to grossister, der står for stort set alt salg til apotekerne, og som overvejende sælger identiske produkter og serviceydelser, samt den øvrige regulering af markedet kan skiltepligten begrænse de to store grossisters incitament til at tilbyde apotekerne bedre rabatbetingelser. Det skyldes, at en forbedring af rabatbetingelser hos den ene grossist ikke vil resultere i flere kunder, når konkurrenten med det samme kan kopiere rabatbetingelserne, men derimod typisk lavere indtjening for begge grossister.

⁴ Lægemedieldirektivet (2001/83) af 6. november 2001.

Ophæv skiltepligten for engrosforhandleres rabatter.

Den gennemsigthed som følger af skiltepligten kan dermed understøtte koordinering af engrosforhandlerens standard- og rabatbetingelser, og dermed begrænse brugen af rabatter som konkurrenceparameter, hvilket i givet fald fører til højere indkøbspriser for apotekerne.

Det anbefales, at skiltepligten for engrosforhandleres rabatter på medicin til apoteker ophæves, så engrosforhandlere ikke længere skal offentliggøre deres rabatter og rabatbetingelser til apoteker på deres hjemmeside.

Forslaget vil kunne skabe mere konkurrence på rabatter (og dermed på de faktiske priser) mellem engrosforhandlere og dermed styrke konkurrencen om distribution af medicin til apotekerne. Det vil også nedbringe adgangsbarriererne for nye aktører. Det kan fortsat være et krav, at rabatbetingelser indsendes til den relevante myndighed, i dag Sundheds- og Ældreministeriet, eller at der på anden vis er dokumentation for de rabatter, der gives til apotekerne.

Incitament til at sikre levering af de efterspurgte produkter skal styrkes for at mindske leveringssvigt

En grossist skal melde "leveringssvigt" på et produkt, hvis grossisten ikke kan imødekomme efterspørgslen på produktet fra blot et enkelt apotek den næste dag. I mange tilfælde vil leveringssvigt betyde, at forbrugeren køber et andet – ofte dyrere – produkt i stedet. Ved leveringssvigt på et A-produkt fastsættes desuden en ny og højere tilskudspris beregnet på baggrund af det næstbilligste produkt. Derfor er konsekvensen også øgede offentlige udgifter til medicintilskud. Omfanget af leveringssvigt fra de to grossister er med knap 800 indberetninger hver dag omfattende.

Styrk grossister og apotekers incitament til at sikre levering af de efterspurgte produkter.

Det anbefales at ændre proceduren for melding af leveringssvigt, idet den nuværende regulering kombineret med strukturen på markedet risikerer at medføre øgede udgifter for både forbrugere og det offentlige. I dag rammer leveringssvigt samtlige af landets apoteker, selvom det kun er ét enkelt apotek, der ikke kan få leveret den fulde efterspørgsel. Dermed er konsekvensen af et leveringssvigt i dag unødigt vidtrækkende. I stedet kunne indføres en grænse for, hvornår der skal meldes (landsdækkende) leveringssvigt eller et mere individuelt system, hvor leveringssvigt kun berører de apoteker, der ikke kan få dækket deres efterspørgsel.

Det anbefales endvidere at styrke grossisternes incitament til at skaffe de billigste produkter (A-produkterne). En mulighed er at forpligte apoteker til at købe A-produktet, så længe det er tilgængeligt hos blot én engrosforhandler. En anden mulighed er, at såfremt det kun er én grossist, der melder leveringssvigt på et A-produkt, skal den pågældende grossist sælge det næstbilligste produkt til A-produktets pris. Derudover vil det være hensigtsmæssigt at sikre, at leverandører har adgang til lagerstatus hos grossisterne for leverandørens egne produkter. Dermed vil leverandører bedre kunne sikre et passende udbud af især A-produkterne. Endvidere kan der stilles krav om, at leverandørerne indmelder leveringsevne på alle pakninger i medicinpriser.dk og eventuelt, at dette skal bekræftes umiddelbart inden start på takstperioden.

Endeligt anbefales det, at der i højere grad føres kontrol med, hvorvidt reglerne overholdes – både fra leverandører, grossister og apoteker – samt at der benyttes sanktioner ved overtrædelse af disse regler.

Effekten ved at ændre i proceduren kan være færre meldinger af leveringssvigt, hvilket øger det tilgængelige sortiment for forbrugerne. Især A-produkter må forventes i højere grad at være tilgængelige. Samlet set vil det betyde lavere medicinudgifter for forbrugerne og lavere udgifter til det offentlige medicintilskud.

Der indføres maksimale udsalgspriser (AUP) for apotekerne til forbrugerne

I dag fastsættes apotekernes udsalgspriser (AUP) til forbrugeren på receptpligtig medicin af Lægemiddelstyrelsen. AUP er ens for alle apoteker. Det betyder, at forbrugerne betaler samme

pris for apoteksforbeholdt medicin uanset, hvor i Danmark de befinder sig. Dermed kan apoteker ikke anvende deres udsalgspris på medicin til at tiltrække kunder.

Når apotekernes indkøbspris er fast, og de heller ikke kan konkurrere på pris over for forbrugeren, begrænser det apotekernes incitament til at afsøge engrosmarkedet og købe ind der, hvor de får den bedste kombination af service og pris. Det gør det svært for nye engrosforhandlere at komme ind på markedet, da apotekerne har begrænset økonomisk incitament til at afsøge engrosmarkedet.

Forudsætningerne for at skabe konkurrence blandt engrosforhandlere er bedst, hvis kunderne, dvs. apotekerne, er aktive i at afsøge engrosmarkedet og købe medicin der, hvor de får den bedste løsning til prisen (både på medicin og service).

Indfør maksimale udsalgspriser (AUP) for apoteker i stedet for faste udsalgspriser

Det anbefales derfor, at der indføres maksimale udsalgspriser på apoteker i stedet for faste udsalgspriser. Det vil give apotekerne mulighed for at sælge medicin til forbrugerne til en lavere pris end den maksimale fastsatte udsalgspris.

Den leverandør, der har indmeldt den laveste (maksimale) AIP, vil fortsat vinde 14-dagesperioden med et A-produkt, som forbrugerne skal tilbydes på apoteket. Substitutions- og tilskudssystemet vil også fortsætte uændret som i dag, og priskonkurrencen mellem leverandører om at vinde prisperioden vil fortsat opretholdes. Maks.-AUP vurderes derfor at medføre lavere priser til forbrugerne i gennemsnit i forhold i dag, men priserne kan i modsætning til i dag være forskellig fra apotek til apotek og på tværs af landet.

Da der lægges op til, at der samtidig indføres maksimale indkøbspriser for apotekerne (maks.-AIP), vil gevinsten ved, at apoteket køber medicin hos den billigste engrosforhandler også kunne gavne forbrugerne og skatteyderne.

Uvildigheden på apotekerne vurderes fortsat at være sikret ved, at apotekets indkøb og udlevering som hidtil vil være styret af dels lægernes udskrivninger af recepter, dels det nuværende substitutionssystem, hvor apotekerne er forpligtede til at tilbyde forbrugerne det billigste produkt. Ingen af disse forhold påvirkes af indførsel af maks.-AUP, og dermed opretholdes uvildigheden og uafhængigheden på apotekerne.

Der indføres friere etableringsret for apoteker

Reguleringen af apotekernes bevillingssystem fastsætter regler om ejerskab og placering. Bl.a. må kun farmaceuter eje apoteker, og der er kun et begrænset antal apoteksbevillinger. Det begrænser ejerkredsen samt muligheden for at etablere apoteker.

Bevillingssystemets regler om antalskontrol og ejerskab udgør adgangsbarrierer for nye engrosforhandlere på markedet, da engrosforhandlernes kundekreds er låst af reguleringen. Nye engrosforhandlere vil dermed skulle konkurrere med TMJ og Nomeco om deres nuværende kunder.

Bevillingssystemet begrænser de enkelte apotekeres incitament til at effektivisere og forny. Det betyder mindre fokus på minimering af omkostninger, herunder indkøbspriser.

Apotekerne skal derfor have større incitament til aktivt at afsøge engrosmarkedet og købe medicin der, hvor de får den bedste løsning til prisen, både på medicin og service. Det vil sænke adgangsbarriererne for nye engrosforhandlere.

Juster bevillingssystemet for apoteker, så der bliver friere etableringsret.

Det anbefales, at engrosforhandlernes kundekreds åbnes mere op ved at justere bevillingssystemet for apoteker, så der skabes friere etableringsret.

Det anbefales for det første, at der åbnes op for, at andre end farmaceuter kan eje apoteker (dog således, at der er tilknyttet en ansvarlig farmaceut til alle apoteker), og for det andet at ophæve begrænsningen i antallet af apoteker (dvs. antal bevillinger).

Forslaget vil først og fremmest styrke konkurrencen blandt apoteker. Derudover vil forslaget kunne bidrage til at reducere adgangsbarriererne for nye engrosforhandlere på markedet, da der åbnes op for kundekredsen og nye distributionsformer. Flere apoteker, filialer og udsalg kan – alt afhængig af aftalen med engrosforhandleren – være forbundet med højere distributionsomkostninger. Størrelsen på markedet for receptpligtig medicin forventes ikke at blive ændret med forslaget, da det stadig vil være lægen, der ordinerer medicinen.

Udformningen af apotekernes udligningsordning justeres

Udligningsordningen er en økonomisk udligning mellem apoteker. Formålet er at sikre økonomisk grundlag for drift af apoteker i udkantsområder. Ordningen indebærer, at apoteker med en relativ stor omsætning betaler en afgift, mens apoteker, der ikke har så stor en omsætning, modtager tilskud.

Apoteker med en relativ lav omsætning vil derfor altid være sikret et vist økonomisk fundament og derfor have mindre incitament til at konkurrere, udvide og øge omsætningen, da de helt eller delvist vil miste et tilskud, de ellers opnår. Apoteker med en relativ stor omsætning vil ligeledes have et mindre incitament til at øge omsætningen, fx ved at vinde markedsandele, da de derved blot skal betale en større afgift. Det mindsker apotekernes incitament til at konkurrere og skabe større omsætning, hvilket kan være med til at mindske konkurrencen på engrosmarkedet.

Det manglende konkurrencepres fra apotekerne, begrænser engrosforhandlernes incitament til aktivt at konkurrere om kunder og kan udgøre en adgangsbarriere for nye engrosforhandlere.

Juster udligningsordningen, så de mest sælgende apoteker ikke længere skal finansiere de mindst sælgende apoteker.

Det anbefales, at den nuværende udformning af udligningsordningen justeres, således at de mest sælgende apoteker ikke længere skal finansiere de mindst sælgende apoteker.

For fortsat at sikre en passende geografisk adgang til medicin i hele Danmark kan udvalgte apoteksplaceringer, som ellers kan være vanskelige at drive rentabelt, dækkes via udbudsrunder på apoteksdriften. Omkostninger hertil kan finansieres via de afgifter, som alle apoteker betaler til Lægemiddelstyrelsen. Dermed vil ordningen blive finansieret bredt af alle apoteker/aktører (og derfor i princippet af alle apotekskunder).

Ved at justere den nuværende omsætningsbaserede udligningsordning øges apotekernes incitament til at fokusere på omsætningen. Det gælder både apoteker med høj omsætning, fordi de ikke længere delvist modregnes, og for apoteker med lav omsætning, fordi de ikke længere vil modtage tilskud via systemet.

Det vil give apotekerne øget incitament til at købe ind der, hvor der er billigst. Det styrker engrosforhandlernes incitament til at konkurrere på pris og nedbringer samtidig adgangsbarrieren for nye engrosforhandlere på markedet.

Apotekernes bruttoavance ramme justeres fremadrettet

Apotekernes samlede bruttoavance aftales mellem Danmarks Apotekerforening og Sundheds- og Ældreministeriet. Bruttoavance rammen danner grundlag for Lægemiddelstyrelsens fastsættelse af apotekernes udsalgspriser (AUP) til forbrugerne. AUP justeres, så den aftalte bruttoavance ramme overholdes. Således kan apotekerne samlet set hverken tjene mere eller mindre end det, der er aftalt i bruttoavance rammen.

Apotekernes omkostningsbegrundede rabatter indgår i dag i bruttoavance rammen, således at halvdelen af de omkostningsbegrundede rabatter bruges til at sænke AUP, mens apotekerne

Tilrettelæg bruttoavancerammen, så apotekerne selv kan beholde en tilstrækkelig del af en økonomisk gevinst ved at handle til lave priser.

får lov at beholde den anden halvdel. Denne fordeling skal sikre, at apotekerne har incitament til at handle der, hvor de får bedst rabatter, og samtidig videregive en del af gevinsten til forbrugerne.

I forlængelse af anbefalingerne om maksimal AIP og afskaffelse af omkostningsbegrundelsen er det derfor samtidig væsentligt at sikre, at apoteker har incitament til at handle der, hvor det også økonomisk bedst kan betale sig.

Det anbefales derfor, at apotekernes bruttoavanceramme fremadrettet skal tage højde for, at apotekerne selv kan beholde en tilstrækkelig andel af den økonomiske gevinst ved at handle hos en engrosforhandler med lavere priser/større rabatter.

Hvis apotekerne kan beholde en større andel af den økonomiske gevinst, der er ved at handle ved den grossist med laveste priser, vil det øge apotekernes incitament til at afsøge engrosmarkedet for den bedst mulige kombination af pris på medicin og service. Det vil give engrosforhandlerne større incitament til at konkurrere på prisen, og samtidig nedbringe adgangsbarrieren for nye engrosforhandlere på markedet.

Tabel 1.1 giver et samlet overblik over Konkurrencerådets anbefalinger til at styrke konkurrencen om distribution af medicin til apotekerne. Desuden opsummerer tabellen, om den enkelte anbefaling vil mindske adgangsbarriererne for nye engrosforhandlere, styrke mulighed for priskonkurrence og incitament til leveringsevne og/eller styrke apotekernes incitament til at afsøge engrosmarkedet. Anbefalingerne har den største effekt på engrosmarkedet og priserne på medicin, hvis de gennemføres som en samlet pakke.

Tabel 1.1 Konkurrencerådets anbefalinger og anbefalingernes effekt

Konkurrencerådets anbefaling	Effekt af anbefaling		
	Mindre adgangsbarrierer for nye engrosforhandlere	Styrker eksisterende engrosforhandleres mulighed for priskonkurrence og incitament til leveringsevne	Styrker apotekernes incitament til at afsøge engrosmarkedet
Adgang til (information i) apotekernes it-system gøres uafhængig af engrosforhandlere, så alle engrosforhandlere kan få lige adgang til apotekernes it-systemer.	X		
Alternative indkøbssystemer for nogle produkter undersøges nærmere, således at udvalgte produkter fx kan indkøbes gennem længerevarende udbud eller prisreferencesystemer.	X	(X)	
Gevinster og omkostninger ved en 14-dages prisperiode undersøges nærmere med henblik på, om prisperioden med fordel kan forlænges.	X		
Der indføres maksimale indkøbspriser for apoteker i stedet for faste indkøbspriser.	X	X	X
Kravet om, at engrosforhandleres rabatter på medicin til apoteker skal være omkostningsbegrundede, ophæves, så engrosforhandlere kan tilpasse rabatter efter deres forretningsmodel.	X	X	X
Kravet om, at engrosforhandlere skal skilte med deres rabatter på receptpligtige lægemidler, ophæves.	X	X	X
Incitament til at sikre levering af de efterspurgte produkter skal styrkes for at mindske leveringssvigt.		X	X
Der indføres maksimale udsalgspriser for apotekerne til forbrugerne i stedet for faste udsalgspriser.			X
Der indføres friere etableringsret for apoteker, så andre end farmaceuter kan eje apoteker, og så ejere af apoteker selv kan bestemme antallet af apoteker m.v.	X		X
Den nuværende udformning af apotekernes udligningsordning justeres, så de apoteker med størst omsætning ikke skal finansiere dem med lavest omsætning.			X
Apotekernes bruttoavanceramme tager fremadrettet højde for, at apotekerne skal kunne beholde en væsentlig del af gevinsten ved lavere priser/større rabatter.			X

1.4 Analysens struktur

Analysens giver i *kapitel 2* en introduktion til det overordnede marked for medicin. Indledningsvist introduceres i afsnit 2.2 de gældende sundhedspolitiske hensyn på markedet samt hensynet til styringen af de offentlige udgifter. Herefter præsenteres i afsnit 2.3-2.6 de tre omsætningsled på markedet, leverandører, engrosforhandlere (grossister) samt de to salgskanaler i detailledet (apoteker og sygehuse) med særligt fokus på engrosforhandlerne (grossisterne).

Kapitel 3 analyserer konkurrencen om distribution af medicin til apoteker og sygehuse gennem en række indikatorer for konkurrencen. Det drejer sig om analyser af entry og mobilitet på engrosmarkedet, samt engrosforhandlerens indtjening og avance.

Kapitel 4-6 sætter fokus på en række forhold, som påvirker konkurrencen om distribution af medicin til apotekerne. Det drejer sig om barrierer for, at nye engrosforhandlere kan komme ind på markedet (kapitel 4), om engrosforhandlerens muligheder for og incitamenter til at

konkurrere på pris og leveringsevne (kapitel 5) samt apotekernes incitament til at være aktive kunder på engrosmarkedet (kapitel 6). Kapitlerne præsenterer desuden anbefalinger til, hvorledes konkurrencen om distribution af medicin til apotekerne kan styrkes.

I *bilag 1* følger en præsentation af tilgangen til analysen samt dens metode og datagrundlag, mens *bilag 2* giver en kort introduktion til organiseringen i andre lande, Danmark normalt sammenligner sig med. De udenlandske erfaringer inddrages løbende i analysen. Endelig følger i *bilag 3* en beskrivelse af veterinærmedicin. *Bilag 4* indeholder en litteraturliste.

Til analysen er der desuden udarbejdet et *appendiks*, hvoraf KFST's spørgeskemaundersøgelse blandt apotekerne samt svarfordelingen fra undersøgelsen fremgår.

Reguleringen af et omsætningsled på et marked (her apotekerne) har betydelige konsekvenser for konkurrencen i de øvrige omsætningsled (her grossisterne) på markedet.

Kapitel 2

Introduktion til distribution af medicin

2.1 Indledning

Kapitel 2 giver en introduktion til det overordnede marked for medicin. Indledningsvist introduceres i afsnit 2.2 de gældende sundhedspolitiske hensyn på markedet samt hensynet til styringen af de offentlige udgifter. Herefter præsenteres i afsnit 2.3-2.6 de tre omsætningsled på markedet; leverandører, engrosforhandlere og "detailed".

Leverandørerne udvikler, producerer og leverer medicin. I leverandørledet skelnes ofte mellem producenter af originale lægemidler, producenter af generisk medicin (kopimedicin) og parallelimportører af medicin.

Engrosforhandlerne distribuerer medicin fra leverandører til hhv. apoteker og sygehusapoteker. I engrosledet skelnes der mellem engrosforhandlere, som i processen overtager ejerskabet over produktet for herefter at sælge det videre til apoteker og sygehuse (grossister), og engrosforhandlere der alene distribuerer produktet uden at eje det (bl.a. pre-wholesalers). Begge typer engrosforhandlere er omfattet af analysen. Apotekerne og sygehusene købte medicin for hhv. 8 og 7,2⁵ mia. kr. i 2014, hvilket inkluderer omkostninger til distributionen af medicin.

Apoteker og sygehuse udgør markedets to "detailed" i den forstand, at det er gennem disse to kanaler, at udleveringen af medicin til forbrugerne og patienterne sker.⁶ Omsætningen til medicin til behandling af mennesker i primærsektoren (primært private apoteker) var i 2014 11,8 mia. kr., mens medicinudgifterne på sygehusene var 9,6 mia. kr.⁷ Udviklingen i omsætningen i både engros- og detailed viser, at en stadig større del af omsætningen er på sygehusene, og dette er derfor i stigende grad et vigtigere marked for engrosforhandlerne.

Distributionen af medicin til apotekerne

Distributionen af medicin til landets 234 apoteker og dertilhørende filialer m.v. varetages for [95-100] pct.'s vedkommende i dag af hhv. Nomeco og Tjellesen Max Jenne (TMJ).

Nomeco og TMJ er begge såkaldte *fuldsortimentsgrossister*.⁸ Dvs., at de er den type engrosforhandler, som overtager ejerskabet af produktet i distributionsprocessen ("grossister"), og at begge grossister fører apotekernes fulde sortiment. Nomeco og TMJ er del af internationale koncerner, som opererer i hhv. 25 og 14 lande.

⁵ Amgros har oplyst, at omsætningen på sygehusapotekerne i 2015 lå på 7,5 mia. kr.

⁶ Dagligvarebutikker har mulighed for at forhandle *liberaliseret håndkøbsmedicin* til forbrugerne. Distributionen af håndkøbsmedicin til dagligvarebutikkerne indgår ikke i analysen. Dagligvarebutikkerne forhandler en mindre del af det samlede lægemiddelsortiment, og deres salg udgør en mindre del af primærsektorens omsætning (under fem pct.).

⁷ Sundhedsdatastyrelsen, www.medstat.dk, Omsætningen for hhv. primærsektoren og sygehusene. Omsætningen er for begge sektorer opgjort inkl. moms, men kan ellers ikke direkte sammenlignes. Eksklusiv moms udgjorde de samlede udgifter til sygehusmedicin 7,7 mia. kr. i 2014.

⁸ <http://www.nomeco.dk/da/nomeco-grossist>, <http://www.tmj.dk/apotek/sortiment/>

Den resterende andel af apotekernes medicin, [0-5] pct., leveres af PharmaService, som er en familieejet grossistvirksomhed, der forhandler medicin fra udvalgte leverandører.

Apotekerne kan frit vælge engrosforhandler og vælge at bruge flere, herunder eventuelt engrosforhandlere, der ikke fører fuldt sortiment.

For apoteksforbeholdt medicin er apotekernes indkøbspris (AIP), apotekernes udsalgspris (AUP) samt apotekernes avance reguleret og ens i hele landet. Dog har grossisterne mulighed for at give omkostningsbaserede rabatter, som kan betyde forskellig indkøbspris og avance. Udsalgsprisen til forbrugerne er den samme. For liberaliseret håndkøbsmedicin, som kan sælges andre steder end apoteket (fx supermarkeder) og frihandelsvarer som fx creme og kosttilskud, er prissætning, avance og rabatter frit.

Apotekernes sortiment af medicin er reguleret og ens i hele landet, idet apotekerne er forpligtet til at forhandle eller kunne fremskaffe alle de lægemidler, som Lægemiddelstyrelsen har godkendt til markedsføring i Danmark, og som leverandøren har indmeldt til salg i en given periode. Det gælder både receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin – herunder liberaliseret håndkøbsmedicin, der også kan købes i andre butikker. Derudover fører apoteket et sortiment af frihandelsvarer, der er begrænset til varer, der naturligt og hensigtsmæssigt knytter sig til et apoteks virksomhed.

Apoteksforbeholdt medicin er omfattet af et system med 14-dages-prisperioder (auktionssystem), hvor leverandørerne af medicinen hver 14. dag byder ind med apotekernes indkøbspris de kommende 14 dage (AIP). Det billigste produkt i en given substitutionsgruppe (gruppe med medicin med samme aktivstoffer) er det produkt, apoteket som udgangspunkt skal tilbyde kunderne. Det betyder, at apotekernes faktiske sortiment skifter hver 14. dag og en del varer skal sendes retur til engrosforhandleren, mens en række nye produkter skal leveres. Auktionssystemet skal styrke priskonkurrencen mellem leverandørerne. Internationale studier viser, at de danske apotekerkunder generelt betaler lave priser for kopimedicin, som udgør 14 pct. af omsætningen på apotekerne (men 51 pct. af den samlede solgte mængde af lægemidler). Heroverfor tyder det på, at forbrugerpriserne på medicin omfattet af patent ligger i den høje ende. Omsætningen på originalmedicin (som også omfatter patenteret medicin) udgør 59 pct. af omsætningen i primærsektoren.⁹

De opgaver, som grossisterne løser, er for det første knyttet til selve distributionen af varerne, herunder modtagelse, kvalitetssikring, opbevaring, levering samt returnering og kreditering af produkter. Desuden er grossisterne forpligtede til at melde leveringssvigt til Lægemiddelstyrelsen, hvis der er bestemte produkter, de ikke kan levere.

For det andet er grossisternes opgaver knyttet til en række interne arbejdsgange på apotekerne, fx i forbindelse med apotekernes varebestilling og lagerstyring. Apotekernes lagerstyring og varebestilling kører således (automatisk) i de it-systemer, som grossisternes hver især har udviklet og ejer.

Apotekerne betaler ikke selv for de services, som grossisten leverer. Tværtimod betaler grossisten i visse tilfælde apoteket for at få lov til at bruge eget it-system i form af en rabat på medicinindkøbet

⁹ Egne beregninger på baggrund af Sundhedsdatastyrelsen, *Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2010-2014*, marts 2016, tabel 1.

Distributionen af medicin til sygehusene

Den anden salgs- og distributionskanal for medicin er til de otte sygehusapoteker, som er medicinens indgang til sygehusene. Langt hovedparten af medicinen til sygehusene (99 pct.) indkøbes gennem indkøbsaftaler, som regionernes indkøbsorganisation, Amgros har indgået på baggrund af udbud. I 2014 gennemførte Amgros 175 udbud for 1166 lægemidler.

Der findes en række engrosforhandlere på det danske marked, som distribuerer medicin til sygehusene. Det drejer sig både om fuldsortimentsgrossister (Nomeco og TMJ), og om en række pre-wholesalers (Nomeco Leverandørservice, Nomeco Sygehusservice, Biofarma, Movianto, DSV, 2M, Tabs'n Caps Pack ApS og Copharma).

I Amgros' udbud byder leverandørerne ind med en pris for deres produkt. Leverandørerne vælger i tilbuddene selv, hvem der skal varetage distributionen af medicinen, herunder om det skal være én eller flere engrosforhandlere. Omkostningerne til distribution, fx en fee til engrosforhandlerne, er indeholdt i den pris, leverandørerne byder ind med.

Det enkelte sygehus' bruttosortiment, som dækker ca. 7.000 lægemidler, er bestemt af en række instanser, herunder Rådet for anvendelse af dyr sygehusmedicin, (RADS), regionsrådet og regionale lægemiddelkomiteer. Sygehusapoteket er ikke forpligtet til at føre hele sortimentet. Efterspørgslen bestemmes af sygehusafdelingerne/lægerne, når der er behov for medicinen til behandling. Det betyder, at der modsat apoteker, ikke er returvarer fra sygehusene.

Alle indkøbene af medicin på sygehusene sker i sygehusapotekernes it-bestillingssystem, Apovision. Bestillinger sendes via Amgros til leverandørerne. Den fysiske leverance går direkte fra leverandører til sygehusapoteker, dog således, at den faktiske distribution ofte sker gennem en engrosforhandler (pre-wholesale eller grossist).

De opgaver, som engrosforhandlerne løser ved distribution til sygehusene, er primært knyttet til selve distributionen af medicinen, herunder modtagelse, kvalitetssikring, opbevaring og levering af produkter.

Engrosforhandlernes indtjening på distribution af medicin til sygehusene er baseret på den fee/avance, som er forhandlet med leverandøren af medicin.

Tabel 2.1 opsummerer udvalgte karakteristika ved de to distributionskanaler.

Tabel 2.1 Karakteristika ved de to distributionskanaler

	Apoteker	Sygehuse
Enheder	234 apoteker og 158 filialer	8 sygehusapoteker
Detaileddets indkøbspriser	Fastsættes af leverandører hver 14. dag	Fastsættes af leverandører i bud-proces til Amgros udbud
Varenumre i sortiment af medicin	7.500	Ca. 7000
Fast opdatering af tilgængeligt sortiment	Ja, hver 14. dag	Nej, medicin bestilles, når behov
Engrosforhandlere	Primært for fuldsortimentsgrossister (Nomeco og TMJ)	Både fuldsortiment (Nomeco og TMJ) og pre-wholesale (fx DSV, Movianto, Biofarma)
Engrosforhandlernes opgaver	Distribution (modtagelse, kvalitetssikring, opbevaring, levering samt returnering og kreditering) Assistance til interne arbejdsgaver (varebestilling og lagerstyring)	Primært for distribution modtagelse, kvalitetssikring, opbevaring, levering (ikke returvarer)
Produkter distribueret af engrosforhandlerne	Receptpligtig medicin, apoteksforbeholdt håndkøb, liberaliseret håndkøb, frihandelsvarer	Medicin, kosttilskud mm
Engrosforhandleres priser	Avance af AIP samt en række gebyrer	Fast fee for distribution

2.2 Markedet for medicin i Danmark

Sundhedsområdet og markedet for medicin berører de fleste danskere direkte. Fx købte mere end 4 mio. danskere i 2015 medicin på recept på apoteket,¹⁰ mens knap 2,7 mio. blev behandlet på et sygehus i 2014.¹¹

Både forbrugere og samfundet har store udgifter til medicin. I alt 21,4 mia. kr. (2014), hvilket svarer til godt 1 pct. af Danmarks samlede BNP.¹²

Omsætningsled på markedet for medicin

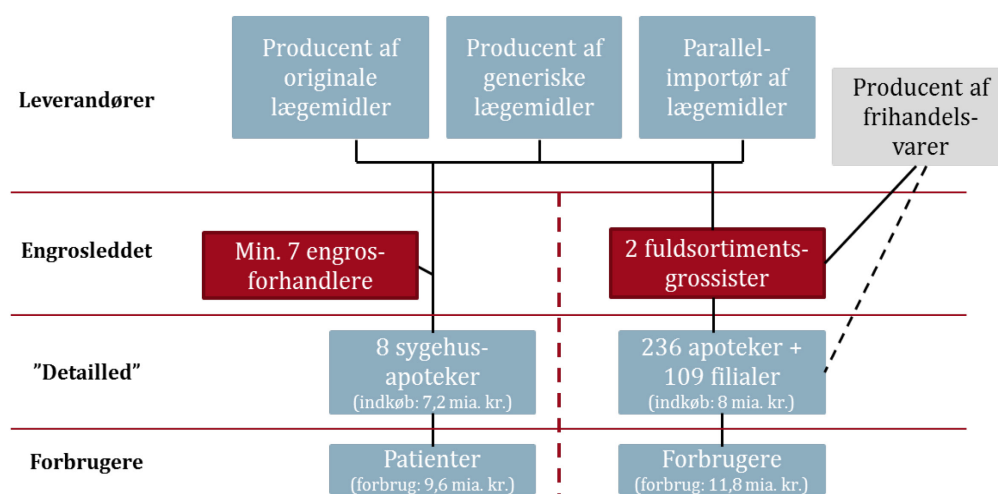
Markedet for medicin består overordnet af tre omsætningsled; leverandører, engrosforhandlere og detaillerede, jf. figur 2.1 (engrosforhandlerne er markeret med rødt i figuren).

¹⁰ Sundhedsdatastyrelsen, www.medstat.dk. Antal personer med personhenførbart salg (receptpligtig medicin) for primærsektoren, alle lægemidler, 2015.

¹¹ Statens Serum Institut, *Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2014*, september 2015, tabel 2.

¹² Sundhedsdatastyrelsen, www.medstat.dk, Omsætning i primærsektoren og sygehussektoren inkl. moms og evt. receptgebyrer men før fradrag af evt. tilskud; Danmarks Statistik, BNP i 2014: 1942,6 mia. kr.

Figur 2.1 Omsætningsled m.v. på markedet for medicin



Note: Indkøbet i sygehussektoren er 2014-tal opgjørt på baggrund af Amgros indkøb af lægemidler og er inkl. omkostninger til distributionen. Indkøbet for apoteker dækker over samlet indkøb for apoteker (inkl. håndkøbsmedicin, veterinærmedicin, frihandelsvarer m.v.) og er inkl. omkostninger til distributionen. Forbruget for både sygehuspatienter og primærsektoren (primært private apoteker) er 2014-tal og opgøres inkl. moms.

Anm.: De minimum syv engrosforhandlere på sygehusområdet er Nomeco (inkl. pre-wholesale Nomeco Leverandørservice/Nomeco Sygehuservice), TMJ, Biofarma, Movianto, DSV, 2M og Tabs'n Caps Pack ApS. De to fuldsortimentsgrossister er TMJ og Nomeco. Nomeco er både grossist og pre-wholesale. Sygehusene køber størstedelen af deres medicin gennem Amgros' indkøbsaftaler, jf. også afsnit 2.5.

Kilde: Amgros: Sygehusmedicin 2015, Lægemiddelstyrelsen: Undersøgelse af apotekernes driftsforhold – Regnskabsresultater for apoteker i året 2014, www.medstat.dk m.fl.

For det første er der *leverandørerne*, som udvikler, producerer og leverer medicin. I leverandørleddet skelnes ofte mellem producenter af originale lægemidler, producenter af generisk medicin (kopimedicin) og parallelimportører af medicin. Leverandørerne præsenteres yderligere i afsnit 2.3 nedenfor.

For det andet er der *engrosforhandlerne*, som distribuerer medicin fra leverandører til hhv. apoteker og sygehusapoteker. Som led i distributionen af medicin tilbyder engrosforhandlerne en række serviceydelser, fx leveringen af medicin, returnering af varer på vegne af leverandører, varebestilling, lagerstyring m.v. Apotekernes og sygehusenes indkøb var på hhv. 8 og 7,2¹³ mia. kr. i 2014, hvilket inkluderer omkostninger til distributionen. Engrosforhandlerne behandles i afsnit 2.4.

For det tredje er der medicinmarkedets "detailed", som primært består af to salgskanaler; de 234 apoteker og dertilhørende 158 filialer m.v. og de otte sygehusapoteker. Derudover må andre detailhandlere som fx dagligvarebutikker også sælge liberaliserede lægemidler. De står dog med 450 mio. kr. i 2014 for en begrænset del af salget.¹⁴ I detaileddet "sælges" der årligt

¹³ Amgros har oplyst, at omsætningen på sygehusapotekerne i 2015 lå på 7,5 mia. kr.

¹⁴ Sundhedsdatastyrelsen, *Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2010-2014*, marts 2016, tabel 1.

medicin for 21,4 mia. kr. (2014) fordelt på 11,8 mia. kr. i primærsektoren (primært private apoteker) og 9,6 mia. kr. i sygehussektoren.¹⁵ Salg til sygehuse og apoteker behandles i afsnit 2.5 og 2.6.

Fokus i denne analyse er på konkurrencen mellem *engrosforhandlerne* af humanmedicin (både receptpligtig, apoteksforbeholdt håndkøb, liberaliseret håndkøb samt sygehusforbeholdt).

Engrosforhandlerne salg af frihandelsvarer til apotekerne kan have betydning for konkurrencen om at distribuere medicin. Derfor indgår apotekernes frihandelsvarer også i analysen. Frihandelsvarer er "*andre varer end lægemidler, som naturligt og hensigtsmæssigt forhandles på apoteket*", som apotekerne har tilladelse til at sælge, jf. afsnit 2.6 og tabel 2.3.¹⁶

Overordnede sundhedspolitiske mål og hensyn på markedet for medicin

Markedet for medicin er et område, der har stor økonomisk og samfundsmæssig betydning. Derfor er området underlagt en omfattende offentlig regulering i alle omsætningsled.

Regulering skal understøtte en række samfundsmæssige hensyn, herunder sundhedspolitiske hensyn om forsyningssikkerhed, kvalitet og gennemsigtighed, hensynet til styringen af de offentlige udgifter til medicintilskud og sygehusmedicin samt hensynet til at sikre en høj brugervelfærd.

De sundhedspolitiske formål med reguleringen er bl.a. at sikre, at borgerne altid har adgang til medicin af høj kvalitet til forholdsvis lave priser (forsyningssikkerhed og kvalitet), adgang til objektiv og fyldestgørende information om medicin (gennemsigtighed) samt beskyttes mod vildledende og anden ulovlig markedsføring af medicin.¹⁷

Nogle af midlerne til at sikre alle borgere adgang til medicin er hhv. et offentligt tilskud ved køb af medicin på apotekerne og gratis medicin under indlæggelse på sygehuse.

De sundhedspolitiske hensyn ved den konkrete regulering af sektoren præsenteres nedenfor i forbindelse med beskrivelsen af de forskellige omsætningsled.

Offentlige udgifter på medicinmarkedet og styringshensynet

De offentlige udgifter til medicin udgøres dels af det offentlige tilskud til forbrugernes køb af medicin på apotekerne, dels af udgifterne til indkøb af medicin på sygehuse, hvor det offentlige finansierer 100 pct.

Tilsammen udgjorde de offentlige udgifter til medicin i 2014 15,2 mia. kr. svarende til ca. 10 pct. af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet.¹⁸ Dette kan fordeles med ca. 5,6 mia. kr. til tilskud til borgerne ved køb af medicin på apoteker samt 9,6 mia. kr. til sygehusenes medicin-indkøb.¹⁹

¹⁵ Sundhedsdatastyrelsen, www.medstat.dk. Omsætningen for hhv. primærsektoren og sygehuse. Omsætningen er for begge sektorer opgjort inkl. moms, men kan ellers ikke direkte sammenlignes. Eksklusiv moms udgjorde de samlede udgifter til sygehusmedicin 7,7 mia.kr. i 2014.

¹⁶ LBK nr. 1040 af 3. september 2014 om apoteksvirksomhed (Apotekerloven), § 12, stk. 1, nr. 4.

¹⁷ LBK nr. 506 af 20. april 2013 om lægemidler (Lægemiddelloven), § 1.

¹⁸ Danmarks Statistik, www.statistikbanken.dk, budgettet for sundhedsvæsenet udgjorde 170.616 mio. kr. i 2015, OFF29B.

¹⁹ Sundhedsdatastyrelsen, *Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2010-2014*, marts 2016, tabel 1 og 4. Tallet er inklusiv moms og apoteksavance, Eksklusiv moms udgjorde de samlede udgifter til sygehusmedicin 7,7 mia.kr. i 2014.

I perioden 2010-2014 er der sket et fald i de offentlige udgifter til medicintilskud i primærsektoren på 1,6 mia. kr. svarende til ca. 20 pct.²⁰ Det skyldes især, at patenterne på en række lægemidler løbende er udløbet, uden at nye patenter er kommet til, og dermed er en større del af medicinen udsat for generisk konkurrence.²¹

I samme periode er der sket en stigning på 2 mia. kr. i de offentlige udgifter til sygehusmedicin, svarende til en stigning på ca. 27 pct.²² De høje medicinudgifter på sygehusene drives især af behandling af blandt andet kræft, gift og sklerose samt køb af biologiske lægemidler.²³

De offentlige medicinudgifter udgør således en væsentlig post i det offentlige regnskab og fordrer derfor målrettet opmærksomhed samt en effektiv styring.

Gennem en række styringstiltag på både nationalt, regionalt og lokalt plan har man fra myndighedernes side forsøgt at styre medicinudgifter, specielt til sygehusmedicin.

På nationalt plan udgør de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og hhv. regioner og kommuner et styringsredskab, der sætter de økonomiske rammer for sygehusenes udgiftsudvikling, herunder medicinudgifterne.

Ligeledes udgør aftalerne mellem Lægemedielindustriforeningen (LIF), Sundhedsministeriet og Danske Regioner om prislofter og prisreduktioner et styringsredskab, som regulerer den mulige prisudvikling på lægemidler til både sygehuse og apoteker.²⁴ Den gældende aftale om prisreduktion og prisloft over sygehusmedicin trådte i kraft den 1. april 2016.²⁵ Aftalen indebærer, at lofterne for priserne sænkes med 2,5 pct. hvert år indtil 2019 (i alt 10 pct.). Aftalen sikrer også, at prisen på ny sygehusmedicin – dvs. lægemidler, der introduceres i Danmark i aftaleperioden – ikke kan overstige den gennemsnitlige pris i ni sammenlignelige europæiske lande.²⁷ Hvis et nyt sygehuslægemiddel ikke er markedsført i mindst tre af de pågældende europæiske lande ved introduktionen i Danmark, fastsættes der et midlertidigt prisloft, når produktet er markedsført i tre lande. Som noget nyt i forhold til tidligere aftaler genberegnes prisloftet, når et sygehuslægemiddel er introduceret i seks eller samtlige ni referencelande.

Lægemedielindustriforeningen (LIF), Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner har frem til 15. december 2018 forlænget den nuværende aftale om prisloft for tilskudsberettiget medicin solgt på apotekerne for perioden 2012-2014.²⁸

Desuden udgør Koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS), der skal koordinere ibrugtagning af ny sygehusmedicin til standardbehandling, herunder især kræftmedicin, på tværs af regioner og sygehuse²⁹ samt Rådet for Dyr Sygehusmedicin (RADS) tiltag, som

²⁰ Sundhedsdatastyrelsen, *Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2010-2014*, marts 2016, tabel 1 og 4.

²¹ COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren*, september, 2014, side 20.

²² Sundhedsdatastyrelsen, *Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2010-2014*, marts 2016, tabel 1 og 4.

²³ Amgro, *Sygehusmedicin*, 2015.

²⁴ COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren*, 2014, side 31 og 32.

²⁵ Aftalerne for sygehus- og apotekersektoren gælder for LIF's medlemmer (dvs. både områder med begrænset konkurrence som følge af originalproduktens patent og konkurrenceudsatte områder, hvor LIF's medlemmer markedsfører generiske produkter).

²⁶ Lægemedielindustriforeningen, Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, *Aftale om prisreduktioner og loft over priserne for sygehusforbeholdte lægemidler i perioden 1. april 2016 – 31. marts 2019*, 2016.

²⁷ De pågældende lande er Sverige, Norge, Finland, Storbritannien, Holland, Belgien, Tyskland, Irland og Østrig.

²⁸ KFST, oplysninger fra markedsaktører, juni-august 2016.

²⁹ Danske Regioner, <http://www.regioner.dk/medicinsite/kris>.

blandt andet skal bidrage til styringen af medicinudgifterne. Fx søger RADS at bidrage til styringen gennem behandlingsmål for sygehusene. Behandlingsvejledninger fra RADS indgår bl.a. i udbudsgrundlaget for de relevante Amgros-udbud.³⁰

På regions- og sygehusniveau tjener lægemiddelkomiteerne, rekommandationslisterne og standardsortimentet som tiltag, der skal bidrage til styringen af medicinudgifterne. Se også afsnit 2.5 nedenfor for yderligere herom.

De offentlige udgifter til medicin i apotekersektoren tager udgangspunkt i det behovsafhængige tilskudssystem, hvor størrelsen af tilskuddet som udgangspunkt afhænger af den enkelte patients medicinforbrug (generelle tilskud). Når en borger har haft medicinudgifter for 925 kr. inden for en periode på et år, træder det i kraft med en trinvis optrapning af tilskudsprocenten, så 85 pct. af borgerens medicinudgifter dækkes (når patientens medicinudgifter overstiger 3.280 kr.). Hertil kommer særlige tilskudsmuligheder til fx kronikere og terminale patienter.³¹ Tilskudsgrænsen for offentlige tilskud reguleres årligt med satsreguleringen.

2.3 Leverandører af medicin

Leverandørerne på markedet for medicin udvikler, producerer og leverer medicin. Leverandørerne af medicin kan overordnet opdeles i tre grupper:

- » Originalproducenter
- » Generiske virksomheder (kopiproducenter)
- » Parallelimportører³²

Originalproducenterne udvikler, fremstiller og sælger medicin. Størstedelen af de originalproducenter, hvis produkter sælges i Danmark, er organiseret i Lægemedelindustriforeningen, LIF, som har 33 medlemmer.³³ LIF er medlem af Dansk Erhverv.

Når originalproducenterne udvikler nye lægemidler, har de som udgangspunkt patent på de pågældende lægemidler i op til 20 år.³⁴ I nogle tilfælde kan patentbeskyttelsen forlænges med op til 5 år.

Endvidere er originallægemidler omfattet af databeskyttelse i EU i 10 år således, at de kliniske data, som ligger til grund for godkendelsen af lægemidlet, kan benyttes af konkurrerende virksomheder 10 år efter, at originallægemidlet har opnået markedsføringstilladelse.³⁵

De generiske producenter (*kopiproducenterne*) fremstiller og sælger kopimedicin, også kaldet generika, efter originalproducenternes patent er udløbet. De generiske virksomheder er organiseret i Industriforeningen for generisk medicin (IGL), som har ni medlemmer.³⁶

³⁰ COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren*, september 2014.

³¹ COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren*, september 2014, side 33 og 34 samt Sundhedsstyrelsen, www.sst.dk, medicintilskudsgrænser gældende for 2015.

³² Lægemedelindustriforeningen (LIF), *Hjemmemarkedet for lægemidler og dets betydning*, september 2012, side 3.

³³ Lægemedelindustriforeningen, www.lif.dk, optalt 17. september 2015.

³⁴ Patentloven, § 40.

³⁵ COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren*, september 2014, side 37.

³⁶ Industriforeningen for Generiske og Biosimilære Lægemidler, <http://igldk.dk/medlemsvirksomheder/>, antal optalt pr. 17. september 2015. COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren*, september 2014, side 32.

Parallelimportørerne producerer ikke selv medicin, men importerer originalmedicin fra andre EU-lande med lavere priser og sælger det i Danmark. Parallelimportørerne i Danmark er organiseret i Parallelimportørforeningen af lægemidler (PFL), som har tre medlemmer.

Lægemidler må kun sælges på det danske marked, hvis der er udstedt markedsføringstilladelse til lægemidlet enten af Lægemiddelstyrelsen eller af Europa Kommissionen i medfør af EU-retlige regler om fastlæggelse af fællesskabsprocedurer for godkendelse og overvågning af human- og veterinærmedicinske lægemidler m.v. (fællesskabsmarkedsføringstilladelse). Kravet om markedsføringstilladelse gælder også for parallelimporterede lægemidler. Derudover skal virksomheder, der fremstiller, indfører, udfører, oplagrer, forhandler, fordeler, opsplitter eller emballagerer lægemidler, være godkendt af Lægemiddelstyrelsen ved en såkaldt § 39-tilladelse.

Sortimentet af medicin på det danske marked er derfor som udgangspunkt bestemt af leverandørerne på den ene side gennem deres beslutning om, hvilke produkter de ønsker at sælge på det danske marked, og af sundhedsmyndighederne på den anden side gennem deres beslutning om, hvilke produkter der godkendes til salg i Danmark samt på hvilke vilkår, fx om produktet kan opnå offentligt tilskud.³⁷

Ifølge leverandørerne på markedet er der ikke væsentlige barrierer for at indmelde produkter til godkendelse i Danmark, og de danske sundhedsmyndigheder er relativt hurtige til at godkende ny medicin.³⁸ I 2014 blev der markedsført 47 nye lægemiddelstoffer i Danmark, heraf var 27 forbeholdt sygehuse.³⁹

I løbet af 2014 indmeldte leverandørerne i alt knap 11.000 forskellige pakninger til salg på det danske marked.⁴⁰ For en række lægemidler ændrer leverandørerne hyppigt både pakningstørrelse og styrke, således at nogle produkter ikke længere – eller i perioder ikke – sælges på markedet. Det betyder, at sortimentet af medicin, som er tilgængelige for forbrugere og patienter på et givet tidspunkt er mindre end de indmeldte pakninger.

De originale lægemidler udgjorde i 2014 59 pct. af den samlede omsætning i primærsektoren, parallelimporteret medicin udgjorde 24 pct., mens generisk medicin udgjorde 14 pct., jf. figur 2.2 (a). Opgøres fordelingen derimod på solgt mængde, udgjorde de originale lægemidler i 2014 kun 38 pct., parallelimporteret medicin udgjorde 10 pct., mens generisk medicin udgjorde 51 pct.⁴¹

I sygehussektoren udgjorde medicin fra originalleverandører i 2014 83 pct. af den samlede omsætning, parallelimportører udgjorde 9 pct., mens leverandører af generisk medicin udgjorde 9 pct., jf. figur 2.2 (b).

³⁷ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

³⁸ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

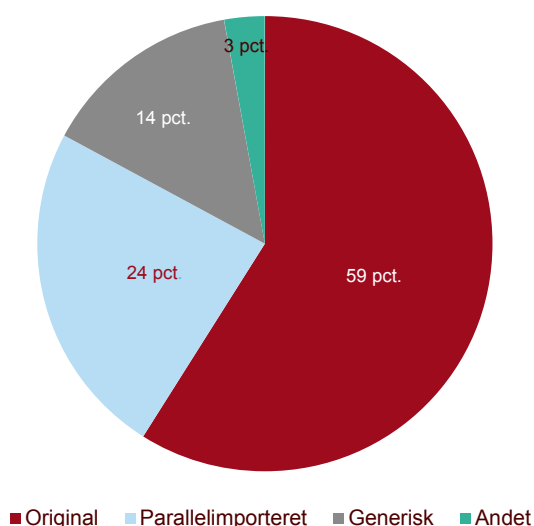
³⁹ Sundhedsdatastyrelsen, *Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2010-2014*, marts 2016, tabel 5.

⁴⁰ Sundhedsdatastyrelsen, *Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2010-2014*, marts 2016, tabel 5. I alt 10.775 forskellige pakninger.

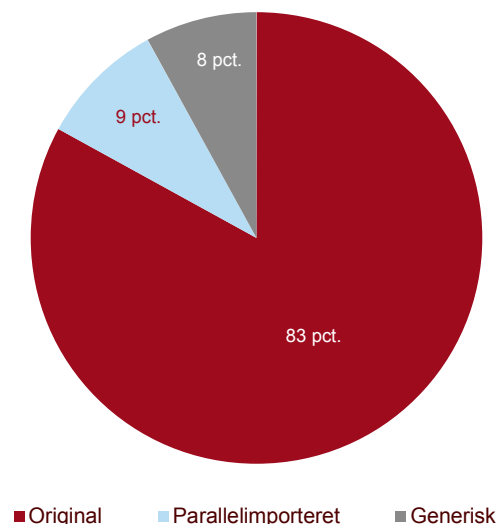
⁴¹ Sundhedsdatastyrelsen: *Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2010-2014*, tabel 1.

Figur 2.2 Omsætning fordelt på medicintype, 2014

(a) Omsætning i primærsektoren



(b) Omsætning i sygehussektoren



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2010-2014, tabel 1.

Anm.: Omsætningen er fordelt efter leverandører. I den forbindelse skal det bemærkes, at en originalleverandør også kan producere generisk medicin. PFL har oplyst, at de kun importerer originale, panterede lægemidler.

Kilde: Amgro, Status og perspektiver 2014-15, side 14.

Sammenlignet med en række andre europæiske lande har flere internationale studier for apoteksforbeholdt medicin vist, at de danske forbrugerpriser på generisk medicin er blandt de laveste i Europa.⁴² For medicin omfattet af patent tyder det derimod på, at de danske forbrugerpriser ligger i den høje ende.⁴³

Når der foretages internationale sammenligninger tages der (oftest/formentlig) udgangspunkt i den officielle indkøbspris. Dermed tages der ikke højde for rabatter, der gives til apotekerne, eller i hvor høj grad de billigste produkter er tilgængelige for forbrugerne. Fx meldes der tit leveringssvigt på de billigste produkter i Danmark, og hvis forbrugeren ikke kan eller vil vente, er forbrugeren nødsaget til at købe et dyrere produkt. Omfanget af leveringssvigt i

⁴² En europæisk prissammenligning foretaget af IMS Health i 2014, hvor Danmark ligger lavest sammen med Polen og Tjekkiet. De lave danske priser er konsistent med en tilsvarende analyse fra IMS Health i 2012. Flere internationale analyser bekræfter, at Danmark er blandt de lande i Europa med de laveste priser på generika. IMS Health: Danske priser på kopimedicin er næstlavest i Europa – Nyhedsbrev fra Danmarks Apotekerforening, 2015; *IMS Health: Danske priser på kopimedicin er næstlavest i Europa. (2014), IMS Health: Danmark har de laveste medicinpriser (2012).*

⁴³ Se bilag 2, COWI har i en analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren udarbejdet et prisindeks for de 50 vigtigste lægemiddelgrupper målt på omsætning i perioden fra 4. kvartal 2012 til 3. kvartal 2013. Disse lægemidler er opdelt efter, hvorvidt lægemidlerne er omfattet af patent eller udsat for generisk konkurrence. Prisindekset er opgjort for Danmark, Sverige, Norge, Finland og Irland. For lægemidler uden generisk konkurrence har Danmark de højeste priser på nær Sverige.

Danmark er stort, jf. også afsnit 5.4, mens det er uvist, hvor stort omfanget i udlandet er. De faktiske priser kan således variere en del fra de teoretiske prissammenligninger.

Den andel af medicinmarkedet, som er genstand for substitution med generika (og dermed for potentiel konkurrence) er for apotekernes vedkommende steget fra 19 pct. i 2009 til 22 pct. i 2014 (målt på omsætning).⁴⁴

Leverandørerne vælger selv, hvordan deres produkter skal distribueres til sygehuse og apoteker. Langt de fleste leverandører anvender engrosforhandlere til distributionen fremfor selv at forestå distributionen.

Der er 158 virksomheder, der har tilladelse til fremstilling og indførsel af lægemidler efter § 39 i Lægemiddelloven. Det inkluderer både apoteksforbeholdt medicin, håndkøbsmedicin og veterinærmedicin.⁴⁵

2.4 Engrosforhandlere på markedet for medicin

Godkendelse af engrosforhandlere på markedet

En virksomhed, der ønsker at virke som engrosforhandler på det danske marked for medicin, skal søge Lægemiddelstyrelsen om tilladelse efter Lægemiddellovens § 39.⁴⁶

En engrosforhandler er en virksomhed, der har med enhver form for aktivitet, der består i at købe, sælge, modtage, opbevare eller levere medicin inden for EU/EØS eller i at eksportere medicin til tredjelande. Engrosforhandling dækker alene handel mellem virksomheder, modsat detailforhandling, hvor der udleveres lægemidler til slutbrugerne.⁴⁷

Overordnet kan engrosforhandlere på medicinmarkedet inddeles i to forskellige kategorier:

- » *Grossister*, der overtager ejerskabet over produkterne, dvs. køber produkter fra leverandører og videresælger til kunder
- » *Pre-wholesaler*, der ikke overtager ejerskabet over produkterne, men derimod opbevarer og leverer produkterne på vegne af leverandørerne mod et fee fra leverandørerne.

Hertil bemærkes, at en leverandør kan vælge at anvende en pre-wholesaler til opbevaring af produkterne og herefter sælge fra pre-wholesaleren til grossister, som herefter sælger videre til bl.a. apoteker og sygehuse. Derudover kan en virksomhed desuden både fungere som pre-wholesaler og grossist, som fx Nomeco. Et transportfirma, der *kun* transporterer lægemidler, skal *ikke* have en § 39-tilladelse, også selvom varerne ikke altid transporteres direkte fra A til B, men fx går via et transportcenter og henstilles i en kortere periode fx over en weekend. Det væsentlige er, at der i denne form for distribution ikke foretages nogen form for udpakning eller ompakning af selve lægemidlet under transport.⁴⁸

⁴⁴ Statens Serum Institut, *Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2009-2013, 2014*, tabel 1 og 2.

⁴⁵ Lægemiddelstyrelsen, <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/virksomhedstilladelse-og-registrering/fremstilling-og-indfoersel-af-laegemidler-og-mellemprodukter>. Listen er hentet 30. maj 2016, og antal unikke virksomhedsnavne er talt.

⁴⁶ Foruden engrosforhandlere gives der også § 39 tilladelser til fremstillere (tilladelse til fremstilling og indførsel af lægemidler) og detailforhandlere (tilladelse til detailforhandling af ikke-apoteksforbeholdte lægemidler).

⁴⁷ BEK nr. 1359 af 18. december 2012 om distribution af lægemidler, § 3, nr. 4 og 6.

⁴⁸ Sundhedsstyrelsen, *Vejledning om hvilke aktiviteter, der kræver en § 39-tilladelse eller virksomhedsregistrering*, 2014, side 6.

Pr. 1. oktober 2015 havde 268 virksomheder en § 39-tilladelse til engrosforhandling af lægemidler fra Lægemiddelstyrelsen. Mere end halvdelen af disse virksomheder er producenter eller importører af medicin. Derudover er der en del virksomheder, der udelukkende forhandler veterinærmedicin eller naturlægemidler.⁴⁹

God distributionspraksis (GDP)

Når en virksomhed opnår en § 39-tilladelse til engrosforhandling af lægemidler, omfattes virksomheden af kravet om *god distributionspraksis* (GDP),⁵⁰ der bygger på tre EU direktiver.⁵¹

EU har i 2013 udarbejdet en ny vejledning⁵², der giver nogle detaljerede retningslinjer for, hvordan engrosforhandlere kan efterleve de GDP-krav, som også er implementeret i den danske bekendtgørelse for distribution af lægemidler.⁵³

God distributionspraksis er den del af kvalitetssikringen, der sikrer, at lægemidlers egenskaber ikke forringes under distribution, og at defekte lægemidler kan spores og tilbagekaldes.⁵⁴ For at sikre dette skal engrosforhandlerne etablere og benytte et effektivt kvalitetssikringssystem.

Ligeledes er det engrosforhandlerens ansvar, at lægemidlerne transporteres efter god distributionspraksis.⁵⁵ Det betyder, at det er engrosforhandlerens ansvar, at transportvirksomheder, der alene transporterer lægemidler, overholder GDP-krav.

Virksomheder med tilladelse til engrosforhandling bliver løbende kontrolleret af Lægemiddelstyrelsen.⁵⁶ Inspektionen bliver foretaget i henhold til de gældende regler om GDP-praksis.⁵⁷

Regulering af indmeldelse af leveringssvigt

Engrosforhandlere er ikke i henhold til lovgivningen *forpligtede* til at levere til hverken apoteker eller sygehuse.

For *apotekersektoren* er engrosforhandlere forpligtede til at indmelde til Lægemiddelstyrelsen, hvis de ikke kan imødekomme apotekernes bestillinger af et produkt fuldt ud til og med næste hverdag (*indmeldelse af leveringssvigt*).⁵⁸ Denne forpligtelse gælder for al apoteksforbeholdt medicin og liberaliseret håndkøbsmedicin samt bl.a. visse typer veterinærmedicin. En engrosforhandler kan kun melde en pakning i leveringssvigt, hvis engrosforhandleren har en

⁴⁹ KFST's egen opgørelse på baggrund af www.laegemiddelstyrelsen.dk.

⁵⁰ BEK nr. 1359 af 18. december 2012 om distribution af lægemidler, § 2, stk. 1 og § 12.

⁵¹ Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2001/83/EF af 6. november 2001 om oprettelse af en fællesskabskodeks for humanmedicinske lægemidler, Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2001/82/EF af 6. november 2001 om oprettelse af en fællesskabskodeks for veterinærlægemidler og Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/62/EU af 8. juni 2011 om ændring af direktiv 2001/83/EF om oprettelse af en fællesskabskodeks for humanmedicinske lægemidler for så vidt angår forhindring af, at forfalskede lægemidler kommer ind i den lovlige forsyningskæde.

⁵² Kommissionens meddelelse af 5. november 2013 om vejledning i god distributionspraksis for humanmedicinske lægemidler (2013/C 343/01).

⁵³ BEK nr. 1359 af 18. december 2012 om distribution af lægemidler.

⁵⁴ BEK nr. 1359 af 18. december 2012 om distribution af lægemidler, § 3, nr. 1.

⁵⁵ Kommissionens meddelelse af 5. november 2013 om vejledning i god distributionspraksis for humanmedicinske lægemidler (2013/C 343/01), pkt. 9.1.

⁵⁶ LBK nr. 506 af 20. april 2013 om lægemidler (Lægemiddelloven), § 44.

⁵⁷ BEK nr. 1359 af 18. december 2012 om distribution af lægemidler, § 44, stk. 1.

⁵⁸ BEK nr. 1399 af 2. december 2015 om medicinpriser og leveringsforhold m.v., § 10.

distributionsaftale eller lignende for den pågældende pakning.⁵⁹ Der er ingen sanktioner i forbindelse med indmelding af leveringssvigt.

Leveringssvigt i apotekersektoren beskrives nærmere i afsnit 5.4.

For *sygehussektoren* er det leverandøren og ikke engrosforhandleren, som skal melde leveringssvigt. Derudover er der i kontrakterne et krav om, at leverandører, der ikke er leveringsdygtige, skal kompensere for sygehusenes merudgift ved køb af billigst mulige erstatningskøb.

Regulering af rabatter på salg af medicin

I henhold til reguleringen har engrosforhandlere kun mulighed for at yde apotekerne rabatter på medicin, hvis rabatterne er omkostningsbegrundede og baseret på, at apotekerne udviser en adfærd, der indebærer en direkte omkostningslettelse for engrosforhandleren.⁶⁰ Formålet med at begrænse engrosforhandlerens brug af rabatter til apotekerne er at sikre uvildigheden i apotekernes medicinindkøb og -udlevering.

For receptpligtig medicin og apoteksforbeholdt håndkøbsmedicin er de omkostningsbegrundede rabatter desuden underlagt en såkaldt *skiltepligt*, som betyder, at grossister er forpligtede til på deres hjemmeside at offentliggøre oplysninger om apotekernes adgang til at opnå omkostningsbegrundede rabatter.⁶¹ Skiltepligten omfatter ikke liberaliseret håndkøbsmedicin, som ellers også er omfattet af omkostningsbegrundelsen. Formålet med skiltepligten er at sikre åbenhed og gennemsigtighed om de omkostningsbegrundede rabatter.

Grossisternes omkostningsbegrundede rabatter til apotekerne indgår som en del af beregningsgrundlaget for apotekernes bruttoavance, som er aftalt mellem Dansk Apotekerforening og Lægemiddelstyrelsen, jf. afsnit 2.6. Omkostningsbegrundede rabatter er yderligere behandlet i afsnit 5.3.

Rabatter på salg af medicin til sygehusene er ikke reguleret af lovgivning.

Engrosforhandlere på det danske marked for medicin

Engrosforhandlere distribuerer medicin fra leverandører til hhv. apoteker og sygehusapoteker.

Apotekernes indkøb beløb sig til 8 mia. kr. i 2014,⁶² og udgifterne til medicin indkøbt til sygehuse gennem Amgros udgjorde 7,2 mia. kr. i 2014.⁶³

Omsætningen i primærsektoren er faldet med 1,8 mia. kr. svarende til 13 pct. i perioden 2010-2014, mens omsætningen på sygehusmedicin er steget med 2 mia. kr. svarende til en stigning på 26,7 pct. for samme periode.⁶⁴ Distributionen af medicin til sygehuse er derfor i stigende grad et vigtigere marked for engrosforhandlerne.

⁵⁹ BEK nr. 1399 af 2. december 2015 om medicinpriser og leveringsforhold m.v., § 10, stk. 2.

⁶⁰ LBK nr. 506 af 20. april 2013 om lægemidler (Lægemiddelloven), § 71b og BEK nr. 1153 af 22. oktober 2014 om reklame m.v. for lægemidler, § 36.

⁶¹ BEK nr. 1153 af 22. oktober 2014 om reklame m.v. for lægemidler, § 38.

⁶² Lægemiddelstyrelsen, *Undersøgelse af apotekernes driftsforhold – Regnskabsresultater for apoteker i året 2014*, april 2016, tabel 1.

⁶³ Amgros, *Sygehusmedicin 2015*, 2015. Amgros har oplyst, at omsætningen på sygehusapotekerne i 2015 lå på 7,5 mia. kr.

⁶⁴ Sundhedsdatastyrelsen, *Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2010-2014*, marts 2016, tabel 1.

For den medicin, der distribueres til sygehuse, benyttes begge typer engrosforhandlere. Analysen viser, at der i dag er mindst syv engrosforhandlere af medicin til sygehuse,⁶⁵ mens der er tre engrosforhandlere (alle grossister) af medicin til apotekerne, heraf udgør de to største [95-100] pct. af salget, jf. figur 2.3.

Figur 2.3 Engrosforhandlere af medicin til sygehuse og apoteker, 2015

Sygehuse	Apoteker
Grossister • Nomeco • TMJ Pre-wholesaler • Nomeco Leverandørservice/ Nomeco Sygehusservice • Biofarma • Movianto • DSV • 2M • Tabsn Caps Pack ApS	Grossister • Nomeco • TMJ • PharmaService

Kilde: KFST, oplysninger fra markedsaktører, 2015.

De to store grossister til apotekerne, Nomeco og TMJ, er i dag del af verdensomspændende virksomheder. I 2004 blev Nomeco opkøbt af den tyske koncern PHOENIX Group. PHOENIX Group opererer i 25 europæiske lande med i alt 29.000 ansatte. I Danmark har Nomeco 750 ansatte fordelt på syv forskellige adresser i landet.⁶⁶ I 2006 købte den tyske lægemiddelgrossist, Celesio, de to danske lægemiddelgrossister K.V. Tjellesen A/S og Max Jenne Medicinalvarer En Gros A/S og fusionerede dem senere i 2009.⁶⁷ Celesio AG blev i 2013 solgt til den amerikanske lægemiddelgrossist, McKesson Corporation. Celesio-gruppen er til stede i 14 lande og har omkring 39.000 medarbejdere på europæisk plan. I Danmark har TMJ 300 medarbejdere fordelt på to adresser.⁶⁸ Celesio og Phoenix Group er blandt de største lægemiddelgrossister i Europa.⁶⁹

Den resterende andel af apotekernes medicin, som udgør [0- 5 pct.], distribueres af PharmaService, som er en dansk familiejet grossistvirksomhed, der forhandler et begrænset sortiment af humanmedicin fra udvalgte leverandører.

Tabel 2.2 præsenterer en række baggrundsoplysninger om Nomeco og TMJ.

⁶⁵ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

⁶⁶ Nomeco, www.nomeco.dk; The PHOENIX group, <http://www.phoenixgroup.eu/EN/PHOENIXgroup/TheCompany/Pages/default.aspx>.

⁶⁷ Konkurrencerådets afgørelse af 21. juni 2006, *The acquisition of Tjellesen and Max Jenne by Celesio*. Fusionen blev henvist til behandling i Konkurrentestyrelsen fra Europa-Kommissionen.

⁶⁸ Tjellesen Max Jenne, www.TMJ.dk.

⁶⁹ Nomeco, www.nomeco.dk; Tjellesen Max Jenne, www.TMJ.dk.

Tabel 2.2 Baggrundsoplysninger om Nomeco og TMJ

	Nomeco	TMJ
Årlig omsætning i DK	5,9 mia. kr.	3,3 mia. kr.
Lokaliteter i DK	7	2
Primær grossist for andel af apoteker/filialer	2/3	1/3
Medarbejdere i DK	750	300
Varer i sortiment	16.789	16.310
Del af følgende virksomhed	PHOENIX Group	Celesio/McKesson Corporation

Note: Omsætningen for TMJ er korrigeret for, at regnskabsåret 2014/2015 var på 15 måneder.

Kilde: Årsregnskaber for Nomeco og TMJ; www.nomeco.dk ; www.tmj.dk.

Nomeco og TMJ er begge medlemmer i brancheforeningen for lægemiddelsgrossister, MEGROS. MEGROS har alene de to fuldsortimentsgrossister som medlemmer.

Engrosforhandleres opgaver ved distribution af medicin

De *opgaver*, som engrosforhandlerne løser ved distribution til sygehusene, er primært knyttet til selve distributionen af medicinen, herunder modtagelse, kvalitetssikring, opbevaring og levering af produkter. Der er som udgangspunkt ingen returret af medicin for hospitaler.

De *pengestrømme*, der er mellem leverandører og engrosforhandlere i forbindelse med distribution af medicin til sygehusene, omfatter alene den avance/fee, som engrosforhandleren modtager for at distribuere produktet. De services, engrosforhandlerne tilbyder sygehusene, er således omfattet af denne avance/fee.

De *opgaver*, som grossisterne løser ved distribution til apotekerne er dels knyttet til selve distributionen af medicinen, herunder modtagelse, kvalitetssikring, opbevaring, levering og returnering af produkter og melding af leveringssvigt i tilfælde af, at grossisten ikke kan levere en given vare. Dels knytter opgaver sig til en række interne arbejdsgange på apotekerne, fx i forbindelse med apotekernes varebestilling og -modtagelse samt lagerstyring, indretning af og "trimning" af butikker.⁷⁰

Skiftende priser på medicin til apoteker hver 14. dag og det forhold, at apotekerne skal tilbyde det billigste produkt, jf. afsnit 2.6, betyder stor udskiftning i apotekernes sortiment til følge. Der foretages mange returneringer fra apoteket til grossisten og eventuelt videre til leverandøren. Returnering sker både for salgsbare varer såvel som varer, der er udløbet, afregistreret, deaktiveret, tilbagekaldt eller defekte. I henhold til lovgivningen må apoteker dog maksimalt returnere 30 pakninger pr. varenummer pr. prisperiode.

En væsentlig del af grossisternes services til apotekerne er baseret på elektroniske løsninger, som grossisterne tilbyder apotekerne. Især grossisternes håndtering af varebestilling og lager-

⁷⁰ Nomeco, www.nomeco.dk; Tjellesen Max Jenne, www.TMJ.dk

logistik håndteres gennem grossisternes *it-løsninger*, der i praksis tilkobles apotekernes egne it-systemer. Gennem tilkoblingen til apotekernes it-systemer får grossisterne oplysninger om lagerstatus og omsætning for de varer, som grossisten forsyner apoteket med.

De *pengestrømme*, der er mellem leverandører og engrosforhandlere i forbindelse med distribution af medicin til apotekerne, omfatter den avance, som grossisten modtager for at distribuere produktet. Services, som grossisten tilbyder, er som udgangspunktet inkluderet i denne avance. Det betyder endvidere, at apotekerne ikke selv betaler for den service, grossisterne tilbyder dem.

Pengestrømme mellem engrosforhandlere og leverandører samt engrosforhandlere og apoteker omfatter dog også kreditering i forbindelse med prisjusteringer og returneringer, rabatter til apotekerne, udlæg for rabatter på frihandelsvarer og rabat ved brug af it-system.

Engrosforhandlernes sortiment

Engrosforhandlere er ikke i henhold til lovgivningen forpligtede til at føre et givent sortiment af medicin. Dog kan de kun sælge lægemidler, som er godkendt af myndighederne til salg i Danmark.

De to store medicingrossister, der sælger til apotekerne, er begge *fuldsortimentsgrossister*.⁷¹ Det betyder, at de distribuerer alle lægemidler, som er godkendt i Danmark. Derudover distribuerer de frihandelsvarer til apotekerne. Den tredje grossist, der sælger humane lægemidler til apotekerne, PharmaService, sælger kun et meget begrænset sortiment. Grossisterne har ikke direkte indflydelse på sortimentet af medicin i Danmark. Dog kan grossisternes vilkår og pris for at distribuere produkterne spille en rolle for, om leverandører vælger at introducere og sælge produkter på det danske marked. En markedsaktør oplever imidlertid, at leverandører nogle gange vælger at introducere nye produkter, *før* der er indgået en aftale om distributionen.⁷²

Da [95-100] pct. af salget af medicin foregår gennem de to fuldsortimentsgrossister, er grossisternes faktiske distribution af medicin bestemmende for det sortiment, der de facto er tilgængeligt på apotekerne.

Nomeco og TMJ har begge over 16.000 varenumre, hvor receptpligtig medicin udgør den største andel. Ligeledes har de begge et stort udvalg af frihandelsvarer, mens håndkøbsmedicin og veterinærmedicin kun udgør en lille del af sortimentet. Begge aktører har stort set identisk sortiment til apotekerne, når det kommer til medicin – både hvad angår receptpligtig medicin, apoteksforbeholdt og liberaliseret håndkøbsmedicin. Det hænger sammen med, at begge er fuldsortimentsgrossister, og at de dermed som udgangspunkt køber alle de produkter, som deres kunder efterspørger, og som leverandørerne/producenterne ønsker at sælge til dem. Antallet af grossisternes solgte varenumre inden for medicin stemmer derfor også nogenlunde overens med det antal varenumre, der har været indmeldt i medicinpriser i løbet af året. Derudover har Nomeco et lidt større udvalg for veterinærmedicin og frihandelsvarer.

⁷¹ I 2010 blev 93 pct. af de lægemidler (målt på mængde), som blev distribueret af fuldsortimentsgrossister i DE, ES, FR, IT, NL og Storbritannien solgt gennem apoteker. IPF, Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical sector, side 6.

⁷² KFST, Oplysninger fra markedsaktører, juni-august 2016.

2.5 Salg af produkter til sygehusene

Udgifter til indkøb af sygehusmedicin var i 2014 på 7,2 mia. kr.⁷³ Det inkluderer omkostninger til distribution af medicin. Oftest ejer engrosforhandleren ikke selv produkterne, der skal distribueres til sygehusene. I stedet modtager engrosforhandlerne et fee fra leverandørerne for at stå for selve distributionen.

Kort om sygehusapoteker og deres sortiment

Et *sygehusapotek* er en afdeling/apotek på et sygehus. Sygehusapoteker eller sygehusapoteks-filialer kan oprettes af staten eller et regionsråd.⁷⁴ Sygehusapotekernes rolle er at fremskaffe lægemidler til sygehusets patienter og andre regionale institutioner gennem indkøb eller egenproduktion.⁷⁵ Der fandtes i 2014 otte offentlige sygehusapoteker⁷⁶ med godt 1.400 medarbejdere i de fem regioner samt en række filialer.⁷⁷

Om et markedsført lægemiddel rent faktisk anvendes på sygehusene og dermed indgår i deres sortiment, besluttet af regionsrådet og på sygehusniveau.⁷⁸ De fem regioner har nedsat *lægemiddelkomiteer*, som på baggrund af faglige vurderinger fra specialistgrupper/speciallægeråd og under hensyn til økonomien fastlægger sygehusenes generelle lægemiddelsortiment. Dette udmøntes i rekommandationslister og behandlingsvejledninger. Rekommandationslisterne udarbejdes én gang årligt på baggrund af resultatet af årlige udbud fra Amgros. Fra rekommandationslisten definerer lægemiddelkomiteerne, sygehusapotekerne og det enkelte afsnits overlæger i samarbejde afsnittets *standardsortiment*. Rekommandationslisten suppleres på afdelingsniveau af specialistmedicin, som kun anvendes på de pågældende afdelinger.⁷⁹ Hertil kommer KRIS og RADS, jf. afsnit 2.2 ovenfor.

Sygehusapotekerne fører i alt omkring 7.000 varenumre, heraf 600, som alene er sygehusforbeholdte varer.⁸⁰ Sygehusforbeholdte lægemidler står for størstedelen af sygehusapotekernes omsætning målt i kroner (60 pct.), men udgør en markant lavere andel, når der ses på mængde (11 pct. målt i DDD).⁸¹

I 2014 tegnede 28 lægemidler sig for 50 pct. af omsætningen på sygehusene. Den anden halvdel af omsætningen stammede fra de øvrige lægemidler.⁸²

Sygehusapotekets indkøbsproces

Sygehusene indkøber langt størstedelen af deres medicin (99 pct.) via indkøbsaftaler indgået af det regionsejede indkøbsselskab Amgros, jf. boks 2.1.

⁷³ Amgros, *Sygehusmedicin*, 2015. Amgros har oplyst, at omsætningen på sygehusapotekerne i 2015 lå på 7,5 mia. kr.

⁷⁴ LBK nr. 1040 af 3. september 2014 om apoteksvirksomhed (Apotekerloven), § 54, stk. 1.

⁷⁵ LBK nr. 1040 af 3. september 2014 om apoteksvirksomhed (Apotekerloven), § 55-56.

⁷⁶ Private sygehuse kan med Sundhedsstyrelsens tilladelse oprette sygehusapoteker. Der fandtes i 2014 ingen private sygehusapoteker, og der havde heller ikke været ansøgninger herom, jf. Sundhedsministeriet, *Modernisering af apotekersektoren*, 2014, side 43.

⁷⁷ Sundhedsministeriet, *Modernisering af apotekersektoren*, 2014, side 43ff.

⁷⁸ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, *Rapport fra arbejdsgruppen om sygehusmedicin*, maj 2009, side 21.

⁷⁹ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, *Rapport fra arbejdsgruppen om sygehusmedicin*, maj 2009, side 37, 38, 39, 41.

⁸⁰ Sundhedsministeriet, *Modernisering af apotekersektoren*, 2014, side 46.

⁸¹ Sundhedsministeriet, *Modernisering af apotekersektoren*, 2014, side 43ff.

⁸² Amgros, *Status og perspektiver 2014-15*, 2015, side 3 og 14.

Boks 2.1

Om Amgros

Amgros er ejet af regionerne og har hjemmel i sundhedslovens § 78, stk. 3. Amgros blev etableret i 1990 af de daværende amter som indkøbsvirksomhed inden for sundhedsområdet.

Amgros ledes af en bestyrelse på syv medlemmer. Hvert regionsråd udpeger blandt dets medlemmer ét bestyrelsesmedlem, hvor regionsrådet for Region Hovedstaden dog udpeger to bestyrelsesmedlemmer. Det sidste bestyrelsesmedlem udpeges på skift af de fire øvrige regionsråd. Udpegningen af bestyrelsesmedlemmer sker for regionsrådenes valgperiode, så den nuværende bestyrelse fungerer i perioden 2014-2018 med regionsrådsformand Sophie Hæstorp Andersen som bestyrelsesformand.⁸³

Siden 2007 har Amgros varetaget indkøb af medicin til offentlige sygehuse i hele landet, hvor formålet er at skabe stordriftsfordele og administrative besparelser ved at samle indkøbet af lægemidler til sygehuse ét sted. Den primære opgave er at sikre, at de offentlige sygehuse i Danmark altid har de fornødne lægemidler til rådighed, indkøbt til en god pris, hvilket sker gennem udbud og storindkøb.⁸⁴

I januar 2008 fusionerede Amgros I/S og SAD I/S (regionernes registreringskontor) efter ønske fra regionerne. Fusionen medførte, at Amgros siden da har været indehaver af markedsføringstilladelser for SAD-præparater, som er lægemidler, der produceres på Sygehusapotekerne i Danmark.⁸⁵ Sortimentet består af ca. 80 lægemidler, og de kræver registrering og godkendelse fra Lægemiddelstyrelsen. De opfylder bl.a. nogle vigtige behov i forhold til beredskab og forsyningssikkerhed.⁸⁶ Yderligere er Amgros også ansvarlig for indkøb af høreapparater til landets høreklivner.

Medicinordrer fra sygehusapotekerne går elektronisk via sygehusapotekernes it-system "ApoVision". Bestillinger sendes via Amgros til leverandørerne, mens den fysiske leverance går direkte fra leverandører til sygehusapoteker (dog således, at den faktiske distribution ofte sker gennem pre-wholesale eller en grossist).⁸⁷

ApoVision er et landsdækkende lagerstyrings- og logistiksystem, der bruges af alle sygehusapoteker i Danmark. Systemet blev taget i brug i 1999 og er løbende blevet udbygget. Størstedelen af udviklingen og driften af ApoVision betales af Amgros, mens det enkelte regionalapotek selv betaler for de specialmoduler, de bruger, som ikke er en del af det fælles kernesystem.⁸⁸

I perioden 2010-2015 blev der gennemført 700.000 ordrer gennem Amgros.⁸⁹

Derudover kan sygehusapotekerne selv fremstille magistrelle lægemidler (lægemidler der fremstilles til den enkelte patient under angivelse af en deklaration og uden anden form for navneangivelse).⁹⁰ Denne produktion er dog yderst begrænset.⁹¹

⁸³ Amgros, <http://www.amgros.dk/da/om-amgros/bestyrelse/>.

⁸⁴ Amgros, <http://www.amgros.dk/da/om-amgros/om-amgros/>.

⁸⁵ Amgros, http://www.amgros.dk/media/39870/amgros_faktaark_okt13.pdf.

⁸⁶ Amgros, <http://www.amgros.dk/da/arbejdsomraader/sad-laegemidler/>.

⁸⁷ Sundhedsministeriet, *Rapport fra arbejdsgruppen om sygehusmedicin*, maj 2009, side 35.

⁸⁸ Navtilus, <http://www.navtilus.dk/media/6311/kundecase-1%20-%20region%20nordjylland.pdf>.

⁸⁹ KFST, data fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

⁹⁰ LBK nr. 1040 af 3. september 2014 om apoteksvirksomhed (Apotekerloven), § 56.

⁹¹ Sundhedsministeriet, *Modernisering af apotekersektoren*, 2014, side 44, 48.

Medicinindkøb gennem Amgros-udbud

Medicin til sygehussektoren indkøbes gennem udbud for at skabe eller give mulighed for konkurrence mellem leverandørerne. I 2014 gennemførte Amgros 175 EU-udbud omhandlende 1.166 forskellige lægemidler fordelt på 2.703 varenumre (af de i alt 7000 varenumre).⁹² Typisk vil rammekontrakten være gældende for ét år med mulighed for forlængelse af aftalen for de omfattede varenumre yderligere ét år (uden nyt udbud). Sygehusapotekerne foretrækker forlængelser, da de gerne vil undgå varenummerskift.⁹³

Langt de fleste Amgros udbud kører efter samme proces, jf. figur 2.4.

Figur 2.4 Typisk udbudsproces for Amgros-udbud



Kilde: Amgros.

Kriteriet for at vinde kan enten baseres på laveste pris eller på økonomisk mest fordelagtige bud. Yderligere er udbuddet specificeret ved, om der indgås rammekontrakt med enten én leverandør eller flere. Parallele rammeaftaler indgås med op til fem leverandører, som rangeres, så det er nr. 1, der har leveringspligt. Hvis en leverandør kommer i restordre eller af anden grund ikke er leveringsdygtig, er leverandøren forpligtiget til at erstatte Amgros' merudgift ved køb af billigst mulig erstatningskøb.

I de kontrakter, som Amgros indgår med leverandørerne, er det leverandøren, som bestemmer, hvem der skal stå for distributionen til sygehusapotekerne. Størsteparten af leverandørerne bruger de danske engrosforhandlere (80 pct.), mens ca. 20 pct. af leverandører har eget lager i Danmark eller udlandet.⁹⁴

Gennem udbud fra Amgros køber sygehusene medicin til leverandørens tilbudspris. Hvis apotekernes indkøbspris (AIP) på noget tidspunkt i indkøbsperioden er lavere end den aftalte tilbudspris, er sygehuset berettiget til at købe det pågældende lægemiddel hos leverandøren til AIP.⁹⁵ Denne proces betyder, at sygehusene køber medicin billigere, end hvad apotekerne køber tilsvarende medicin til. "Rabatten" beregnes som forskellen mellem den officielle listepris (AIP) og Amgros' reelle indkøbspris.

Flere leverandører har givet udtryk for, at kriterierne i Amgros-udbuddene burde ændres, så flere leverandører vil have mulighed for (rentabelt) at byde på udbuddene. Det vil styrke konkurrencen mellem leverandører og dermed føre til lavere indkøbspriser for sygehusene.

⁹² Amgros, *Generel information om Amgros og omverden*, maj 2015.

⁹³ Amgros, *Grundlæggende information om lægemiddeludbud*, 2015, side 60.

⁹⁴ COWI, *Analyse af indkøb i lægemidler i primærsektoren*, september 2014.

⁹⁵ Amgros, *Grundlæggende information om lægemiddeludbud*, 2015, side 50.

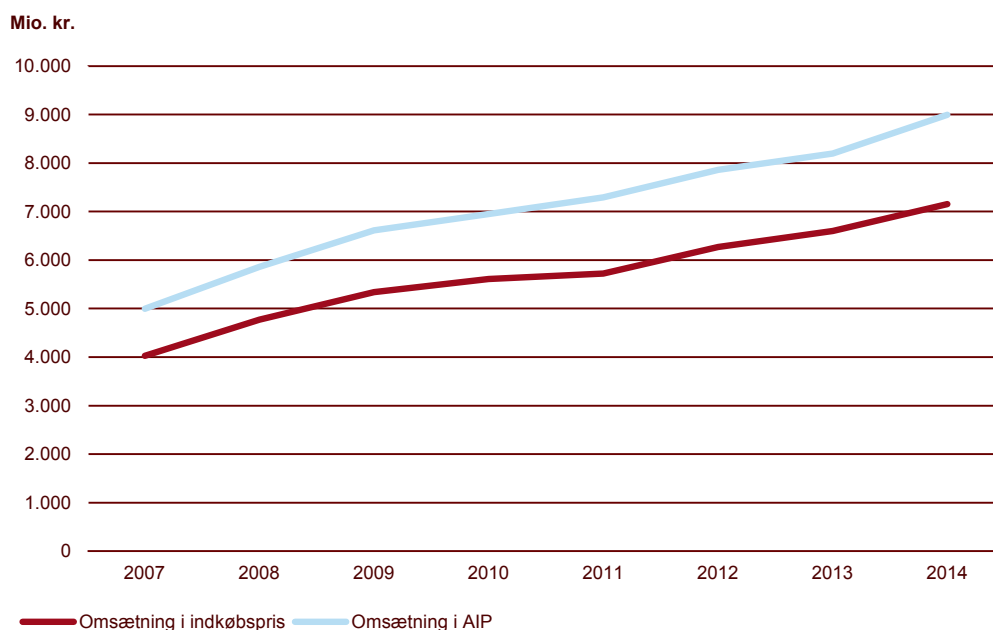
Udgifter til sygehusmedicin

Udgifterne til sygehusmedicin har været stigende. I 2014 blev der indkøbt medicin for 7,2⁹⁶ mia. kr. gennem Amgros, hvilket er en stigning på 78 pct. siden 2007, jf. Figur 2.5.⁹⁷ De samlede udgifter til sygehusmedicin er inklusiv et administrationsgebyr på 2 pct. til Amgros.

Figur 2.5 viser desuden sygehusudgifterne opgjort i både Amgros' faktiske indkøbspris og i apotekernes indkøbspris. Forskellen mellem disse to opgørelser viser den rabat, Amgros opnår ved at købe lægemidler gennem udbud. Amgros' rabat har været stigende, og i 2014 opnåede Amgros en besparelse på 1,8 mia. kr. svarende til en besparelse på 20 pct. af apotekernes indkøbspris.

Det skal bemærkes, at sammenligningen mellem Amgros' indkøbspris og AIP er kunstig for sygehusforbeholdte lægemidler. Eftersom disse lægemidler ikke sælges på apotekerne, er AIP formentlig højere, end hvis de også blev solgt på apotekerne, og AIP udgjorde en egentlig konkurrenceparameter. Den reelle besparelse gennem Amgros er derfor formentlig lavere.

Figur 2.5 Udgifter til sygehusmedicin gennem Amgros, 2007-2014



Anm.: Omsætning i indkøbspris angiver Amgros' faktiske omsætning målt i Amgros' indkøbspris, hvorimod omsætning i AIP angiver Amgros' hypotetiske omsætning, hvis lægemidlerne var købt til apotekernes indkøbspris (AIP). Amgros har oplyst, at omsætningen (i indkøbspriser) i 2015 lå på 7,5 mia. kr.

Kilde: Amgros Sygehusmedicin 2015.

⁹⁶ Amgros har oplyst, at omsætningen på sygehusapotekerne i 2015 lå på 7,5 mia. kr.

⁹⁷ Amgros, Sygehusmedicin, 2015.

2.6 Salg af produkter til apotekerne

Apotekernes indkøb fra grossisterne beløber sig til 8 mia. kr. årligt, hvoraf godt 0,8 mia. kr. er frihandelsvarer.⁹⁸ For frihandelsvarerne sker salget til apotekerne hovedsagligt på baggrund af indkøbsaftaler indgået af apotekerkæderne "A-apoteket" og "Apotekeren", jf. nedenfor.

For apotekerne udgjorde den receptpligtige medicin i 2014 75,3 pct. af apotekernes omsætning, håndkøbslægemidlerne (både apoteksforbeholdte og liberaliserede) udgjorde 8 pct., mens frihandelsvarer udgjorde 13,1 pct. De resterende 3,6 pct. er bl.a. apotekers salg til andre apoteker samt andre indtægter og sundhedsydelser.⁹⁹ Det bemærkes, at apotekernes omsætning af receptpligtig medicin bygger på lægernes udskrivning af recepter. Apotekerne under ét har derfor ikke mulighed for at øge omsætningen på receptpligtig medicin.

Baggrund om apotekerne

Apotekernes rolle er bl.a. at varetage distributionen af lægemidler, som er ordineret af patientens læge samt forhandle håndkøbsmedicin. Desuden ligger der hos apotekerne en rolle i at informere og vejlede om bl.a. medicinsk anvendelse og opbevaring, priser, substituerbare lægemidler m.v.¹⁰⁰ Derudover er apotekerne forpligtet til at indberette en række oplysninger til regioner og de centrale sundhedsmyndigheder.¹⁰¹

Pr. 1. oktober 2015 var der 236 apotekerbevillinger og 109 apoteksfilialer, der som apotekerne også ekspederer recepter. Hertil kommer 91 apoteksudsalg, 573 håndkøbsudsalg og 288 medicinudleveringssteder,¹⁰² som på forskellige vilkår kan udlevere receptpligtig medicin og forhandle håndkøbslægemidler. Pr. juni 2016 var tallet 234 apotekerbevillinger og 158 apoteksfilialer.¹⁰³ Apotekerne er alle organiseret i Danmarks Apotekerforening. Derudover er størstedelen af apotekerne medlem af en frivillig apotekersammenslutning (enten A-apoteket, Apotekeren eller Pharma+), jf. nedenfor.

Regulering af bevillingssystem for apoteker

Muligheden for at drive et apotek kræver apotekerbevilling fra Lægemiddelstyrelsen.¹⁰⁴ Bevillingssystemet indeholder en række bestemmelser, der regulerer adgangen til at etablere apoteker. Lovgivningen regulerer:

- » antallet af apoteker i Danmark (*antalskontrol*).
- » en række objektive krav til en ansøger, for at vedkommende kan komme i betragtning til en bevilling som apoteker (*ejerskabsregler*).

Formålet med *antalskontrollen* er at sikre en overordnet apoteksstruktur, hvor der er et økonomisk grundlag for at drive et apotek i et hvilket som helst givent område i Danmark. Ønsker man at drive apotek, kan der derfor kun søges en bevilling, når Lægemiddelstyrelsen udbyder en bevilling.

⁹⁸ Lægemiddelstyrelsen, *Undersøgelse af apotekernes driftsforhold – Regnskabsresultater for apoteker i året 2014*, april 2016, tabel 1.

⁹⁹ Danmarks Apotekerforening, *Lægemidler i Danmark 2014 - Lægemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark*, 2014, side 71.

¹⁰⁰ LBK nr. 1040 af 3. september 2014 om apoteksvirksomhed (Apotekerloven), § 11, stk. 1.

¹⁰¹ Sundhedsministeriet, *Modernisering af apotekersektoren*, 2014, side 20, 23.

¹⁰² Danmarks Apotekerforening, *Lægemidler i Danmark 2014 - Lægemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark*, 2014.

¹⁰³ KFST, oplysninger fra markedsaktører, juni-august 2016.

¹⁰⁴ Apotekerlovens § 1, stk. 1, nr. 1 og § 15, stk. 1.

Formålet med *ejerskabsreglerne* er at sikre kvalitet og sikkerhed i distribution af lægemidler samt uafhængighed af andre økonomiske interesser fra fx lægemiddelproducenter eller engrosforhandlere. Det er fx ikke tilladt for engrosforhandlere at eje eller drive et apotek. Vertikal integration mellem apoteker og engrosforhandlere af medicin, hvor engrosforhandlerne og apoteker er en del af samme virksomhed, er tilladt i Norge, Sverige, Nederlandene og Storbritannien. Derudover indebærer ejerskabsreglerne også, at det kun er personer med en farmaceutuddannelse, der kan få en apotekerbevilling og dermed eje et apotek.¹⁰⁵

Apotekere må ikke deltage i fremstilling af og kan ikke få markedsføringstilladelse til lægemidler.¹⁰⁶ Endvidere må en apoteker ikke uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen være tilknyttet en virksomhed, der har tilladelse efter Lægemiddelovens § 7 eller § 39. Tilknytningen må dog ikke indebære en nærliggende risiko for, at apotekeren bliver tilskyndet til at fremme udlevering eller salg af et bestemt produkt.¹⁰⁷

Udgangspunktet er, at Lægemiddelstyrelsen udsteder bevilling til at drive ét apotek. En apoteker kan have bevilling til at drive mere end ét apotek, dog maksimalt fire apoteker.¹⁰⁸

Efter den nye ændring af Apotekerloven trådte i kraft pr. 1. juli 2015, fik apotekere mulighed for, indenfor en radius af 75 km fra apoteket, frit at oprette, flytte eller nedlægge apoteksfilialer. En apoteker kan dog højst drive otte receptudstedende enheder.¹⁰⁹ En receptekspederende enhed er et apotek eller en apoteksfilial. Derudover kan en apoteker desuden frit oprette, flytte eller nedlægge apoteksudsalg, håndkøbsudsalg og medicinudleveringssteder indenfor en radius af 75 km.¹¹⁰ Som noget nyt blev det med lovændringen i 2015 også muligt at oprette onlineapoteker.¹¹¹ I den forbindelse har Lægemiddelstyrelsen oprettet to nye bevillinger til drift af onlineapoteker. Disse online-bevillinger giver udelukkende ret til at drive apoteksvirksomhed online. Der vil ikke kunne oprettes apotekslokaler med publikumsadgang, og der vil ikke kunne oprettes apoteksfilialer og apoteksudsalg.¹¹² Lægemiddelstyrelsen har den 17. juni 2016 meddelt to farmaceuter to bevillinger til at drive onlineapotekerne. Onlineapotekerne skal være tilgængelige for brugerne senest et år efter, at bevillingstagerne er udnævnt (dvs. senest sommeren 2017).¹¹³

Foruden bevillingssystemet har andre detailhandlere mulighed for at få en godkendelse til at sælge liberaliseret håndkøbsmedicin.¹¹⁴

Regulering af apotekets sortiment

For at sikre alle forbrugere har lige og let adgang til køb af lægemidler, har apoteker pligt til at forhandle eller fremskaffe alle lægemidler, som Lægemiddelstyrelsen har godkendt til markedsføring i Danmark.¹¹⁵

¹⁰⁵ Apotekerlovens § 15, stk. 5, nr. 3. EU-retten giver medlemslandene mulighed for at stille krav til apotekernes ejere, men medlemslandene er ikke i henhold til EU-retten forpligtet til det, jf. EU-domstolens sager herom (C-171/07 og C-172/07).

¹⁰⁶ Apotekerlovens § 14.

¹⁰⁷ BEK nr. 1154 af 22. oktober 2014 om sundhedspersoners tilknytning til lægemiddel- og medicin virksomheder og specialforretninger med medicinsk udstyr, § 13, nr. 2.

¹⁰⁸ Apotekerlovens § 15, stk. 1 og stk. 2.

¹⁰⁹ LOV nr. 580 af 4. maj 2015 om lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed § 5, stk. 1. og 2.

¹¹⁰ LOV nr. 580 af 4. maj 2015 om lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed § 6, stk. 1.

¹¹¹ LOV nr. 580 af 4. maj 2015 om lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed § 4, stk. 1.

¹¹² LOV nr. 580 af 4. maj 2015 om lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed § 4, stk. 1.

¹¹³ Lægemiddelstyrelsen, <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/ledig-bevilling-til-onlineapotek>; <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/bevillinger-til-onlineapoteker>

¹¹⁴ § 39 tilladelse, jf. LBK nr. 506 af 20. april 2013 om lægemidler (Lægemiddeloven).

I Danmark er der pr. 15. december 2015 13.575 forskellige pakninger af lægemidler, som er godkendt til salg på de danske apoteker og til udlevering på sygehusene.

Apoteker skal have et varelager af lægemidler, som er passende og tilstrækkelig til efterspørgslen det sted, hvor de er placeret.¹¹⁶ Hvis et apotek ikke ligger inde med det lægemiddel, som forbrugeren ønsker, skal apoteket fremskaffe varen hurtigst muligt.¹¹⁷ Apotekerne kan selv vælge, hvordan de fremskaffer varen.

Derudover omfatter apotekernes sortiment også en række frihandelsvarer. Hvert enkelt apotek vælger selv, hvilket sortiment af frihandelsvarer, de ønsker at føre. Pr. 1. juli 2015 er der dog med lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed kommet yderligere restriktioner på typer af frihandelsvarer, et apotek må føre.¹¹⁸

Regulering af apotekets indkøbspris og 14-dages-prisperiode

I Danmark er der fri prisdannelse på medicin på leverandørniveau. Det vil sige, at apotekernes indkøbspris (AIP) fastsættes af de leverandører, der producerer eller importerer medicin til Danmark.¹¹⁹

AIP på medicin fastsættes for en periode af 14 dage ad gangen. Det sker ved, at leverandøren anmelder AIP til Lægemiddelstyrelsens takstsystem senest 14 dage før, at prisen skal træde i kraft.¹²⁰ Herefter offentliggøres priserne på medicinpriser.dk, der drives af Lægemiddelstyrelsen.¹²¹ Leverandøren kan ikke ændre prisen i løbet af 14-dages-perioden.

Udover at danne grundlag for forbrugerprisen på lægemidler, danner AIP desuden udgangspunkt for fastsættelsen af det offentlige medicintilskud. På medicinpriser.dk offentliggøres gældende priser samt tilskudsprisen.¹²² Dette er med til at skabe fuldstændig prisgennemsigtighed på markedet for lægemidler for apoteker og forbrugere m.v.

Regulering af apotekets udsalgspris på apoteksforbeholdt medicin samt regulering af apotekernes bruttoavance

Sundheds- og Ældreministeriet fastsætter apotekernes udsalgspris (AUP) på apoteksforbeholdt medicin til forbrugerne.¹²³ Apotekets avance, der tillægges AIP, er baseret på en aftale mellem ministeren for sundhed og Danmarks Apotekerforening om apotekersektorens samlede indtjening de kommende to år i form af den samlede ramme for apotekers *bruttoavance*.¹²⁴

Apotekernes samlede bruttoavance opgøres som apotekersektorens samlede omsætning på henholdsvis apoteksforbeholdt medicin, liberaliseret håndkøbsmedicin og frihandelsvarer minus vareforbruget, og skal dække alle driftsudgifter som løn, husleje og investeringer i indretning og it.¹²⁵

Rammen for den gældende bruttoavanceaftale er på 2,63 mia. kr. for 2016 og 2,59 mia. kr. for 2017. Den samlede avance for receptpligtig medicin er ca. 20 pct., mens avancen ofte er højere

¹¹⁵ Apotekerlovens § 41, stk. 2.

¹¹⁶ Apotekerlovens § 41, stk. 1.

¹¹⁷ Apotekerlovens § 41, stk. 2.

¹¹⁸ LOV nr. 580 af 4. maj 2015 om lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed, § 12, stk. 1, nr. 4.

¹¹⁹ Lægemiddelovens § 77, stk. 1.

¹²⁰ Lægemiddelovens § 77, stk. 1.

¹²¹ BEK nr. 404 af 23. april 2013 om medicinpriser og leveringsforhold m.v. §§ 7-8.

¹²² Lægemiddelovens § 82.

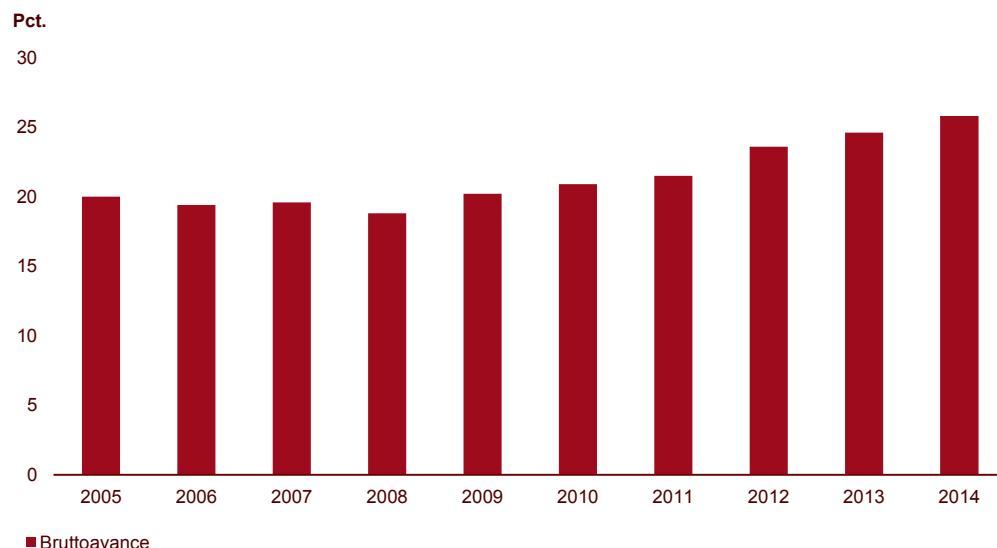
¹²³ Apotekerlovens § 44-46.

¹²⁴ Apotekerlovens § 45.

¹²⁵ Danmarks Apotekerforening, <http://www.apotekerforeningen.dk/om-apotekerne/regulering-af-apotekerne/bruttoavance.aspx>.

for apotekernes frihandelsvarer.¹²⁶ Apotekernes samlede avance på både medicin og frihandelsvarer som andel af apotekernes omsætning udgjorde 25,8 pct. i 2014, jf. figur 2.6. Denne andel har været stigende siden 2008.

Figur 2.6 **Bruttoavancens andel af apotekers samlede omsætning**



Kilde: Danmarks Apotekerforening, *Lægemidler i Danmark 2014, 2015*.

Hvis den faktiske bruttoavance for apotekersektoren i aftaleperioden afviger fra den aftalte bruttoavance med et *mindre* beløb, videreføres differenceen til opgørelsen af bruttoavancen det efterfølgende år. Hvis bruttoavancen afviger med et *større* beløb, får det betydning for størrelsen på avancen og dermed prisen pr. pakning. Hvis den faktiske bruttoavance fx er væsentlig højere end det aftalte, reduceres avancen pr. solgt pakning og dermed også udsalgsprisen til forbrugerne (AUP) på medicin.¹²⁷

Grossisternes omkostningsbegrundede rabatter til apotekerne indgår også som en del af beregningsgrundlaget for apotekernes bruttoavance. Den aftalte bruttoavanceramme for 2016 og 2017 er således fastlagt under forudsætning af samlede omkostningsbegrundede rabatter på 145 mio. kr. årligt. Det svarer til ca. 5,5 pct. af den samlede bruttoavanceramme for 2016. Afvigelser herfra reguleres i rammen for 50 pct.¹²⁸ Det vil sige, at apotekerne kan beholde halvdelen af den rabat, de opnår, hvis rabatterne samlet set overstiger 160 mio. kr., mens den anden halvdel bruges til at nedbringe den pris, som forbrugerne betaler for medicinen (AUP).

¹²⁶ Danmarks Apotekerforening, <http://www.apotekerforeningen.dk/om-apotekerne/regulering-af-apotekerne/bruttoavance.aspx>.

¹²⁷ Sundhedsministeriet, *Modernisering af apotekersektoren*, 2014, side 36.

¹²⁸ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, *Bruttoavanceaftale 2013-14*, december 2012.

Derudover vil hhv. færre eller flere receptekspeditionen end aftalt samt øget hhv. mindsket avance på frihandelsvarer end aftalt, blive reguleret i rammen.¹²⁹

Baseret på den nuværende bruttoavance ramme udgøres AUP pr. pakning på apoteksforbeholdte lægemidler af:¹³⁰

- » Apotekets indkøbspris (AIP)
- » Relevante gebyrer, fx receptgebyr på 8 kr. og et færdigbehandlingsgebyr på 17,5 kr.
- » En fast kroneavance på 7,96 kr.¹³¹
- » En procentuel avance på af 8,4 pct. af AIP¹³²
- » Moms på 25 pct.

Den centralt fastsatte *procentuelle avance* pr. solgt pakning af apoteksforbeholdt medicin skal dække udgifterne *apotekerudligningen og sektorgodtgørelser* og sendes direkte videre til Lægemiddelstyrelsen. Procentsatsen i den procentuelle avance reguleres, hvis udgifterne til apotekerudligningen m.v. stiger eller falder. På samme tid vil kroneavancen blive reguleret tilsvarende, således at man rammer den aftalte bruttoavance ramme.¹³³

AUP er således fastlagt på baggrund af AIP og den samlede bruttoavanceaftale, og det enkelte apotek har dermed ikke selv indflydelse på prisen til forbrugerne, som dermed er den samme for alle apoteker i Danmark.

Apotekets udsalgspris på liberaliseret håndkøbsmedicin og frihandelsvarer kan frit sættes af det enkelte apotek.¹³⁴

Apotekernes udligningsordning

I Danmark er der stor forskel på, hvor meget de enkelte apoteker omsætter for. Udligningsordningen skal sikre økonomisk grundlag for drift af apoteker i udkantsområder. De overordnede retningslinjer for udligning af apotekernes indtjeningsgrundlag er fastlagt i Apotekerlovens kapitel 10 om udligning, afgift og tilskud, mens de mere specifikke regler er fastlagt i bekendtgørelse om beregning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v.

Udligningen tager udgangspunkt i apotekernes omsætning og indebærer, at apoteker med en relativ stor omsætning betaler en afgift, mens apoteker, der ikke har så stor en omsætning, modtager tilskud. Der er pt. fastsat en beløbsgrænse på en omsætning på 35 mio. kr. De apoteker, der har en omsætning over beløbsgrænsen, betaler i dag en afgift til Lægemiddelstyrelsen på 3,6 pct. af differencen mellem beløbsgrænsen og deres omsætning. Apoteker, hvis omsætning ligger under beløbsgrænsen, modtager et tilskud af Lægemiddelstyrelsen på 3,9 pct. af differencen mellem deres omsætning og beløbsgrænsen. Tilskuddet kan dog maksimalt udgøre 1 mio. kr.¹³⁵

Eftersom udligningsordningen er baseret på *omsætning*, er ordningen ikke ensbetydende med overskud for alle apoteker og dermed et økonomisk grundlag for drift af apoteker i udkantsområder.

¹²⁹ Sundheds- og Ældreministeriet, *Bruttoavanceaftale 2016-17*, 2015.

¹³⁰ BKT. nr. 361 af 18. april 2016 om beregning af forbrugerpriser m.v. på lægemidler, §§ 2, 14 og 15.

¹³¹ Baseret på den gældende bruttoavanceaftale.

¹³² Baseret på den gældende bruttoavanceaftale til dækning af udgifter til Apotekerudligningen og sektorgodtgørelser.

¹³³ Sundhedsministeriet, *Modernisering af apotekersektoren*, 2014, side 37, 39 ff.

¹³⁴ Sundhedsministeriet, *Modernisering af apotekersektoren*, 2014, side 35.

¹³⁵ BEK nr. 1507 af 8. december 2015 om beregning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v. § 3.

Regler om substitution og A, B, C-produkter

Når en forbruger indløser sin recept på apoteket, får de ofte tilbudt en anden og billigere pakning end den, lægen har ordineret. Det skyldes, at flere lægemidler indeholder samme aktivstof i samme styrke og mængde og derfor kan substitueres. Dette kaldes *generisk substitution*.¹³⁶ Generisk substitution benyttes i de fleste andre lande, Danmark normalt sammenlignes med.

De lægemidler, der kan substitueres, inddeles i *substitutionsgrupper*.¹³⁷ Den eller de pakninger, der er billigst inden for en substitutionsgruppe, får status af et A-produkt/A-produkter. Den eller de pakninger, som ikke er billigst, men som ligger inden for bagatelgrænsen bliver et B-produkt, og den eller de pakninger som ligger uden for bagatelgrænsen bliver et C-produkt.¹³⁸ Bagatelgrænsen er mellem 5-20 kr. afhængig af lægemidlets pris.¹³⁹ Det er A-produkter, der danner grundlag for tilskudsprisen, og derfor ofte også de mest efterspurgte på apoteket.¹⁴⁰

En substitutionsgruppe af lægemidler, der er berettiget til tilskud, kaldes for en *tilskudsgruppe*.¹⁴¹ Ved køb af disse lægemidler får alle borgere tilskud til medicinen fra regionerne. Tilskuddet bliver automatisk trukket fra lægemidlets pris ved ekspeditionen på apoteket.¹⁴²

Tilskudsprisen fastsættes som forbrugerprisen på det billigste lægemiddel i gruppen.¹⁴³ Det betyder, at hvis en forbruger køber et dyrere lægemiddel i en tilskudsgruppe, gives der kun tilskud svarende til tilskudsprisen, og forbrugerne betaler selv den resterende pris.

Apotekerne er forpligtet til at tilbyde forbrugeren den billigste lægemiddelpakning, medmindre lægen eller forbrugeren fravælger dette.¹⁴⁴ Derfor er det attraktivt at blive den billigste leverandør, da man herved er sikret en stor markedsandel for det pågældende lægemiddel i de efterfølgende 14 dage. Udbuddet med skiftende priser hver 14. dag og apotekernes substitution skal muliggøre en høj konkurrence mellem leverandørerne og dermed lave medicinpriser i Danmark.

De enkelte apoteker udarbejder typisk såkaldte *prioriteringslister* inden for de enkelte substitutionsgrupper. Prioriteringslisterne danner grundlag for apotekets prioritering af, hvilke produkter der indkøbes/udleveres, når flere produkter har samme pris (flere A-produkter) samt ved leveringssvigt.

Apotekernes indkøbsproces

Apotekerne køber lægemidler gennem fuldsortimentsgrossisterne. I praksis fungerer det således, at et apotek har en primær medicingrossist, som de køber næsten alle deres varer gennem. Da der er stor udskiftning i apotekernes lager på grund af den generiske substitution og 14-dages-prisperioder, har størstedelen af de danske apoteker valgt at outsource varebestilling og lagerstyring til deres primære medicingrossist.

¹³⁶ Lægemiddelstyrelsen, <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/priser/laegemiddelgrupper-substitutionsgrupper>

¹³⁷ LBK nr. 1202 14. november 2014 om Sundhed (Sundhedsloven), § 150, stk. 2.

¹³⁸ BEK nr. 1399 af 2. december 2015 om medicinpriser og leveringsforhold m.v., § 4, stk. 3.

¹³⁹ BEK nr. 1671 af 12. december 2013 om recepter (receptbekendtgørelsen) § 38, stk. 4, nr. 1.

¹⁴⁰ Sundhedslovens § 150, stk. 3.

¹⁴¹ Lægemiddelstyrelsen, <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/priser/laegemiddelgrupper-substitutionsgrupper>.

¹⁴² Lægemiddelstyrelsen, <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/generelle-tilskud>.

¹⁴³ Sundhedsloven § 150, stk. 3.

¹⁴⁴ Apotekerlovens § 11, stk. 5.

Når et apotek vælger deres primære grossist, vælger apoteket også, hvilke varer apoteket ønsker, at den primære medicingrossist skal forsyne apoteket med. Omkring 99 pct. af alle danske apoteker har én primær grossist. Det vil sige, at det enkelte apotek køber alle eller størstedelen af deres varer gennem den samme medicingrossist.

Herefter sørger den primære medicingrossist for, at apotekets lager altid er fyldt op med de varer, som apoteket har valgt, at den primære medicingrossist skal forsyne dem med. Det sker oftest gennem grossistens it-løsning, jf. behandles i kapitel 4.

Hvis der er flere A-produkter indenfor en substitutionsgruppe, udarbejder apoteket en liste over prioriteringen af produkter indenfor den givne substitutionsgruppe. Alt efter valg af primær grossist sker prioriteringen enten i grossistens eget it-system eller i apotekets eget it-system. Hvis det sker i grossistens it-løsning, er det alene den primære grossist, der har adgang til apotekets prioritering ved flere A-produkter.

Apotekerkædernes rolle i forhold til frihandelsvarer

Foruden salg af medicin sælger og distribuerer medicingrossisterne også såkaldte *frihandelsvarer* til apoteker.

Frihandelsvarer er varer, der *naturligt og hensigtsmæssigt* knytter sig til et apoteks virksomhed. Sundheds- og Ældreministeriet indførte ved seneste ændring af apotekerloven i juli 2015 en yderligere restriktion på, hvilke kategorier af frihandelsvarer apotekerne måtte sælge. Dette er udmøntet i en positiv/negativliste,¹⁴⁵ der findes i bekendtgørelse om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold.¹⁴⁶

Produkter, som knytter sig naturligt og hensigtsmæssigt til et apoteks virksomhed, kan fx være solcreme, shampoo eller plaster, mens sko, tøj og dagligvarer ikke knytter sig til et apoteks virksomhed og derfor ikke må sælges på apoteket, jf. tabel 2.3.

Ca. 99 pct. af alle danske apoteker har én primær grossist, som de køber alle eller størstedelen af deres varer gennem.

¹⁴⁵ Apotekerlovens § 12, stk. 1, nr. 4.

¹⁴⁶ BEK nr. 922 af 26. juni 2015 om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold, Bilag 1, jf. § 27.

Tabel 2.3 Frihandelsvarer, som apotekerne kan hhv. ikke må forhandle – ikke udtømmende liste

Frihandelsvarer som apotekerne kan forhandle	Frihandelsvarer som apotekerne ikke må forhandle
» Medicinsk udstyr, som bl.a. omfatter kondomer, plaster, graviditetstests, remedier til måling af blodsukker. » Pincetter, sakse, barberskrabere m.v. » Kosttilskud, som bl.a. omfatter vitamin- og mineraltilskud og ernæringspræparater. » Hygiejneartikler og plejeprodukter til bl.a. hud, hår, tænder, herunder til pleje af små børn. Blandt disse produkter kan nævnes cremer, shampoo, tandpasta, solcreme, badeolie, produkter til fjernelse af kosmetik, tandbørster, tandtråd, vat, hygiejnebind o. lign. » Publikationer fra Sundhedsstyrelsen, patientorganisationer m.v. » Særligt udstyr, fx beholdere og udstyr som særligt er beregnet til opbevaring, åbning og anvendelse af lægemidler.	» Køkkenudstyr- og maskiner, herunder udstyr til hjælp til åbning af dåser m.v. for personer med få kræfter. » Tøj, håndklæder m.v. » Sko, herunder sundhedssandaler m.v. » Tasker, herunder toilettasker og kosmetikpunge. » Legetøj, herunder skriveredskaber. » Bøger. » Dagligvarer, herunder slik, pastiller, krydderier m.v. » Kosmetik som neglelak, mascara, rouge, parfume, hårfarve, kemiske hårfjerningsprodukter m.v.

Kilde: Bekendtgørelse nr. 922 af 26. juni 2015 om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold.

Reguleringen af frihandelsvarer adskiller sig fra reguleringen af lægemidler på en række punkter. Fx står det som udgangspunkt apotekerne frit for, hvilke af de tilladte frihandelsvarer apoteket ønsker at føre. Der er således ikke krav om, at apoteket fører et bestemt sortiment.

Ligeledes er der fri prisdannelse og uregulerede avancer på frihandelsvarer i både leverandør-, engros- og detaileddet.

I 2014 solgte apotekerne samlet set frihandelsvarer for 1,5 mia. kr. Det svarer til ca. 13 pct. af apotekernes samlede omsætning.¹⁴⁷ Næsten alle apoteker køber mere end 90 pct. af deres frihandelsvarer gennem medicingrossisterne.

De fleste apoteker i primærsektoren indgår i indkøbsfællesskaber, de såkaldte apotekerkæder, når de skal købe frihandelsvarer. Det giver apotekerne stordriftsfordele og større forhandlingsstyrke, når de skal forhandle med leverandører af frihandelsvarer.

Apotekerkædernes overordnede formål er at forhandle rabatter på frihandelsvarer og formidle markedsføringsaftaler mellem apoteker og leverandører. Der findes tre apotekerkæder i Danmark, A-apoteket, Apotekeren og Pharma+, jf. Boks 2.2.

¹⁴⁷ Danmarks Apotekerforening, *Lægemidler i Danmark 2014*, 2014, side 71.

Boks 2.2 Apotekerkæder

Apotekeren er organiseret som et andelsselskab. Selskabet har 101 apoteksmedlemmer, der i alt tilsammen driver 195 apoteker. Selskabet har tre søsterselskaber og et datterselskab. Apotekeren tilbyder andelshaverne fælles indkøb af frihandelsvarer og salg af andelshavernes reklamepladser.

A-apoteket er organiseret som en forening med 112 apoteker. Hertil er der knyttet 35 filialer og 58 apoteksudsalg. A-apoteket har en bestyrelse bestående af otte medlemmer, der alle også driver apoteker.¹⁴⁸ Foreningen har et foreningskontor, der drives af en direktør og et antal medarbejdere. Derudover har A-apoteket et sortimentsudvalg bestående af ti personer, der godkender, hvilke produkter kæden ønsker at indgå aftaler med. Udvalget vurderer produktet i forhold til egenskaber og kvalitet.¹⁴⁹

Pharma+ er organiseret som en ERFA-gruppe. Gruppen består af 19 uafhængige apotekere. Gruppen er kollektivt styret og ledes af en formand og udgør ikke en juridisk enhed. Pharma+ har i nogle tilfælde på vegne af medlemmerne af gruppen indgået rammeaftaler om rabatter og markedsføringsaktiviteter med leverandører af frihandelsvarer.¹⁵⁰

Medlemsapotekerne er ikke begrænset til at sælge de frihandelsvarer, som apotekskæderne har indgået aftale om, eller til de vejledende priser, som kæderne foreslår. Medlemmerne kan selv indgå aftaler direkte med leverandøren eller via engrosforhandlere, hvis de ønsker at føre andre frihandelsvarer end dem, kæderne har aftaler med. Alligevel viser tal fra Apotekeren og A-apoteket, at medlemsapotekerne køber langt størstedelen af deres frihandelsvarer gennem kædesamarbejdet.¹⁵¹

Apotekeren (andelsselskabet) køber frihandelsvarer gennem Nomeco, TMJ og Biofarma. Engrosforhandlerne forestår derefter både ordrehåndtering, lagerføring, distribution og fakturering i forbindelse med Apotekerens løbende videresalg af frihandelsvarer til deres medlemsapoteker.

A-apoteket, der ikke selv sælger frihandelsvarer, men blot forhandler rabatter på vegne af deres medlemsapoteker, har indgået frivillige aftaler med Nomeco og TMJ om oprettele af indkøbssider, hvorfra medlemsapotekerne elektronisk direkte kan bestille og købe deres frihandelsvarer. Medlemsapotekerne kan således selv vælge, hvilken af de to grossister de vil købe deres frihandelsvarer igennem.¹⁵²

Gennem begge apotekskæder er det derfor i praksis muligt for medlemsapoteker at købe og få leveret frihandelsvarer gennem deres primære grossist, hvis apoteket ønsker det.

¹⁴⁸ A-apoteket, <http://www.a-apoteket.dk/doc/menu/77/om-a-apoteket>.

¹⁴⁹ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁵⁰ KFST, *Konkurrencebegrænsende vedtagelse i A-apoteket*, 2013, side 22.

¹⁵¹ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁵² KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

Kapitel 3

Konkurrencen om distribution af medicin

3.1 Indledning og konklusioner

Indledning

Velfungerende markeder og effektiv konkurrence er vigtigt for væksten og produktivitetsudviklingen i samfundet. Dette gælder også for konkurrencen om at distribuere medicin.

En svækket konkurrence mellem engrosforhandlerne om distribution af medicin kan i sidste ende betyde, at forbrugerne og det offentlige sundhedsvæsen ikke får den sundhed for penge, som de kunne. Svækket konkurrence kan konkret give sig udslag i højere forbrugerpriser, højere offentlige sundhedsudgifter, dårligere behandling, ringere service til forbrugerne samt ringere tilgængelighed til medicin.

Kapitlet analyserer konkurrencen mellem engrosforhandlerne af humanmedicin til hhv. sygehuse og apoteker.

Konkurrencen om distribution af medicin til sygehusene analyseres i afsnit 3.2 med fokus på mobiliteten og dynamikken på markedet. Konkurrencen på engrosmarkedet for distribution af medicin til apotekerne analyseres i afsnit 3.3-3.6. Dette sker gennem følgende indikatorer for konkurrencen, som på hver sin måde kan give en indikation af konkurrencesituationen på markedet: Dynamik (entry/exit) og mobilitet, indtjening og avance.

I analysen holdes resultaterne så vidt muligt op mod forholdene i andre lande, Danmark normalt sammenlignes med. Som udgangspunkt drejer det sig om Belgien, Frankrig, Nederlandene, Italien, Norge, Sverige, Storbritannien og Tyskland, men der kan inddrages andre pga. begrænset datatilgængelighed. Disse sammenligninger skal tages med en række forbehold, fx at organiseringen og reguleringen af sundhedsvæsenet og apotekersektoren i andre lande er anderledes end i Danmark.

Analysens hovedkonklusion er, at konkurrencen om distribution af medicin til apotekerne er begrænset, mens konkurrencen om distribution af medicin til sygehusene ikke i samme skala synes at være forbundet med konkurrencemæssige udfordringer.

Distribution til sygehusene synes ikke at være forbundet med konkurrencemæssige udfordringer i samme skala som distributionen til apotekerne

Analysen viser ikke umiddelbart tegn på, at konkurrencen om at distribuere medicin til sygehusene er forbundet med konkurrencemæssige udfordringer i samme grad som distributionen til apotekerne. Det skal i den forbindelse understreges, at konkurrencen mellem leverandørerne af medicin til sygehusene ikke har været genstand for analyse i denne rapport. Konklusionen vedrørende medicin til sygehusene vedrører alene *distributionen* af medicinen.

De mindst syv engrosforhandlere, der distribuerer medicin til sygehusene, konkurrerer således på pris om at blive valgt af medicinalleverandørerne, og leverandørerne skifter jævnligt engrosforhandler.

Derudover er der de seneste fem år kommet nye engrosforhandlere på markedet, og der anvendes flere forskellige forretningsmodeller for distributionen. Der har været relativt store

udsving i markedsandelene, og samtidig vælger mange leverandører også selv at distribuere medicinen.

Endvidere er avancerne for distribution til sygehusene markant lavere end avancerne for at distribuere medicin til apotekerne. Dette kan delvist skyldes den øgede konkurrence om at distribuere medicin til sygehusene.

Reelt er der kun to medicingrossister for apotekerne

Distributionen af medicin til landets 234 apotekerne samt 158 filialer varetages for [95-100] pct.'s vedkommende i dag af hhv. Nomeco og TMJ. PharmaService, der forhandler medicin fra udvalgte leverandører, leverer den resterende andel, [0-5] pct. af apotekernes medicin.

Analysen viser videre, at 99,5 pct. af apotekerne har én primær grossist blandt de to fuldsortimentsgrossister, som de køber næsten al deres medicin igennem. Nomeco er primær grossist for to tredjedele af apotekerne, mens TMJ er primær grossist for en tredjedel.

Nomeco og TMJ er uomgængelige handelspartnere for leverandører af medicin til apotekerne

De to fuldsortimentsgrossister er i praksis uomgængelige handelspartnere for leverandører, der ønsker at sælge medicin til de danske apoteker. Alle leverandører af medicin til apotekerne har samhandel med begge fuldsortimentsgrossister. Leverandørerne betaler grossisterne en avance for at distribuere medicinen til apotekerne. Der er kun få forskelle i grossisternes avancer for at distribuere leverandørernes medicin.

Ingen nye virksomheder eller forretningsmodeller har fået fodfæste på markedet de seneste 10 år

Der har de seneste 10 år ikke været nye virksomheder, som har fået fodfæste på det danske engrosmarked, trods flere forsøg fra virksomheder med forretningsmodellen direct-to-pharmacy, hvor engrosforhandleren kun står for logistikken uden at eje produktet (OBA Gross, PharmaChange og Pharmadirect). Direct-to-pharmacy-modellen anvendes bl.a. i Nederlandene, Storbritannien og Italien til hhv. 10, 10 og 20 pct. af distributionen til apotekerne.¹⁵³

Leverandørerne er tilbageholdende med at lave aftaler med engrosforhandlere med andre forretningsmodeller. Fx havde PharmaChange og Pharmadirect vanskeligheder ved at få aftaler med leverandører, hvilket var afgørende for at komme ind på markedet.

Fraværet af nye forretningsmodeller kan medføre ringere tilgængelighed til medicin for forbrugere, idet medicin fortsat kun vil kunne købes gennem eksisterende salgskanaler, som primært er fysiske apotekere. Et alternativ kunne fx være direkte salg til forbrugere via internettet. Denne model benyttes bl.a. i Storbritannien og USA.

Mobiliteten i markedsandele er lav, og få apoteker skifter grossist

Skiftende markedsandele over tid tyder på, at virksomheder konkurrerer indbyrdes på markedet. Omvendt kan meget stabile markedsandele være en indikator for, at konkurrencen blandt virksomhederne er forholdsvis svag.

¹⁵³ Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, „The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices, marts 2011, side 32. Det bemærkes, at grossistavancen i Italien er reguleret samt at grossistavancen i hhv. Storbritannien og Nederlandene er højere end i Danmark, jf. også afsnit 3.6 og bilag 2.

Fuldsortimentsgrossisternes markedsandele (målt på omsætning) var i 2014 på 65 pct. til Nomeco og 35 pct. til TMJ.¹⁵⁴ Analysen viser, at ændringerne i fuldsortimentsgrossisternes markedsandele de seneste 10 år generelt har været mindre end mobiliteten hos grossister i lande, Danmark normalt sammenligner sig med. Det gælder både i forhold til lande, hvor der som i Danmark ikke er vertikal integration mellem grossist og apotek, og for lande med vertikal integration. Med vertikal integration menes, at det er tilladt, at grossist og apotek har samme ejer.

Den lave mobilitet underbygges videre af, at kun få apoteker skifter primær grossist. I alt knap 20 pct. af apotekerne (38 apoteker) har i perioden 2010-2015 valgt at skifte primær grossist mindst én gang. Det svarer til, at mellem 2-4 pct. af apotekerne hvert år har skiftet primær grossist de seneste seks år. Knap 40 pct. af apotekerne har ikke overvejet at skifte de seneste seks år.

Grossisternes indtjening har i perioden 2005-2014 været højere end andre lande, der ligesom Danmark ikke tillader vertikal integration

Høj indtjening kan være en indikator for svag konkurrence. Under intensiv konkurrence vil konkurrerende virksomheder have incitament til at underbyde hinanden, hvilket konkurrerer indtjeningen ned.

Analysen viser, at indtjeningen målt på overskudsgraden hos de danske fuldsortimentsgrossister i perioden 2005-2014 gennemsnitligt har været *højere* end lande, der ligesom Danmark ikke tillader vertikal integration. I 2014 var overskudsgraden 1,5 pct. for danske grossister, mens den var 0,5 pct. for andre lande, der ikke tillader vertikal integration.

Analysen viser videre, at overskudsgraden hos de danske fuldsortimentsgrossister er faldet fra 2,2 pct. i 2005 til 1,5 pct. i 2014. For andre lande uden vertikal integration er overskudsgraden faldet fra 1,4 pct. i 2005 til 0,5 pct. i 2014.

Forskelle i grossisternes avancer på hhv. original og generisk medicin kan ikke umiddelbart forklares af forskelle i distributionsomkostninger.

Da der er forskel på engrosforhandlernes forretningsaktiviteter, undersøger analysen engrosforhandlernes avance på et udvalg af konkrete medicinprodukter.

Høje avancer i engrosleddet kan være udtryk for en svag konkurrence, og derfor kan engrosforhandlere forhandle sig til større avancer fra leverandørerne. Leverandørerne vil overvælte denne "ekstra udgift" i den indmeldte apotekerpris (AIP). Det giver højere forbrugerpriser og højere offentlige sundhedsudgifter i form af større medicintilskud.

Avancerne for distribution til sygehusene er markant lavere end avancerne for distribution til apoteksleddet. Engrosforhandlere har en øget omkostning ved at skulle levere til samtlige apoteker mod kun otte sygehusapotekere, men den store forskel indikerer alligevel, at engrosforhandlere står i en stærk forhandlingsposition, når det kommer til distribution af medicin til apoteker. Et øget konkurrencepres i distributionen af medicin til sygehuse er medvirkende til lavere avancer.

Sammenlignes grossistavancerne på engrosmarkedet for medicin i Danmark med udlandet viser det, at Danmark ligger i midten. Endvidere viser analysen, at grossisternes avance i høj grad afhænger af, hvilket produkt der skal distribueres.

¹⁵⁴ Omsætningen for Nomeco inkluderer aktiviteter for pre-wholesale.

For et udvalg af sammenlignelige produkter har grossisterne i 2014 haft den højeste avance målt i kroner på parallelimporteret medicin og den laveste på generisk medicin. Det giver grossisterne et økonomisk incitament til at sælge de dyre produkter. Distributionsomkostningerne kan være forskellige, idet noget medicin har særlige krav til opbevaring, holdbarhed eller lignende. Ligeledes har produktets kommercielle risiko samt, hvorledes varen er pakket til grossisten, herunder antal batch-numre pr. leverance betydning for omkostningen. En markedsaktør har fx tilkendegivet, at parallelimportørerne typisk sender flere batch-numre pr. leverance, hvilket efter markedsaktørens opfattelse er med til at fordyre distributionsomkostningen.

Forskellene i avancerne på distribution af hhv. generika, original og parallelimporteret medicin kan dog ikke alene forklares med forskelle i grossisternes omkostninger til at levere pakningen. Engrosforhandlerne forhandlingsposition over for leverandørerne har ligeledes en påvirkning.

På baggrund af analysen af konkurrence indikerer analysen, at konkurrencen om distributionen af medicin til apotekerne kan blive mere effektiv.

Boks 3.1 præsenterer kapitel 3's konklusioner om konkurrencen mellem engrosforhandlerne af medicin.

For et udvalg af sammenlignelige produkter har grossisterne i 2014 haft den højeste avance målt i kroner på parallelimporteret medicin og den laveste på generisk medicin. Det giver grossisterne et økonomisk incitament til at sælge de dyre produkter.

Boks 3.1
**Kapitel 3's konklusioner
 om konkurrence mellem
 engrosforhandlerne af
 medicin**

Konkurrencen om distribution til sygehusene synes ikke at være forbundet med konkurrencemæssige udfordringer i samme skala som distributionen til apotekerne:

- » Engrosforhandlerne konkurrerer på pris om at blive valgt af leverandørerne til at distribuere medicin til sygehusene.
- » Leverandørerne skifter jævnligt engrosforhandler.
- » Der er de seneste år kommet nye engrosvirksomheder på markedet.
- » Avancerne på distribution af medicin til sygehusene er markant lavere end avancerne for at distribuere medicin til apotekerne.

Reelt er der kun to medicingrossister for apotekerne:

- » Distributionen af medicin til landets 234 apoteker samt 158 filialer varetages for [95-100] pct.'s vedkommende i dag af hhv. Nomeco og TMJ, som begge er fuldsortimentsgrossister og derfor begge fører apotekernes fulde sortiment.
- » 99 pct. af apotekerne har én primær grossist blandt de to fuldsortimentsgrossister, som de køber næsten al deres medicin igennem.
- » Nomeco er primær grossist for ca. to tredjedele af apotekerne, mens TMJ er primær grossist for den sidste tredjedel.

Nomeco og TMJ er uomgængelige handelspartnere for leverandører af medicin til apotekerne:

- » For leverandører, der ønsker at sælge medicin til de danske apoteker, er de to fuldsortimentsgrossister uomgængelige handelspartnere.
- » Alle leverandører af medicin til apotekerne har en samhandelsaftale med begge fuldsortimentsgrossister.

Ingen nye virksomheder eller forretningsmodeller har fået fodfæste på markedet de sidste 10 år:

- » Ingen nye virksomheder eller forretningsmodeller, der distribuerer medicin til apotekerne, har de seneste 10 år fået fodfæste på markedet trods flere forsøg.
- » Direct-to-pharmacy-modellen, hvor det traditionelle grossistled springes over, anvendes bl.a. i Nederlandene, Storbritannien og Italien til hhv. 10, 10 og 20 pct. af distributionen til apotekerne.
- » Leverandørerne er tilbageholdende med at prøve engrosforhandlere med andre forretningsmodeller.

Mobiliteten i markedsandele er lav, og få apoteker skifter grossist:

- » Fuldsortimentsgrossisternes markedsandele var i 2014 på 65 pct. til Nomeco og 35 pct. til TMJ.
- » Ændringerne i markedsandelene har været under 5 pct. pr. år siden 2004, hvilket er mindre end i lande, Danmark normalt sammenligner sig med.
- » I 2010-2015 skiftede mellem 2-4 pct. af apotekerne årligt primær grossist, og i alt 18 pct. (38 apoteker) har skiftet grossist de seneste seks år.
- » 38 pct. af apotekerne har slet ikke overvejet at skifte de seneste seks år.

Grossisternes indtjening har i perioden 2005-2014 været højere end i andre lande, der ligesom Danmark ikke tillader vertikal integration:

- » Danske medicingrossisters indtjening målt ved overskudsgraden var 1,5 pct. i 2014. Det er højere end den gennemsnitlige indtjening ved samme mål på 0,5 pct. for lande, der ligesom Danmark ikke tillader vertikal integration.
- » I perioden 2005-2014 har danske medicingrossister gennemsnitligt haft en indtjening, som er 0,6 procentpoint højere end lande, der ikke tillader vertikal integration.

Ikke entydigt billede af grossisternes avancer på medicin til apotekerne

- » Sammenlignes grossistavancerne i Danmark med udlandet viser det, at Danmark ligger i midten.
- » Der er få forskelle i de danske grossisters avancer for identiske produkter, mens der er store forskelle afhængigt af, om det er original, kopi eller parallelimporteret medicin.
- » Grossisterne har et økonomisk incitament til at sælge de dyre produkter.
- » Særlige krav til opbevaring, holdbarhed, kommercielle risici, batch pr. leverance og lignende kan ikke umiddelbart forklare forskellen i avancerne for distribution af parallelimporteret, original og generisk medicin.

3.2 Konkurrencen om distribution af medicin til sygehusene

Dynamik blandt engrosforhandlerne

Langt hovedparten af medicin til sygehusene (99 pct.) indkøbes på baggrund af udbud gennemført af det regionsejede indkøbsfællesskab Amgros.¹⁵⁵

Når leverandører skal have distribueret medicin til sygehusene, der er omfattet af Amgros-udbud, anvender de typisk kun én distributør til at forestå distributionen i hele den gældende kontraktperiode (typisk et år).

Distribution af medicin til landets otte sygehusapoteker varetages dels af mindst syv engros-handlere, dels af medicinleverandøren selv. Ca. 40 pct. af de knap 90 leverandører, der leverer medicin til sygehusene, anvender engrosforhandlere til distributionen, mens ca. 20 pct. af leverandørerne selv distribuerer medicinen. De resterende 40 pct. benytter både engrosforhandlere såvel som selv at stå for distributionen. Omkring 15 leverandører har lager i udlandet, hvorfra der køres direkte til sygehusapotekerne.¹⁵⁶

I 2015 var Nomecos markedsandel for distribution af medicin til sygehuse 36 pct., Moviantos var 18 pct., mens TMJ havde en markedsandel på 11 pct., jf. figur 3.1. Derudover havde de to medicinproducenter Roche og Pfizer en markedsandel for distributionen på hhv. 12 pct. og 6 pct. De fem største aktører for distributionen havde tilsammen en markedsandel på 83 pct. Dertil kommer en lang række medicinleverandører samt enkelte pre-wholesalers.

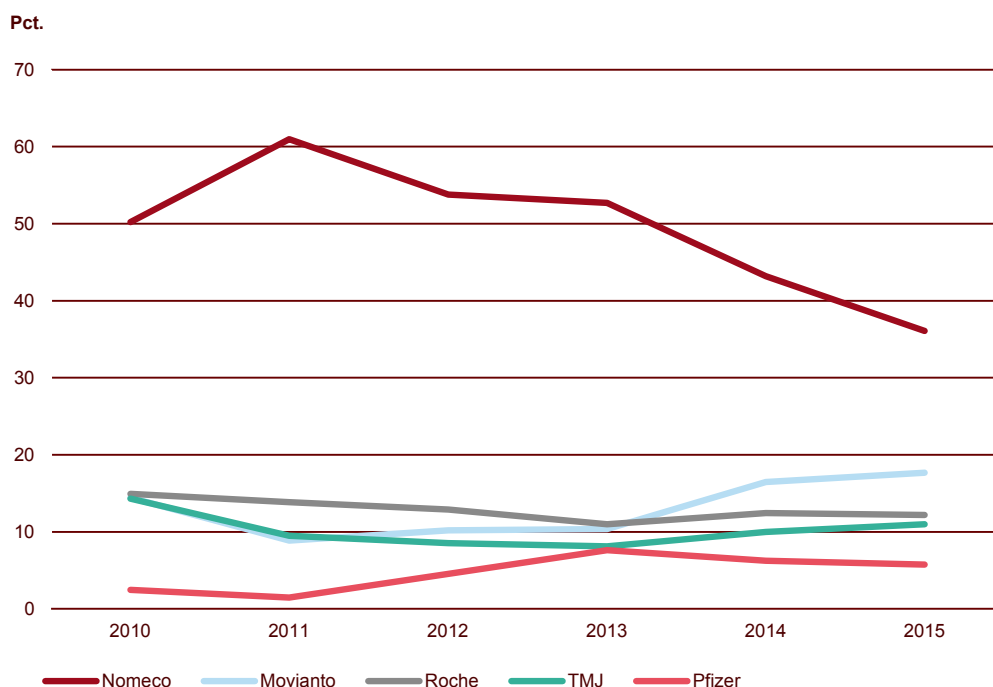
Yderligere har der været store udsving i markedsandelene fra 2010-2015, jf. figur 3.1. Det ses tydeligt for Nomeco, hvis markedsandel har udviklet sig fra 50 pct. i 2010 og 61 pct. i 2011 til 36 pct. i 2015.

Distribution af medicin til landets otte sygehusapoteker varetages dels af mindst syv engroshandlere, dels af medicinleverandøren selv

¹⁵⁵ Amgros, <http://www.amgros.dk/da/om-amgros/om-amgros/>

¹⁵⁶ KFST, data fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

Figur 3.1 Markedsandele på distribution af medicin til sygehusene for de fem største aktører



Anm.: Markedsandele er opgjort efter aktørernes omsætning af medicin leveret til sygehusene. I 2012 blev Movianto solgt fra TMJ.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data leveret af Amgros, 2016.

Det forhold, at der findes flere forskellige engrosforhandlere, at der har været store udsving i markedsandelene, såvel som at mange leverandører også selv vælger at stå for distributionen, indikerer en rimelig konkurrence om distribution af medicin til de danske sygehuse.

Der er de seneste fem år kommet flere nye aktører, der distribuerer medicin til sygehusene, bl.a. DSV og Biofarma. De nuværende engrosforhandlere, som distribuerer medicin til sygehusene, er fuldsortimentsgrossister (Nomeco og TMJ), og en række pre-wholesalers (Nomeco Leverandørservice, Nomeco Sygehuservice, Biofarma, Movianto, DSV, 2M, Tabs'n Caps Pack ApS og Copharma).¹⁵⁷ Nomeco er både grossist og pre-wholesale. Engrosforhandlerne bygger således på forskellige forretningsmodeller og tilbyder forskellige services. For distribution af medicin til sygehusene varetager alle engrosforhandlere dog samme type opgaver (modtagelse, kvalitetssikring, opbevaring, levering af produkter). Modsat distribution til apotekerne er der som udgangspunkt ikke returvarer fra sygehusene.

Distributøren er oftest den samme som leverandørens pre-wholesaler, men kan også være en ren distributør (også kaldet tredjepartslogistik) eller en "traditionel" grossist. Leverandørerne

¹⁵⁷ KFST, data fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

foretrækker ofte pre-wholesalers frem for traditionelle grossister, da mængderne for mange af produkterne er for store til, at det er hensigtsmæssigt, at det håndteres gennem de traditionelle grossister.¹⁵⁸

I praksis ville det formentlig være nemmere for Amgros (dvs. sygehusene) kun at få leverancer fra én grossist, da det er omkostningsfuldt at skulle håndtere flere forskellige distributionsmetoder m.v., men Amgros har ingen præferencer for en bestemt engrosforhandler. I Norge har det været forsøgt at udbyde distributionen samlet netop for at mindske omkostninger til håndtering af flere systemer. Erfaringer herfra har dog ikke været entydigt positive.

Mobilitet: Leverandørernes skift af engrosforhandler

Leverandørerne vælger selv, hvem der skal varetage distributionen af medicinen til sygehusene.

Analysen viser, at mange leverandører jævnligt skifter engrosforhandlere til distribution af medicin til sygehusene.¹⁵⁹ Baggrunden for at skifte engrosforhandler er primært prisen på distributionen.

Nogle leverandører skifter årligt, mens andre leverandører har givet udtryk for, at de med jævne mellemrum, fx hvert andet år, tager deres aftaler om pre-wholesaler (som ofte også er deres distributør til sygehusmedicin) op til revision, og at de afholder egentlige udbud blandt engrosforhandlere forud for deres valg. Derudover har flere leverandører også givet udtryk for, at en pre-wholesaler – og dermed distributøren af sygehusmedicin – ikke nødvendigvis behøver at være dansk.¹⁶⁰

Yderligere har flere leverandører også løbende overvejelser om, hvorvidt de selv skal forestå distributionen, eller om det skal lægges ud til en ekstern aktør som fx en pre-wholesaler.

Prisen og mulighed for priskonkurrence ved distribution af medicin til sygehusene

Omkostningerne til at distribuere medicin til sygehusene er indeholdt i den pris, leverandørerne byder ind med på Amgros-udbuddene. Betalingen til engrosforhandlerne sker enten i form af en fee eller en avance.

Hvis en leverandør anvender en engrosforhandler til distributionen, er fee'en/avancen til denne indeholdt i leverandørens tilbudspris.

Analysen viser, at engrosforhandlerne konkurrerer på pris om at blive valgt af leverandørerne. Analysen viser videre, at avancerne for distribution til sygehusene er markant lavere end avancerne for at distribuere medicin til apotekerne. Dette kan bl.a. skyldes konkurrence om at distribuere medicin til sygehusene (se afsnit 3.6 for sammenligning af avancer på medicin til hhv. sygehuse og apoteker). Derudover er der også færre omkostninger forbundet med engrosforhandling af medicin til sygehuse end til apoteker blandt andet pga. færre sygehusapoteker og ingen returvarer.

Samlet viser analysen, at konkurrencen om at distribuere medicin til sygehusene ikke er forbundet med konkurrencemæssige udfordringer i samme grad som distributionen til apotekerne.

¹⁵⁸ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁵⁹ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁶⁰ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

3.3 Dynamik blandt engrosforhandlere, der distribuerer medicin til apotekerne

Distributionen af medicin til landets 234 apoteker samt 158 filialer varetages for [95-100] pct.'s vedkommende i dag af hhv. Nomeco og TMJ, som begge er fuldsortimentsgrossister og derfor begge fører apotekernes fulde sortiment. Den resterende andel af apotekernes medicin, [0-5] pct., leveres af PharmaService, som er en dansk familieejet grossistvirksomhed, der forhandler medicin fra udvalgte leverandører.

Antallet af grossister på markedet er de seneste 10 år reduceret fra tre til to (Nomeco og TMJ), som følge af en fusion i 2009 mellem de to mindste af de tre grossister (fusionen mellem Tjellen og Max Jenne til TMJ).¹⁶¹

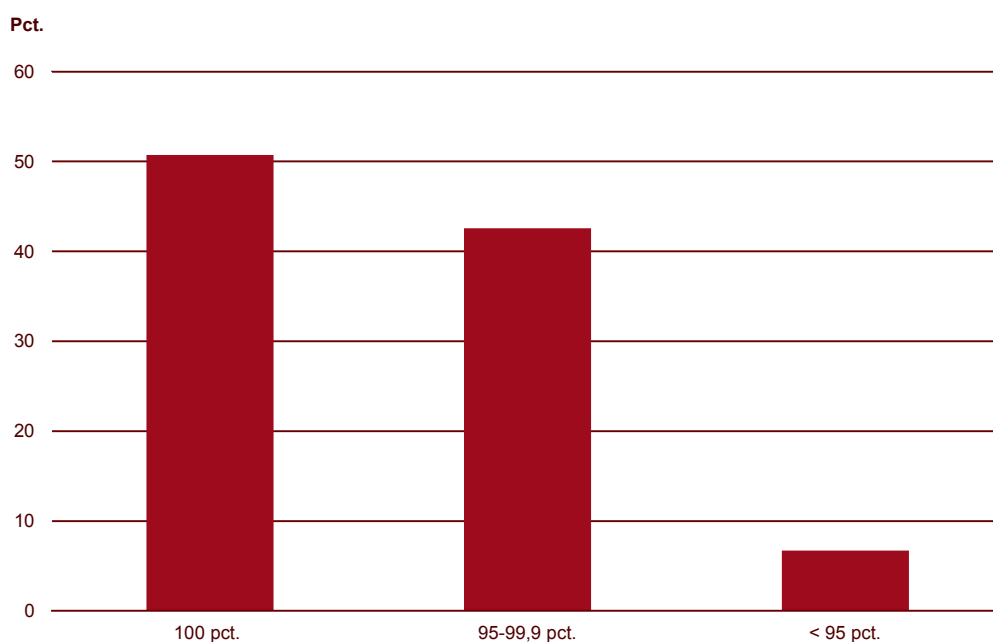
Siden 2009 har antallet af aktører været konstant, og markedet og har således de senere år været karakteriseret ved et de facto duopol bestående af Nomeco og TMJ. Markedet har altså de senere år været meget koncentreret.

Analysen viser videre, at næsten alle apoteker har én primær grossist blandt de to fuldsortimentsgrossister, som de køber størstedelen (mere end 95 pct.) af deres medicin igennem, jf. figur 3.2. Nomeco er primær grossist for to tredjedele af apotekerne, mens TMJ er primær grossist for den sidste tredjedel.

Distributionen af medicin til landets 234 apoteker samt 158 filialer varetages for [95-100] pct.'s vedkommende i dag af hhv. Nomeco og TMJ.

¹⁶¹ De to selskaber var under fælles ledelse allerede fra 2007 – men fortsatte officielt som to "selvstændige" enheder indtil fusionen i 2009.

Figur 3.2 Fordeling af apotekers indkøb hos den grossist, der købes mest fra



Anm.: Spørgsmål 7: "Angiv i pct. ca., hvor stor en andel af jeres samlede indkøb af medicin det seneste år, som købes fra hver af følgende grossister: [Nomeco], [TMJ], [Andre]". Antal respondenter: [N=104]. Svarfordeling fremgår af appendiks til analysen.

Kilde: KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016.

Fuldsortimentsgrossister står for størstedelen af distributionen af medicin i lande, Danmark normalt sammenlignes med. I Frankrig og Storbritannien var andelen af medicin distribueret gennem fuldsortimentsgrossister hhv. 63 pct. og 73 pct. i 2010, hvor resten blev leveret direkte fra producenterne eller via DTP (Direct-To-Pharmacy)/ RWA (Reduced Wholesale Arrangement) løsninger.

Flere andre europæiske lande er også kendetegnet ved et forholdsvis lavt antal af medicingrossister. De nordiske lande og Nederlandene har alle to til tre medicingrossister, mens Storbritannien, Tyskland og Italien med hhv. 8, 9 og 28 medicingrossister har flere.

Analysen viser, at der de seneste 10 år ikke været nye virksomheder, som har fået fodfæste på det danske engrosmarked, trods flere forsøg fra virksomheder med forretningsmodellen direct-to-pharmacy (DTP) (bl.a. PharmaChange og Pharmadirect).

DTP-virksomheder står alene for logistikken i forbindelse med salg af medicin. Det vil sige, at det egentlige grossistled springes over, og medicinleverandørerne sælger medicinen direkte til apotekerne, og DTP-virksomhederne sørger for logistikken. Med denne forretningsmodel

overgår ejerskabet af produkterne ikke til en grossist.¹⁶² DTP-modellen anvendes bl.a. i Nederlandene, Storbritannien og Italien til hhv. 10, 10 og 20 pct. af distributionen til apotekerne.¹⁶³

Boks 3.2 præsenterer brug af andre forretningsmodeller end fuldsortimentsgrossister i udlandet.

Boks 3.2 Forretningsmodeller i udlandet

På det europæiske lægemiddelgrossistmarked er engroshandel gennem fuldsortimentsgrossister den mest udbredte virksomhedstype. 75 pct. af alle medicinalprodukter, som sælges i Europa, distribueres gennem fuldsortimentsgrossister.¹⁶⁴

I lande som Frankrig, Tyskland, Italien, Nederlandene, Spanien og Storbritannien er der imidlertid også andre distributionsmodeller på markedet. Fx sker 37 pct. (målt på omsætning, 2010) af distributionen af medicin i Frankrig direkte fra medicinleverandørerne. Denne distribution udgør 16 pct. for Tyskland, 12 pct. for Italien, 8 pct. for Nederlandene, 4 pct. for Spanien og 2 pct. for UK.¹⁶⁵

I Storbritannien sker yderligere 25 pct. af distributionen af medicin gennem *direct-to-pharmacy (DTP)* og *Reduced Wholesaler Arrangements (RWA)*.

DTP blev i Storbritannien introduceret af Pfizer i 2007, og i dag har DTP vundet større markedsandele i både UK, Sverige og Finland. I 2010 havde DTP en markedsandel på 10 pct. i Storbritannien mod 3 pct. i 2007.

I RWA-modellen vælger medicinleverandørerne at sælge deres produkter gennem et begrænset antal grossister, som apoteker og sygehuse herefter skal købe igennem. Grossisterne har således stadig ejerskabet over produkterne. Grossister, som ikke har indgået aftale med leverandører under RWA, vil som konsekvens ikke længere have fuldt sortiment. I Storbritannien udgjorde RWA 15 pct. af distributionen i Storbritannien i 2010 (mod 4 pct. i 2007).¹⁶⁶

Der har dog været nogen/en del utilfredshed med de to distributionsmetoder i Storbritannien i forhold til bl.a. lagerbeholdning, ordrebestilling og levering.¹⁶⁷

I Finland er lægemiddeldistributionen baseret på single-channel distribution, hvor apoteker og hospitaler kun kan købe et bestemt lægemiddel hos én engrosforhandler, der har eksklusiv forhandlerrettigheder. Engrosforhandlerne har på intet tidspunkt ejerskab over lægemidlerne, så de behandler udelukkende selve logistikken ved distribution af lægemidler. Engrosforhandlerens begrænsede funktion har betydet, at deres avancer er relativt lave sammenlignet med andre lande. Det finske marked er domineret af Oriola og Tamro, som har en samlet markedsandel på næsten 100 pct.¹⁶⁸ De finske konkurrencemyndigheder har undersøgt de konkurrencemæssige konsekvenser af et set up med single-channel, men har ikke peget på behov for at ændre systemet.

¹⁶² Dispensing Doctors' Association, <http://www.dispensingdoctor.org/rwmdtp-table/>

¹⁶³ Det bemærkes, at grossistavancen i Italien er reguleret samt at grossistavancen i hhv. Storbritannien og Nederlandene er højere end i Danmark, jf. også afsnit 3.6 og bilag 2.

¹⁶⁴ IPF, *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical sector*, januar 2012, side 6.

¹⁶⁵ IPF, *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical sector*, januar 2012, side 14.

¹⁶⁶ IPF, *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical sector*, januar 2012, side 14.

¹⁶⁷ IPF, *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical sector*, januar 2012, side 20.

¹⁶⁸ OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from Finland*, 2014, side 4.

3.4 Mobilitet, markedsandele og kunder

Lav mobilitet i virksomhedernes markedsandele på et marked kan indikere svag konkurrence. Det samme kan en passiv efterspørgselsside, hvor apotekerne ikke skifter grossist.

Mobiliteten i markedsandele og kunder analyseres gennem hhv. udviklingen i virksomhedernes markedsandele på markedet de seneste 10 år samt apotekers og leverandørers skift mellem de to fuldsortimentsgrossister (se bilag 1 for yderligere om måling af mobilitet). Mobiliteten i markedsandele er kun et mål for nettobevægelser og vil således ikke fange kundeskit, der udligner hinanden. Mobilitet i markedsandele anvendes dog ikke desto mindre, da det er muligt at sammenligne målet med mobiliteten blandt fuldsortimentsgrossister i andre lande.

Mobiliteten i markedsandelene

Nomecos og TMJ's markedsandele udgjorde henholdsvis 65 pct. og 35 pct. i 2014, jf. figur 3.3(a). Nomecos og TMJ's markedsandele har været forholdsvis stabile over perioden 2004-2014, og de har maksimalt ændret sig enkelte procentpoint fra år til år.¹⁶⁹ Nomecos markedsandel var ca. 66 pct. i 2004, mens omsætningen fra Tjellesen og Max Jenne tilsammen udgjorde 34 pct. fordelt med henholdsvis 24 pct. og 9 pct. af markedet.

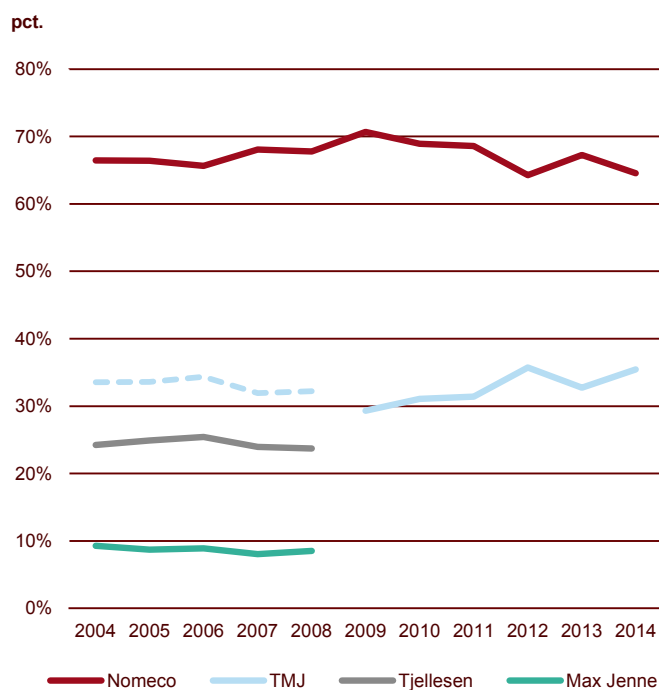
Figur 3.3(b) viser *udviklingen* i mobiliteten i markedsandelene (målt på ændring i omsætning) på markedet for engrosdistribution af medicin i Danmark fra 2005-2013. Mobiliteten i markedsandele har de seneste 10 år generelt været mindre end mobiliteten i lande, Danmark normalt sammenlignes med. Det gælder både i forhold til lande, hvor der som i Danmark ikke er vertikal integration mellem grossist og apotek og for lande med vertikal integration. Med vertikal integration menes, at det er tilladt, at grossist og apotek har samme ejer.

Mobiliteten i grossisternes markedsandele har de seneste 10 år generelt været mindre end mobiliteten i lande, Danmark normalt sammenlignes med.

¹⁶⁹ I perioden 2004-2008 er TMJ's markedsandele opgjort for selskaberne før fusionen, henholdsvis Tjellesen og Max Jenne.

Figur 3.3 Mobilitet i markedsandele for salg af produkter til apotekerne

(a) Udviklingen i markedsandele på grossistmarkedet for medicin i Danmark

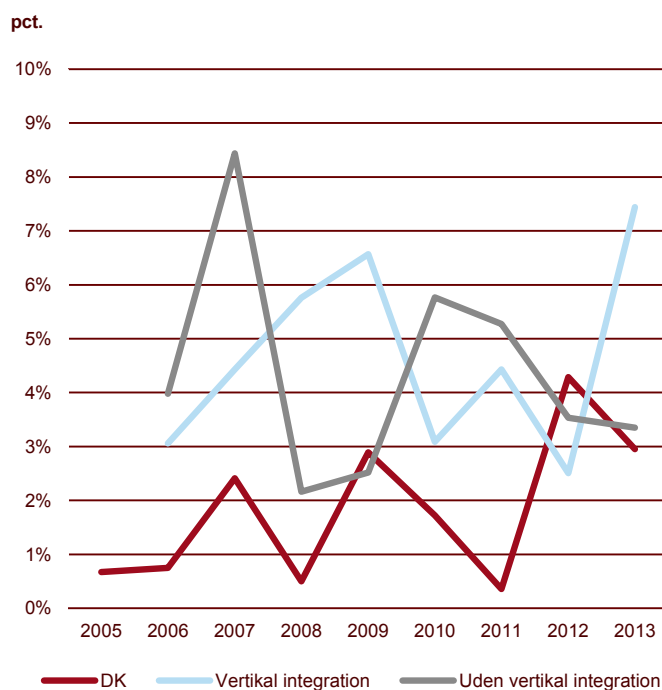


Note: Markedsandele er opgjort på baggrund af virksomhedernes respektive nettoomsætninger. For 2014 er omsætningen for TMJ korrigeret for, at regnskabsåret 2014/2015 var på 15 måneder.

Anm.: Tjellesen var det fortsættende selskab efter fusionen med Max Jenne i 2009. Man ændrede imidlertid navnet til Tjellesen Max Jenne (TMJ). Summen af markedsandele for fusionsparterne Tjellesen og Max Jenne er angivet med stiplede linje.

Kilde: Regnskaber fra Nomeco, TMJ og indtil 2008 Tjellesen og Max Jenne samt egne beregninger.

(b) Mobilitet i markedsandele på grossistmarkedet for medicinen



Note: Markedsandele er opgjort på baggrund af virksomhedernes respektive nettoomsætninger. Lande, der tillader vertikal integration mellem engrosforhandlere og apoteker, dækker over Belgien, Nederlandene, Norge, Storbritannien og Sverige. Lande, der ligesom Danmark ikke tillader vertikal integration mellem engrosforhandlere og apoteker, dækker over Frankrig, Italien og Tyskland.

Anm.: Mobilitetsindekset for udvalgte lande er beregnet som simpelt gennemsnit af de inkluderede landes mobilitetsindeks.

Kilde: Regnskaber fra Nomeco, TMJ og indtil 2008 Tjellesen og Max Jenne, data fra Amadeus-databasen samt egne beregninger.

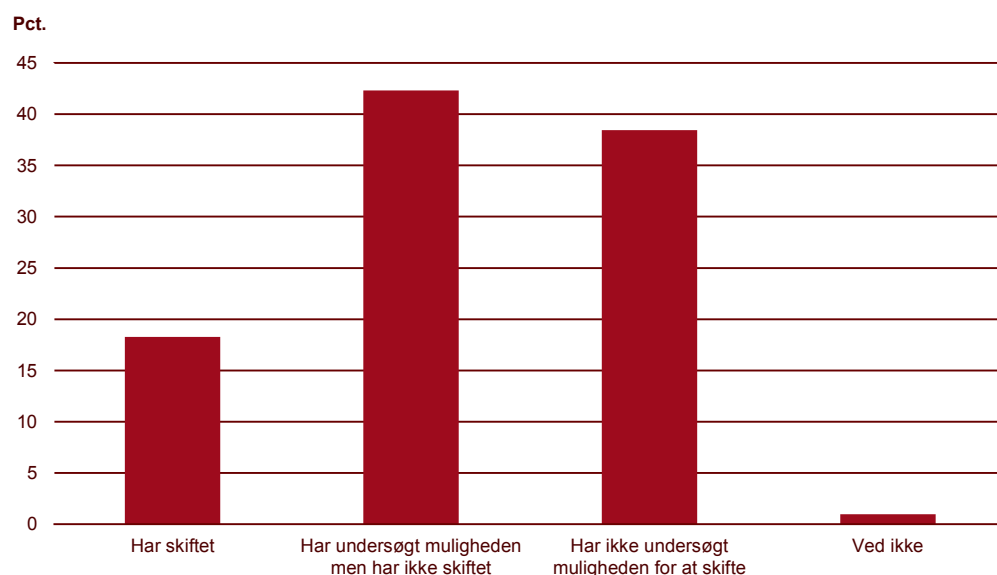
Ved opgørelse af engrosforhandlernes markedsandele vil forskelle i engrosforhandlernes forretningsaktiviteter kunne have indflydelse på sammenligneligheden på tværs af engrosforhandlere og på tværs af lande. Det gælder fx forskelle i fordelingen af salg til apoteker og sygehuse, hvilket det ikke har været muligt at tage højde for i ovenstående beregninger.

Apotekers skift af medicingrossist

Så godt som alle apoteker har én primær grossist blandt de to fuldsortimentsgrossister, som de køber størstedelen af deres medicin igennem, jf. figur 3.2 ovenfor. Dermed kan grossisterne konkurrere på at blive valgt som primær grossist.

Ifølge KFST's spørgeskemaundersøgelse har 38 eksisterende apotekere valgt at skifte primær grossist mindst én gang de seneste fem år, jf. figur 3.4.¹⁷⁰

Figur 3.4 Apotekers skift af primær grossist samt undersøgt muligheden for skift



Anm.: Spørgsmål 10: "Har dit apotek/dine apoteker (med nuværende ejer) skiftet primær medicingrossist i perioden 2010-2015?" og spørgsmål 18: "Har dit apotek/dine apoteker undersøgt muligheden for at skifte primær medicingrossist?" Antal respondenter: [N=208] for spørgsmål 10 og [N= 170] for spørgsmål 18. Svarfordelingen fremgår af appendiks til analysen.

Kilde: KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016.

Konkurrencen om apotekerne sker ifølge en række markedsaktører især, når der udnævnes nye apotekere men også løbende ved, at grossisterne tager kontakt til de eksisterende apotekere.¹⁷¹ Det bemærkes, at blot et enkelt apotek, der har angivet, at de har skiftet primær grossist, er sammenfaldende med de 26 apoteker, der fik tildelt bevilling i perioden 2013-2015.¹⁷²

Der er stor forskel på, hvor i landet der er flest apoteker, der skifter primær grossist. I Region Syddanmark har 33 pct. af apotekerne skiftet grossist inden for de seneste seks år, 23 pct. af apotekerne i Region Midtjylland har skiftet, mens ca. 10 pct. af apotekerne har skiftet primær grossist i de tre sidste regioner, jf. figur 3.5. Disse skift har for alle tilfælde været for eksisterende apotekere.¹⁷³

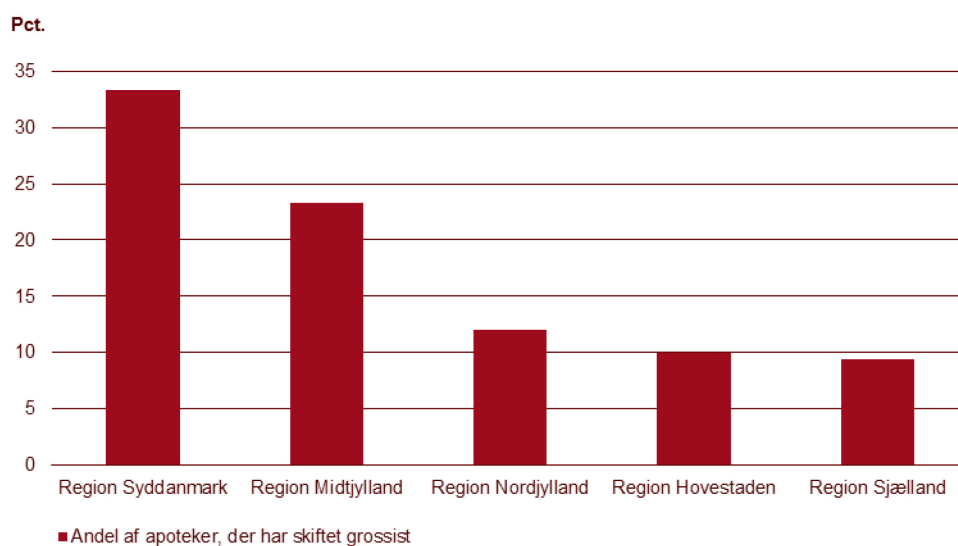
¹⁷⁰ KFST's spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 10 og 11 i appendiks. KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁷¹ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁷² Lægemedelstyrelsen, <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/apoteker/apoteker/apotekerbevillinger>. 5 bevillinger i 2013, 10 i 2014 og 11 i 2015.

¹⁷³ KFST spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 10 i appendiks og oplysninger fra Lægemedelstyrelsen.

Figur 3.5 Andel af apotekere i hver region, der har skiftet primær grossist



Anm.: Figuren er baseret på egne beregninger ud fra spørgsmål 10 i appendiks. Antal respondenter: [N=208]. Andelen er vægtet ud fra antallet af apoteker med unik ejer i hver region. Fx har 16 apoteker skiftet i Region Syddanmark ud af i alt 48 apoteker i regionen, der har besvaret spørgeskemaet. Resultatet er det samme, hvis man i stedet vægter med alle 220 apoteker.

Kilde: KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016.

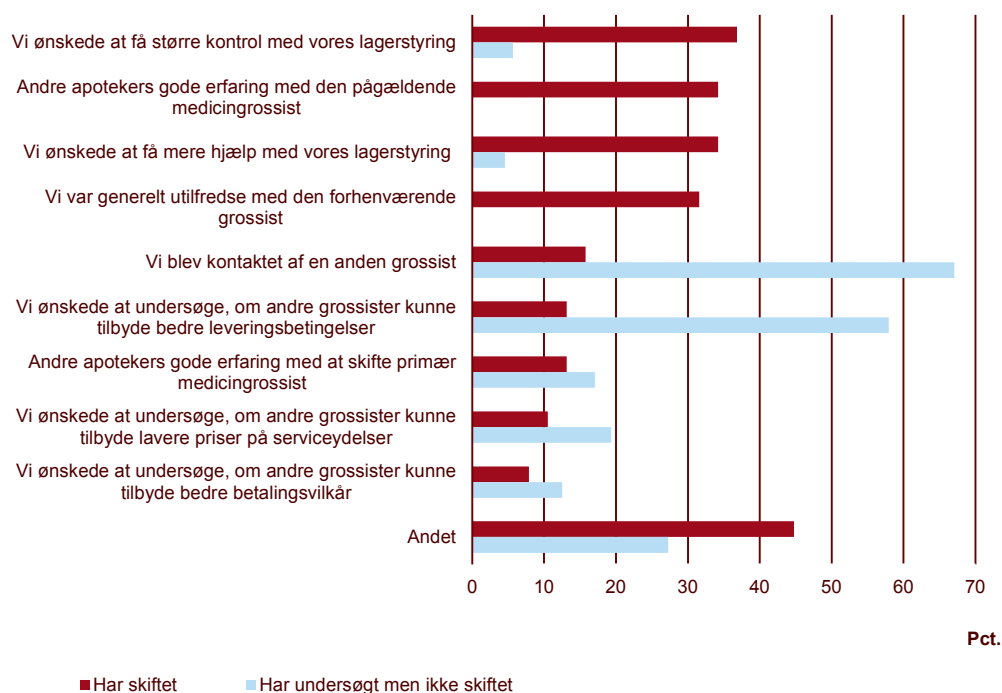
For at undersøge muligheden for at skifte primær grossist har størstedelen af apotekerne holdt møder med grossisterne på markedet. Det gælder knap 60 pct. af de apoteker, der endte med at skifte og 77 pct. af dem, der ikke har skiftet. 34 pct. af de apoteker, der skiftede, kontaktede andre apotekere for at høre deres erfaringer. Det gælder 42 pct. af dem, der ikke skiftede. Derudover har mere end 24 pct., af dem, der skiftede, skiftet uden at forsøge at forhandle bedre vilkår med den oprindelige grossist.¹⁷⁴

KFST's undersøgelse viser, at de apotekere, der har skiftet, overvejende undersøgte muligheden for at skifte pga. ønsker i forhold til lagerstyring, andre apotekers erfaring med den pågældende grossist, og fordi de generelt var utilfredse med deres daværende grossist, jf. figur 3.6.

Det er værd at bemærke, at de konkurrenceparametre, som typisk er afgørende for kunders valg, synes at betyde mindre for de apoteker, som endte med at skifte. Det gælder fx lavere pris på serviceydelser, bedre leveringsbetingelser og betalingsvilkår.

¹⁷⁴ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 14 og 20 i appendiks.

Figur 3.6 Årsager til at undersøge muligheden for at skifte



Anm.: Spørgsmål 15 og spørgsmål 19: "Hvad var de væsentligste årsager til, at dit apotek/dine apoteker undersøgte muligheden for at skifte primær grossist? (sæt op til tre krydser)" Antal respondenter: [N=38] for spørgsmål 15 og [N=88] for spørgsmål 19. Bemærk at apoteker, der har undersøgt muligheden for at skifte men ikke gjorde det, ikke har haft muligheden for at vælge svarkategorien "Andre apotekers gode erfaring med den pågældende grossist". Svarfordelingen fremgår af appendiks til analysen.

Kilde: KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016.

For de apotekere, der endte med *ikke* at skifte, undersøgte de overvejende markedet, fordi de blev kontaktet af en anden grossist, og fordi at de ønskede at undersøge, om de kunne få bedre leveringsbetingelser, jf. figur 3.6. Derudover har syv apoteker undersøgt muligheden i forbindelse med apoteksovertagelse. Der er ingen af dem, der endte med ikke at skifte, der har angivet, at de generelt var utilfredse med deres grossist.

58 pct. af dem, der har skiftet, angiver, at der ikke var væsentlige barrierer for at skifte primær grossist.¹⁷⁵ Det hænger formentlig sammen med, at apotekerne ikke som udgangspunkt er juridisk bundet til at handle med en given grossist. KFST er fx ikke bekendt med, at der foreligger formelle samhandelsaftaler, eksklusivaftaler eller lignende mellem de enkelte apoteker og grossisterne. Den største udfordring synes at være, at apotekerne skulle vænne sig til nye arbejdsgange fx i forbindelse med bestilling og levering af medicin.

Af de apotekere, der undersøgte muligheden for at skifte, men ikke gjorde det, angiver 70 pct., at det skyldes, at der ikke var andre grossister, der kunne tilbyde en bedre løsning, mens

¹⁷⁵ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 17 i appendiks.

35 pct. angiver, at der ikke var nævneværdige forskelle på de vilkår og betingelser, grossisterne kunne tilbyde.¹⁷⁶

Af de apotekere, der slet ikke havde undersøgt muligheden for at skifte primær grossist, angiver stort set alle (98 pct.), at det skyldes, at de er tilfredse med den nuværende grossist, mens halvdelen angiver, at de ikke forventer, at en anden grossist ville kunne tilbyde bedre vilkår.¹⁷⁷

Mere end 99 pct. af apotekerne har én primær grossist, som de køber størstedelen af deres indkøb fra, jf. figur 3.2. På trods af det har halvdelen af apotekerne købt fra mere end én grossist i 2014. Heraf har de fleste købt fra både Nomeco og TMJ, mens en mindre andel også har købt fra andre engrosforhandlere – hovedsagligt fra PharmaService. Det er dog begrænset, hvor meget der købes fra andre end den primære grossist. Således har 93 pct. af alle apoteker købt mindre end 5 pct. af indkøbet hos en anden grossist.¹⁷⁸

Halvdelen af de apotekere, der har købt fra flere grossister, angiver, at de har handlet ved flere grossister, fordi de i løbet af året ikke kunne få et givent produkt hos deres primære grossist.¹⁷⁹ Det er på trods af, at alle apoteker på et tidspunkt har oplevet, at deres primære grossist ikke kunne levere et produkt, jf. afsnit 5.4 om leveringssvigt. TMJ bekræfter, at apoteker, der ikke er primære kunder, kun køber hos TMJ, hvis produktet ikke er tilgængeligt andet sted.

43 pct. af apotekerne har købt medicin direkte fra en leverandør i løbet af de seneste seks år, mens 21 pct. har købt medicin fra en grossist, der ikke førte fuldt sortiment.¹⁸⁰ Generelt er erfaringerne med at købe direkte fra leverandører overvejende dårlige. 55 pct. havde dårlige eller meget dårlige erfaringer hermed, mens kun 18 pct. havde gode eller meget gode erfaringer, jf. figur 3.7. For køb ved andre end fuldsortimentsgrossister har erfaringerne været lidt mere blandede. 26 pct. har haft gode eller meget gode erfaringer, mens 47 pct. har haft dårlige eller meget dårlige erfaringer.¹⁸¹

¹⁷⁶ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 21 i appendiks.

¹⁷⁷ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 22 i appendiks.

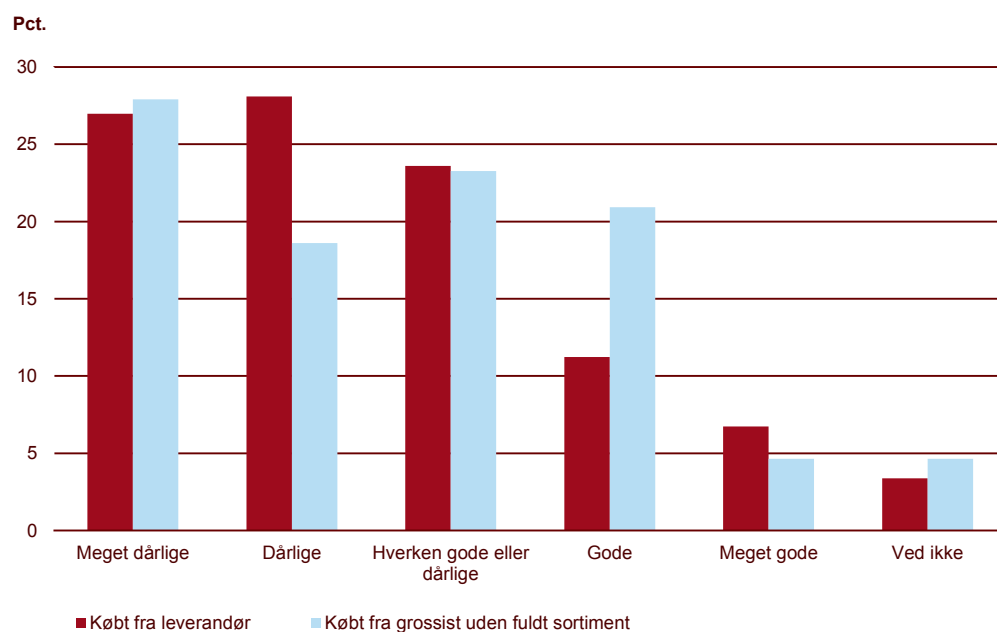
¹⁷⁸ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, egne beregninger ud fra spørgsmål 4 og 7 i appendiks.

¹⁷⁹ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 8 i appendiks.

¹⁸⁰ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 27 og 30 i appendiks.

¹⁸¹ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 29 og 32 i appendiks.

Figur 3.7 Apotekernes erfaring med at købe medicin direkte fra leverandør eller grossist uden fuldt sortiment

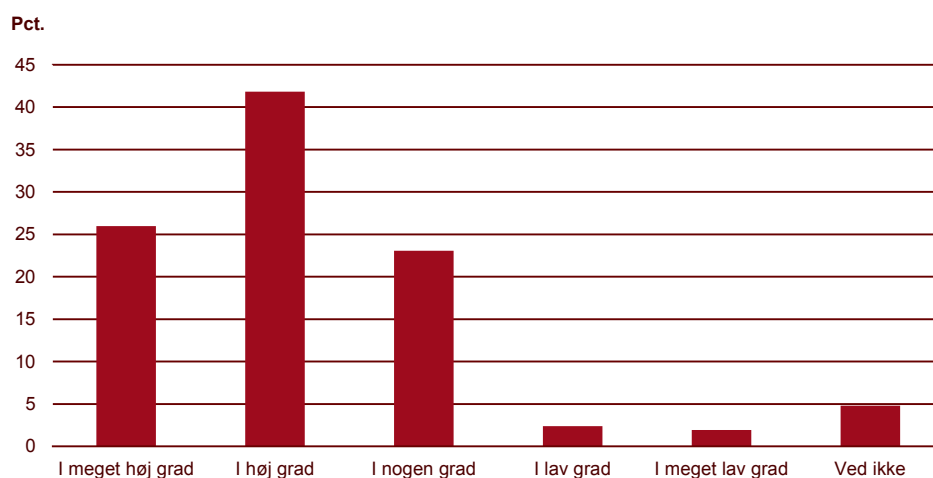


Anm.: Spørgsmål 29: "Hvordan var jeres erfaringer samlet set med at købe medicin direkte fra leverandører/producenter?" og spørgsmål 32: "Hvordan var jeres erfaringer samlet set med at købe medicin fra andre end fuldsortimentsgrossister?" Antal respondenter: [N=89] for spørgsmål 29 og [N=89] for spørgsmål 32. Svarfordelingen fremgår af appendiks til analysen.

Kilde: KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016.

KFST's undersøgelse blandt apotekere viser, at apotekerne generelt oplever en stor konkurrence mellem medicingrossisterne. 71 pct. af apotekerne angiver, at grossisterne i meget høj grad eller i høj grad konkurrerer aktivt om at tiltrække apotekerne som kunder, og kun 9 pct. oplever, at de i lav eller meget lav grad konkurrerer om kunderne, jf. figur 3.8.

Figur 3.8 I hvilken grad er det din opfattelse, at medicingrossisterne konkurrerer aktivt om at tiltrække apoteker som kunder?



Anm.: Spørgsmål 24: "I hvilken grad er det din opfattelse, at medicingrossisterne konkurrerer aktivt om at tiltrække apoteker som kunder?" Antal respondenter: [N=208]. Svarfordelingen fremgår af appendiks til analysen.

Kilde: KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016.

Ifølge aktører, KFST har talt med, foregår konkurrencen bl.a. på koncepter for varebestilling, leveringssikkerhed samt servicegrad.¹⁸²

Leverandørers samhandel med engrosforhandlere med henblik på salg til apoteker

Eftersom apotekerne efterspørger fuldsortimentsgrossister samtidig med, at så godt som alle har én primær grossist, hvor de køber 95 pct. af deres indkøb igennem, er det svært for leverandørerne at undgå samhandel med Nomeco og TMJ. Hvis man som leverandør vil nå ud til alle apoteker, er det derfor i praksis nødvendigt at sælge sine produkter til begge fuldsortimentsgrossister. Selvom der sker en løbende dialog om vilkår, er der reelt ingen trussel om, at en leverandør vil fravælge de to grossister.

Ifølge Nomeco har de samhandel med samtlige leverandører, hvis produkter efterspørges af apotekerne, mens TMJ oplyser, at de *ikke* har aftaler med alle leverandører, der er godkendt til salg på danske apoteker.¹⁸³ På deres hjemmeside angiver TMJ dog, at de er en fuldsortimentsgrossist, der leverer alle lægemidler og øvrige varer, der efterspørges på privatapoteker og sygehusapoteker i Danmark.¹⁸⁴

En markedsaktør har oplyst til KFST, at de oplever, at der kan være leverandører, som ikke ønsker at indgå en reel kontrakt med grossisterne, men blot oplyser, til hvilke priser grossisten kan få lov til at købe varerne til. Derudover kan det være, at nogle leverandører ønsker at sælge uden om grossisterne eller kun via én forhandler, og at det ikke er alle leverandører, der

¹⁸² KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁸³ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁸⁴ Tjellesen Max Jenne, <http://www.tmj.dk/apotek/sortiment>.

er godkendt til salg, der rent faktisk vælger at gå ind i taksten med produkter, som apoteker eller sygehuse efterspørger.

Erfaringer viser, at leverandører af medicin generelt er meget tilbageholdende med at afprøve andre engrosforhandlere end de to fuldsortimentsgrossister. En kopi-producent har tidligere forsøgt at sælge en mindre andel af sit sortiment via en eksklusiv aftale med Pharma Change, der ikke længere eksisterer. Erfaringen var dog, at disse produkter ofte blev valgt fra af apotekerne til fordel for andre produkter i substitutionsgruppen, som var tilgængelige hos de enkelte apotekers "almindelige" grossist. Leverandøren gik derfor tilbage til at sælge via de to fuldsortimentsgrossister.¹⁸⁵

I henhold til Apotekerloven skal apoteker hurtigst muligt kunne fremskaffe et efterspurgt lægemiddel,¹⁸⁶ og derfor kan apoteker ikke afvise at handle med engrosforhandlere med eksklusiv aftale. Ofte vil forbrugeren dog være tilfreds med at få udleveret et andet produkt i substitutionsgruppen frem for at vente til, at apoteket har det pågældende produkt på lager, og derfor har apotekets præference for samhandel en afgørende betydning.

Pharmadirect har desuden forsøgt at få leverandører af medicin til apotekerne til at sælge via eksklusiv aftale med distribution direkte til apotekerne.¹⁸⁷ Selvom leverandørerne medgiver, at denne distributionsform formentlig ville mindske deres direkte distributionsomkostninger, har leverandørerne været tilbageholdende, bl.a. fordi de ikke har været overbevist om, at den konkrete virksomhed kunne leve op til leverandørernes relativt høje standard for distribution, og at der ikke kunne håndteres logistik på nordisk plan.¹⁸⁸

Nogle aktører i markedet har yderligere den opfattelse, at især parallelimportører er nervøse for at blive udelukket fra at handle med grossisterne i resten af Europa, og andre er nervøse for at miste salg til apotekerne, hvis man som leverandør går uden om de store grossister. Fx har en leverandør tidligere oplevet trusler om at blive udelukket fra det europæiske marked, hvis man ikke gik med til grossistens priser eller udenom grossisten.¹⁸⁹ Danmark er et lille marked sammenlignet med de europæiske markeder, som derfor kan være af langt større betydning. Samtidig er begge de to fuldsortimentsgrossister i Danmark en del af verdensomspændende koncerner, hvormed de kan have en væsentlig større indflydelse over for leverandørerne.

De dårlige erfaringer har bidraget til at afholde leverandører fra efterfølgende at afprøve alternative forhandlere og distributionsformer.

3.5 Grossisternes indtjening

På de fleste markeder kan virksomheders indtjening give en indikation af konkurrencepresset på markedet. Under intensiv konkurrence vil det som udgangspunkt ikke være muligt for virksomheder at opretholde en høj indtjening. Det skyldes, at konkurrerende virksomheder vil have incitament til at underbyde hinanden, eller at den høje indtjening vil tiltrække yderligere aktører til markedet, der vil bidrage til at konkurrere prisen og dermed indtjeningen ned.

¹⁸⁵ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁸⁶ Apotekerloven § 42, stk. 2.

¹⁸⁷ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁸⁸ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁸⁹ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

Lav indtjening kan dog også dække over svag konkurrence, fordi svag konkurrence kan svække virksomhedernes incitament til og behov for at minimere omkostningerne. Lav indtjening vil dermed ikke nødvendigvis være ensbetydende med, at der er stærk konkurrence på et marked.

Indtjening kan derfor ikke stå alene, når konkurrencepresset på et givent marked skal vurderes.

Medicingrossisternes indtjening analyseres ved at se på overskudsgraden for medicingrossister i lande, som Danmark normalt sammenlignes med (se bilag 1 for yderligere om opgørelsen af indtjening).

Der er store forskelle på reguleringen af de europæiske engrosmarkeder for medicin. I visse lande er vertikal integration mellem engrosforhandlere og apoteker tilladt, hvorfor indtjeningsmålet for engrosforhandlere potentielt ikke vil være retvisende. Det skyldes, at vertikalt integrerede aktører i et vist omfang kan placere indtjeningen der, hvor det måtte være mest profitabelt.

Da vertikal integration mellem engrosforhandlere og apoteker ikke er tilladt i Danmark, vurderes det at være mest retvisende at sammenligne med indtjeningen i andre lande, hvor vertikal integration ligeledes ikke er tilladt.

Indtjeningsresultater

Indtjeningen for danske medicingrossister har i perioden 2005-2014 ligget over det gennemsnitlige niveau for andre europæiske lande, der ligesom Danmark ikke tillader vertikal integration mellem engrosforhandlere og apoteker.

De danske medicingrossisters indtjening målt ved overskudsgraden var 1,5 pct. i 2014. Det er i procentpoint højere end den gennemsnitlige indtjening for andre lande, der ikke tillader vertikal integration, jf. figur 3.9(a).¹⁹⁰ Omvendt er indtjeningen for danske engrosforhandlere¹⁹¹ overordnet lavere end for engrosforhandlere i de lande, der tillader vertikal integration.

I perioden 2005-2014 har danske medicingrossister gennemsnitligt haft en indtjening på 0,6 procentpoint højere end lande, der ikke tillader vertikal integration, men 1,0 pct. lavere end lande, der tillader vertikal integration.

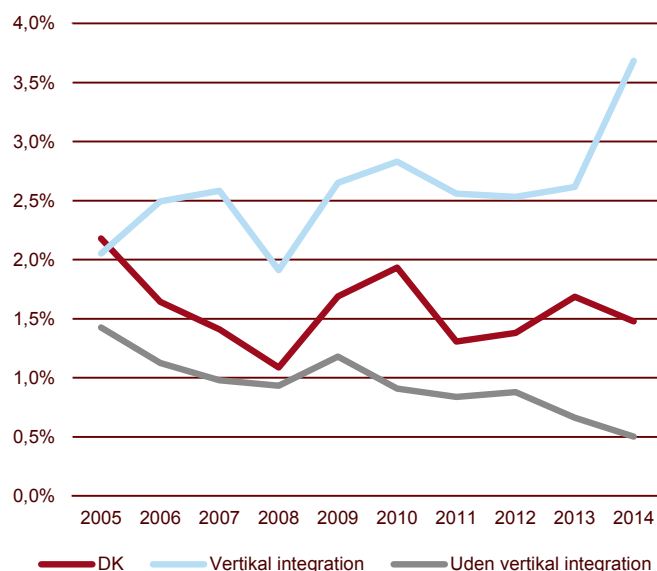
For perioden 2005-2014 rangerede den gennemsnitlige indtjening for danske medicingrossister med 1,6 pct. midt blandt lande, som Danmark normalt sammenlignes med, jf. figur 3.9(b). Engrosforhandlere i Storbritannien og Norge har med hhv. 4,0 og 3,9 pct. haft den højeste indtjening, mens engrosforhandlere i Tyskland og Belgien med 0,8 pct. har haft den laveste.

¹⁹⁰ Lande, der ikke tillader vertikal integration mellem engrosforhandlere og apoteker, dækker over Frankrig, Italien og Tyskland.

¹⁹¹ Lande, der tillader vertikal integration mellem engrosforhandlere og apoteker, dækker over Belgien, Holland, Norge, Sverige og Storbritannien.

Figur 3.9 Indtjeningen målt ved overskudsgraden for medicingrossister i udvalgte lande

(a) Udviklingen i danske og udenlandske medicingrossisters overskudsgrad, 2005-2014

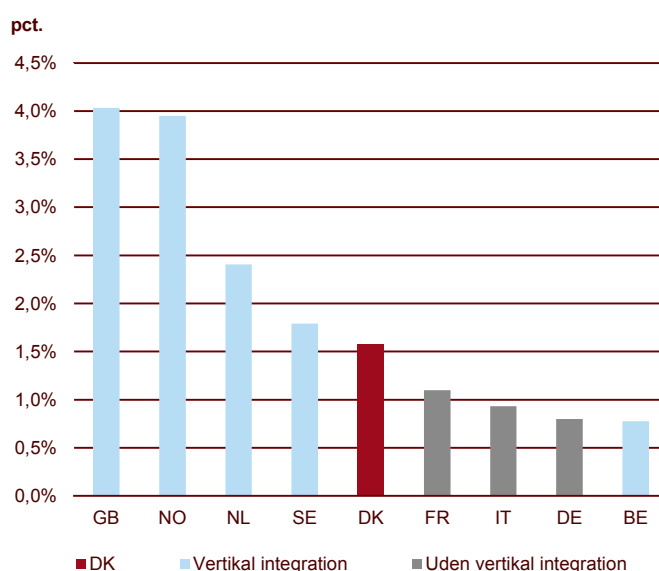


Note: Lande, der tillader vertikal integration mellem engrosforhandlere og apoteker, dækker over Belgien, Nederlandene, Norge, Storbritannien og Sverige. Lande, der ligesom Danmark ikke tillader vertikal integration mellem engrosforhandlere og apoteker, dækker over Frankrig, Italien og Tyskland.

Anm.: Overskudsgraden for udvalgte lande er beregnet som et simpelt gennemsnit af de inkluderede landes overskudsgrad. Overskudsgraden for hvert land er beregnet som gennemsnit af grossisterne for det pågældende land vægtet efter andel af national omsætning.

Kilde: Regnskaber fra Nomeco, TMJ og indtil 2008 Tjellelsen og Max Jenne, data fra Amadeus-databasen samt egne beregninger.

(b) Overskudsgraden for udvalgte lande, gennemsnit 2005-2014



Anm.: Overskudsgraden for hvert land er beregnet som gennemsnit af engrosforhandlernes overskudsgrad for det pågældende land vægtet efter andel af national omsætning.

Kilde: Regnskaber fra Nomeco og TMJ, data fra Amadeus-databasen samt egne beregninger.

Det tyder på, at vertikal integration i høj grad påvirker indtjeningen målt ved overskudsgraden for engrosforhandlere. Lande, der tillader vertikal integration har væsentlig højere indtjening end lande, der ikke tillader vertikal integration. På baggrund af overskudsgraden tyder det på, at danske medicingrossister de seneste 10 år har opnået en indtjening, der ligger over niveauet for lande, der ligesom Danmark ikke tillader vertikal integration mellem engrosforhandlere og apoteker.

Det er i sammenligningen af indtjening dog værd at tage forbehold for, at ejerskabsstrukturen kan have en effekt på indtjeningen i de enkelte landes engrosforhandlere af medicin. To større internationale aktører, der også ejer de to danske engrosforhandlere, står for en stor del af det europæiske salg af medicin, hvilket kan have en betydning for placeringen af overskud.

For bedre at undersøge grossisternes indtjening for videresalg af medicin undersøges avancer på konkrete medicinprodukter i afsnit 3.6.

3.6 Grossisternes avancer

Indledning

Priser er i normale sammenhænge en af de væsentligste konkurrenceparametre på et marked, men grossistmarkedet for medicin adskiller sig fra andre markeder, idet grossisterne ikke selv sætter den pris og rabat, de videresælger produkter til. I stedet er det leverandørerne der i henhold til reguleringen af medicin sætter den pris, som hhv. apoteker og sygehusapoteker køber medicinen til.

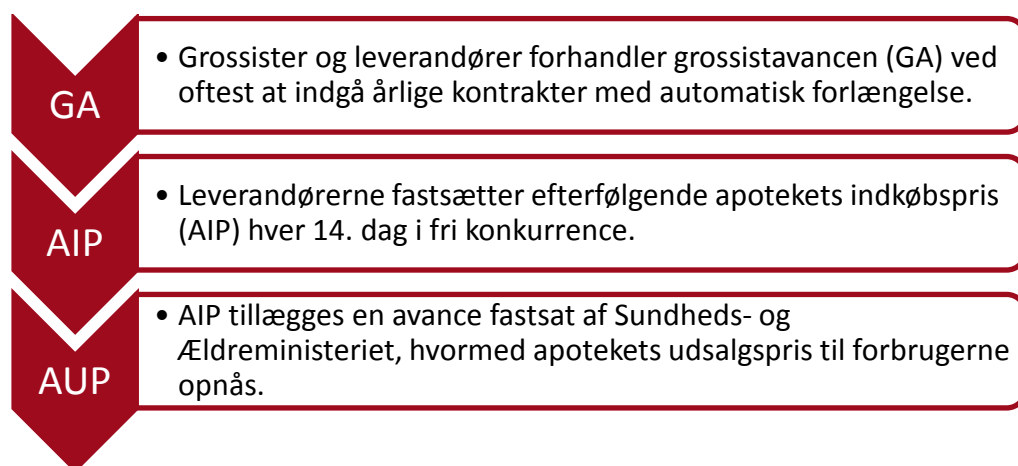
Grossisterne forhandler deres avance for distribution af medicin med leverandørerne, og avancen er derfor en mulig konkurrenceparameter for grossisterne. En svag konkurrence mellem grossister kan betyde højere grossistavancer.

Grossistavance på apoteksforbeholdt medicin

Apotekerne køber medicin hos grossisterne til de priser, der hver 14. dag fastsættes af leverandørerne i fri konkurrence. Dermed har grossisterne ikke nogen direkte indflydelse på deres egen videresalgspris til apotekerne. I stedet forhandler grossisterne deres avance med leverandørerne. For de apoteksforbeholdte lægemidler fastsætter Lægemiddelstyrelsen yderligere apotekernes udsalgspris ved at fastsætte apoteksavancen, jf. afsnit 2.6.

I praksis forhandles grossistavancen (GA) mellem leverandør og grossist *før*, leverandørerne sætter AIP for det pågældende produkt. En stærk forhandlingsposition for grossisterne kan betyde høje grossistavancer. Det vil øge leverandørernes omkostninger for at få leveret deres medicin til apotekerne, og det vil alt andet lige føre til højere AIP og dermed også højere forbrugerpriser (AUP). Dynamikken for prisdannelsen er illustreret i figur 3.10.

Figur 3.10 Dynamik i prisdannelsen af apoteksforbeholdte lægemidler



Kilde: KFST på baggrund af oplysninger indhentet fra markedsaktører, 2015.

Den aftalte grossistavance mellem leverandør og grossist fastsættes som *en procentdel af AIP*. Procentsatsen kan enten være den samme for alle leverandørens produkter, eller den kan variere. Procentsatsen kan fx være angivet som en trappesats, hvor satsen bliver lavere, jo højere AIP er.

At grossistavancen er fastsat som en procentdel af pakningens pris til apoteker betyder, at grossisternes indtjening for distribution af medicin stiger med prisen på lægemidlet. Dermed

har grossisterne et økonomisk incitament til at sælge de dyre produkter. Det kan have en indflydelse på, hvordan grossisterne køber medicin ind.

Sammenligning af grossisterne avancer på udvalgte produkter (original, generisk og parallelimport)

Styrelsen har beregnet et overordnet indeks for Nomeco og TMJ's gennemsnitlige avance for distribution af én pakning receptpligtig medicin.

Indekset er baseret på oplyste avancer i pct. af AIP for et udvalg af ens produkter, hvor pro-centsatsen ligger fast over flere år. Udvalget er baseret på grossisterne største leverandører opdelt på original, parallelimporteret og generisk medicin. For denne opdeling skal det bemærkes, at en original producent kan producere både patenteret, original og generisk medicin, og at parallelimport sker for patenteret og original medicin. Udvalget består af knap 2.000 produkter, som udgør en relativ stor andel af de to grossisters samlede omsætning for receptpligtig medicin til apoteker i 2014.

Analysen viser, at der er få forskelle i de to grossisters avancer for identiske produkter, mens der er store forskelle afhængigt af, om det er original-, kopi eller parallelimporteret medicin.

Da der kan være meget stor forskel på avancerne for forskellig medicin, har det en stor betydning, hvilke produkter grossisterne sælger. Selvom et produkt kan have en høj avance, har dette en mindre betydning, hvis salget af det pågældende produkt er meget lavt. Derfor er indekset for grossistavancer vægtet med grossisterne faktiske salg målt i omsætning. De to grossister har i 2014 haft den højeste avance målt i kroner på parallelimporteret medicin, mens avancen på original medicin var lavere. Avancen for distribution af generisk medicin var lavest.

Distributionsomkostningerne kan være forskellige for medicin, idet noget medicin har særlige krav til opbevaring, holdbarhed eller lignende. Ligeledes har produktets kommercielle risiko samt, hvorledes varen er pakket til grossisten, herunder antal batch-numre pr. leverance betydning for omkostningen. En markedsaktør har fx tilkendegivet, at parallelimportørerne typisk sender flere batch-numre pr. leverance, hvilket efter markedsaktørens opfattelse er med til at fordyre distributionsomkostningen. Denne forskel kan dog ikke umiddelbart forklare forskellen i avancerne for distribution af original, parallelimporteret og generisk medicin.

Grossisterne højere avancer på parallelimporteret medicin kan derimod skyldes, at grossisterne har en relativ stærk forhandlingsposition over for parallelimportører, idet grossisterne til enhver tid kan indgå – og formentlig allerede har indgået – en aftale om de helt samme produkter med originalproducenterne. Dermed kan grossisterne kræve en højere avance for parallelimporteret medicin sammenlignet med originalmedicin.

Generiske producenter er udsat for et stort konkurrencepres, der presser AIP ned. Det betyder, at producenterne profit mindskes, hvilket resulterer i, at grossisterne ikke har en særlig stor avance at forhandle om. Originalproducenter kan derimod profilere sig på deres brand, hvor de kan skabe en præference hos forbrugerne. Dermed kan originalproducenter sætte en højere AIP – også på den medicin som ikke længere er beskyttet af patenter. Dette kan grossisterne drage nytte af ved at kræve en højere avance sammenlignet med generika.

Denne effekt har endnu større betydning for patenteret medicin, fordi leverandørerne har monopol på disse produkter og derfor ikke er udsat for konkurrence. For det undersøgte udvalg af produkter udgør patenteret medicin imidlertid kun 8 pct. af original medicin.

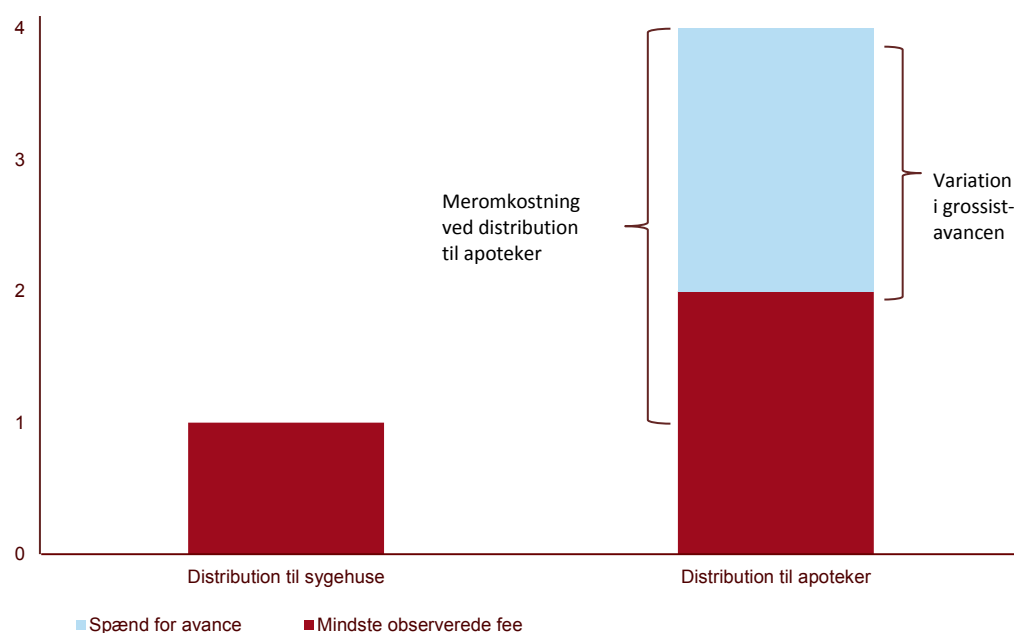
Grossisterne har således et klart økonomisk incitament til at sælge parallelimport og original medicin frem for generisk medicin.

Sammenligning af grossistavancer for distribution til hhv. sygehuse og apoteker

Distribution til sygehuse sker oftest gennem pre-wholesale, hvor grossisten ikke ejer produktet, men blot står for lagerhold og distribution. Leverandøren betaler engrosforhandleren en fee for selve distributionen. Ved distribution til apotekerne køber grossisten selve produktet for efterfølgende at sælge det videre. Selvom der er forskelle på distributionen til hhv. apoteker og sygehuse giver sammenligningen alligevel et indtryk af leverandørens faktiske omkostninger ved at få leveret medicin til hhv. sygehuse og apoteker.

For en række kontrakter mellem grossist og leverandør er både angivet avancen for distribution til apotek og en fee for distribution til sygehuse. Der kan være produkter, der er beholdt enten til apoteker eller sygehuse, men der vil være en lang række produkter, der skal distribueres til begge salgskanaler. Både avancen og fee er opgivet som pct. af AIP for begge salgskanaler og er derfor sammenlignelig. I disse tilfælde skal leverandøren betale mellem to og fire gange så meget for at få distribueret sine produkter til apotekerne frem for distribution til sygehuse, jf. figur 3.11. Bemærk at figur 3.11 ikke viser de faktiske omkostninger – hverken i kroner eller pct. af AIP – men blot forholdet mellem de to distributionskanaler.

Figur 3.11 Sammenligning af distributionsomkostninger til hhv. sygehuse og apoteker



Anm.: Figuren viser ikke de faktiske omkostninger – hverken i kroner eller pct. af AIP – men blot forholdet mellem de to distributionskanaler.

Kilde: Egne beregninger foretaget på baggrund af oplysninger fra Nomeco og TMJ.

Grossisten har uden tvivl en væsentlig øget omkostning ved at skulle levere til alle 392 apoteker og filialer mod kun otte sygehusapoteker. Desuden har grossisten en øget risiko ved at eje produktet frem for blot at stå for lagerhold og distribution. Det kan fx være i forhold til ødelagte produkter, manglende betaling fra et apotek eller tab, hvis en leverandør går konkurs. Yderligere medfører 14-dages-prisperioderne store transportomkostninger, som dækkes af grossistavancen, idet der er mange varer, der både skal leveres til apotekerne og returneres til grossisterne, jf. også afsnit 4.3.

Sortimentet til sygehuse skifter som udgangspunktet kun hvert eller hvert andet år, og der foretages ikke returneringer. Disse forhold vil naturligt afspejle sig i en højere avance for distribution til apoteker. Til gengæld findes der minimum syv engrosforhandlere, der distribuerer medicin til sygehusapotekerne mod kun to i apoteksleddet. Det skaber en øget konkurrence, der kan presse engrosforhandlernes fee ned, og det kan yderligere være en medvirkende faktor til de lavere indkøbspriser til sygehusene, jf. afsnit 2.5. Resultaterne i figur 3.11 indikerer, at engrosforhandlerne står i en stærkere forhandlingsposition, når det kommer til distribution af medicin til apoteker end til sygehuse. Dog afspejler det også, at det er billigere at distribuere medicin til sygehuse. Der er således potentiale for, at en øget konkurrence om distributionen til apoteker kan give lavere grossistavancer. Dette kan give sig udslag i lavere AIP-priser og dermed lavere forbrugerpriser og offentlig tilskud.

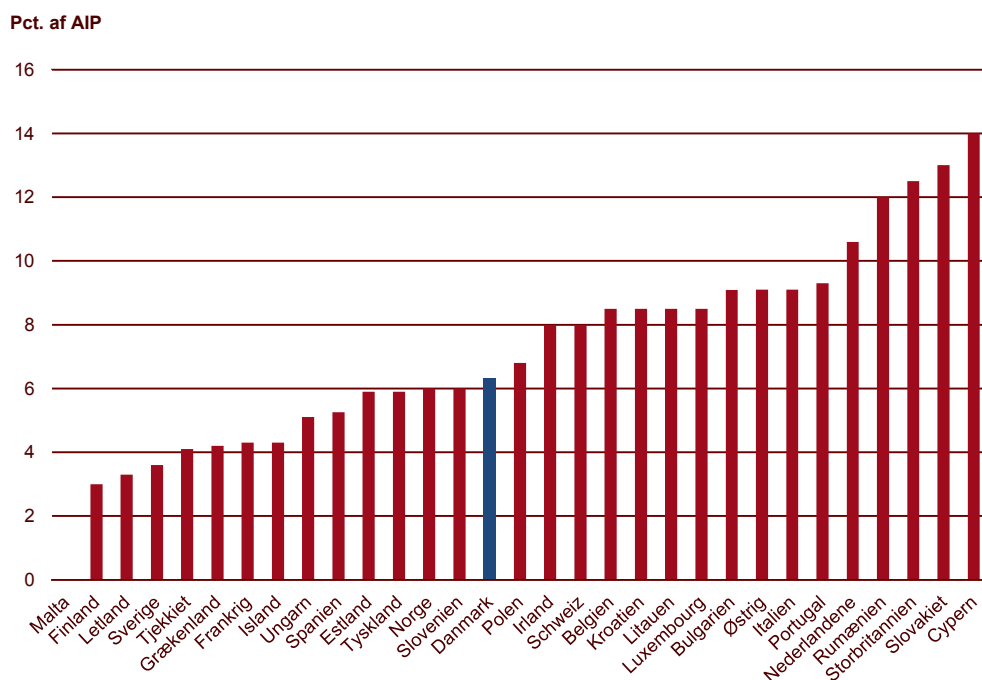
Derudover er der ikke umiddelbart noget, der hindrer, at distributionen til apoteker kunne foretages på samme måde, som det er tilfældet med distribution til sygehusene. Ved direct-to-pharmacy står engrosforhandleren udelukkende for distribution og evt. lagerhold, og det vil stadig være muligt, at forhandleren fører fuldt sortiment. Engrosforhandleren vil ikke have den samme risiko, hvilket kan mindske distributionsomkostningerne.

Sammenligning af danske grossistavancer på apoteksforbeholdt medicin med udlandet
Grossistavancer og reguleringen af disse varierer i høj grad på tværs af EU-landene. Kun i Danmark, Finland, Sverige, Nederlandene og Storbritannien er avancerne ureguleret.¹⁹² I Danmark er den gennemsnitlige grossistavance for receptpligtig medicin på 6,3 pct. af AIP og er dermed placeret i midten, jf. figur 3.12.

Der er potentiale for, at en øget konkurrence om distributionen til apoteker kan give lavere grossistavancer. Dette kan give sig udslag i lavere AIP-priser og dermed lavere forbrugerpriser og offentlig tilskud.

¹⁹² EU-Kommissionen, *Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU*, 2012.

Figur 3.12 Gennemsnitlige grossistavancer for receptpligtig medicin i EU som pct. af AIP



Kilde: EU-commissioned, *Study on enhanced cross-country coordination in the area of pharmaceutical product pricing*, 2015.

Når avancer opgøres i pct. af AIP fortæller det dog ikke noget om, hvad de egentlige distributionsomkostninger for producenterne målt i kroner er, eftersom AIP kan være meget forskellige på tværs af landene. Et land med højere avance i pct. end Danmark, men med priser, der gennemsnitlig er lavere, kan således godt have en lavere grossistavance, når det opgøres i kroner.

Derudover er en sammenligning på tværs af lande forbundet med en vis usikkerhed i form af, hvorvidt fx rabatter påvirker de oplyste grossistavancer.

KFST har yderligere forsøgt at indsamle detaljeret data på pakningsniveau til sammenligning i forskellige lande. Der er i imidlertid ikke noget entydigt billede, da resultaterne i høj grad afhænger af, hvilke lande og produkter der sammenlignes.

Kapitel 4

Barrierer for at starte distribution af medicin til apoteker

4.1 Indledning og konklusioner

På baggrund af analyserne i kapitel 3 af konkurrencen er det vurderingen, at konkurrencen om distribution af medicin til apotekerne kan blive mere effektiv.

En svag konkurrence på et marked kan først og fremmest skyldes *adgangsbarrierer*, der skærmer de eksisterende virksomheder på markedet mod konkurrence fra nye aktører.

En af de væsentligste adgangsbarrierer for nye distributører af medicin til apotekerne er den manglende adgang til apotekernes it-systemer og til information om apotekets salg, lager og prioritering ved substitution. Uden en velfungerende it-løsning er det stort set umuligt at starte distribution af medicin til apotekerne.

Tidligere forsøg på at komme ind på markedet har vist, at det er teknisk vanskeligt og omkostningstungt for nye engrosforhandlere at udvikle og tilbyde løsninger, der kan hhv. fungere sammen med og udveksle data med apotekernes it-systemer, og dermed stå for varebestilling og lagerstyring på apotekerne.

Udveksling af data med apotekets it-system fordrer i dag brug af snitfladen PharmaLink. Adgangen til og vilkår for brug af PharmaLink styres af de nuværende grossister. Tidligere erfaringerne tyder på, at adgangen til og vilkårene for brugen af PharmaLink ikke opleves som rimelige og lige.

Tidligere erfaringer viser endvidere, at det er oplevelsen, at det på nuværende tidspunkt er teknisk vanskeligt – og måske i praksis umuligt – for et apotek, der er tilknyttet en VMI-løsning, *elektronisk* at bestille varer fra flere forskellige engrosforhandlere.

Yderligere er 14-dages-prisperioderne med til at forstærke behovet for, at engrosforhandlerne kan tilbyde it-løsninger, som kan håndtere varebestilling og lagerstyring i et system med mange skiftende priser og skiftende sortiment. 14-dages-prisperioderne medfører desuden store omkostninger til transport af medicin – både til apotekerne, når medicinen leveres, og fra apotekerne når de mange returvarer, der ikke er blevet solgt, sendes tilbage til grossisten.

Den store udskiftning i apotekernes sortiment som følge af 14-dages-prisperioderne medfører yderligere, at apotekerne har en præference for fuldsortimentsgrossister. Det gør det vanskeligt for aktører med andre forretningsmodeller at komme ind på markedet samtidig med, at det kan være vanskeligt og omkostningsfuldt at starte en fuldsortimentsgrossist-virksomhed op. Dette skaber en adgangsbarriere for nye aktører.

Selvom 14-dages-prisperioderne er med til at sænke priserne på nogle typer af medicin, er det muligt, at priserne ville være endnu lavere ved en længere periode samtidig med, at transportomkostningerne mindskes.

På den baggrund anbefales det:

- » At adgangen til apotekernes it-system og til den information, der er nødvendig for varebestilling og lagerstyring på apotekerne, gøres uafhængig af engrosforhandlere og deres it. Herved får alle engrosforhandlere lige adgang til informationerne i apotekernes systemer,

samt at der er mulighed for it-løsninger fra flere engrosforhandlere på samme tid til apotekerne. Alternativt anbefales det, at der fastsættes krav, der skal sikre, at adgangen til information i apotekernes it-systemer gives på lige vilkår til engrosforhandlerne på markedet, at der føres kontrol med, om reglerne overholdes samt, at der kan sanktioneres ved overtrædelse heraf.

- » At det undersøges, om der for *nogle* produkter kan anvendes et alternativt indkøbssystem end 14-dages-prisperioderne.
- » At gevinster og omkostninger ved 14-dages-prisperioderne undersøges nærmere særligt med henblik på, om prisperioderne med fordel kan gøres længere.

Derudover udgør den manglende mulighed for priskonkurrence mellem engrosforhandlere samt apotekernes begrænsede incitament til at afsøge markedet en adgangsbarriere for nye engrosforhandlere på markedet. Dette behandles i hhv. kapitel 5 og kapitel 6.

4.2 It-løsninger og tilhørende services til apotekerne

De eksisterende grossisters it-services som fx varebestilling og lagerstyring er omdrejningspunkt for deres levering af serviceydelser til apotekerne. Mere end 90 pct. af apotekerne angiver, at grossisternes samlede tekniske løsning til varebestilling og lagerstyring har stor eller afgørende betydning for valg af primær grossist. Det er derfor nødvendigt for en ny engrosforhandler at kunne tilbyde en funktionsdygtig it-løsning for at tiltrække apoteker som kunder.

Den samlede it-løsning på et apotek består af tre dele. Dels apotekets eget it-system, dels snitfladen PharmaLink til brug for udveksling af filer med apotekernes it-system og endelig Nomecos eller TMJ's egne it-løsninger, som anvendes til at følge salg og lagerhold for de produkter, som de forsyner apotekerne med. Yderligere har størstedelen af apotekerne outsourcet varebestilling og lagerhåndtering til en af de to fuldsortimentsgrossister. Den samlede it-løsning på et apotek er behandlet nedenfor og illustreret i figur 4.1.

Figur 4.1 Den samlede it-løsning på et apotek



Kilde: KFST på baggrund af oplysninger indhentet fra markedsaktører til analysen, 2015-2016.

Apotekernes egne it-systemer

Apotekernes egne it-systemer håndterer den daglige drift af apoteket, bl.a. apotekets ekspedering af recepter og øvrig medicin og frihandelsvarer.

Systemerne foretager også den nødvendige pris- og tilskudsberegning som følge af 14-dages-prisperioderne og substitutionsgrupperne gennem brugerflader til det Centrale Tilskuds Register og det Fælles Medicin Kort m.v. samt lovfastsatte indberetninger til diverse offentlige systemer og sygeforsikringen 'danmark'.¹⁹³

Der findes i dag tre forskellige leverandører af it-systemer til apotekerne:

- » *Pharmanet* er ejet af et søsterselskab til Apotekerforeningen, Datapharm. Selve udviklingen og driften styres af NNit
- » *C2* leveres af Cito IT, der er en privat apotekerejet virksomhed
- » *Apoteksdata* er også et privat apotekerejet system

Ca. 75 pct. af danske apoteker bruger Pharmanet, mens ca. 25 pct. bruger Cito System. Kun få apoteker anvender Apoteksdata.

Nomecos it-løsninger

Når Nomeco er primær grossist for et apotek, kan apoteket overordnet vælge tre forskellige løsninger til, hvordan varebestilling og lagerstyring kan foregå:

- » Apoteket håndterer selv varebestilling via deres eget it-system.
- » Apoteket har, helt eller delvist outsourcet varebestilling til Nomeco, som logger på apotekets eget it-system og benytter apotekets it-system til bestilling af varer.
- » Apoteket har, helt eller delvist, outsourcet varebestilling til Nomeco, hvor al aktivitet primært foregår gennem Nomecos eget VMI-system.¹⁹⁴

De allerfleste af Nomecos kunder har outsourcet både varebestilling og lagerstyring til Nomeco.¹⁹⁵ Langt størstedelen af Nomecos kunder anvender VMI-løsningen.¹⁹⁶ Hvis apoteket anvender Nomecos VMI-system udløser det en rabat på apotekets medicinindkøb, jf. afsnit 5.3 om omkostningsbegrundede rabatter.

Når der indgås et samarbejde mellem apoteket og Nomeco, beslutter apoteket og Nomeco i fællesskab, hvilke produkter Nomeco skal stå for den løbende forsyning af. Ligeledes kan apoteket fravælge, at Nomeco skal stå for den løbende forsyning af visse produkter.¹⁹⁷ VMI-systemets opbygning er dog baseret på, at Nomeco servicere apotekerne som fuldsortimentsgrossist, men dette er ikke en betingelse for at kunne benytte VMI-systemet. Såfremt apotekerne valgte at købe en betydelig del af sine varer hos en anden grossist, vil det ifølge Nomeco foranledige komplicerede ændringer i VMI-systemet, men ikke automatisk i Nomecos forretningsmodel.

I praksis fungerer VMI-systemet sådan, at Nomeco grossist via EDI kommunikerer med de tilknyttede VMI-apoteker efter et individuelt aftalt mønster, der modsvarer apotekets ønsker for levering jf. figur 4.2. Dagligt modtager Nomeco *salgsdata* på de produkter, som Nomeco forsyner apoteket med. Filen indeholder en akkumuleret salgssum pr. varenummer. Der udveksles ikke data vedrørende priser eller patienter. Den modtagne salgsfil benyttes af Nomeco

¹⁹³ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁹⁴ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁹⁵ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁹⁶ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016. VMI står for Vendor Management Inventory. Det er et prognosesystem, der generelt anvendes af logistikvirksomheder, da systemet indebærer, at leverandøren får indsigt i lagerhold og omsætning hos de tilknyttede kunder på enkeltproduktniveau. VMI-systemet er ikke produktspecifikt, men et generisk system, der kan håndtere forsyningen af alle produkter, herunder både medicin og frihandelsvarer.

¹⁹⁷ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

grossist til at danne salgsprognoser på produkterne. Med udgangspunkt i salgsprognoser samt apotekets definerede mål for lagerstørrelse og servicegrad, beregner VMI-systemet *lagerprofiler* og genbestillingsniveauer for produkterne. Det resulterer i en ordre, som kommunikerer til apoteket. Herefter overgår produkterne til bestilling hos Nomeco, hvorfra varerne plukkes, pakkes og sendes til apoteket.¹⁹⁸ Alt dette foregår automatisk, uden at apoteket behøver at gøre noget.

Figur 4.2 Udveksling af information mellem VMI og apotekets eget it-system



Kilde: KFST, oplysninger fra markedsaktører, august 2016.

Nomeco får endvidere gennem VMI-løsningen oplysninger om *apotekets prioritering* ved flere A-produkter (apoteket angiver selv dette). Information om prioriteringen er alene tilgængelig for Nomeco og ikke andre eventuelle engrosforhandlere.¹⁹⁹ Information om apotekets prioritering, hvis der i en periode er flere A-produkter, er især vigtig ved leveringssvigt på ét eller flere A-produkter. Ofte har apotekerne præferencer for, hvilke A-produkter indenfor en given substitutionsgruppe, de ønsker at sælge. Det kunne fx være, at apoteket har en præference for pillernes farver, pakninger eller andet. Hvis en engrosforhandler ikke har adgang til denne viden, har engrosforhandleren ikke mulighed for at servicere apoteket med bestilling (eller levering) af de rette produkter.

TMJ's it-løsninger

TMJ har ikke et decideret it-system som Nomecos VMI-system, men stiller forskellige it-løsninger til rådighed for apotekerne, bl.a. muligheden for at outsource varebestilling og/eller lagerstyring til TMJ. Denne service kalder TMJ for VBO-service (VBO står for varebestillingsoptimering). Stort set alle TMJ's kunder anvender TMJ's VBO-service.

Når der indgås et samarbejde mellem apoteket og TMJ om TMJ som primær grossist, indgås der en kontrakt om, hvilke opgaver TMJ's VBO-konsulenter skal varetage for apoteket. Det kan fx være kontrol af indkøbsordrer, håndtering af restordrer, bogføring i apotekets system m.m.²⁰⁰ Ligeledes oprettes der et login til VBO-konsulenten, som via en fjernadgang får direkte adgang til apotekets eget it-system.²⁰¹ Herfra har VBO-konsulenten adgang til apotekets varebestilling og lagerstyring.

¹⁹⁸ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

¹⁹⁹ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-august 2016.

²⁰⁰ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²⁰¹ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

TMJ's arbejde omkring varebestilling og lagerstyring på vegne af apoteket sker på baggrund af parametre, som apoteket har opstillet.²⁰² Apoteket har således specificeret, hvilke varer TMJ skal stå for den løbende forsyning af, og hvilke varer apoteket selv ønsker at bestille hjem, når lageret er tomt. TMJ's varebestilling og lagerstyring på vegne af apoteket foregår således gennem apotekets eget it-system. Apoteket kan også selv løbende gå ind og ændre bestillingsparametre.

Udover VBO-servicen tilbydes apotekerne adgang til TMJ's portalløsning.²⁰³ Gennem portalløsningen har apoteket adgang til oversigter over kommende og tidligere bestillinger, oversigt over, hvilke produkter der er meldt i leveringssvigt (restordre), vareinformation på både lægemidler og frihandelsvarer, fakturaoversigt, information om driftsmålninger samt hvilke varer, TMJ har på lager.²⁰⁴ Apotekerne har via portalen også mulighed for at ændre deres ordrer, hvis de ønsker dette.

Betydning af it-løsninger, som kan fungere med apotekernes it-system

Engrosforhandlernes samlede tekniske løsning til varebestilling og lagerstyring er et af de forhold, der har størst betydning for apotekernes valg af engrosforhandler. Således angiver 92 pct. af apotekerne, at engrosforhandlernes samlede tekniske løsning til varebestilling og lagerstyring havde stor, meget stor eller afgørende betydning for deres valg af primær engrosforhandler. For at kunne agere på markedet er det derfor en forudsætning, at en ny engrosforhandler kan tilbyde apotekerne en funktionsdygtig it-løsning.

Behovet for en velfungerende it-løsning hænger desuden sammen med reguleringen af 14-dages-prisperioder, substitutions krav om fuldt sortiment hos apotekerne. Det vidner følgende tilkendegivelser fra apotekerne bl.a. om²⁰⁵:

» *”For mig at se, er det vigtigste for valg af grossist, at de tekniske løsninger er gode samtidig med at returneringssystemet virker, når der er substitution, hver 14. dag på lægemidler.”*

Yderligere har *adgang* til apotekernes it-systemer stor betydning for engrosforhandlernes egne muligheder for at optimere deres forretning og yde en god service for apotekerne.

Det skyldes, at it-løsningerne ikke kun giver engrosforhandlere indsigt i lagerhold og omsætning, men også indsigt i apotekernes prioriteringslister. Det er især vigtigt i forbindelse med leveringssvigt på ét eller flere A-produkter. Ofte har apotekerne præferencer for, hvilke A-produkter indenfor en given substitutionsgruppe, de ønsker at sælge. Det kunne fx være, at apoteket har en præference for pillernes farver, pakninger eller andet. I disse tilfælde har apoteket på forhånd lavet en elektronisk prioriteringsliste af A-produkter, der er tilgængelig via adgang til apotekernes it-systemer eller i VMI-systemet.²⁰⁶

Det betyder, at nye engrosforhandlere på markedet ikke umiddelbart har indsigt i apotekernes prioriteringslister. Det kan medføre, at en ny engrosforhandler ikke kan levere de af apoteket ønskede varer. Dette er i praksis hændt for flere engrosforhandlere, der ønskede at komme ind på markedet.²⁰⁷

²⁰² KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²⁰³ I praksis er det en internetside, hvor apoteket har et særskilt login til.

²⁰⁴ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²⁰⁵ KFST, , spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, Citater fra apotekersurvey.

²⁰⁶ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²⁰⁷ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

Dermed vil manglende adgang til (informationen i) apotekernes it-systemer væsentlig begrænse engrosforhandleres muligheder på markedet. Dels fordi apotekerne efterspørger it-løsningerne, dels fordi engrosforhandlerne selv går glip af informationer, som er væsentlige for at tilbyde en god service.

Apotekers skift af it-løsning ved skift af primær engrosforhandler

Overordnet set er det indtrykket, at det er forholdsvis nemt og omkostningsfrit for det enkelte apotek at skifte mellem de to fuldsortimentsgrossisters it-løsninger ved skift af primær grossist.²⁰⁸

I KFST's undersøgelse blandt apoteker er apotekerne spurgt om, hvad de væsentligste udfordringer ved at skifte primær medicingrossist var. Fem apoteker, hvilket svarer til ca. 13 pct. af de apoteker, som har prøvet at skifte primær grossist, angiver, at det var en væsentlig udfordring, da de var nødt til at tilpasse deres it-løsninger med en ny grossists.²⁰⁹

Nomecos og TMJ's it-løsninger synes således ikke at udgøre en barriere for at skifte mellem de to grossister. Begge har adgang til at udveksler data via PharmaLink.

Adgang til PharmaLink standarden og/eller udvikle nye filformater

Det er ikke nemt og omkostningsfrit for nye engrosforhandlere, hvis de ønsker at udvikle en it-løsning, der kan udveksle information med apotekets eget it-system.

Ifølge en markedsaktør kan nye engrosforhandlere kun tilkoble deres it-system til apotekernes it-system/udveksle information, hvis:

- 1) De anvender PharmaLink standarden, eller
- 2) De udvikler et andet filformat, som kan harmonere med apotekernes it-systemer.²¹⁰

PharmaLink standarden blev udviklet i slutningen af 1980-erne og blev rullet ud til alle apoteker i begyndelsen af 1990-erne.²¹¹

En tidligere engrosforhandler på markedet forsøgte over en længere periode at udvikle sit eget filformat, som kunne tale sammen med apotekernes it-system. Trods store investeringer blev der aldrig fundet en anvendelig løsning. Der viste sig at være tekniske forhindringer og udfordringer med kapaciteten og overvågningssystemerne i apotekernes it-system ved at køre denne nye it-løsning.²¹²

(Information om) distribution af medicin til hele apotekersektoren går i dag gennem PharmaLink.

PharmaLink fungerer derfor som en standard på markedet, som (nye) virksomheder på markedet må kunne anvende/tilgå og som – hvis dette ikke er tilfældet – vil kunne begrænse konkurrencen ved at skabe adgangsbARRIERER. For ikke at begrænse konkurrencen på markedet skal adgangen til standarden ske på de såkaldte FRAND-betingelser (Fair, Reasonable And

²⁰⁸ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²⁰⁹ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 17 i appendiks.

²¹⁰ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²¹¹ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²¹² KFST, oplysninger fra markedsaktører, juni- august 2016.

Non-Discriminatory). Vilkårene og betalingen for tredjemands adgang til standarden skal således være rimelig og ske uden forskelsbehandling.²¹³

PharmaLink standarden blev etableret som et branchesystem i samarbejde mellem MEGROS og Danmarks Apotekerforening. Udviklingen blev betalt af alle de daværende grossister²¹⁴ samt Danmarks Apotekerforening.²¹⁵ Det blev ved etableringen aftalt, at alle interesserede virksomheder skulle kunne få adgang til systemet mod at betale en ligelig del af de omkostninger, som havde været forbundet med udviklingen.²¹⁶ I dag er det MEGROS/grossisterne, der administrer adgangen og vilkårene til PharmaLink.

Vilkårene for tredjemands adgang til en standard skal i henhold til FRAND-betingelserne være rimelig og ske uden forskelsbehandling. En tidligere engrosforhandler har forsøgt at få adgang til PharmaLink. Oplevelsen har været, at det har været – og er – forbundet med store udfordringer og en langtrukken proces at få adgang, samt at adgangen ikke blev givet på lige vilkår med de vilkår som Nomeco og TMJ agerede på. Engrosforhandleren opgav at få adgang til PharmaLink standarden og endte med selv at udvikle et filformat, der kunne kobles til apotekernes it-systemer. Nomeco og TMJ nedlagde dog fogedforbud mod dette filformat. Den anden engrosforhandler, der har forsøgt sig på markedet, har ligeledes opfattelsen af, at vilkårene for adgangen til PharmaLink ikke synes at være lige og rimelige.²¹⁷

Hertil kommer betalingen for adgang til standarden. Ifølge en markedsaktør betalte de daværende grossister (i dag nu fusioneret og repræsenteret ved TMJ og Nomeco) og Danmarks Apotekerforening tilsammen 4 mio. kr. for udviklingen af standarden. Danmarks Apotekerforening har valgt at afstå fra at opkræve sin andel af den oprindelige investering, dvs. 1 mio. kr.²¹⁸

Hvis én ny engrosforhandler skal købe adgang til at anvende standarden, deles den oprindelige udviklingsafgift minus Danmarks Apotekerforenings andel; 3 mio. kr. delt med fire, dvs. 750.000 kroner, som så vil være prisen for en licens for den nye engrosforhandler.²¹⁹ Kommer der yderligere en ny engrosforhandler på markedet, vil de 3 mio. kr. skulle deles med fem, hvilket vil give en licens på 600.000 kroner.

Tredjemands betaling for adgang til en standard skal i henhold til FRAND-betingelserne være rimelig. Ved at kræve at nye engrosforhandlere skal betale en "ligelig" andel af udviklingsomkostningerne for en licens, er der således ikke taget højde for, at Nomeco og TMJ allerede har haft gavn af standarden i godt 25 år.

Udover betaling til at få en brugerlicens til PharmaLink standarden, skal en ny engrosforhandler påregne omkostninger til selve udviklingen af systemet og til test med apotekernes systemleverandører.²²⁰

²¹³ Europa-Kommissionen. Kommissionsmeddelelse. Retningslinjer for anvendelsen af artikel 101 i traktaten om den Europæiske Unions funktionsmøde på horisontale samarbejdsaftaler, 2011, punkt 277ff.

²¹⁴ Mecobenzon A/S og Nordisk Droge og Kemikalie A/S og Bang og Tegner (nu Nomeco) samt Max Jenne A/S og K.V. Tjellesen A/S (nu TMJ).

²¹⁵ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²¹⁶ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²¹⁷ KFST, oplysninger fra markedsaktører, august 2016.

²¹⁸ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²¹⁹ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²²⁰ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

KFST har talt med flere af markedets aktører, der fortæller, at en af de væsentligste grunde til, at der ikke er andre engrosforhandlere på markedet, er de høje omkostninger forbundet med at udvikle it-løsninger, der kan fungere med apotekernes it-systemer.²²¹

Flere engrosforhandlere forbundet til apotekets it-system

Hvorvidt en ny engrosforhandler kan tilkoble sin it-løsning til apotekernes it-systemer samtidig med, at apoteket anvender en anden engrosforhandlers it-løsning, afhænger af engrosforhandlerens løsning.

Erfaringer fra potentielle nye engrosforhandlere har vist, at det er oplevelsen, at det er vanskeligt – og i praksis måske umuligt – at tilkoble en ekstra it-løsning til et apotek, som samtidig anvender en VMI-løsning, som Nomecos.²²² Erfaringer fra en tidligere engrosforhandlers forsøg viser, at der synes at være udfordringer for apotekets it-system med at foretage automatisk behovsberegninger for andre engrosforhandlere samtidig med, at apoteket er tilknyttet VMI. Derfor er det i princippet kun muligt med manuelle indkøb hos øvrige engrosforhandlere end Nomeco, når apoteket er tilknyttet VMI.²²³

Derimod synes det ikke at være problematisk for en ny engrosforhandler at tilkoble sin it-løsning på et apotek, der samtidig anvender en VBO-løsning, som TMJ anvender.²²⁴

Denne forskel skyldes formentlig, at selve varedisponeringen i en VMI-løsning foregår i engrosforhandlerens eget it-system, mens varedisponeringen i TMJ's VBO-løsning foregår via apotekets eget it-system.

Det forhold, at det kan være vanskeligt for nye engrosforhandlere at anvende deres it-løsninger samtidig med andre engrosforhandlere (i hvert fald for apoteker med VMI-løsning), kan gøre det vanskeligt for ikke-fuldsortimentsgrossister at komme ind på markedet. Dermed kan især brug af VMI-systemer til outsourcing af varebestilling m.v. udgøre en adgangsbarriere på markedet.

Fordele og ulemper ved outsourcing af varebestilling og lagerstyring

På den ene side kan grossisterne, til apotekernes omsætning og lagerhold, bidrage til at effektivisere lagerstyring og varebestilling til apoteket og effektivisere engrosforhandlerens eget indkøb af medicin gennem leverandørerne. Dette kan samlet set nedbringe omkostningerne og tidsforbrug, som kan gavne forbrugerne i form af lavere priser og bedre service.

På den anden side kan de nuværende grossisters indsigt i apotekets omsætning, lagerhold og prioritering udgøre en adgangsbarriere for at nye engrosforhandlere kommer ind på markedet, da engrosforhandlerne får en konkurrencefordel ved at have indsigt i oplysninger om apoteket, som ikke er tilgængeligt for potentielle konkurrenter. De oplysninger kan både være med til at optimere/effektivisere grossistens kvalitet af lagerstyring og varebestilling til apoteket, og være med til at optimere/effektivisere grossistens eget indkøb af medicin gennem leverandørerne. Det kan betyde lavere priser på medicin til forbrugerne. Samtidig medfører udliciteringen af varebestilling m.v. til grossisterne, at apotekerne får en så tæt tilknytning til deres grossist, at der de facto er tale om vertikal integration, hvilket kan gøre apoteker mindre tilbøjelige til at skifte (og til at undersøge muligheden for at skifte) grossist. Det kan på bag-

²²¹ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²²² KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²²³ KFST, oplysninger fra markedsaktører, juni- august 2016.

²²⁴ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

grund af en afvejning af effektiviseringen over for adgangsbarrieren for nye engrosforhandlere overvejes, om det (ud fra et konkurrencemæssigt hensyn) er hensigtsmæssigt at lade grossisterne stå for varebestilling og lagerstyring.

Bestillinger og leveringer af medicin til hospitaler sker på en anden måde end til apotekerne. Hospitalerne opsætter selv parametre i deres eget it-system, hvorefter ordrene afgives elektronisk til den pågældende engrosforhandler. Engrosforhandlerne har ikke adgang til hospitalernes it-systemer. På sygehusapotekernes anvendes Apovision, som er et ERP-system.²²⁵ Udvæksling af ordrer, varemottagelse og betaling mellem sygehusapotekerne og Amgros sker via IT-systemet, Naviline, der er Amgros interne ERP-system.

Anbefaling

Det anbefales, at adgangen til apotekernes it-system og til den information, der er nødvendig for varebestilling og lagerstyring på apotekerne gøres uafhængig af engrosforhandlere og deres it. Det kan fx ske ved, at en tredje part (som ikke er engrosforhandler) står for en it-løsning, som alle engrosforhandlere kan få adgang til på lige fod, evt. mod en licens eller leje. Hvis teknisk muligt kan brugerfladen evt. oprettes som modul i apotekernes egne it-systemer. Alternativt anbefales det, at der fastsættes krav, der skal sikre, at adgangen til informationen i apotekernes it-systemer gives på lige vilkår til engrosforhandlerne på markedet at der føres kontrol med, om reglerne overholdes samt at der kan sanktioner ved overtrædelse heraf.

Forslaget vil gøre det lettere/muligt for et apotek at bestille varer elektronisk gennem flere forskellige engrosforhandlere, hvis apoteket ønsker det. Samtidig vil det sikre, at alle engrosforhandlere har lige mulighed for indsigt i informationer om lagerstatus og omsætning på de varer, som de forsyner apotekerne med, når apoteket ikke selv ønsker at stå for varebestilling og lagerstyring samt oplysninger om prioritering ved substitution. Det vil styrke muligheden for, at flere engrosforhandlere kan forsyne samme apotek med varer, uden at det giver væsentlige ekstra omkostninger og ressourceforbrug for det enkelte apotek. Det giver bedre mulighed for, at nye aktører kan komme ind på engrosmarkedet, hvilket vil styrke konkurrencen om distributionen af medicin.

4.3 Regulering af sortiment, substitutionsgrupper og 14-dages-prisperioden

For at sikre alle forbrugere lige og let adgang til køb af lægemidler, har apoteker pligt til at forhandle eller fremskaffe alle lægemidler, som Lægemiddelstyrelsen har godkendt til markedsføring i Danmark.²²⁶

Substitutionsgruppesystemet og 14-dages-prisperioderne skal sikre, at der er konkurrence blandt leverandørerne. Som leverandør er det attraktivt at få sine produkter i A-position, da man er sikret en stor del af apotekets udlevering indenfor en given substitutionsgruppe i den efterfølgende 14-dages-prisperiode.

Apotekernes præference for fuldsortimentsgrossister

Antallet af substitutionsgrupper er fra starten af 2012 til medio 2015 vokset med ca. 33 pct. grundet patentudløb. I samme periode er antallet af substitutionsgrupper, hvor der i den enkelte prisperiode er et nyt lægemiddel, der er det billigste – og hvor apoteket som følge af

²²⁵ Står for Enterprise Ressource Planning, der et administrationssystem i Amgros.

²²⁶ LBK nr. 1040 af 3. september 2014 om apoteksvirksomhed (Apotekerloven), § 41, stk. 2.

substitutionsreglerne skal tilbyde et andet lægemiddel end i forrige prisperiode – vokset med 50 pct.²²⁷ Der er derfor stor udskiftning i, hvilke lægemidler apoteket skal have på lager.

Apoteket skal således kunne udlevere eller hurtigt fremskaffe op mod 7.500 varenumre på medicin, som er på det danske marked.²²⁸

Fra et apoteks synsvinkel letter det derfor deres arbejde, hvis en grossist fører fuldt sortiment. En markedsaktør udtrykker; *"at den nuværende grossiststruktur, hvor hver enkelt apoteker i hovedsagen kan indkøbe alle sine varer hos en enkelt grossist, set fra apotekets side naturligvis er den enkleste og mest rationelle model"*.²²⁹

KFST's spørgeskemaundersøgelse blandt apotekerne bekræfter, at apotekerne primært vælger én enkelt grossist til levering af deres varer. 99,5 pct. af de 209 apoteker, der har besvaret spørgeskemaet, bruger én primær grossist til at købe størstedelen af deres medicin – typisk mere end 90 pct. af deres medicin,²³⁰ og halvdelen angiver, at de kun har købt medicin fra én grossist i løbet af det seneste år. Heraf svarer 93 pct., at den væsentligste årsag er, at det er nemmest kun at handle med én.²³¹

Ligeledes svarer 74 pct., at det har en meget stor eller afgørende betydning i deres valg af primær grossist, om grossisten fører fuldt sortiment af medicin.²³² En apoteker uddyber:

"fuldsortiments grossist med det hele, er langt at foretrække som samarbejdspartner. Det giver et stort rationale inden for varehåndtering og som i sidste ende kan frigjorte resurser bruges til fordel for kunderne og det er apotekets mål at kunderne er i centrum"

Reguleringen af sortiment, substitution og 14-dages-prisperioder er med til at skabe og forstærke en præference for fuldsortimentsgrossister.

Det gør det vanskeligt for nye aktører uden fuldt sortiment at komme ind på markedet, fx *short-line engrosforhandlere*, der kun distribuere udvalgte lægemidler og derfor ikke fører fuldt sortiment. En apoteker uddyber udfordringen for shortline forhandlere:

*"Ja. Som apoteker giver det ikke mening at handle hos en short liner som kun kan levere få produkter... men ikke det fulde sortiment. leverancen skal også være sikker og være leveret til apoteket fra morgenstunden ...
Vi skal ikke bruge meget tid og resurser på få produkter.
Det er for alle partner mest optimalt at grossisten kan levere hele pakken...og direkte til apoteket....DEt er det jeg har brug for som apoteker...Så må der gerne komme flere grossister ...men de skal kunne levere hele pakken..Ellers giver det ingen mening i min hverdag."*

Hvis en engrosforhandler har eksklusiv ret til at distribuere et produkt (kaldet for single-line forhandler), er et apotek dog nødsaget til at handle med denne forhandler, da de ikke kan få produktet andre steder. Det kan dog være svært at starte som single-line forhandler, da det kræver, at leverandørerne er interesserede i at lave en eksklusiv aftale.

²²⁷ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²²⁸ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²²⁹ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²³⁰ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, egne beregninger ud fra spørgsmål 4 og 7 i appendiks.

²³¹ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 5 i appendiks.

²³² KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 9 i appendiks samt egne beregninger ud fra spørgsmål 4.

Som eksempel havde engrosforhandleren PharmaChange, som ikke længere er på markedet, indgået en eksklusiv aftale om et produkt. Yderligere havde producenten Ratiopharm i en periode et produkt, som kun kunne købes direkte fra producenten. Ifølge KFST's spørgeskemaundersøgelse var apotekernes erfaring med at købe direkte fra leverandør eller andre end fuldsortimentsgrossister overvejende dårlige.²³³ To apoteker uddyber:

"Bl.a. Escitalopram, men mener der også har været andre A-priser, som kun har kunnet indkøbes direkte fra firma. Det var meget omstændigt med hensyn til indkøb og lagerstyring. IKKE ønskværdigt, at være tvunget til at indkøbe fra en grossist, der ikke har fuldt sortiment."

"Der var en periode, hvor vi lovgivningsmæssigt SKULLE købe et produkt fra en leverandør (Ratiopharm) der ikke kunne samarbejde med de to fuldsortimentsgrossister. Måske til åndsvagt system....."

På trods af at apotekerne i en periode har været forpligtede til at købe enkelte produkter fra andre end de to fuldsortimentsgrossister, har 44 pct. af apotekerne angivet i KFST's spørgeskemaundersøgelse, at de ikke har købt medicin direkte fra en leverandør i de seneste seks år. Ligeledes har 66 pct. af apotekerne ikke købt fra andre grossister end fuldsortimentsgrossisterne.²³⁴ Af disse apoteker kan der være nogle, der har glemt, at de har købt fra andre, men det kunne indikerer, at ikke alle apoteker har købt et produkt, som de ellers er forpligtede til. Der er desuden leverandører, der har oplevet, at apotekerne valgte et produkt fra single-line forhandlere fra – selvom de er forpligtede til at forhandle produktet – til fordel fra andre produkter i samme substitutionsgruppe, som andre grossister forhandlede.²³⁵

Apotekerne har således en præference for fuldsortimentsgrossister, men det kan være vanskeligt at starte en fuldsortimentsgrossist-virksomhed op, da det forudsætter aftaler med alle leverandører. Det kan være svært at få kontrakter med samtlige leverandører, og det er omkostningsfuldt at skulle håndtere samtlige tilgængelige varenumre på medicin, hvis grossisten endnu ikke har nogen indtjening.

14-dages-prisperioderne stiller krav til grossistens it-løsninger og medfører høje transportomkostninger

Apotekernes substitution og skiftende priser hver 14. dag stiller store krav til varebestilling og apotekets lagerhåndtering. KFST's spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker viser, at apoteker vægter leveringssikkerhed, grossistens samlede tekniske løsning til varebestilling og lagerstyring samt at grossisten fører fuldt sortiment højest ved valg af primær grossist. Mere end 90 pct. af apotekerne angiver, at disse tre parametre har stor, meget stor eller afgørende betydning for deres valg af grossist.²³⁶ En apoteker benævner vigtigheden som en direkte følge af 14 dages systemet: *"For mig at se, er det vigtigste for valg af grossist, at de tekniske løsninger er gode samtidig med at returneringssystemet virker, når der er substitution, hver 14. dag på lægemidler."*

Som følge af det skiftende sortiment hver 14. dag udliciterer apotekerne i stigende grad kerneopgaver som varebestilling og lagerstyring til grossisterne.

²³³ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 29 og 32 i appendiks.

²³⁴ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 27 og 30 i appendiks.

²³⁵ KFST, møde med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²³⁶ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 9 i appendiks.

Tekniske løsninger er derfor en væsentlig konkurrenceparameter, da det er en service, apotekerne efterspørger, og da grossisterne ikke har mulighed for at konkurrere på pris. Det skaber et meget tæt samarbejde/integration mellem apoteker og grossister.

Regulering af sortiment, substitutionsgrupper og 14-dages-prisperiode medfører en præference hos apotekerne for at handle med fuldsortimentsgrossister samtidig med, at der stilles store krav til engrosforhandlernes tekniske løsninger. Det skaber samlet set en adgangsbarriere for nye engrosforhandlere på markedet – både fuldsortiment og shortline forhandlere.

Derudover er 14-dages-prisperioden forbundet med store omkostninger til transport af medicin, da sortimentet skifter hver 14. dag afhængigt af, hvilken leverandør der har meldt lavest pris i auktionen. Det betyder både, at der skal leveres mange forskellige varer til apoteket men også, at der sendes mange varer, der ikke er blevet solgt, retur til grossisten fra apoteket. Returnering af varer er omfattet af den avance, grossisterne betales for at levere medicin til apotekerne.

Når omfanget af leveringer og returneringer er omfattende, vil grossisterne alt andet lige kræve en højere avance, hvilket leverandørerne tager højde for, når de sætter apotekets indkøbspris. Omkostninger til transport af medicin som følge af 14-dages-prisperioderne finansieres derfor i sidste ende via højere medicinpriser.

Øget konkurrence mellem leverandører af generika

14-dages-prisperioderne bidrager samtidig til konkurrence i leverandørleddet og kan være en årsag til, at de danske priser på generika (som udgør 14 pct. af apotekernes omsætning og 51 pct. af den solgte mængde) er blandt de laveste i Europa.

Omvendt er priserne på patenteret medicin i den høje ende i forhold til udlandet.²³⁷ Original medicin, der også inkluderer patenteret medicin, udgør 59 pct. af apotekernes omsætning.

Bedre konkurrence i leverandørleddet har også en positiv effekt på konkurrencen i engrosleddet. Indkøbsprocessen har derfor en stor betydning for distributionen af medicin.

Længden af prisperioden påvirker konkurrencen mellem leverandørerne. En længere prisperiode medfører, at gevinsten ved at vinde perioden er større. Det giver et øget konkurrencepres, der kan afspejle sig i lavere medicinpriser. Omvendt stiller det større krav til leverandørerne, idet de skal kunne levere medicin til en længere periode. Det kan gøre det svære at byde ind for fx mindre leverandører. Den risiko mindskes ved en kortere periode, men dermed opnår man ikke det samme pres i leverandørleddet. Det er således ikke entydigt, hvilken periodelængde der bidrager til de laveste priser. Dog vil en kort periode forstærke omkostningerne til de mange varer, der skal transporteres frem og tilbage mellem apotek og grossist, hvilket finansieres af højere medicinpriser.

Selvom 14-dages-prisperioden er med til at sænke priserne på nogle typer af medicin, er det muligt, at priserne ville være endnu lavere ved en længere periode. Samtidig vil en længere periode mindske de mange transportomkostninger, der følger af en 14-dages-prisperiode.

I Finland og Sverige er der lignende prisperioder på medicin som i Danmark. I Finland er perioden på tre måneder, mens den er én måned i Sverige.²³⁸ Forbrugerpriserne i Sverige er i gen-

²³⁷ COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren*, september 2014.

²³⁸ COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren*, september 2014.

nemsnit nogenlunde på niveau med de danske, mens de i Finland gennemsnitligt er 9 pct. lavere.²³⁹ Samtidig synes grossistavancen at være væsentlig lavere i begge lande. I Tyskland er der to prisperioder månedligt, hvilket svarer til et 15-dages system.²⁴⁰

I Sverige og Tyskland er der væsentligt flere grossister end i Danmark. Det kan til dels skyldes, at markederne er større. For Tysklands vedkommende kan det også skyldes, at der er flere regionale grossister. I Finland er grossistmarkedet som i Danmark kendetegnet ved to større aktører, der står for størstedelen af markedet. I Finland er ingen af grossisterne dog fuldsortimentsgrossister, da der i stedet anvendes single-channel, hvor grossisterne har eksklusivaf-tale på distribution.

Anbefaling

Det anbefales, at muligheden for samt fordele og ulemper ved alternative indkøbssystemer end en 14-dage-prisperiode undersøges for *nogle* typer af medicin, særligt for patenteret medicin eller medicin uden for substitutionsgrupper, til apotekersektoren. Analysen viser, at en 14-dages-prisperiode potentielt ikke er optimal til at skærpe konkurrencen om distribution af særligt disse typer medicin.

Alternative modeller for indkøb kunne fx dække over (længerevarende) udbud eller prisreferencesystemer med henblik på at styrke konkurrencen på engrosforhandlernes distribution af disse produkter og give bedre mulighed for nye engrosforhandlere og forretningsmodeller på markedet. Samtidig skal der være fokus på, hvordan alternative indkøbsmodeller påvirker konkurrencen mellem leverandører.

Det anbefales yderligere, at omkostninger og gevinster ved en 14-dages-prisperiode undersøges nærmere med henblik på at vurdere, om prisperioden med fordel kan forlænges til mere end 14 dage, fx en til tre måneder.

Det er muligt, at en længere prisperiode kan bidrage til endnu lavere priser end ved en 14-dages-prisperiode og dermed skabe bedre mulighed for, at nye engrosforhandlere kan komme ind på markedet og samtidig nedbringe transportomkostningerne. Det vil nedbringe omkostningerne i engrosleddet. Desuden udgør 14-dages-prisperioderne en adgangsbarriere for nye engrosforhandlere (især ikke-fuldsortimentsgrossister) på markedet. Dette svækker konkurrencen i engrosleddet.

Samtidig skal der i en undersøgelse af 14-dages-prisperioderne være fokus på, hvordan en længere periode vil påvirke konkurrencen mellem leverandører, priserne samt antallet af virksomheder i konkurrencen²⁴¹ (fx mindre leverandørers mulighed for at byde ind og større leverandørers muligheder for at spekulere i højere priser).

Det kan overvejes, om en længere prisperiode med fordel kan afprøves for udvalgte produkter.

²³⁹ COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren*, september 2014.

²⁴⁰ KFST, møde med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²⁴¹ I COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren*, september 2014, er grundlaget for en ændret organisering af indkøbet af lægemidler i primærsektoren vurderet, herunder om der med fordel ville kunne etableres en central indkøbsfunktion (à la Amgros) for primærsektoren. På side 75 i analysen er det overordnet vurderingen, at længere tidsperioder end 14 dage vil styrke konkurrencen på kort sigt, men samtidig er der ved længere tidsperioder risiko for aftagende konkurrence på længere sigt, hvis tidsperioden er så lang, at det betyder, at de tabende virksomheders produkter bliver afregistreret, og virksomheden ikke længere er på markedet. Hvor lang en tidsperiode Cowi har lagt til grund for denne vurdering fremgår ikke eksplicit i forbindelse med vurderingen, men det fremgår i samme del af analysen, at de pågældende udbudsperioder er varierende fra ½-2 år.

Kapitel 5

Engrosforhandlernes konkurrence på pris og leveringsevne til apotekerne

5.1 Indledning og konklusioner

Prisen er ofte en af de væsentligste konkurrenceparametre på et marked, da lavere priser kan anvendes til at tiltrække/fastholde kunder.

For salg af medicin til apotekerne er muligheden for priskonkurrence i dag væsentlig begrænset som følge af den offentlige regulering.

Det skyldes for det *første*, at apotekernes indkøbspris skal være ens uanset, hvor apoteket køber medicin, for det *andet*, at der kun må gives rabatter, der er begrundede i omkostningslettelser som følge af apotekernes indkøbsadfærd og ikke fx som følge af effektiviseringer i egen forretning, og for det *tredje* at disse rabatter skal offentliggøres på rabatgivers hjemmeside.

Foruden at begrænse konkurrencen mellem de eksisterende grossister, udgør den manglende mulighed for priskonkurrence også en adgangsbarriere for nye engrosforhandlere og nye forretningskoncepter. Nye engrosforhandlere har ikke mulighed for at tilbyde en lavere pris for at vinde kunder, og de har begrænsede muligheder for at tilbyde en anden kombination af kvalitet og service, når prisen på medicin er fast.

På den baggrund anbefales det:

- » At ændre reguleringen af apotekernes indkøbspriser, så de indmeldte priser ikke er faste priser, men derimod maksimale priser. Dermed vil engrosforhandlere af medicin være frit stillet til at sælge medicinen til lavere priser end AIP.
- » At ophæve kravet om omkostningsbegrundelse for rabatter til apotekerne, så engrosforhandlerne bedre kan konkurrere på rabatter. Rabatterne vil fortsat skulle udformes under hensyntagen til Lægemiddeldirektivets forbud mod at give økonomiske fordele til apoteker eller læger med henblik på at fremme salg af lægemidler (dvs. som ville kunne påvirke uvildigheden og uafhængigheden) samt Konkurrencelovens forbud mod misbrug af en (kollektivt) dominerende stilling.
- » At ophæve kravet om skiltepligten, så engrosforhandlere ikke længere er forpligtet til at offentliggøre deres rabatbetingelser.

En anden væsentlig konkurrenceparameter er leveringsevne. Hvis en engrosforhandler ikke kan levere et givent efterspurgt lægemiddel til apotekerne, kaldes det for *leveringssvigt* (*restordre*). Omfanget af leveringssvigt er meget omfattende og svarer til, at de to grossister tilsammen melder leveringssvigt knap 800 gange hver dag. Det medfører, at det faktisk tilgængelige sortiment for apoteker og forbrugere er væsentligt mindre end det sortiment, som leverandørerne indmelder til salg i den enkelte prisperiode.

Forbrugeren kan enten vælge at vente, til et produkt i leveringssvigt igen er tilgængeligt på det pågældende apotek, undersøge om et andet apotek har produktet på lager, eller forbrugeren kan vælge at købe et andet, og oftest *dyrere* produkt. Samlet set giver leveringssvigt både højere forbrugerpriser og øget medicintilskud, da det ofte er de billigste produkter, der er i leveringssvigt.

Apotekerne har et begrænset incitament til at skaffe de billige produkter fra en anden grossist, når de er i restordre hos deres primære grossist. Det mindsker grossisternes incitament til løbende at sikre, at der er købt tilstrækkeligt ind af disse produkter. Derudover har grossisterne generelt den laveste indtjening på at levere de billige produkter. Den nuværende regulering og strukturen på markedet giver således grossisterne tilskyndelse til at sælge de dyrere produkter.

På denne baggrund anbefales det:

- » At styrke både grossisternes og apotekernes incitament til at skaffe de billigste produkter for at sikre, at proceduren for leveringssvigt bidrager til at begrænse omfanget af leveringssvigt.

5.2 Faste indkøbspriser for apoteker

Prisen på et produkt er ofte en af de væsentligste konkurrenceparametre på et marked. Ifølge reguleringen skal apotekernes indkøbspris (AIP) være den samme for alle apoteker og uanset, hvilken virksomhed – grossist, producent m.v. – apoteket køber det pågældende lægemiddel fra, jf. afsnit 2.6.

Hensynet bag de faste indkøbspriser er først og fremmest at sikre uvildighed i apotekernes medicinindkøb og -udlevering

Med den nuværende regulering af AIP har sælgere af medicin til apotekerne ikke mulighed for at konkurrere på deres salgspriser til apotekerne. Det enkelte apotek kan derfor heller ikke hente en direkte økonomisk gevinst ved at forhandle en lavere indkøbspris på medicinen.

Den manglende mulighed for at konkurrere på prisen skaber endvidere *en adgangsbarriere* for nye engrosforhandlere på markedet, da nye virksomheder på markedet ikke kan tiltrække apoteker gennem konkurrence på prisen, som ellers oftest er en af de væsentligste konkurrenceparametre på et marked.

Da AIP også indeholder omkostningerne til distribution af medicinen og ikke bare prisen på selve produktet, udgør reguleringen også en barriere for nye forretningsmodeller på markedet, hvor der tilbydes en anden kombination af pris og serviceniveau.

Anbefaling

For at skabe bedre mulighed for priskonkurrence mellem engrosforhandlere af medicin til apotekerne anbefales det, at reguleringen af AIP ændres, således at de indmeldte priser ikke udgør *faste* indkøbspriser men derimod *maksimalpriser*. Dermed vil grossister og andre distributører af medicin, fx leverandøren selv kunne sælge medicinen til lavere priser end de indmeldte AIP og dermed konkurrere på deres salgspriser til apotekerne.

Den leverandør, der har indmeldt den laveste maks.-AIP, vil fortsat vinde perioden med et A-produkt, så substitution, tilskudssystemet og priskonkurrencen mellem leverandørerne vil være uændrede i forhold til i dag.

Ligeledes vil apotekets udsalgspris (AUP) stadig blive beregnet på baggrund af den indmeldte maks.-AIP.

Til gengæld vil det give engrosforhandlere mulighed for at sælge medicin til apoteker til en lavere pris end den indmeldte maks.-AIP.

Gevinsten ved at købe hos en engrosforhandler, der kan tilbyde en lavere AIP, vil helt eller delvist gå til apotekerne selv, hvis alene reguleringen af AIP ændres. Hvis der ligeledes indføres en maks.-AUP, som også anbefales, vil gevinsten kunne føres videre til forbrugerne (og samfundet).

Apotekets uvildighed og uafhængighed er allerede sikret i dag, da apotekets indkøb og udlevering er styret af lægernes udskrivninger af recepter, det nuværende substitutionssystem samt krav om et passende lager hos apotekerne. Disse dele påvirkes *ikke* af hverken faste eller maksimale indkøbspriser.

For at undersøge effekten af anbefalingen kan det overvejes indledningsvist at gennemføre anbefalingen lokalt/regionalt.

5.3 Grossisternes omkostningsbegrundede rabatter på medicin til apotekerne

Indledning

Rabatter anvendes i stor udstrækning i mange forskellige brancher og sammenhænge, og de kan som udgangspunkt være en vigtig konkurrenceparameter og et middel til at øge effektiviteten og produktiviteten. Fx kan virksomheder tilbyde rabatter for at tiltrække flere kunder og øge den samlede efterspørgsel efter virksomhedens produkter og dermed udnytte skalafordele, som kan gavne kunderne (og i sidste ende forbrugerne) i form af lavere priser.

Regulering af grossisters rabatter på lægemidler til apoteker

Regler for lægemiddelindustriens reklameaktiviteter over for læger og andre sundhedspersoner er fastsat i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2001/83/EF af 6. november 2001 om oprettelse af en fællesskabskodeks for humanmedicinske lægemidler ("Lægemedieldirektivet"). I Lægemedieldirektivets artikel 94 og 95 fremgår reglerne for økonomiske fordele til sundhedspersoner.

Lægemedieldirektivets artikel 94, 1, foreskriver, at "*Ved fremme af salg af lægemidler over for personer, som er beføjede til at ordinere eller udlevere de pågældende lægemidler, er det forbudt at yde, tilbyde eller love disse personer præmier, pekuniære fordele eller fordele i form af naturlier [...]*"

I Danmark er grossisternes rabatter på lægemidler til apotekerne reguleret i bekendtgørelse om reklame m.v. for lægemidler²⁴², hvor det bl.a. fremgår af § 36, at det er tilladt at yde omkostningsbegrundede rabatter. Derudover er rabatbetingelserne også underlagt konkurrencelovens bestemmelser, der forbyder misbrug af en (kollektivt) dominerende stilling.

Det er vurderingen, at Lægemedieldirektivets artikel 94, 1 ikke udelukker andre former for rabatter end de omkostningsbegrundede. Det er således vurderingen, at andre rabatter end de omkostningsbegrundede (også) ville kunne tilrettelægges uden at gå på kompromis med de overordnede hensyn til dels ikke at give økonomiske fordele til apotekere eller læger med henblik på at fremme salg af lægemidler, dels at sikre apotekernes uvildighed og uafhængighed. Uvildigheden og uafhængigheden i apotekernes medicinudlevering vil fx fortsat blive sikret af, at det stadig er lægen, der ordinerer medicinen, ligesom 14-dages-prisperioderne (auktionssystemet) og den generiske substitution fortsat vil blive opretholdt. De gældende regler, der skal sikre apotekernes uvildighed og uafhængighed, vil således ikke blive påvirket af, at der indføres andre former for rabatter til apotekerne. En øget kontrol med, om reglerne overholdes og sanktioner ved overtrædelse af reglerne vil dog kunne styrke efterlevelsen af de overordnede hensyn.

²⁴² BEK nr. 1153 af 22. oktober 2014 om reklame m.v. for lægemidler, kapitel 9, §§ 36-43. Reklamebekendtgørelsen dækker ikke kun grossisters salg af medicin, men alle "leverandørers" salg, herunder også fx producenters direkte salg til apoteker. Derudover omfatter bekendtgørelsen foruden salg af medicin til apoteker, også eventuelt salg til øvrig detailhandel, fx salg af liberaliseret håndkøbsmedicin. Da fokus i dette afsnit er på *grossisters salg af medicin til apoteker*, anvendes termerne grossister og apoteker i resten af afsnittet (fremfor hhv. leverandører og detailhandlere).

Endvidere bemærkes, at apotekerne i Sverige og UK, der ligeledes er underlagt EU-direktivet, videre rammer for rabatter. Fx er der i Sverige mulighed for at forhandle rabatter på visse receptpligtige lægemidler uden hensyntagen til, om de er omkostningsbegrundede.²⁴³

I henhold til reglerne i reklamebekendtgørelsen må grossister kun yde rabatter til apoteker på lægemidler, hvis rabatten er:

- » baseret på omkostningslettelser hos grossisten, og
- » er en direkte følge af et apoteks indkøbsadfærd, der afviger fra grossistens standardbetingelser.

Rabatten skal stå i forhold til omkostningsbesparelsen ("*omkostningsbegrundelse*"). Dvs. at rabatten ikke må overstige besparelsen. Dog er der ingen pligt for grossisten til at videregive hele besparelsen. Rabatten må desuden ikke være baseret på *generelle* effektiviseringer hos grossisten, fx hvis grossisten indfører en generel omkostningsbesparende teknologi.²⁴⁴

Grossisten skal anvende samme principper for beregning af rabatten til modtagere, der udviser samme indkøbsadfærd. Dvs., at grossisterne ikke kan indgå aftaler om individuelle rabatbetingelser på lægemidler med de enkelte apoteker. Dog kan den faktiske udbetalte rabat i kr. og øre variere.

Formålet med omkostningsbegrundelsen og forbuddet mod individuelle rabatbetingelser er at undgå incitamenter til at fremme visse lægemiddelprodukter fremfor andre hhv. stille apotekere forskelligt/sikre uvildighed i apotekernes lægemiddelindkøb og -uddeling, jf. ovenfor.

For *apoteksforbeholdte lægemidler* (receptpligt medicin og apoteksforbeholdt håndkøbsmedicin) er de omkostningsbegrundede rabatter desuden underlagt en såkaldt "*skiltepligt*". Skiltepligten betyder, at grossister er forpligtede til på deres hjemmeside at offentliggøre oplysninger om apotekernes adgang til at opnå omkostningsbegrundede rabatter.²⁴⁵ Skiltepligten omfatter *ikke* veterinærmedicin og liberaliseret håndkøbsmedicin, som ellers begge er omfattet af omkostningsbegrundelsen.

Formålet med skiltepligten er at sikre åbenhed og gennemsigtighed om de omkostningsbegrundede rabatter, herunder at apotekerne får mulighed for at vurdere, om de har opnået de mulige rabatter, og om en eventuel rabat er større, end hvad der er omkostningsbegrundet.

Grossisternes omkostningsbegrundede rabatter til apotekerne indgår som en del af beregningsgrundlaget for apotekernes bruttoavance, som er aftalt mellem Dansk Apotekerforening og Lægemiddelstyrelsen, jf. afsnit 2.6. I henhold til den seneste aftale, kan apotekerne beholde halvdelen af de omkostningsbegrundede rabatter, mens den anden halvdel bruges til at nedbringe den pris, som forbrugerne betaler for medicinen (AUP).

Foruden omkostningsbaserede rabatter på lægemidler har grossisterne mulighed for frit at give apotekerne rabatter på ikke-apoteksforbeholdt håndkøbsmedicin samt på frihandelsvarer. Det er indtrykket, at det i høj grad sker.²⁴⁶

²⁴³ Oplysninger indhentet af KFST hos hhv. de svenske og engelske konkurrencemyndigheder, august-september 2016,

²⁴⁴ Vejledning om reklame m.v. for lægemidler, VEJ nr.10356 af 29/12/2014.

²⁴⁵ Do. § 38.

²⁴⁶ KFST, oplysninger fra markedsaktører, november 2015-august 2016.

Skiltepligten kan være normerende for grossisternes standardbetingelser og rabatter

En gennemgang af Nomecos og TMJ's *standardleveringsbetingelser* for distribution af humane lægemidler viser, at de standardleveringsbetingelser, som de omkostningsbegrundede rabatter er baseret på, med ganske få undtagelser, er ens.

En gennemgang af Nomecos og TMJ's *rabatbetingelser* viser, at rabatbetingelserne også med meget få undtagelser er ens. Således giver de begge samme otte typer rabatter til apotekerne, der opgøres på månedsbasis, og hvor rabatsatserne/-trinene er de samme, jf. tabel 5.1. De få forskelle, der er på deres rabatbetingelser, kommer af, at Nomeco tilbyder en lidt anderledes form for logistikhåndtering end TMJ.

Tabel 5.1 Opsummering af rabatbetingelser og -satser hos Nomeco og TMJ

Rabatttype	Beskrivelse/betingelser for rabatten	Rabatsats, pct.
1) Basisrabat	Basisrabatten gives afhængigt af det samlede AIP-indkøb. Rabatten er progressiv, men ikke retroaktiv. Dvs., at rabatsatsen stiger med AIP-indkøb, men at rabatten beregnes indenfor hvert interval og ikke for hele indkøbet.	42 rabattrin: 0,85 pct. for køb på 800.001 til 2 pct. for køb på mere end 7 mio. kr.
2) Samlepakningsrabat	Rabatten gives, hvis apoteker tillader, at der automatisk rundes op, når de bestiller varer inden for en given varegruppe.	3 rabattrin afhængigt af størrelse på oprundingen: 0,05 pct.-0,10 pct. af AIP-omsætningen af den pågældende varegruppe.
3) Månedskøb	Rabatten gives, hvis apoteket i løbet af en måned køber et på forhånd aftalt antal pakninger af et givent varenummer.	0,5 pct. af AIP-indkøbet af de valgte varenumre.
4) Distribution	Rabatten opnås ved at reducere antallet af leveringer inden for givne tidspunkter.	4 rabattrin afhængig af antal leveringer og tidspunkt: 0,28 pct. – 0,5 pct. af hele AIP-indkøbet.
5) Lagersanering	Rabatten opnås ved at indgå aftale om antallet af og tidspunkterne for lagersanering pr. kalenderår. Med lagersanering menes muligheden for at returnere apoteksforbeholdte lægemidler fra apotek til grossist.	3 rabattrin hos TMJ: 0,02 – -0,06 pct. 4 rabattrin hos Nomeco: 0,02 – 0,08 pct. Begge gives på hele AIP-indkøbet.
6) Kasseopdeling	Rabatten opnås ved at vælge en af grossisten prædefineret vareopdeling ved levering. Opdelingerne kan enten være på varegruppen; eller på antal forskellige apoteker.	5 rabattrin hos TMJ: 0,15– -0,20 pct. 6 rabattrin hos Nomeco: 0,10 pct. – 0,20 pct. Begge gives på hele AIP-indkøbet.
7) Fremrykket betaling/ Rabat ved forudbetaling	Rabatten opnås, hvis apoteket reducerer kredittiden, dvs. hvis de betaler tidligere end de ellers gennemsnitligt 60 dages kredittid.	Rabatten tager udgangspunkt i en rentesats på 2,5 pct. p.a. på hele AIP-indkøbet.
8) Ordreplanlægning	Rabatten opnås ved at indgå aftale inden for seks forskellige områder som fx ordreafgivelsesmåde, ordrebestillingssystem eller anvendelse af grossistens serviceydelser.	Op til 0,10 pct. af hele AIP-indkøbet.

Anm.: Både for Nomeco og TMJ gælder, at basisrabatten gives, så snart det månedlige indkøb af apoteksforbeholdte lægemidler overstiger AIP 800.000 kr. ekskl. moms, mens de øvrige rabatter gives, når omsætningen overstiger AIP 500.000 kr. ekskl. moms.

Kilde: KFST's udlægning af Nomecos rabatbetingelser fra 1. januar 2015 og TMJ's rabatbetingelser fra 1. marts 2015.

Det forhold, at de to fuldsortimentsgrossister har stort set ens standardleveringsbetingelser, rabatbetingelser og rabatsatser, indikerer, at skiltepligten kan være normerende for de to fuldsortimentsgrossisters brug af de omkostningsbegrundede rabatter.

Styrelsens undersøgelse blandt apoteker indikerer også, at de to fuldsortimentsgrossisters omkostningsbegrundede rabatter i praksis ikke opfattes som en væsentlig konkurrenceparameter. Ud af 12 forskellige forhold vurderer apotekerne, at "*Grossistens rabatter på medicin*"

har tredjemindst betydning for deres valg af primær grossist.²⁴⁷ Apotekerne har bl.a. uddybet med følgende:

- » *"Prisskiltene er ens og lægger ikke op til konkurrence på rabatbetingelserne."*
- » *"Den tvungne offentliggørelse af rabatskiltet har gjort, at grossisterne ikke reelt har noget at konkurrere på prismæssigt. Der er ikke noget at handle om, og de er tvunget til at følge hinanden, hvis ikke alle apoteker skal ende samme sted. Det efterlader nogle bløde og små ting at konkurrere på, hvilket gør at utilfredshed bliver primær årsag til skifte. Skiltningen giver mindre konkurrence, men givetvis billigste betingelser for sektoren samlet."*

Den tredje medicingrossist på markedet, PharmaService I/S, som står for [0-5] pct. af det samlede salg af humanmedicin til apotekerne, har et rabatsystem, der indeholder mange af de samme overordnede rabatgrupper som Nomecos og TMJ. Dog er selve rabatsatserne og beregningsgrundlaget forskelligt, hvilket især skyldes, at deres salg er væsentligt mindre. Således starter basisrabatten allerede ved et indkøb på 5.000 kr. hos PharmaService,²⁴⁸ mens det er 800.000 kr. ved Nomeco og TMJ. Yderligere har PharmaService anført, at det oprindeligt var hensigten, at rabatten skulle beregnes pr. leverance, men i praksis har de været nødt til at regne den på månedsbasis ligesom Nomeco og TMJ.

Det skal bemærkes, at ens priser – og i dette tilfælde ens standard- og rabatbetingelser – ikke i sig selv er et bevis for begrænset konkurrence, og at gennemsigtighed på et marked også kan være med til at skærpe konkurrencen.

I forhold til engrosforhandlerens salg af medicin til apotekerne er det dog væsentligt at have for øje, at markedet er præget af to store aktører, som overvejende sælger identiske produkter og serviceydelser, og at en væsentlig del af de øvrige forhold på markedet er reguleret, herunder især deres (liste)pris til apotekerne. Dermed er der i forvejen et relativt lille rum for konkurrence mellem engrosforhandlere. Rabatbetingelser, herunder konkrete rabatsatser, er desuden parametre, som normalt ikke er tilgængelige for konkurrerende engrosforhandlere.

Skiltepligten kan dermed begrænse de to store grossisters incitament til at tilbyde apotekerne bedre rabatbetingelser, fordi forbedrede rabatbetingelser ikke vil resultere i flere kunder, når konkurrenten med det samme kan kopiere rabatbetingelserne, men derimod blot give lavere indtjening for begge grossister.

Den øgede gennemsigtighed som følge af skiltepligten kan dermed begrænse brugen af rabatter som konkurrenceparameter, hvilket fører til højere indkøbspriser for apotekerne.

Rabatterne mindsker apotekers incitament til at købe fra flere grossister

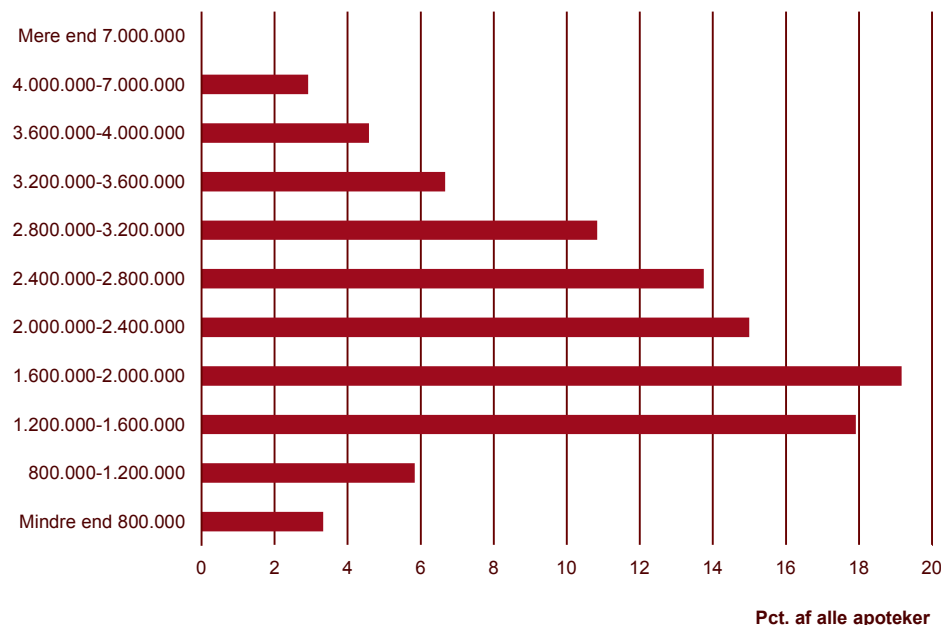
I 2014 havde et apotek gennemsnitligt et samlet månedligt indkøb af apoteksforbeholdte lægemidler (AIP-indkøb) på 2,2 mio. kr. Godt halvdelen af alle apoteker køber medicin for mellem 1,2 og 2,4 mio., kr., jf. figur 5.1.

²⁴⁷ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 9 i appendiks.

²⁴⁸ PharmaService I/S rabatbetingelser, <http://www.pharmaservice.dk/>.

Figur 5.1 Fordeling af størrelsen på apotekernes samlede gennemsnitlige månedlige AIP-indkøb, 2014

Gns. månedligt AIP-indkøb, 2014



Anm.: Baseret på data for 240 apoteker.

Kilde: Oplysninger fra Nomeco, TMJ og PharmaService om deres apotekskunders AIP-indkøb. PharmaService har kun oplyst indkøb for kunder med indkøb for mere end 100.000 kr. i 2014.

Der er stort set ingen apoteker, der har et gennemsnitligt indkøb på mindre end 800.000 kr., hvilket er minimumsgrænsen for at opnå basisrabat hos Nomeco og TMJ. Alle apoteker har modtaget omkostningsbegrundede rabatter i 2014. Yderligere er der ingen apoteker, der havde et gennemsnitligt AIP-indkøb på mere end 7 mio. kr. Dermed har ingen opnået det højeste rabattrin på fuldsortimentsgrossisternes basisskala.

Samlet set gav de tre grossister omkostningsbegrundede rabatter på i alt 144 mio. kr. i 2014.²⁴⁹

Gennemsnitligt udgjorde de omkostningsbegrundede rabatter ca. 2 pct. af apotekernes samlede indkøb af lægemidler.²⁵⁰

For de to fuldsortimentsgrossister udgør *basisrabatten*, der gives direkte på baggrund af det samlede indkøb af AIP-reguleret medicin, næsten halvdelen af de samlede omkostningsbegrundede rabatter, jf. tabel 5.2. Næststørst er *distributionsrabatten*, der gives på baggrund af

²⁴⁹ Lægemiddelstyrelsen, *Undersøgelse af apotekernes driftsforhold – Regnskabsresultater for apoteker i året 2014*, april 2016, K8.

²⁵⁰ Lægemiddelstyrelsen, *Undersøgelse af apotekernes driftsforhold – Regnskabsresultater for apoteker i året 2014*, april 2016, tabel 1 og K8.

antal og tidspunkt for leveringer, og tredjestørst er *kasseopdelingsrabatten*, der gives på baggrund af opdeling af de enkelte leveringsordrer.

Tabel 5.2 Fordeling af omkostningsbegrundede rabatter på apoteksforbeholdte lægemidler fra Nomeco og TMJ i 2014 opdelt på rabattyper, sorteret efter størrelsesorden, pct.

	Andel af samlet rabat
1) Basisrabat	[40-50]
4) Distribution	[20-30]
6) Kasseopdeling	[10-20]
8) Ordreplanlægning	[0-10]
2) Samlepakningsrabat	[0-10]
5) Lagersanering	[0-10]
7) Fremrykket betaling/Rabat ved forudbetaling	[0-10]
3) Månedskøb	[0-10]

Kilde: Oplysninger fra Nomeco og TMJ og KFST's egne beregninger baseret på den samlede rabat målt i kr. fra Nomeco og TMJ til apotekerne samlet set.

Der er desuden en tydelig positiv sammenhæng mellem samlet AIP-indkøb og samlet rabat. Dvs., at store apoteker (med stor omsætning og stort indkøb) generelt får større rabatter og dermed i praksis køber ind til lavere priser end mindre apoteker. På den ene side kan det være udtryk for, at rabatterne understøtter de stordriftsfordele, der kan høstes ved større leverancer til samme kunde. På den anden side kan det også være udtryk for, at rabatterne kan mindske apotekernes incitamenter til at handle ved andre grossister/gøre det vanskeligere for andre grossister at komme ind på markedet.

Beregninger på baggrund af fuldsortimentsgrossisternes rabatbetingelser og faktiske udbetalte rabatter viser, at et apotek med et månedligt AIP-indkøb på 2 mio. kr. hos én af fuldsortimentsgrossisterne i gennemsnit mister ca. 4.589 kr. i rabat, hvis denne flytter 200.000 kr. af sit indkøb til en anden grossist end den primære, jf. tabel 5.3.

Tabel 5.3 Eksempel på konsekvenserne ved at handle ved flere grossister fremfor én

	Hele købet sker hos Nomeco eller TMJ	Købet fordeles mellem to grossister	
		Køb fra Nomeco eller TMJ	Køb hos anden grossist, for at apoteket er indifferent
AIP-indkøb	2.000.000	1.800.000	200.000
Samlet rabat	31.968	27.379	4.589

Anm.: Den samlede rabat på AIP-indkøb er beregnet på baggrund af (i) basisrabat-satserne angivet i Nomecos rabatbetingelser fra 1. januar 2015 og TMJ's rabatbetingelser fra 1. marts 2015 (generel formel: $(AIP\text{-indkøb} - t_{j-1}) \cdot s_j + \sum_{i=2}^j (t_i - t_{i-1}) \cdot s_i$, hvor t_i er den øvre grænse for AIP-indkøbet for at opnå rabattrin i i rabatskalaen, mens s_i er den rabatsats, der svarer til rabattrin i , og j er det højeste rabattrin, der svarer til et apoteks samlede AIP-beløb. Fx vil et AIP-indkøb på 2.000.000 kr. svarer til trin 12 og dermed $j=12$) og (ii) på en gennemsnitsrabat på 0,93 pct. for de resterende syv rabatgrupper (samlet rabat målt i kr. for de syv rabatgrupper divideret med samlet AIP-indkøb).

Kilde: Nomecos rabatbetingelser fra 1. januar 2015 og TMJ's rabatbetingelser fra 1. marts 2015, oplysninger fra Nomeco og TMJ om rabatternes faktiske størrelse samt KFST's egne beregninger.

Det betyder, at en anden grossist alt andet lige skal kunne kompensere apoteket med 4.589 kr. allerede ved køb på 200.000 kr., hvis det – rent økonomisk – skal kunne betale sig for apoteket at flytte sit indkøb. Det svarer til en samlet rabat på 2,3 pct. af de 200.000 kr.

Til sammenligning giver hverken Nomeco eller TMJ rabatter, før omsætningen overstiger hhv. 800.000 kr. for basisrabatten og 500.000 kr. for de øvrige rabatgrupper. Dvs., at Nomeco og TMJ giver 0 pct. i rabat for køb på 200.000 kr. Og selv hvis et apotek køber for 7 mio. kr., giver Nomeco og TMJ alt andet lige "kun" rabatter på gennemsnitligt 2,2 pct. af det samlede AIP-indkøb.²⁵¹

En anden grossist vil således ofte skulle tilbyde et apotek en *højere* rabatsats allerede for meget små indkøb, end Nomeco og TMJ gennemsnitligt tilbyder et apotek med en omsætning på 7 mio. kr.

Det synes især at være *basisrabatten* og dennes indretning, herunder den stigende rabatsats og den høje tærskelværdi, som gør det "dyrt" for apoteker at flytte mindre dele af deres indkøb til en anden grossist. Det skyldes, at basisrabatten stiger med det samlede AIP-indkøb, og da ingen apoteker når det øverste trin, har alle derfor som udgangspunkt incitament til at købe fra samme grossist for at opnå en højere rabat, da de vil miste rabat ved at flytte en del af deres indkøb til en anden grossist. Derudover betyder den relativt høje tærskelværdi på 800.000 kr. kombineret med, at købet beregnes over én måned og ikke fx pr. leverance, at apoteker tilskyndes til kun at købe ved én grossist.

Det understøttes også i KFST's undersøgelse blandt apotekere, hvor 44 pct. af dem, der kun har købt ved én grossist, har angivet, at en af de væsentligste årsager var, at de "*fik størst rabatter, og dermed lavest indkøbspriser, hvis [de] kun handler med én grossist*".²⁵²

Yderligere har nogle apoteker angivet, at det især er "bundfradraget" (det forhold, at rabatterne først træder i kraft, når apoteket har købt ind for hhv. 800.000 og 500.000 kr.) og det forhold, at rabatten beregnes over en måned frem for pr. leverance, der mindsker incitamentet til at købe fra flere grossister. Apoteker har bl.a. tilkendegivet følgende²⁵³:

- » "*Bundfradraget på prisskiltene motiverer til kun at anvende en grossist.*"
- » "*Konkurrence er primært på teknologiske løsninger. Med et stort bundfradrag på rabatter er det forretningsmæssigt klogt at handle med 1 grossist.*"
- » "*At prisskiltet på apoteksforbeholdte lægemidler ikke indeholdt en bundgrænse før der er mulighed for at modtage omkostningsbestemte rabatter vil give mere konkurrence mellem grossisterne*"
- » "*Der er ikke muligt - økonomisk - at handle med begge de to store, da rabatten ikke følger den enkelte ordre, fx en stor månedsordrer i udbud, men den gives på det samlede månedskøb, og bliver procentuel større jo mere man har købt.*"

De øvrige rabatbetingelser synes ikke i sig selv væsentlig at reducere apotekernes incitament til at købe ved flere grossister. Dog kan det forhold, at rabatbetingelserne består af mange forskellige elementer, som til dels er indbyrdes afhængige, mindske gennemsigtigheden i

²⁵¹ Beregningen er sket på baggrund af samme principper som i anm. til Tabel 5.3 Da der taget udgangspunkt i den gennemsnitlige pct.sats for rabatbetingelserne 2)-8)), er der således ikke taget højde for, at større indkøb måske også fører til en ændret adfærd, der giver højere rabatter inden for de øvrige rabatbetingelser.

²⁵² KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 5 i appendiks. Bemærk at det ikke har været muligt at angive "*andet*", men at "*Ved ikke*" har været en mulighed.

²⁵³ Citater fra KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016.

rabatbetingelserne og dermed gøre det vanskeligere for apotekerne at gennemskue konsekvenserne ved at opdele indkøbet.

Særligt bemærkes i forhold til rabatbetingelse 8) *Rabat ved ordreplanlægning*, at denne gives på baggrund af, at apotekerne anvender grossisterne serviceydelser. Dermed betaler apotekerne ikke for de "ekstra" services, som grossisterne udfører for dem, men derimod modtager de penge fra grossisterne i form af en rabat. Tilskyndelsen til at anvende flere serviceydelser fra grossisten kan føre til et tættere samarbejde og dermed en større tilknytning mellem apotek og grossist.

Udmøntningen af de eksisterende fuldsortimentsgrossisters rabatsystemer synes således at mindske apotekernes incitament til at handle ved flere grossister og styrke deres præference for at handle ved én grossist, fordi det kan være relativt dyrt for en alternativ grossist at kompensere apotekerne for tab af rabat hos den primære grossist. Dermed kan udmøntningen af rabatterne være med til at udgøre en adgangsbarriere for nye/mindre grossister

Det generelle krav om omkostningsbegrundelse gør det vanskeligt for nye/mindre grossister at tiltrække kunder

Beregningerne i eksemplet ovenfor viser, at en grossist skal kunne tilbyde, hvad der svarer til en rabat på minimum 2,3 pct. af de 200.000 kr., før det rent økonomisk kan betale sig for et apotek med et samlet AIP-indkøb på 2 mio. kr. at placere 200.000 kr. af sit indkøb hos en anden end den primære grossist.

Til sammenligning giver hverken Nomeco eller TMJ rabatter, før omsætningen overstiger hhv. 800.000 kr. for basisrabatten og 500.000 kr. for de øvrige rabatgrupper, og for et apotek, der køber for 7 mio. kr. gives alt andet lige "kun" rabatter på gennemsnitligt 2,2 pct. af det samlede AIP-indkøb.²⁵⁴

Da mindre/nye grossister ofte ikke kan opnå samme stordriftsfordele i distributionen som større grossister, vil de formentlig ikke kunne omkostningsbegrunde lige så store/større rabatter end de to fuldsortimentsgrossister.

Dermed kan det generelle lovkrav om omkostningsbegrundelse gøre det vanskeligt for en mindre/ny grossist at tilbyde rabatter i den nødvendige størrelsesorden til at tiltrække apotekerne uden at overtræde lovgivningen, og dermed kan kravet i sig selv udgøre en adgangsbarriere for nye grossister (uden fuldt sortiment) på markedet.

Aktører i markedet har desuden peget på, at Nomecos og TMJ's rabatter reelt ikke er omkostningsbegrundede, da en væsentlig del af rabatterne er baseret på (AIP-)omsætning og ikke på fx antal pakninger/volumen eller knyttet den enkelte leverance. Det forhold, at deres rabatbetingelser og rabatsatser er ens, kan yderligere stille spørgsmålstegn ved, om de er omkostningsbegrundede, da det typisk ville forudsætte, at de også har nøjagtigt samme omkostninger og omkostningsstruktur. Det bemærkes dog i den forbindelse, at grossisterne ikke er forpligtede til at videregive hele omkostningsbesparelsen i rabatter (hvis de ens rabatter ikke er udtryk for samme omkostningsstruktur, styrker det imidlertid konklusionen om, at skillepligten er normerende for rabatterne).

²⁵⁴ Her er der taget udgangspunkt i samme gennemsnitlige rabatsatser for rabattype 2-8 som for et gennemsnitsapotek. Det kan ikke afvises, at et større indkøb også ville betyde højere rabatsatser inden for de øvrige kategorier, hvilket ville øge den samlede rabatsats, men det har ikke betydning for den samlede vurdering.

Hvorvidt rabatterne er omkostningsbegrundede i henhold til lovgivningen, hører dog under Sundhedsministeriet og ligger uden for denne analyses genstandsfelt.

Anbefaling

Det anbefales, at skiltepligten for de omkostningsbegrundede rabatter ophæves, således at engrosforhandlere ikke længere er forpligtet til at offentliggøre deres rabatter. Når grossisterne ikke kender konkurrenternes rabatter, vil det skabe mulighed for at konkurrere på rabatter, hvilket reelt ikke er muligt i dag.

Det kan fortsat være et krav, at rabatbetingelser indsendes til den relevante myndighed, i dag Sundhedsministeriet, eller at der på anden vis er dokumentation for de rabatter, der gives til apotekerne.

Det anbefales yderligere, at omkostningsbegrundelsen ved rabatter ophæves, således at grossisterne ikke er begrænset til kun at give rabatter, der er direkte begrundet i omkostningsbesparelser som følge af apotekeres indkøbsadfærd. Rabatterne vil fortsat skulle udformes under hensyntagen til Lægemiddeldirektivets forbud mod at give økonomiske fordele til apotekere eller læger med henblik på at fremme salg af lægemidler (dvs. som ville kunne påvirke uvildigheden og uafhængigheden) samt konkurrencelovens forbud mod misbrug af en (kollektivt) dominerende stilling.

I den forbindelse bemærkes, at bestemmelserne i konkurrencelovens § 11 om misbrug af dominerende stilling netop regulerer virksomhedens brug af rabatter, således at det ikke er tilladt for *dominerende* virksomheder at anvende rabatter, der fører til priser under omkostning, da det kan begrænse konkurrencen på markedet.

En ophævelse af kravet om omkostningsbegrundelse vil give grossisterne bedre mulighed for at konkurrere på deres rabatter på leveringen. Det vil styrke konkurrencen mellem engrosforhandlerne. Samtidig vil en ophævelse kunne lette adgangen til markedet for nye aktører, da de vil kunne bruge rabatter til at tiltrække apoteker.

Ophævelsen medfører, at engrosforhandlere også kan give rabatter på distributionen baseret på generelle effektiviseringsgevinster på distributionen i egen virksomhed til apotekerne. Dette er ikke muligt i dag.

Udover en øget priskonkurrence mellem engrosforhandlere vil ophævelsen dermed give mulighed for, at engrosforhandlere kan tilbyde en anden kombination af pris på medicin og serviceydelser til apoteker, som kan være mere effektiv. Dette kan tilskynde til at nedbringe omkostningerne samt give forbrugerne lavere priser og bedre service. Hvis forslaget gennemføres i sammenhæng med maksimale udsalgspriser vil denne gevinst kunne gavne forbrugerne og skatteyderne i form af lavere priser/udgifter til medicin.

Uvildigheden i apotekernes medicinudlevering vil fortsat blive sikret af flere forhold: Bl.a. vil lægen fortsat ordinere medicinen, ligesom 14-dages-prisperioderne (auktionssystemet) og den generiske substitution fortsat vil blive opretholdt. Reglerne, der skal sikre apotekernes uvildighed og uafhængighed, vil således ikke blive påvirket af anbefalingen. Samtidig med anbefalingen foreslås en øget kontrol med, om de gældende regler for distribution og salg af medicin overholdes samt sanktioner ved overtrædelse af reglerne.

Det bemærkes, at en tværministeriel arbejdsgruppe under Sundheds- og Ældreministeriet vil fokusere på, om de rabattyper, som apotekerne modtager fra lægemiddelgrossisterne, påvirker apotekernes uvildighed ved lægemiddelindkøb- og udlevering. Som en del af sit arbejde vil de forskellige rabattyper blive kortlagt og vurderet. Arbejdsgruppens rapport forventes færdig i 2016.

5.4 Grossisternes melding af leveringssvigt til apoteker

En væsentlig forudsætning for et velfungerende medicinmarked er, at den relevante medicin er tilgængelig for patienter og forbrugere.

Det er således ikke tilstrækkeligt, at den relevante medicin er godkendt til salg og udlevering på hhv. apoteker og sygehuse i Danmark. Det er også vigtigt, at medicinen i praksis er tilgængelig, dvs. at leverandører og grossister kan levere den efterspurgte mængde medicin til apoteker og sygehuse, når efterspørgslen opstår.

Hvis en engrosforhandler ikke kan levere et givent lægemiddel til apoteker, kaldes det for *leveringssvigt*. I henhold til reguleringen er engrosforhandlere forpligtede til at indberette leveringssvigt til Lægemiddelstyrelsen, hvis de forventer *ikke* at kunne imødekomme hele efterspørgslen efter et givent produkt den efterfølgende hverdag, jf. afsnit 2.4.

Omfanget af leveringssvigt er stort og svarer til, at de to grossister til sammen melder leveringsvigt knap 800 gange hver dag.

Konsekvenser ved leveringssvigt

Hvis en engrosforhandler melder leveringssvigt på et produkt, betyder det, at det pågældende produkt ikke vil være tilgængeligt for alle forbrugere på alle landets apoteker. Forbrugerne kan herefter enten vælge at vente til produktet igen er tilgængeligt på det pågældende apotek, undersøge om et andet apotek har det på lager, eller de kan vælge at købe et andet og oftest *dyrere* produkt. Samlet set giver leveringssvigt både højere forbrugerpriser og øget medicin-tilskud, da det ofte er de billigste produkter, der er i leveringssvigt.

I nogle tilfælde vil merudgiften for den enkelte forbruger i tilfælde af leveringssvigt være begrænset, da prisforskellen mellem to produkter kan være meget lille. Dog kan der ligeså vel være tale om væsentlige prisforskelle. Derudover kan selv en lille prisforskel have en stor betydning for de samlede udgifter til medicintilskud, der betales af det offentlige. De økonomiske konsekvenser ved det store omfang af leveringssvigt er således ikke uvæsentlige.

Apotekerne har et begrænset incitament til at skaffe de billigste produkter fra en anden grossist, når de er i restordre hos deres primære grossist. Det mindsker grossisternes incitament til løbende at sikre, at der er købt tilstrækkeligt ind af disse produkter. Derudover har grossisterne generelt den laveste indtjening på at levere de billige produkter. Den nuværende regulering og strukturen på markedet giver således grossisterne tilskyndelse til at sælge de dyrere produkter.

Leveringssvigt er også med til at øge omfanget af de mange produkter, der sendes frem og tilbage som følge af 14-dages-prisperioderne. Leveringssvigt medfører endnu større udskiftning i apotekernes tilgængelige sortiment. Dette øger igen omkostningerne til transport af levering og returnering af produkter.

Manglende incitamenter til at skaffe de billige produkter

For at sikre at det godkendte sortiment i praksis er tilgængeligt for forbrugerne, er det nødvendigt, at både leverandører, grossister og apoteker har de rette incitamenter til at skaffe de varer, forbrugerne efterspørger.

Leverandører af et A-produkt vinder størstedelen af markedet i en prisperiode, og derfor har de incitament til at kunne efterkomme efterspørgslen, da de ellers ikke vil opnå samme salg og indtjening.

Leveringssvigt kan skyldes, at *leverandøren* har meldt en større leveringsevne, end de kan levere, eller at efterspørgslen er større end forventet. Dog har leverandøren incitament til at

levere de efterspurgte produkter til grossisterne og dermed til apotekerne, hvis leverandøren kan skaffe produktet.

Hvis et A-produkt meldes i leveringssvigt, betyder det, at de dyrere B- og C-produkter i højere grad sælges. Det skyldes, at forbrugere ofte ikke kan eller ikke vil vente til, A-produktet igen kan leveres på det pågældende apotek. Det kan også skyldes, at B- og C-produkter bliver mere attraktive pga. den nye tilskudspris sammenlignet med, hvis A-produktet ikke er meldt i leveringssvigt, jf. eksemplet i boks 5.1.

Markedet er uigennemsigtig for forbrugerne pga. skiftende priser hver 14. dag, varierende tilskudspriser, og at det er uvist, hvorvidt A-produktet er tilgængeligt på et andet apotek. Det gør det svært for forbrugerne at være aktive og stille krav, og dermed skal apotekerne kæmpe mindre for at tiltrække kunder.

Det betyder således mindre for apotekerne, om de kan få A-produktet fra grossisten, hvis deres kunder blot køber et andet – ofte dyrere – produkt i stedet. Samtidig stiger apotekets rabat fra grossisterne jo dyrere et produkt, apoteket sælger, jf. kapitel 2.

Apotekernes manglende incitament til at afsøge markedet begrænser samtidig grossisternes incitament til og mulighed for at konkurrere om deres kunder.

Grossisterne har mindre incitament til at sikre tilstrækkeligt indkøb af de billige produkter, når apotekerne ikke umiddelbart efterspørger det i tilfælde af leveringssvigt. Samtidig køber apotekerne mere end 95 pct. af deres medicin gennem én primær grossist, og kun 18 pct. af apotekerne har skiftet primær grossist inden for de seneste seks år.²⁵⁵ Grossisterne skal derfor ikke kæmpe i samme grad om at fastholde kunderne.

Hvis en grossist melder leveringssvigt medfører det, at apotekerne blot køber et andet – og oftest dyrere – produkt hos grossisten. Det betyder, at grossisterne ikke har noget tab ved at melde leveringssvigt på et produkt. Hvis apotekerne derimod var langt mere aktive, ville de i højere grad købe produktet i leveringssvigt hos en anden, hvorved grossisten ville have et tab ved at have meldt leveringssvigt.

Generiske produkter vil oftere være i A-position sammenlignet med originalproduktet, og netop generiske produkter har den laveste grossistavance, jf. afsnit 3.6. Grossisterne vil derfor oftest tjene mindst på at levere et A-produkt til apotekerne.

Grossisterne mangler derfor incitament til at købe tilstrækkeligt ind af de billige produkter fra leverandørerne, idet de i tilfælde af leveringssvigt som udgangspunktet ikke vil opleve et tab af deres salg samtidig med, at de vil tjene mere på at levere et dyrere produkt til apotekerne. Selvom grossisterne mangler et tilstrækkeligt incitament, er det ikke ensbetydende med, at grossisterne også agerer efter det. Grossisterne oplyser, at de gør, hvad de kan for at undgå leveringssvigt. Alligevel er det uheldigt, at strukturen i markedet åbner op for en uhensigtsmæssig strategisk adfærd i indberetninger af leveringssvigt.

Grossisternes meldinger af leveringssvigt

Data fra Lægemiddelstyrelsen viser, at de to fuldsortimentsgrossister i 2015 samlet set meldte leveringssvigt 288.614 gange. Dette svarer til 791 leveringssvigt hver dag hele året rundt.

²⁵⁵ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apotekerne, 2016, spørgsmål 10 og egne beregninger på baggrund af spørgsmål 4 og 7 i appendiks.

Omkring halvdelen af alle pakninger, der var indmeldt til salg af leverandører i 2015, har været meldt i leveringssvigt mindst én gang i løbet af året.

Den følgende analyse er baseret på apoteksforbeholdt medicin meldt i leveringssvigt for prisperioden i uge 46-47 2015 (herefter benævnt prisperioden).²⁵⁶ I denne periode blev 1.134 forskellige varenumre meldt i leveringssvigt minimum én gang.

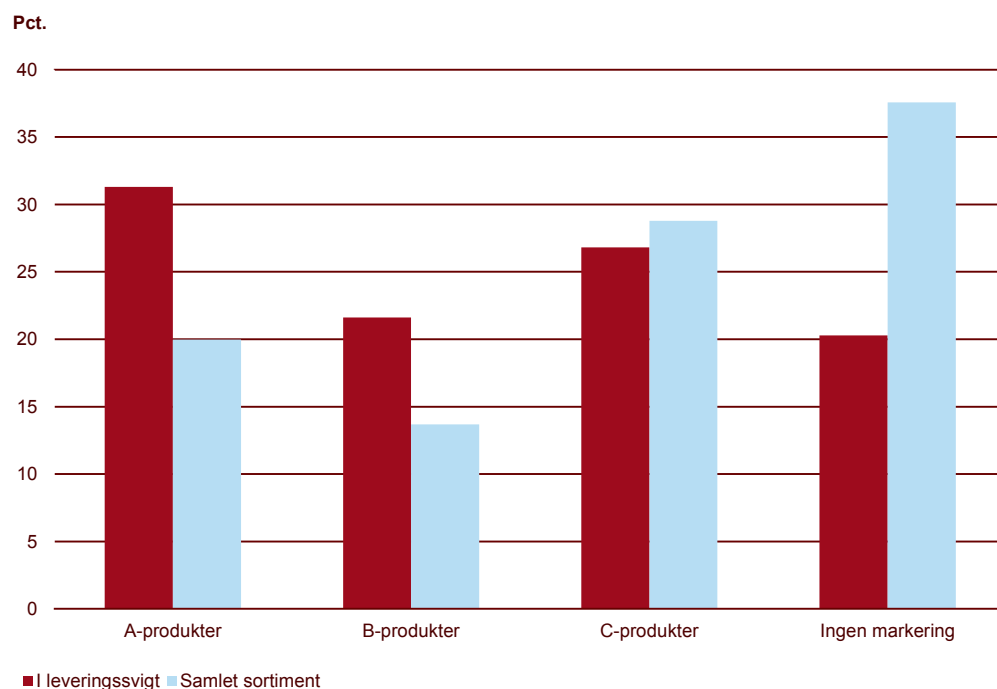
I prisperioden udgjorde A-produkter 31 pct. af leveringssvigtene, mens de kun udgjorde 20 pct. af det samlede sortiment indmeldt som tilgængeligt i perioden, dvs. indmeldt i Medicinpriser.dk, jf. figur 5.2. Tilsvarende udgjorde B-produkter en større andel af leveringssvigtene sammenlignet med det samlede sortiment, mens det omvendte var tilfældet for produkter uden markering. De billige produkter i en substitutionsgruppe er derfor oftere i leveringssvigt end andre produkter.

De relativt flere leveringssvigt for A- og B-produkter end C-produkter og produkter uden markering kan hænge sammen med, at disse produkter oftere udleveres til forbrugere pga. apotekernes substitution, hvorfor der også kan forventes større forskel mellem forventet og faktisk efterspørgsel. Det kan dog også hænge sammen med, at grossisten generelt tjener mindre på A-produkter og mere på de produkter, der er uden for substitutionsgruppe, som fx de patenterede produkter jf. afsnit 3.6. Dette kan påvirke grossisternes incitamenter til at optimere indkøb inden for de enkelte grupper.

De to fuldsortimentsgrossister meldte i 2015 samlet set meldte leveringssvigt 288.614 gange. Dette svarer til 791 leveringssvigt hver dag hele året rundt.

²⁵⁶ Apoteksforbeholdt medicin udgør 87 pct. af samtlige leveringssvigt i prisperioden, mens de resterende var på sygehusforbeholdt medicin, liberaliseret håndkøbsmedicin og veterinærmedicin.

Figur 5.2 Fordeling af ABC produkter i leveringssvigt sammenlignet med fordeling i sortiment i uge 46-47 2015



Kilde: Lægemiddelstyrelsen (www.erhverv.medicinpriser.dk).

Danmarks Apotekerforening mener selv, at omfanget af leveringssvigt er stigende og udgør et problem, idet leveringssvigt gør priser, tilskudspriser og tilgængeligt sortiment uigennemsigtigt for forbrugerne. Samtidig mener Apotekerforeningen, at det hverken er tilfredsstillende for apoteket eller apotekets kunder, at det billigste lægemiddel ikke er tilgængeligt.²⁵⁷

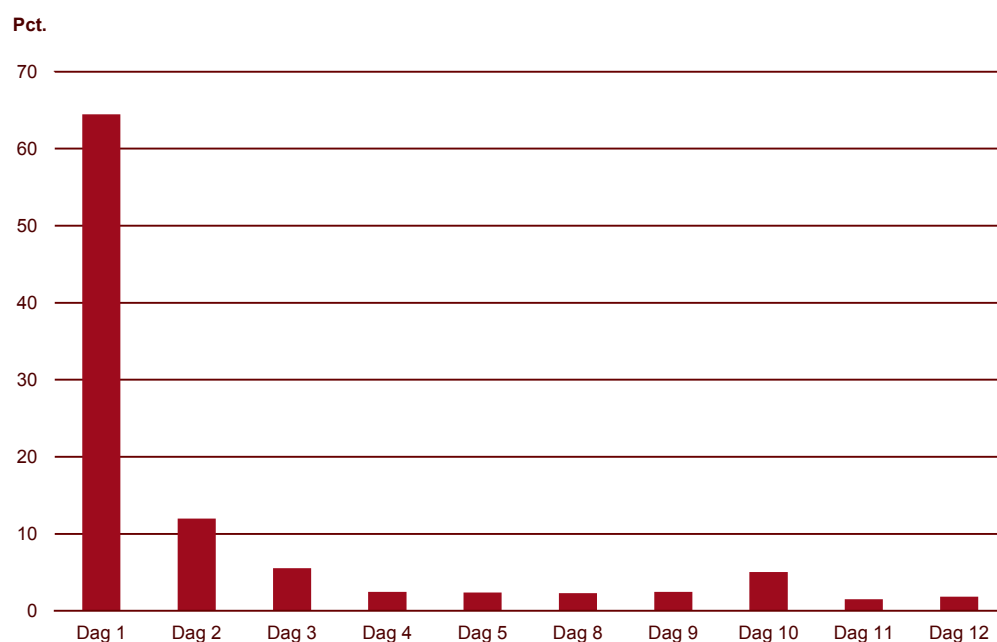
Leveringssvigt meldes ofte den første dag i prisperioden

Af de 1.134 varenumre, der blev meldt i leveringssvigt mindst én gang i løbet af prisperioden, skete det i 64 pct. af tilfældene allerede den første dag, jf. figur 5.3. Heraf var 73 pct. i leveringssvigt hele prisperioden hos mindst én af de to fuldsortimentsgrossister.

Produkter, der meldes i leveringssvigt den første dag i perioden, er omfattende. Det faktisk tilgængelige sortiment for apoteker og forbrugere er dermed væsentligt mindre end det sortiment, som leverandørerne indmelder til salg i den enkelte prisperiode.

²⁵⁷ Danmarks Apotekerforening, *Lægemidler i Danmark 2013*, 2013.

Figur 5.3 Første indmeldelse af leveringssvigt for et varenummer i uge 46-47 2015



Anm.: Figuren angiver, hvilken dag i perioden varenumrene blev meldt i leveringssvigt første gang i løbet af perioden. Varenumre, der er meldt i leveringssvigt den første dag, kan således både være tilgængelig igen hos grossisten, eller det kan være i leveringssvigt hele perioden. Dag 1 angiver mandag i uge 46, mens dag 8 angiver mandag i uge 47. Weekenderne er ikke medtaget, da grossisterne kun er forpligtede til at melde leveringssvigt i hverdagene.

Kilde: Lægemiddelstyrelsen (www.erhverv.medicinpriser.dk).

Hvis produktet indgår i en tilskudsgruppe, og AIP er ændret i forhold til den forrige prisperiode, skal leverandøren melde *leveringsevne*. På den baggrund vurderer Lægemiddelstyrelsen, om produkterne kan leveres i tilstrækkeligt omfang de første syv dage for at blive optaget i Medicinpriser.²⁵⁸

Af de 731 varenumre, der er meldt i leveringssvigt den første dag, jf. figur 5.3 har leverandøren for 23 pct. af dem skulle melde leveringsevne. Heraf har 110 varenumre, dvs. 65 pct., været i leveringssvigt hele den første uge. At disse produkter alligevel er optaget i Medicinpriser kan skyldes, at leverandøren har meldt en højere leveringsevne, end de reelt kunne levere. Alligevel er det bemærkelsesværdigt, at så mange af produkterne ikke kunne leveres til blot den første dag.

Derudover er det muligt, at efterspørgslen i perioden mellem indmeldelse af leveringsevne og næste periodestart har været væsentlig større end forventet, hvorfor leverandøren ikke har et

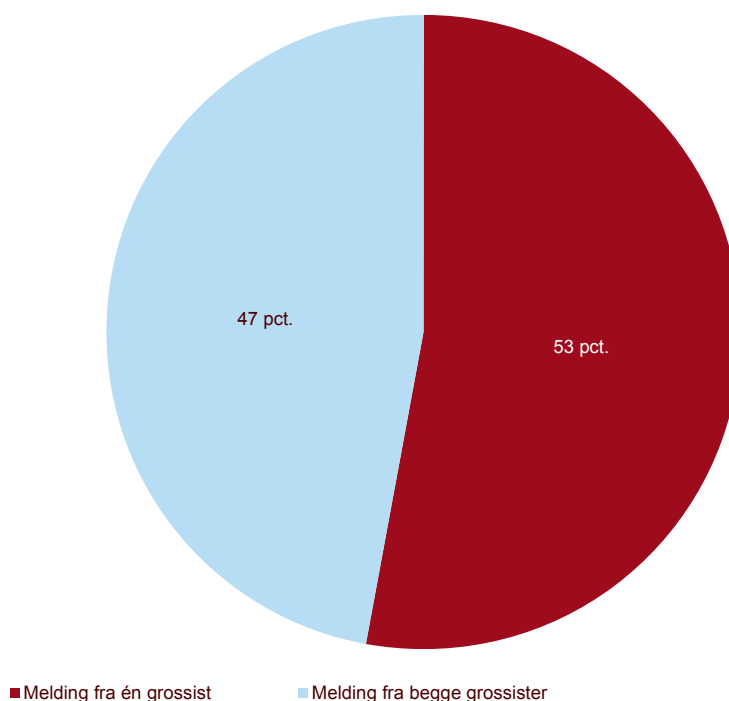
²⁵⁸ BEK nr. 1399 af 2. december 2015 om medicinpriser og leveringsforhold m.v. §2 og § 6.

tilstrækkeligt lager. Igen er det dog påfaldende, at det allerede er den første dag, der ikke kan leveres, og at det ikke i højere grad er fordelt ud på de første par dage.

Ofte er det kun én grossist, der melder leveringssvigt

I godt halvdelen af tilfældene for leveringssvigt i prisperioden var det kun én af grossisterne, der meldte leveringssvigt på produktet den pågældende dag, jf. figur 5.4. Det betyder, at den anden grossist stadig havde produktet på lager eller kunne skaffe det. Det er dog uvist, hvor stort et lager, den anden grossist har haft.

Figur 5.4 Andel af indberetninger af leveringssvigt for alle produkter fra hhv. én og begge grossister på samme dag



Anm.: Andelen er baseret på 10.549 indberetninger af leveringssvigt for hele prisperioden.

Kilde: Lægemiddelstyrelsen (www.erhverv.medicinpriser.dk).

At det ofte kun er én grossist, der melder leveringssvigt, tyder på, at leveringssvigt i højere grad skyldes, at grossisterne ikke køber tilstrækkeligt ind, end at det er leverandøren, der ikke kan efterkomme efterspørgslen. Det betyder også, at apoteker, hvis primære grossist har meldt et produkt i leveringssvigt, ofte ville kunne købe A-produktet hos den anden grossist.

Det tyder dog på, at denne mulighed sjældent benyttes. Halvdelen af apotekerne har ifølge KFST's spørgeskemaundersøgelse aldrig købt medicin hos mere end én grossist over et helt år.²⁵⁹ Det er på trods af, at alle apoteker på et tidspunkt har oplevet, at det kun er deres primære

²⁵⁹ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, egne beregninger ud fra spørgsmål 4 i appendiks.

grossist, der har haft leveringssvigt samtidig med, at det er oplyst i apotekernes it-system, hvilken grossist der har de forskellige produkter på lager.

Af de apoteker, der har købt medicin hos mere end én grossist, har halvdelen af dem angivet, at *"den grossist, vi ellers foretrækker, havde leveringssvigt for et eller flere produkter i løbet af året"* var en af de væsentligste årsager til at have købt medicin ved flere grossister.²⁶⁰ Det indikerer, at grossisterne ikke oplever et konkurrencepres fra deres kunder (apotekerne) om at have de efterspurgte varer.

Hvis konkurrencen mellem grossisterne var bedre, og apotekerne havde incitament til at skaffe det billigste produkt til deres kunder, må man forvente, at apotekerne i langt højere grad købte medicin hos en anden grossist i tilfælde af, at det kun er apotekets primære grossist, der har meldt leveringssvigt.

Effekt af leveringssvigt på apotekssalget

Eftersom det ofte kun er én grossist, der melder leveringssvigt, er det relevant, hvilken effekt leveringssvigt har på det samlede apotekssalg. En dataanalyse kunne belyse, hvorvidt leveringssvigt på et produkt fra én leverandør medfører, at produktet slet ikke eller i mindre grad bliver solgt på alle landets apoteker.

For at kunne vurdere effekten af leveringssvigt på apotekssalget kræver det en større analyse over fx et helt år af apotekssalget for A-produkter, meldt i leveringssvigt.

Det har ikke været muligt for KFST at foretage en sådan analyse pga. manglende adgang til data. En mindre stikprøve på blot en enkelt prisperiode har ikke vist nogen entydig effekt.

Leveringssvigt medfører beregning af ny tilskudspris

Hvis *mindst én engrosforhandler* melder leveringssvigt for en pakning, der danner grundlag for tilskudsprisen, fastsætter Lægemiddelstyrelsen en ny tilskudspris på grundlag af den billigste pakning i gruppen, der ikke er meldt i leveringssvigt.²⁶¹ Det sker for at sikre, at forbrugere altid kan opnå fuldt tilskud ved køb af medicin.

Hvis en billigere pakning igen kan leveres efter at have været i leveringssvigt, genberegnes tilskudsprisen *ikke*, med mindre det er en C-pris, der danner grundlag for den aktuelle tilskudspris.²⁶² Dermed vil A-produktet have én tilskudspris (den oprindelige), mens de resterende produkter har den nye og højere tilskudspris (i de næste 14 dage). Boks 5.1 illustrerer et eksempel med beregning af ny tilskudspris i tilfælde af leveringssvigt på et A-produkt.

²⁶⁰ KFST, spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker, 2016, spørgsmål 8 i appendiks.

²⁶¹ BEK nr. 1399 af 2. december 2015 om medicinpriser og leveringsforhold m.v., § 14, stk. 1.

²⁶² BEK nr. 1399 af 2. december 2015 om medicinpriser og leveringsforhold m.v., § 14, stk. 3.

Boks 5.1 Betydning af ny tilskudspris ved leveringssvigt på A-produkt

Tabel 5.4 og tabel 5.5 illustrerer et eksempel med tre forskellige produkter i en substitutionsgruppe hhv. med og uden leveringssvigt på A-produktet. Beregningen tager udgangspunkt i et eksempel hentet fra Lægemiddelstyrelsens hjemmeside.

Uden leveringssvigt skal forbrugeren betale 100 kr. for A-produktet og 200 kr. for B-produktet, jf. tabel 5.4. Hvis A-produktet meldes i leveringssvigt, men et givent apotek stadig har det på lager, skal forbrugeren stadig betale 100 kr. for A-produktet, men nu kun 150 kr. for B-produktet, jf. tabel 5.5.

Tabel 5.4 Eksempel på beregning af tilskudspris for en substitutionsgruppe uden leveringssvigt

Produkt	Medicinens pris i kr.	Tilskudspris i kr.	Regionens andel i kr. (ved 50 pct.)	Patientens andel i kr.
A	200	200	100	100
B	300	200	100	200
C	600	200	100	500

Kilde: Eksempel fra Lægemiddelstyrelsen: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/beregn-dit-tilskud/tilskudspriser>

Tabel 5.5 Eksempel på beregning af tilskudspris for en substitutionsgruppe ved leveringssvigt af A-produkt

Produkt	Medicinens pris i kr.	Tilskudspris i kr.	Regionens andel i kr. (ved 50 pct.)	Patientens andel i kr.
A	200	200	100	100
B	300	300	150	150
C	600	300	150	450

Kilde: Egne beregninger på baggrund af eksempel fra Lægemiddelstyrelsen: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/beregn-dit-tilskud/tilskudspriser>

Selvom der meldes leveringssvigt på et produkt, fx fra en enkelt engrosforhandler, vil mange apoteker stadig kunne skaffe den billigste pakning fra deres egen grossist, eller apotekets eget lager. I så fald er apoteket stadig forpligtet til at tilbyde det billigste produkt i henhold til substitutionsreglerne, selvom der også er fuldt tilskud til det næstbilligste produkt.²⁶³

Det tyder dog på, at så snart en grossist har meldt leveringssvigt på et A-produkt, bliver dette ikke længere leveret til nogen apoteker, selvom det måske kun er ét enkelt apotek, grossisten ikke kan levere til.

Alle aktører på markedet har adgang til samtlige indberetninger af leveringssvigt

Lægemiddelstyrelsen opdaterer dagligt samtlige leveringssvigt på hjemmesiden www.erhverv.medicinpriser.dk, som er en løsning lavet specielt til apoteker, lægemiddelindustrien, grossister og andre med erhvervsmæssig interesse.

²⁶³ VEJ nr. 45 af 29. maj 2006 om Vejledning om apotekets pligt til substitution og pligt til at informere om billigere kombinationer af flere ens mindre pakninger, 2.2.

Det betyder, at alle aktører i markedet fra leverandører, grossister og apoteker har adgang til information om, hvilke pakninger der er meldt i leveringssvigt og af hvilken grossist.

Fuld gennemsigtighed på markedet kan øge leveringssikkerheden til apotekerne, da andre leverandører kan tage højde for en større forventet efterspørgsel som følge af leveringssvigt. Til gengæld giver det samtidig grossisterne og leverandørerne indsigt i deres konkurrenters leveringsevne, hvilket er oplysninger, som virksomheder normalt ikke har kendskab til.

Hvis en leverandør kan se, at der er meldt leveringssvigt på et konkurrerende produkt, kan det betyde, at leverandøren sætter en højere pris på sit eget produkt i forventning om, at konkurrenten også vil have leveringssvigt i næste periode og derfor ikke vil være på markedet.

En høj grad af gennemsigtighed giver mulighed for koordinerende adfærd, hvilket kan hæmme konkurrencen og forbrugervelfærden.

Ingen kontrol med eller konsekvenser ved melding af leveringssvigt

Både grossisterne og apotekerne har et begrænset incitament til at sikre et tilstrækkeligt indkøb af de billige produkter. Samtidig er der ingen kontrol med, hvorvidt en melding om leveringssvigt reelt er berettiget, og derfor er der heller ikke nogen konsekvens for grossisten forbundet herved – hverken fra myndighederne, leverandører eller kunder.

Aktører i markedet har over for KFST nævnt, at nogle leverandører oplever, at grossisterne spekulerer i leveringssvigt ved at misbruge de gældende procedurer. Det sker ved at melde leveringssvigt, selvom der ikke er tale om et reelt leveringssvigt. Fx har leverandører oplevet, at de har et A-produkt i flere perioder, som grossisten har meldt leveringssvigt på og derfor ikke sælger, hvorefter leverandøren modtager returvarer af den pågældende vare.²⁶⁴

Andre aktører har dog også givet udtryk for, at grossisterne i mindre grad melder leverings-svigt, selvom leverandøren godt kunne levere.²⁶⁵

Yderligere har et apotek i KFST's spørgeskemaundersøgelse angivet, at det ikke er muligt at købe et produkt i leveringssvigt hos ens ikke-primære grossist, hvis de har varen, og at der sker en uhensigtsmæssig fordeling, når der er få varer på lager:

"Når restordre og anden grossist har varen, vil de ikke levere til os"

"Har indtryk af at der fra alle spekuleres i restordre. At nægte at sælge til ikke fast knyttet kunde er vist ikke lovligt.

*Fordelingen af mangelvarer foregår vist sjældent efter den reelle fordelingsnøgle
En grossist tillader af og til et enkelt eller flere apoteker at få det meste af lageret så andre ikke kan få. Har indtryk af at nogle producenter forfordeler ind imellem."*

Anbefaling

Det anbefales at ændre proceduren for melding af leveringssvigt, idet den nuværende regulering kombineret med strukturen på markedet risikerer at medføre øgede udgifter for både forbrugere og det offentlige. I dag rammer leveringssvigt samtlige af landets apoteker, selvom det kun er ét enkelt apotek, der ikke kan få leveret den fulde efterspørgsel. Dermed er konsekvensen af et leveringssvigt i dag unødigt vidtrækkende. I stedet kunne indføres en grænse

²⁶⁴ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

²⁶⁵ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

for, hvornår der skal meldes (landsdækkende) leveringssvigt eller et mere individuelt system, hvor leveringssvigt kun berører de apoteker, der ikke kan få dækket deres efterspørgsel.

Det anbefales yderligere at styrke grossisterne incitament til at skaffe de billigste produkter (A-produkterne). En mulighed er, at apotekerne forpligtiges til at købe A-produktet, så længe det er tilgængeligt hos blot én engrosforhandler. En anden mulighed er, at såfremt det kun er én grossist, der melder leveringssvigt på et A-produkt, skal den pågældende grossist sælge det næstbilligste produkt til A-produktets pris. Derudover vil det være hensigtsmæssigt at sikre, at leverandører har adgang til lagerstatus hos grossisterne for leverandørens *egne* produkter. Dermed vil leverandører bedre kunne sikre et passende udbud af især A-produkterne. Endvidere kan der stilles krav om, at leverandørerne indmelder leveringsevne på alle pakninger i medicinpriser.dk og eventuelt, at dette skal bekræftes umiddelbart inden start på takstperioden.

Endeligt anbefales det, at der i højere grad føres kontrol med, hvorvidt reglerne overholdes – både fra leverandører, grossister og apoteker – samt benyttes sanktioner ved overtrædelse heraf.

Effekten ved at ændre i proceduren kan være færre meldinger af leveringssvigt. Dette øger det tilgængelige sortiment for forbrugerne. Især A-produkter må forventes i højere grad at være tilgængelige. Samlet set vil det betyde lavere medicinudgifter for forbrugerne og lavere udgifter til de offentlige medicintilskud.

Det anbefales at ændre proceduren for melding af leveringssvigt, idet den nuværende regulering kombineret med strukturen på markedet risikerer at medføre øgede udgifter for både forbrugere og det offentlige.

Kapitel 6

Apotekernes incitament til at være aktive kunder

6.1 Indledning og konklusioner

For at tilgodese de overordnede sundhedspolitiske hensyn er apotekersektoren underlagt en omfattende regulering. Da apotekerne er grossisterne største kunde gruppe, er reguleringen af apotekersektoren med til at sætte rammerne for, hvordan grossisterne kan konkurrere på markedet. Det skyldes, at aktive kunder, der afsøger markedet og forhandler/skifter, hvis det kan betale sig, er en forudsætning for effektiv konkurrence mellem grossisterne.

Reguleringen af, at apotekernes udsalgspriser (AUP) skal være ens på alle apoteker, betyder, at apotekerne ikke kan konkurrere på deres udsalgspriser for at tiltrække kunder.

Reguleringen af bevillingssystemet, der sætter begrænsninger for bl.a. antal af apoteker, og hvem der må eje apoteker, begrænser de enkelte apotekeres mulighed for at ekspandere deres forretninger, og det begrænser grossisterne kundekreds. Lempelsen af reguleringen med virkning fra 1. juni 2015 gav apotekerne mulighed for at oprette, flytte eller nedlægge apoteksfilialer eller -udsalg inden for en radius af 75 km fra apoteket. De nye regler har betydet, at antallet af receptekspederende enheder er forøget, og dermed at tilgængelighed og konkurrencen er blevet styrket i et vist omfang. På trods af den nye regulering, er antallet af apoteker stadig begrænset, og den samlede ejerkreds er fortsat den samme.

Reguleringen af apotekernes udligningsordning, hvor apoteker med største omsætning subsidierer dem med mindst omsætning, begrænser ligeledes apotekernes incitament til at konkurrere for at vinde markedsandele.

Tilsammen begrænser reguleringen således apotekernes indbyrdes konkurrence, og dermed begrænses også apotekernes incitament til at afsøge markedet for lavere priser, bedre leveringsevne og generelt bedre løsninger. Det begrænser grossisterne incitament til og mulighed for at konkurrere om at tiltrække kunder.

Yderligere har reguleringen af apotekernes bruttoavanceramme, hvor den samlede avance for apotekerne og vilkårene herfor aftales, betydning for apotekernes incitamenter til at konkurrere med hinanden og for deres incitament til at købe ind, hvor det bedst kan betale sig.

På den baggrund anbefales det:

- » At der indføres maksimale udsalgspriser for apotekerne til forbrugerne i stedet for faste udsalgspriser.
- » At der indføres friere etableringsret for apoteker, så andre end farmaceuter kan eje apoteker, og så ejere af apoteker selv kan bestemme antallet af apoteker.
- » At den nuværende udformning af apotekernes udligningsordning justeres, så apoteker med størst omsætning ikke skal finansiere driften af apoteker med lavest omsætning.
- » At apotekernes bruttoavanceramme fremadrettet tager højde for, at det enkelte apotek selv skal kunne beholde en væsentlig del af gevinsten ved lavere priser/større rabatter.

6.2 Regulering af apotekernes udsalgspriser på medicin (AUP)

Det er Sundheds- og Ældreministeriet, der fastsætter apotekernes udsalgspriser (AUP) på apoteksforbeholdt medicin til forbrugerne, på baggrund af AIP og aftalen om apotekernes bruttoavanceramme, jf. afsnit 2.6. I henhold til reguleringen skal AUP for et givet produkt være den samme på alle apoteker, således at forbrugerne betaler ens pris, uanset hvor i landet de bor.

Apotekerne må derfor ikke fravige den udsalgspris, som Lægemiddelstyrelsen har fastsat, og de enkelte apoteker kan derfor heller ikke konkurrere med hinanden på baggrund af pris.

Da både AIP og AUP er fastlagt på baggrund af reguleringen og er ens for alle apoteker uanset, hvor apoteket køber sin medicin, har apotekerne begrænset økonomisk incitament til at undersøge markedet for alternative grossister og til at skifte grossist.

Når kunderne er mindre aktive, mindsker det også grossisterens incitament til at konkurrere.

At apotekets indkøbs- og udsalgspriser er faste skyldes dels sikring af uvildighed i medicin-indkøb- og udlevering, dels et princip om ens priser i hele landet. Uvildighed er dog allerede sikret i dag, da apotekets indkøb og udlevering er styret af lægernes udskrivninger af recepter, det nuværende substitutionssystem samt krav om et passende lager hos apotekerne. Disse elementer påvirkes *ikke* af hverken faste eller maksimale indkøbspriser. Indførelse af maksimale udsalgspriser vil dog være et brud på det nuværende hensyn om ens forbrugerpriser i hele landet.

Anbefaling

Det anbefales at ændre reguleringen af AUP, således at AUP ikke længere er fast og ens på alle apoteker, men at AUP i stedet er en maksimal udsalgspris.

Det vil give apotekerne mulighed for at sælge medicin til forbrugerne til en lavere udsalgspris end den faste udsalgspris. Den leverandør, der har indmeldt den laveste maks.-AIP, vil fortsat vinde 14-dages-prisperioden med et A-produkt, som forbrugerne skal tilbydes på apoteket. Dermed vil substitutions- og tilskudssystemet være uændret i forhold til i dag. Priskonkurrence mellem leverandører om at vinde prisperioden vil derfor fortsat opretholdes. Maks.-AUP vurderes derfor at medføre lavere priser til forbrugerne i gennemsnit i forhold til i dag, men priserne kan i modsætning til i dag variere fra apotek til apotek og på tværs af landet.

Det vil give apotekerne et større incitament til at købe medicin der, hvor det bedst kan betale sig, fordi de kan anvende lavere indkøbspriser til at konkurrere på udsalgspriser og derigennem vinde markedsandele. Dermed vil det også kunne give grossisterne og andre distributører af medicin større incitament til at konkurrere.

Samtidig vil det give forbrugerne og samfundet mulighed for at få del i den gevinst, som apotekerne kan opnå ved at være aktive og købe ind til lavere AIP/med større rabatter.

Uvildigheden på apotekerne vurderes fortsat at være sikret ved, at apotekets indkøb og udlevering som hidtil vil være styret af dels lægernes udskrivninger af recepter, dels det nuværende substitutionssystem, hvor apotekerne er forpligtede til at tilbyde forbrugerne det billigste produkt. Ingen af disse forhold påvirkes af indførelse af maks.-AUP, og dermed opretholdes uvildigheden og uafhængigheden på apotekerne.

For at undersøge effekten af anbefalingen kan det overvejes indledningsvist at gennemføre anbefalingen lokalt/regionalt.

I *Sverige* fastsætter Tandvård- och Läkemedelsformånsverket (TLV) maksimalpriser for receptpligtige lægemidler.²⁶⁶

6.3 Regulering af apotekernes bevillingssystem

Bevillingssystemet for apoteker regulerer bl.a. antallet af apoteker i Danmark (antalskontrol), samt at det kun er farmaceuter, der må eje apoteker (ejerskabsregler). Se nærmere om reguleringen i afsnit 2.6.

I oktober 2015 var der i alt 220 apotekere (ejere), som står for i alt 236 apoteker i Danmark, jf. tabel 6.1.²⁶⁷

Tabel 6.1 Apotekerbevillinger fra 2013–2015

Årstal	Bevillinger	Ledige bevillinger
2013	241	7
2014	238	15
2015	236	13

Anm.: Antal bevillinger dækker over antallet af "Moderapoteker" og "Supplerende bevillinger". Ledige bevillinger er baseret på opslag på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside. Antallet af bevillinger for 2015 er opgjort pr. 1. oktober 2015, mens antal ledige bevillinger gælder for hele 2015.

Kilde: Danmarks Apotekerforening: "Lægemidler i Danmark 2014 – Lægemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark" og Lægemiddelstyrelsen.

Med lovændringen, der trådte i kraft den 1. juli 2015, blev det muligt at etablere op til syv filialer inden for en radius af 75 km fra apoteket. Tal fra Apotekerforeningen viser, at apotekerne indtil videre har åbnet (eller planlagt åbnet) 77 nye apoteksfilialer som følge af lovændringen.²⁶⁸ Det er ca. en fordobling af antallet af apoteksfilialer i forhold til før lovændringen. De nye apoteksfilialer omfatter både nyoprettede filialer og apoteksudsalg, der er omdannet til filialer. Antallet af apoteksudsalg er i samme periode faldet fra 116 til 79. Pr. juni 2016 var der 234 apoteker og 158 apoteksfilialer.²⁶⁹

Lovændringen har således medført større tilgængelighed og en vis konkurrence mellem receptspederende enheder.

²⁶⁶ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, *Rapport om modernisering af apotekersektoren*, 2012, side 50.

²⁶⁷ Danmarks Apotekerforening, *Lægemidler i Danmark 2014*, 2014.

²⁶⁸ Apoteker foreningen, <http://www.apotekerforeningen.dk/~media/Apotekerforeningen/fagbladetfarmaci/2016/03/artikler/Her%20ligger%20de%20nye%20apoteker%20Farmaci%202016%20nr%2003.ashx>

²⁶⁹ KFST, oplysninger fra markedsaktører, juni-august 2016

Det har givet flere apoteksfilialer og en øget fleksibilitet, at der ikke længere skal søges om etablering og flytning af op til syv filialer og apotekerudsalg inden for en radius af 75 km fra apoteket.

Derudover er det blevet muligt at oprette rene onlineapoteker (dvs. apoteker som ikke må drive fysisk butik). I den forbindelse har Lægemiddelstyrelsen oprettet to nye bevillinger til drift af onlineapoteker. Lægemiddelstyrelsen har den 17. juni 2016 meddelt to farmaceuter to bevillinger til at drive onlineapotekerne. Onlineapotekerne skal være tilgængelige for brugerne senest et år efter, at bevillingstagerne er udnævnt (dvs. senest sommeren 2017).²⁷⁰

Etableringen af onlineapoteker giver mulighed for en anden forretningsmodel for distribution af medicin - den såkaldte direct-to-consumer (DTC) model. DTC-modellen er baseret på distribution fra et onlineapoteke direkte til forbrugeren. Gennem webapoteket bestiller forbrugerne selv deres medicin, som efterfølgende bliver leveret. Selve distributionen foregår efter principperne i DTP (direct-to-pharmacy). DTC-modellen benyttes i bl.a. Storbritannien og USA. De nuværende regler om faste priser betyder, at heller ikke onlineapotekerne kan konkurrere på prisen. Dette anses som en særlig udfordring for denne forretningsmodel.

Nye forretningsmodeller kan medføre bedre tilgængelighed til medicin for forbrugere, da forbrugerne får mulighed for at købe medicin gennem andre kanaler end de eksisterende kanaler (via onlineapoteker i stedet for fysiske apoteker).

Lovændringen betyder dog ikke, at der kommer nye apotekere (ejere) på markedet, da det kun er eksisterende apoteker, der kan åbne apoteksfilialer og apoteksudsalg. Samtidig kan en apoteker højst drive i alt otte receptekspederende enheder (dvs. i alt otte apoteker og apoteksfilialer tilsammen).

Generelt mindsker antalskontrol og ejerskabsregler nye engrosforhandleres mulighed for at komme ind på markedet.

Reguleringen af antallet af apotekerbevillinger (antalskontrol) medfører, at engrosforhandlerens kundekreds indenfor apotekersektoren er forholdsvis konstant/fastsat. Det betyder for de eksisterende og potentielle engrosforhandlere, at de ikke kan udvide deres marked, men skal 'slås' om de kunder, der allerede er på markedet.

Ejerskabsreglerne medfører, at der er begrænset mulighed for udvikling af nye forretningsmodeller. En tilgang af andre aktører i ejerkredsen (end farmaceuter) vil i højere grad kunne bane vejen for nye engrosforhandlere/andre modeller for distribution, da de kan være mindre "låst" af de traditionelle samhandelsmønstre på markedet, og/eller have erfaringer fra samhandel på andre markeder, som kan overføres på medicinmarkedet.

I Norge, Sverige, Nederlandene, Irland og Storbritannien er der i apotekersektoren sket ændringer eller frigivelse af etableringsretten, dog med en ansvarlig farmaceut tilknyttet (dvs. at der ikke er krav om, at et apotek skal være ejet af en farmaceut). Indførelsen af en friere etableringsret har ført til et øget antal apoteker i landene. Det øgede antal af apoteker, især i Norge

²⁷⁰ Lægemiddelstyrelsen, <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/ledig-bevilling-til-onlineapoteke>; <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/bevillinger-til-onlineapoteke>

og Sverige, er åbnet i byområderne, mens der i udkantsområderne er sikret apoteksvirksomhed via udbud.²⁷¹

Liberaliseringen af salget af veterinærmedicin i 2007, hvor det bl.a. blev muligt for andre end apoteker at sælge veterinærmedicin til produktionsdyr, har desuden betydet, at der er kommet andre forhandlere ind på markedet, samt nye distributionsformer, hvor forhandlerne køber direkte fra producenterne og derigennem "sparer" grossistledet.

Anbefaling

Det anbefales at justere bevillingssystemet for apoteker, så der skabes friere etableringsret.

Det sker for det *første* ved, at der åbnes op for, at andre end farmaceuter kan eje apoteker (dog således, at der er tilknyttet en ansvarlig farmaceut), og for det *andet* at ophæve begrænsningen i antallet af apoteker (dvs. antal bevillinger).

Forslaget vil først og fremmest styrke konkurrencen blandt apoteker, som dermed vil give apotekerne større incitament til at afsøge markedet og dermed lægge et større konkurrencepres på grossisterne.

Derudover vil en åbning af grossisternes kundekreds kunne bidrage til at reducere adgangsbarriererne for nye engrosforhandlere på markedet, fordi nye typer af ejere kan være mere åbne for at afprøve andre distributionsformer end fuldsortimentsgrossisterne.

Flere apoteker, filialer og udsalg kan – alt afhængig af aftalen med engrosforhandleren – være forbundet med højere distributionsomkostninger. Størrelsen på markedet for receptpligtig medicin forventes ikke at blive ændret med forslaget, da det stadig vil være lægen, der ordinerer medicinen.

6.4 Regulering af apotekernes udligningsordning

I Danmark er der stor forskel på, hvor meget de enkelte apoteker omsætter for. Udligningsordningen er en økonomisk udligning mellem apoteker med det formål at sikre økonomisk grundlag for drift af apoteker i udkantsområder.

Apoteksdrift i områder, som kan være vanskelige at drive rentabelt, kan i stedet sikres via udbudsrunder på apoteksdriften, som det fx er tilfældet i Sverige.²⁷² Omkostninger hertil kan hentes via de afgifter, som alle apoteker betaler til Lægemiddelstyrelsen på baggrund af deres omsætning. Dermed vil ordningen blive finansieret bredt af alle apoteker/aktører (og derfor i princippet af alle apotekskunder).

Udligningen tager udgangspunkt i apotekernes omsætning og indebærer, at apoteker med en relativ stor omsætning betaler en afgift, mens apoteker, der ikke har så stor en omsætning, modtager tilskud. Det begrænser apotekernes incitament til at øge omsætningen sammenlignet med, hvis udligningsordningen ikke eksisterede.

Der er pt. fastsat en beløbsgrænse på en omsætning på 35 mio. kr. De apoteker, der har en omsætning over beløbsgrænsen, betaler i dag en afgift til Lægemiddelstyrelsen på 3,6 pct. af forskellen mellem beløbsgrænsen og deres omsætning. Apoteker, der ligger under beløbs-

²⁷¹ Sundhedsministeriet, *Modernisering af apotekersektoren*, 2014, s. 56-57.

²⁷² Sundhedsministeriet, *Modernisering af apotekersektoren*, 2014, s. 56-57.

grænsen, modtager et tilskud fra Lægemiddelstyrelsen på 3,9 pct. af forskellen mellem deres omsætning og beløbsgrænsen. For apotekere, der har bevilling til at drive flere apoteker, beregnes afgift hhv. tilskud på grundlag af den *samlede* omsætning for alle apoteker, hvortil apotekeren har bevilling.²⁷³

Det er dog ikke alle apoteker med en omsætning under grænsen, der kan modtage tilskud. Tilskuddet er rettet mod mindre apoteker i landområderne, og der skal derfor være mere end fem kilometer til det nærmeste apotek for, at man kan *modtage* et tilskud.²⁷⁴ Det betyder, at apoteker, der ligger mindre end fem kilometer fra et andet apotek, ikke kan få tilskud, selvom deres omsætning skulle være under beløbsgrænsen. Disse apoteker skal dog stadig betale afgift, hvis deres omsætning er større end beløbsgrænsen. I alt var der i 2015 135 apoteker, der ikke kunne få omsætningstilskud, og disse er hovedsageligt placeret i byerne.²⁷⁵

I 2014 betalte 84 apoteker afgift til udligningsordningen, mens 66 apoteker modtog tilskud som følge af ordningen. De resterende 90 apoteker betalte hverken afgift eller modtog tilskud.²⁷⁶ Det skyldes, at disse havde en omsætning på under 35 mio. kr. men samtidig var undertaget omsætningstilskud, jf. ovenfor.

Eftersom udligningsordningen er baseret på omsætning, er ordningen ikke ensbetydende med overskud for alle apoteker og dermed et økonomisk grundlag for drift af apoteker i udkantsområder. Af de apoteker, der modtog tilskud, var der stadig fire apoteker i både 2012 og 2013 og et i 2014, der havde underskud efter udligningen, jf. figur 6.1. Af de apoteker, der betalte afgift, havde mellem tre og ni af dem underskud efter udligningen i samme periode.

Af de apoteker, der modtog et tilskud, havde 49 apoteker i 2012, 43 i 2013 og 62 i 2014 allerede et positivt overskud inden udligningen. I perioden havde hhv. 26 pct., 28 pct. og 35 pct. af apotekerne, der modtog tilskud, endda et større overskud end det gennemsnitlige overskud for samtlige apoteker før udligningen.²⁷⁷

Udligningsordningen er således ikke ensbetydende med, at apoteker nødvendigvis kan vende et underskud til et overskud samtidig med, at der gives tilskud til umiddelbart økonomisk velfunderede apoteker.

²⁷³ Jf. BEK nr. 1507 af 8. december 2015 om beregning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v., § 2, stk. 2.

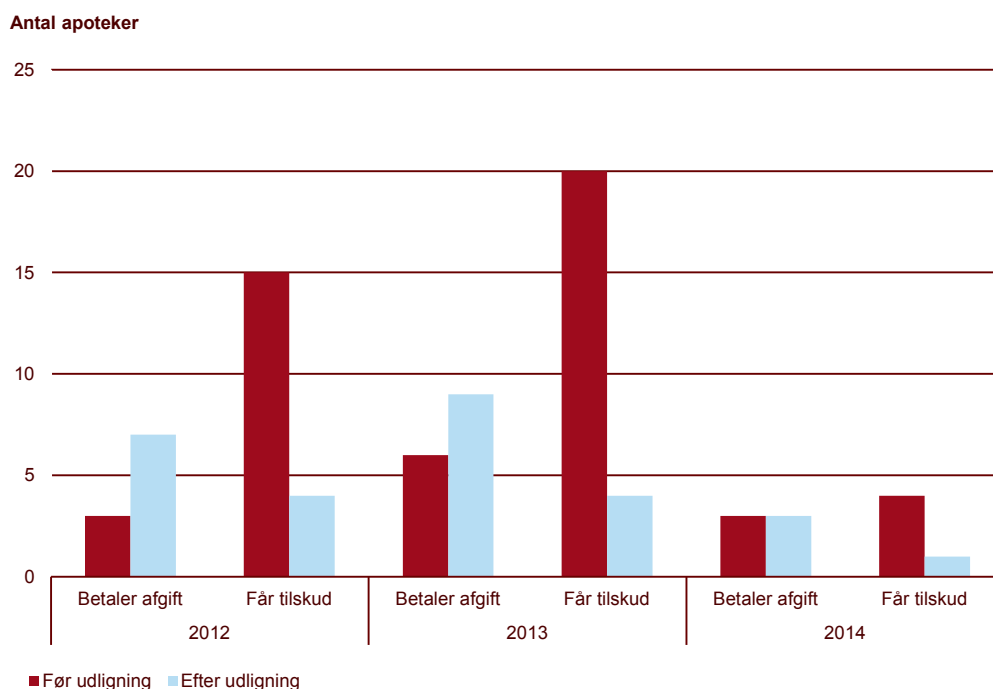
²⁷⁴ Apoteker foreningen, <http://www.apotekerforeningen.dk/om-apotekerne/regulering-af-apotekerne/udligning.aspx>

²⁷⁵ BEK nr. 1507 af 8. december 2015 om beregning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v., § 3, stk. 4, bilag 1.

²⁷⁶ Lægemiddelstyrelsen, *Undersøgelse af apotekernes driftsforhold*, 79. årgang, 2016, tabel 25.

²⁷⁷ Lægemiddelstyrelsen, *Undersøgelse af apotekernes driftsforhold*, 77.-79. årgang, 2014-2016.

Figur 6.1 Antal apoteker med underskud hhv. før og efter udligning opdelt på, om apoteker betaler afgift eller modtager tilskud, 2012-2014



Anm.: To apoteker havde overskud lig nul før udligning, mens tre apoteker havde et overskud lig nul efter udligning. Disse apoteker indgår ikke i figuren, da der kun er medtaget apoteker med overskud eller underskud. I alt har 88 apoteker betalt afgift, mens 64 apoteker har modtaget tilskud.

Kilde: Lægemiddelstyrelsen, *Undersøgelse over apotekernes driftsforhold, 77.-79. årgang.*

Apoteker med en relativ lav omsætning vil derfor altid være sikret et vist økonomisk fundament og derfor have mindre incitament til at konkurrere, udvide og øge omsætningen, da de helt eller delvist vil miste et tilskud, de ellers opnår. Apoteker med stor omsætning vil ligeledes have mindre incitament til at forøge deres omsætning, da de derved blot skal betale en større afgift. Det mindsker apotekernes incitament til at konkurrere og skabe større omsætning, hvilket kan være med til at mindske konkurrencen på engrosmarkedet.

Større konkurrence blandt engrosforhandlerne forudsætter, at apotekerne, der er engrosforhandlerne kunder, er aktive i at afsøge engrosmarkedet og købe deres medicin der, hvor de får den bedste løsning til prisen, både på medicin og service.

Apotekerne har på grund af den nuværende udformning af udligningsordningen, begrænset incitament til aktivt at afsøge markedet og vælge den bedste løsning til prisen. Det manglende konkurrencepres fra engrosforhandlerne kunder, begrænser engrosforhandlerne incitament til aktivt at konkurrere om kunderne og kan udgøre en adgangsbarriere for nye engrosforhandlere.

Anbefaling

Det anbefales, at den nuværende udformning af udligningsordningen justeres, således at de mest sælgende apoteker ikke længere skal finansiere de mindst sælgende apoteker.

Det er desuden vurderingen, at hensynet om at sikre en geografisk rimelig dækning over hele Danmark i stedet kan tilgodeses ved at frigøre etableringsretten på apoteksmarkedet, jf. afsnit

6.3. Det kan øge antallet af apoteker, også i yderområderne. Som følge af nye aktører er det desuden muligt, at internetsalg i højere grad vil vinde frem, som kan forbedre den geografiske dækning.

Hvis dette ikke er tilstrækkeligt til fortsat at sikre en passende geografisk adgang til medicin i hele Danmark, kan udvalgte apoteksplaceringer, som ellers kan være vanskelige at drive rentabelt, dækkes via udbudsrunder på apoteksdriften, som fx i Sverige.²⁷⁸ Omkostninger hertil kan finansieres via de afgifter, som alle apoteker betaler til Lægemiddelstyrelsen på baggrund af deres omsætning. Dermed vil ordningen blive finansieret bredt af alle apoteker/aktører (og derfor i princippet af alle apotekskunder).

Ved at justere den nuværende omsætningsbaserede udligningsordning øges apotekernes incitament til at forøge omsætningen. Det gælder både apoteker med høj omsætning, fordi de ikke længere delvist modregnes, og for apoteker med lav omsætning, fordi de ikke længere vil modtage tilskud via systemet. Mindre effektive apoteker vil samtidig have incitament til sammenlægning.

Det vil give apotekerne øget incitament til at købe ind der, hvor der er billigst. Det styrker engrosforhandlernes incitament til at konkurrere på pris, og nedbringer samtidig adgangsbarrieren for nye engrosforhandlere på markedet.

6.5 Regulering af apotekernes bruttoavanceramme

Apotekernes samlede bruttoavanceramme forhandles mellem Sundheds- og Ældreministeriet og Danmarks Apotekerforening for to år ad gangen, jf. afsnit 2.6. Bruttoavancen er defineret som apotekernes dækningsbidrag for alle varer og tjenesteydelser (dvs. hele omsætningen minus vareforbruget) og skal dække alle apotekets driftsudgifter som lønninger og husleje. Bruttoavancerammen danner desuden grundlag for beregning af medicinpriserne, da det er det beløb, der "lægges ovenpå" apotekernes indkøbspris for at få apotekernes udsalgspris.

Sundheds- og Ældreministeriet følger i årets løb den faktiske bruttoavanceudvikling i forhold til det aftalte. Hvis apotekerne i en periode samlet set har en større omsætning end aftalt i rammen, sættes avancen pr. lægemiddelpakning ned, mens det omvendte sker, hvis apotekernes samlede omsætning er mindre end aftalt. Dermed er sektoren som samlet enhed sikret at få den aftalte bruttoavance – hverken mere eller mindre – mens det enkelte apotek har mulighed for at øge egen bruttoavance ved at øge sit salg. Det vil dog ske på bekostning af, at alle apotekers bruttoavance pr. pakning nedsættes.

Yderligere indgår grossisternes omkostningsbegrundede rabatter til apotekerne i dag i bruttoavancerammen. Rabatterne bruges til at nedbringe medicinpriserne til forbrugerne. Hvis apotekerne opnår større rabatter, beholder apotekerne halvdelen selv, mens den anden halvdel vil blive anvendt til yderligere at nedbringe priserne på medicin.²⁷⁹

Når apotekernes bruttoavanceramme er reguleret, er det vigtigt, at reguleringen tager højde for ikke at begrænse apotekernes incitament til at købe ind, hvor det bedst kan betales sig.

²⁷⁸ Sundhedsministeriet, *Modernisering af apotekersektoren*, 2014, s. 56-57.

²⁷⁹ Sundheds og Ældreministeriet, *Bruttoavanceaftale 2016-17*, 2015.

Anbefaling

Det anbefales derfor, at det som følge af anbefalingerne om at ændre reguleringen af AIP og de omkostningsbegrundede rabatter samtidig sikres i bruttoavancerammen, at apotekerne beholder en tilstrækkelig del af gevinsten ved lavere indkøbspriser/større rabatter, således at de har incitament til at købe medicin, hvor det bedst kan betale sig, og så apotekerne samtidig har incitament til indbyrdes at konkurrere.

Kapitel 7

Bilag 1: Tilgang og metode

7.1 Metode og datagrundlag til måling af mobilitet

Analysen måler dels mobilitet ved at se på udviklingen i virksomhedernes markedsandele på markedet de seneste 10 år, dels ved at se på om leverandører og apoteker skifter grossist. Mobiliteten på det danske grossistmarked sammenlignes med mobiliteten i sammenligningslandene.

Mobiliteten i markedsandelene i de to salgskanaler baseres på omsætningstal, og beregnes som summen af ændringerne i andelen af omsætning jf. boks 7.1.

Boks 7.1 Måling af en branches mobilitet

I Konkurrencestyrelsens konkurrenceredegørelse (2007)²⁸⁰ anvendes en given branches mobilitet i markedsandele som en konkurrenceindikator til udpegning af brancher med tegn på væsentlige konkurrenceproblemer. Mobiliteten i markedsandele blev kvantificeret ved brug af et mobilitetsindeks, hvor et mobilitetsindeks på under 10 pct. pr. år blev brugt som indikator for tegn på væsentlige konkurrenceproblemer i en given branche.

Mobilitetsindekset, nedenfor benævnt *Mindeks*, for en branche er i tråd med Konkurrencestyrelsens konkurrenceredegørelse (2007) beregnet som summen af ændringerne i hver enkelt virksomheds markedsandel mellem to perioder:

$$Mindeks_t = \sum_{i=1}^n \frac{|s_{i,t} - s_{i,t-1}|}{2}$$

hvor n er antallet af virksomheder i branchen, t er år og s er markedsandelen for den enkelte virksomhed angivet i pct..

Indekset har en værdi mellem 0 og 100. En indekxværdi på nul svarer til et fuldstændigt statisk marked, hvor det er de samme virksomheder, der er på markedet i to år, og deres markedsandel er uændret. Et mobilitetsindeks på 100 svarer modsat til, at ingen af de aktører, der havde en markedsandel det første år, er tilbage på markedet i det efterfølgende år. Et indeks mellem 0 og 100 viser, hvor stor en andel af markedsandelene, der har flyttet sig mellem to år.

Måling af apotekernes skift af grossist baseres på salgsdata fra de to fuldsortimentsgrossister og på en spørgeskemaundersøgelse blandt apotekerne (se afsnit 7.4), suppleret med interviews fra forskellige aktører i markedet. Vurderingen af leverandørernes skift af grossist baseres på information indhentet fra Amgro samt interviews med øvrige markedsaktører.

²⁸⁰ Konkurrencestyrelsen, Konkurrenceredegørelse fra 2007, <https://www.kfst.dk/media/3073/konkurrenceredegoerelse-2007-analyse-20070612.pdf>

7.2 Metode og datagrundlag til måling af indtjening

Metode til måling af indtjening

Virksomheders indtjening kan sammenlignes på mange forskellige måder. I denne analyse benyttes profitabilitetsmålet *overskudsgraden baseret på årets resultat før skat* målt som

$$\text{Overskudsgraden}_t = \text{Resultat før skat}_t / \text{Omsætning}_t$$

Analysen har som et robusthedstjek undersøgt grossisters indtjening baseret på EBITDA-marginen, EBIT-marginen, overskudsgraden baseret på årets resultat efter skat og afkastningsgraden. Konklusionen er (forholdsvist) konsistent på tværs af profitabilitetsmålene.

Overskudsgraden baseret på årets resultat før skat vurderes at være det mest relevante indtjeningsmål til at vurdere konkurrencen på det danske grossistmarked i forhold til udlandet. Det skyldes, at skat i denne sammenhæng betragtes som en eksogen forskel på tværs af landene, men at profitabilitetsmålet derudover indeholder alle regnskabsposter, som påvirker virksomhedens forretningsgang.

Input til måling af indtjening

Indtjeningen på det danske engrosmarked for medicin evalueres i analysen ved at sammenligne den danske overskudsgrad med overskudsgraden for medicingrossister i andre lande. Der sammenlignes ikke med overskudsgraden for andre danske brancher, da grossistmarkedet for medicin – og sundhedsområdet generelt – adskiller sig ved at være underlagt en omfattende branchespecifik regulering.

For danske medicingrossister er data baseret på de respektive virksomheders årsregnskaber. Overskudsgraden for de udenlandske markedsaktører er baseret på den europæiske regnskabsdatabase Amadeus. Dataperioden er 2005-2014. Virksomheder indgår i de år, hvor der findes data for dem, og er derfor ikke nødvendigvis tilgængelige alle år fra 2005 til 2014. De øvrige inkluderede lande er, Sverige, Tyskland, Frankrig og Italien. Belgien, Nederlandene, Norge og Storbritannien er ikke med i analysen af medicingrossisternes indtjening. Det skyldes, at disse landes medicingrossister er vertikalt integrerede med apotekerne, og derfor slører billedet af, hvilken aktør der opnår indtjeningen. Finland indgår ikke grundet manglende data.

Opmærksomhedspunkter ved brug af indtjening som konkurrenceparameter

Der er både nationale og internationale forskelle på, hvilke forretningsaktiviteter som indgår i medicingrossisternes regnskaber og dermed bidrager til indtjeningen. Forskelle i medicingrossisternes forretningsområder vil påvirke sammenligningen af indtjeningsmålene mellem landene. For danske medicingrossister udgør salget af receptpligtig medicin til apoteker og sygehuse ca. 75 pct. af den totale omsætning. De resterende 25 pct. udgøres af især frihandelsvarer, men også liberaliseret håndkøbsmedicin, apoteksforbeholdt håndkøbsmedicin og veterinærmedicin.

Et andet opmærksomhedspunkt for medicingrossisternes indtjening er, at vilkår uden for virksomhedens kontrol kan påvirke indtjeningen i betydeligt omfang. Nyt patenteret medicin vil fx have en positiv effekt på indtjeningen, uden at medicingrossisten ændrer på sine forretningsgange. Omvendt vil udløbet af populær patenteret medicin have en negativ effekt på indtjeningen, hvis et generisk medicinprodukt introduceres på markedet.

7.3 Metode til beregning af grossistavancer

For et udvalg af produkter har KFST fået opgivet Nomecos og TMJ's avancer i pct. af AIP for distribution af medicin til apoteker. Ud over at angive et simpelt gennemsnit af disse avancer, beregnes der også et vægtet gennemsnit i forhold til omsætningen. På denne måde tages der højde for, hvor meget et produkt bliver solgt, eftersom der er stor forskel på avancerne for de forskellige produkter. Et vægtet gennemsnit giver et mere retvisende billede af, hvad grossisterne rent faktisk bliver betalt for at distribuere medicin til apotekerne.

Omsætningen for hvert produkt i , er givet ved antal solgte pakninger ganget med AIP prisen for hele perioden:

$$Omsætning_i = \sum_{j=1}^m (Salgsvolumen_j \times AIP_j)$$

hvor j angiver takstperioden, og salgsvolumen er antal solgte pakninger for hver 14-dages takstperiode. Der er i alt 26 takstperioder på et år, og derfor er $m = 26$. De følgende beregninger er lavet på baggrund af omsætning og salgsvolumen for hele perioden (2014).

De vægtede grossistavancer målt i pct. af AIP er givet ved følgende formel:

$$AvancePct_{vægtet} = \frac{\sum_{i=1}^n (AvancePct_i \times Omsætning_i)}{\sum_{i=1}^n Omsætning_i}$$

hvor $AvancePct_i$ angiver den oplyste avance for produkt i , og hvor der summeres over alle n produkter.

Vægtede grossistavancer målt i kroner pr. pakning beregnes ved den oplyste avance i pct. ganget med en vægtet gennemsnitlig AIP pris:

$$AvanceKr_i = AvancePct_i \times \frac{Omsætning_i}{Salgsvolumen_i}$$

hvor omsætning og salgsvolumen er for hele perioden (2014) og for alle pakninger i .

Herefter beregnes et indeks for de vægtede grossistavancer målt i kroner ved følgende formel, hvor der summeres over alle n produkter:

$$AvanceKr_{vægtet} = \frac{\sum_{i=1}^n (AvanceKr_i \times Omsætning_i)}{\sum_{i=1}^n Omsætning_i}$$

7.4 Spørgeskemaundersøgelse blandt apoteker

KFST har i perioden december 2015-januar 2016 gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets apoteker vedr. apotekets valg af medicingrossist.

Spørgeskemaundersøgelsen blev udsendt til i alt 236 apoteker. Da flere apotekere har mere end et apotek, og da den enkelte apoteker har besvaret ét skema på vegne af alle sine enheder, er antallet af mulige besvarelser nedjusteret til 219. KFST har modtaget 209 besvarelser på skemaet. Dette svarer til en svarprocent på undersøgelsen på 95 pct. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen indgår i analysen.

Spørgeskemaet samt svarfordelingen fra undersøgelsen fremgår at et selvstændigt appendiks til undersøgelsen.

Kapitel 8

Bilag 2: Internationale erfaringer – grossistmarkedet for medicin i andre lande

8.1 Indledning

Bilaget giver et indblik i indretningen af grossistmarkedet for medicin i andre lande, som Danmark normalt sammenlignes med. Landene er her defineret som Belgien, Finland, Frankrig, Nederlandene, Italien, Norge, Storbritannien, Sverige og Tyskland. Bilagets indhold anvendes, hvor det måtte være relevant i analysen.

De europæiske grossistmarkeder for medicin er generelt kendetegnet ved at være genstand for en del offentlig regulering. Det dækker bl.a. over minimumskrav til antallet af leveringer, produktsortimentet og geografiske leveringsforpligtelser.

De nordiske lande har generelt to til tre fuldsortimentsgrossister, der distribuerer medicin for størstedelen af markedet.²⁸¹ Størstedelen af de andre europæiske lande har mellem 5-15 medicingrossister.

I løbet af det sidste årti er koncentrationen generelt steget på de europæiske grossistmarkeder, da der har været fusioner på grossistmarkedet i næsten alle EU-lande, uden at nye aktører er trådt ind på markedet i tilsvarende grad.

Integrationen er ikke kun sket horisontalt, da graden af vertikal integration mellem grossister og apoteker også er steget i de lande, hvor det i nogen grad er tilladt (Belgien, Nederlandene, Norge og Storbritannien). De fleste europæiske lande begrænser dog ejerskabet af apoteker til farmaceuter.

I størstedelen af EU-landene er der en kombination af nationale og regionale grossister, som leverer lægemidler til apoteker.²⁸² Fuldsortimentsgrossister står typisk for væsentlig over 60 pct. af det totale salg af lægemidler, mens grossister med begrænset sortiment har en mindre del af markedet.

Grossistavancen ved salg af medicin er reguleret for størstedelen af EU-landene. Reguleringen er typisk regressiv, således at den marginale grossistavance falder for dyre medicinprodukter. Avancen for apoteker er ligeledes reguleret i størstedelen af EU-landene.²⁸³

Gennemsnitligt er grossistavancen på medicin mellem 5-10 pct. for EU-landene, men der er dog store forskelle på tværs af landene. Grossistavancen er med 3 pct. lavest i Sverige, mens

²⁸¹ Derudover har Sverige seks mindre regionale medicingrossister, der kun har en begrænset andel af det samlede salg til apotekersektoren.

²⁸² OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from the European Union*, 2014.

²⁸³ Sabina Vogler, Lena Lepuschütz og Peter Schneider, *Pharmaceutical distribution remuneration in Europe*, Journal of Pharmaceutical Policy and Practice, 2015, 8(Suppl 1), side 23.

den højest observerede grossistavance er 23 pct. i Nederlandene (grossistavancen er ureguleret i både Sverige og Nederlandene).²⁸⁴

Især de globale virksomheder Phoenix Group og Celesio, som også ejer de to danske medicin-grossister Nomeco og TMJ, er store aktører og er aktive i henholdsvis 25 og 14 lande.

Tabel 8.1 giver et overblik over en række parametre for europæiske medicingrossistmarkeder.

Tabel 8.1 **Oversigt over europæiske medicingrossistmarkeder**

	Belgien	Danmark	Finland	Frankrig	Nederlan- dene	Italien	Norge	Storbri- tannien	Sverige	Tyskland
Markedsstørrelse i mia. kr., 2013	35,4	13,6	18,0	249,5	38,6	185,7	n.a.	n.a.	31,3	311,4
Antal medicingrossister	15	3	3	6	5	85	3	9	8	13
Vertikal integration tilladt	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Markedsandel for fuldsortimentsgrossi- ster	90	100	0	63	92	88	n.a.	73	0	84
Regulering af grossistavancen	Regressivt	Nej	Nej	Regressivt	Nej	Lineært	Nej	Nej	Nej	Regressivt
Gns. grossistavance i pct.	8,5	6-7	3	6,2	13-24	3	n.a.	12,5	2-3	4-6,1
Phoenix Group aktive i landet	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Celesio aktive i landet	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej ¹	Ja

Note 1: Celesio har apoteks-virksomhed i Sverige, men ikke grossistvirksomhed, jf. <http://www.celesio.com/ag-en/company/celesio-worldwide/sweden>,

Anm.: Gennemsnitlig grossistavance er for nogle lande angivet med interval, da der har været benyttet mere end én kilde, jf. Kanavos et al. (2011).

Kilde: Kanavos et al. (2011), OECD. Stat, COWI (2014), Vogler et al. (2012), PHIS Pharma Profile Country Reports, OECD (2014) Toumi al. (2014).

8.2 Finland

Grossistmarkedet

Apoteker i Finland solgte medicin for knap 18 mia. kr. i 2013.²⁸⁵

Der er to store grossister på det finske marked, Tamro og Oriola KD, der tilsammen sidder på næsten 100 pct. af markedet.²⁸⁶ Magnum Medical har været aktive på grossistmarkedet siden 2006 uden at opnå nogen nævneværdig markedsandel.

²⁸⁴ Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, *The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices*, marts 2011.

²⁸⁵ Dataset: Health expenditure and financing: Data source: <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>. Accessed on 25.02.16.

²⁸⁶ OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from Finland*, 2014.

Finland har et "single-channel" distributionssystem, således at medicinproducenter tegner eksklusive distributionsaftaler med én af medicingrossisterne. Dermed er der ingen af medicingrossisterne, der kan forsyne apotekerne med det fulde sortiment. Systemet er ikke baseret på finsk lovgivning, men har været markedspraksis siden 1970'erne. De finske konkurrencemyndigheder undersøgte konkurrenceeffekten af single-channel distributionssystemet mellem 1997 til 2012, men fandt ikke årsag til at foretage ændringer af single-channel systemet.

Vertikal integration mellem grossister og apoteker er ikke tilladt.²⁸⁷

Medicingrossisternes it-systemer henter salgs- og lagerdata direkte fra apotekerne, men apotekerne står selv for indkøbet.²⁸⁸ Det er ikke et problem for it-systemet at håndtere to medicingrossister, hvis systemer begge er integrerede med apotekernes.²⁸⁹

Prisfastsættelse

Medicinproducenter fastsætter prisen på lægemidler i samarbejde med de finske sundhedsmyndigheder. Priserne implementeres i praksis som et maksimum for apotekernes indkøbspris (AIP).

Når nye generiske produkter introduceres på markedet, er medicinproducenterne forpligtede til at prisfastsætte produktet minimum 40 pct. billigere end den gældende maksimumspris for originalproduktet.

Maksimalpriserne er udsat for politisk kontrol. Fx betød en parlamentsbeslutning, at alle maksimalpriser (undtagen generisk substitutionsprodukter) blev sænket med 5 pct. i februar 2013.

Grossisternes indkøbspriser er uregulerede og forhandles frit mellem grossister og producenter. Videresalgspriserne til apotekerne (AIP) er dog underlagt et prisloft, således at der mellem producenterne og grossisterne i praksis forhandles om grossisternes fortjeneste. Grossisternes fortjeneste ligger angiveligt på 2-4 pct., men dette er kun et estimat, da aftalerne ikke offentliggøres.

Det er ikke tilladt for grossister at give apoteker rabatter, ligesom apoteker også kun kan give forbrugerne rabatter, hvis denne er ens for alle og dermed svarer til en generel prisnedsættelse.

Generisk substitution på apoteket

Apoteker er forpligtede til at tilbyde generisk substitution, så længe prisforskellen er større end en bagatelgrænse på 2-3 euro. Salget af generisk medicin udgjorde ca. 17 pct. af den totale omsætning for lægemidler i 2013.²⁹⁰

8.3 Frankrig

Grossistmarkedet

Apoteker i Frankrig solgte medicin for knap 250 mia. kr. i 2013.²⁹¹

²⁸⁷ OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from Finland, 2014*.

²⁸⁸ Referat af telefonmøde vedr. grossisternes it-systemer med den finske konkurrencestyrelse (KKV) d. 29.11.13.

²⁸⁹ Referat af telefonmøde vedr. grossisternes it-systemer med den finske konkurrencestyrelse (KKV) d. 29.11.13.

²⁹⁰ OECD iLibrary Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Der er i Frankrig flere regionale medicingrossister end nationale, men købet gennem de nationale medicingrossister udgør alligevel ca. 90 pct. af omsætningen fordelt på fire aktører.²⁹²

Fuldsortimentsgrossister i Frankrig udgør knap 80 pct., og de resterende godt 20 pct. af medicinen sælges direkte fra medicinproducenterne, hvilket i høj grad er medicinprodukter med høj omsætningshastighed.²⁹³

Franske medicingrossister er underlagt en "public service" forpligtelse, der stiller krav om lagerbeholdning og hurtigheden for levering til apoteker.

Vertikal integration er ikke tilladt i Frankrig. Apoteker må kun ejes af farmaceuter, og farmaceuter må kun eje ét apotek.²⁹⁴

Prisfastsættelse

Medicinproducenternes salgspris for tilskudsberettigede lægemidler i Frankrig aftales mellem de franske myndigheder og medicinproducenten.²⁹⁵

I prisfastsættelsen inddrages endvidere et prisreference-system. Frankrigs prisreferenceindeks indeholder fire europæiske lande (Tyskland, Spanien, Italien og Storbritannien).²⁹⁶

Avancen for medicingrossister i Frankrig er reguleret regressivt for ikke at give incitament til at fremme salget af dyr medicin.²⁹⁷

Generisk substitution

De franske sundhedsmyndigheder har en database over de lægemidler, der kan substitueres med generisk medicin. En recept på et originalt lægemiddel skal derfor kun substitueres, hvis et generisk lægemiddel er registreret i databasens relevante substitutionsgruppe. Databasen dækker dog langt fra alle lægemidler, hvilket forhindrer apoteker i at foretage generisk substitution for visse lægemidler på trods af, at der eksisterer billigere generiske produkter.²⁹⁸

Salget af generisk medicin i Frankrig udgør ca. 16 pct. af omsætningen for tilskudsberettiget medicin i 2013.²⁹⁹

8.4 Nederlandene

Grossistmarkedet

Apoteker i Nederlandene solgte medicin for knap 39 mia. kr. i 2013.³⁰⁰

²⁹¹ Dataset: Health expenditure and financing: Data source: <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>. Accessed on 25.02.16.

²⁹² Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, *The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices*, marts 2011. Rapport for European Commission.

²⁹³ Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, *The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices*, marts 2011. Rapport for European Commission.

²⁹⁴ Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, *The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices*, marts 2011. Rapport for European Commission.

²⁹⁵ OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from France*, 2014.

²⁹⁶ Mondher Toumi, Cécile Rémuzat, Anne-Lise Vataire, Duccio Urbinati, *External reference pricing of medicinal products: simulation-based considerations for cross-country coordination*, 2014, Rapport for European Commission.

²⁹⁷ Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, *The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices*, marts 2011. Rapport for European Commission.

²⁹⁸ OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from France*, 2014.

²⁹⁹ OECD iLibrary, Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

³⁰⁰ World Health Organization, Dataset: Health expenditure and financing: Data source: <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>. Accessed on 25.02.16.

Nederlandene har kun nationale medicingrossister. Ca. 75 pct. af medicinen i Nederlandene sælges gennem fuldsortimentsgrossister. Medicingrossister uden fuldt sortiment sælger ca. 8 pct. af medicinen, og de resterende ca. 17 pct. sælges direkte fra medicinproducenterne.³⁰¹

Det nederlandske marked for medicin er forholdsvis liberaliseret sammenlignet med andre europæiske lande. Fx er avancen for medicingrossister i Nederlandene ureguleret og er ligesom i Danmark et resultat af forhandling mellem medicinproducenterne og medicingrossisterne.³⁰² Grossistavancen i Nederlandene er med 13-24 pct. den højeste i Europa.³⁰³ Det er dog vanskeligt at tolke på grossistavancen, da det er tilladt for alle at eje apoteker, og i praksis er det medicingrossister, der ejer apotekerkæderne.³⁰⁴

Prisfastsættelse

Nederlandene benytter et prisreference-system, der fastsætter et maksimum for apotekernes salgspris (AUP) for medicin baseret på gennemsnitsprisen for tilsvarende medicinprodukter i fire europæiske lande (Tyskland, Frankrig, Storbritannien og Belgien).³⁰⁵

Medicinproducenter og medicingrossister har mulighed for at forhandle indbyrdes rabatter, ligesom medicingrossister har mulighed for at yde rabatter til apotekerne.³⁰⁶ Rabatterne til apotekerne er en vigtig del af apotekernes indtjening. Sundhedsmyndighederne inddrager efterfølgende en del af den opnåede rabat (clawback).

Generisk substitution

Generisk substitution i Nederlandene sker ved, at recepter på originale lægemidler automatisk ændres elektronisk til et generisk lægemiddel.³⁰⁷

Salget af generisk medicin i Nederlandene udgør ca. 16 pct. af omsætningen for tilskudsberettiget medicin i 2013.³⁰⁸

8.5 Italien

Grossistmarkedet

Apoteker i Italien solgte medicin for knap 186 mia. kr. i 2010.³⁰⁹

Italien er med sine 85 medicingrossister det betragtede europæiske land, som har klart flest aktører på markedet for distribution af medicin. Knap 80 pct. af medicinen til apotekerne i

³⁰¹ Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, „The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices, marts 2011.

³⁰² Giuseppe Carone, Christoph Schwierz, Ana Xavier, *Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU*, September 2012, Economic Papers 46, European Commission.

³⁰³ Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, „The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices, marts 2011.

³⁰⁴ Sabine Vogler, Danielle Arts, Katharina Sandberger, *Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries*, marts 2012, Summary Report af Gesundheit Österreich for Danmarks Apotekerforening.

³⁰⁵ Mondher Toumi, Cécile Rémuzat, Anne-Lise Vataire, Duccio Urbinati, *External reference pricing of medicinal products: simulation-based considerations for cross-country coordination*, 2014, Rapport for European Commission.

³⁰⁶ Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, *The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices*, marts 2011.

³⁰⁷ Giuseppe Carone, Christoph Schwierz, Ana Xavier, *Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU*, September 2012, Economic Papers 46. European Commission.

³⁰⁸ OECD iLibrary Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

³⁰⁹ Giuseppe Carone, Christoph Schwierz, Ana Xavier, *Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU*, September 2012, Economic Papers 46. European Commission.

Italien sælges gennem fuldsortimentsgrossister, mens mere end 20 pct. sælges direkte fra medicinproducenterne.³¹⁰

Vertikal integration er ikke tilladt i Italien. Apoteker må kun ejes af farmaceuter, og farmaceuter må kun eje ét apotek.³¹¹

Prisfastsættelse

Italien benytter et prisreference-system baseret på den lavest observerede pris for et tilsvarende produkt i 27 andre europæiske lande.³¹² Referenceprisen benyttes dog kun som et understøttende informationskriterie, hvor prisen fastsættes i forhandlinger mellem medicinproducenterne og regeringen.³¹³

Tilsvarende er indtjeningen i grossistledet og apotekerledet reguleret. Grossistavancen blev reduceret politisk i 2010 og er 3 pct. af medicinproducenternes salgspris for tilskudsberettiget (receptpligtig) medicin.³¹⁴

Generisk substitution

Det italienske system for generisk substitution minder om det danske. Apotekeren informerer patienten om et billigere generisk alternativ, med mindre lægen på recepten har angivet, at produktet ikke må substitueres. For tilskudsberettiget medicin skal patienten selv betale differencen, hvis det oprindeligt udskrevne (originale) lægemiddel ønskes i stedet for det billigere generiske alternativ.

8.6 Norge

Grossistmarkedet

Det norske marked har tre grossister, Alliance Healthcare Norge AS, Apokjeden Distribusjon AS og NMD AS, der sidder på henholdsvis 14,7 pct., 33,0 pct. og 52,3 pct. af markedet.³¹⁵ De to sidstnævnte er ejet af hhv. Phoenix Group og Celesio AG, der også ejer de to danske medicin-grossister.

Det er pr. 1. januar 2015 ikke længere påkrævet, at grossister skal føre et fuldt sortiment.³¹⁶ Det norske konkurrencetilsyn ønskede flere aktører på markedet og mente, at kravet om fuldt sortiment kunne betragtes som en unødvendig entry-barriere.³¹⁷

Parallelimporterede lægemidler udgjorde 1,5 pct. af det totale salg i 2014,³¹⁸ der sælges af to til tre virksomheder specialiserede i parallelimport.

³¹⁰ Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, *The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices*, marts 2011.

³¹¹ Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, *The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices*, marts 2011.

³¹² Mondher Toumi, Cécile Rémuzat, Anne-Lise Vataire, Duccio Urbinati, *External reference pricing of medicinal products: simulation-based considerations for cross-country coordination*, 2014, Rapport for European Commission.

³¹³ Christine Leopold, *Pharmaceutical policy analysis – A European perspective on pricing and reimbursement in challenging times*, 2014. PhD afhandling ved Utrecht Universitet.

³¹⁴ Hogan Lovells, *EU pricing & reimbursement – Pricing & reimbursement schemes in major European countries*, 2014, Newsletter November, Hogan Lovells International LLP.

³¹⁵ PPRI Pharma Profile – Norway 2015.

³¹⁶ PPRI Pharma Profile – Norway 2015.

³¹⁷ Konkurransetilsynet, <http://www.konkurransetilsynet.no/en/news/archive/wishes-for-more-participants-in-the-pharmacy-market/?hl=pharmacy>

Grossisterne er alle vertikalt integrerede med en apotekskæde. Der eksisterer økonomiske incitamenter for grossister til at sælge generika, da generisk konkurrence øger grossisternes avance betydeligt.³¹⁹

Prisfastsættelse

For nye receptpligtige lægemidler gælder det, at apotekernes indkøbspriser (AIP) er udsat for en maksimumspris, der opgøres på baggrund af gennemsnittet for de tre laveste markedspriser i en række referencelande. Apotekernes avance er yderligere reguleret efter en øvre grænse.

Priserne for generiske lægemidler følger en trinprismodel, som medfører en prisreduktion i pct. af prisen på originalproduktet. Prisreduktionen udgør 35 pct., når patentbeskyttelsen ophører, og prisen falder yderligere med 69-90 pct. af originalprisen efter tidligst 18 måneder. I denne henseende betragtes parallelimporterede lægemidler på lige fod med generiske lægemidler og er derfor også underlagt trinprismodellen.

Generisk substitution

Norske apoteker er ligesom apoteker i Danmark forpligtede til at informere om generisk substitution, og apotekerne har endvidere et økonomisk incitament til at sælge generisk substituerede produkter. Den generiske substitution og trinprismodellen vurderes at spare de norske patienter ca. 2 mia. NOK (1,7 mia. DKK).

8.7 Sverige

Grossistmarkedet

Apoteker i Sverige solgte medicin for 31 mia. kr. i 2013.³²⁰

Leveringen af lægemidler til apotekssektoren sker primært gennem to grossistvirksomheder, Tamro og Oriola AB, der tilsammen har en markedsandel på ca. 95 pct.,³²¹ som er fordelt ca. ligeligt mellem dem.³²² Distributionen af medicin er kendetegnet ved at være "single-channel", hvilket betyder, at de to grossistvirksomheder begge tegner eksklusive distributionsaftaler med producenterne af lægemidler. Dermed er der ingen af de to aktører, der kan forsyne apotekerne med det fulde sortiment.

Avancerne for grossisterne er uregulerede og er resultatet af forhandlinger mellem producenterne og grossisterne. Det estimeres, at grossistavancen i Sverige er på ca. 2-3pct.³²³

Apoteker har via liberaliseringen fået mulighed for at øge avancen udover den lovbestemte grænse på de lægemidler, hvor der ikke er generisk konkurrence. Dette opnås ved at forhandle rabatter på parallelimporterede lægemidler.³²⁴

³¹⁸ PPRI Pharma Profile – Norway 2015.

³¹⁹ PPRI Pharma Profile – Norway 2015.

³²⁰ World Health Organization, Dataset: Health expenditure and financing: Data source: <http://www.who.int/healthaccounts/ghed/en/>. Accessed on 25.02.16.

³²¹ Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, *The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices*, marts 2011, Side 68.

³²² COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren, september 2014*. Rapport for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

³²³ Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, *The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices*, marts 2011.

³²⁴ COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren, september 2014*. Rapport for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Prisfastsættelse

Prisen for nye lægemidler fastsættes i forbindelse med ansøgning om tilskudsberettigelse. Prisen indgår i selve ansøgningen for tilskudsberettigelse, og er en vigtig parameter i vurderingen af, hvorvidt lægemidlet skal være tilskudsberettiget. Her vægter omkostningseffektivitet særlig tungt fx i forhold til medicinske, humanitære og socioøkonomiske perspektiver.

Lægemidler, der ikke er tilskudsberettiget, er ikke underlagt nogen priskontrol.

Generisk substitution

Sverige indførte generisk substitution i 2003, således at apoteker skal udlevere det billigste generiske eller parallelimporterede lægemiddel, hvis sådan et forefindes. Fra 2002 til 2005 betød det et prisfald på mere end 40 pct. i gennemsnit for ikke-patenterede lægemidler.³²⁵

8.8 Tyskland

Grossistmarkedet

Apoteker i Tyskland solgte medicin for 311 mia. kr. i 2013.³²⁶

I modsætning til Danmark er der på det tyske marked flere regionale medicingrossister. 84 pct. af alle enheder af medicin solgt til apoteker sælges af fuldsortimentsgrossister, mens de resterende 16 pct. sælges direkte fra medicinproducenterne.³²⁷

Medicingrossisterne konkurrerer som udgangspunkt på services, men kan give rabatter af deres (prisloftsregulerede) fortjeneste på distributionen af medicin.³²⁸

Vertikal integration er ikke tilladt i Tyskland. Det er kun farmaceuter, der må eje et apotek, og hver enkelt farmaceut må maksimalt eje fire apoteker.

Prisfastsættelse

Medicinproducenter kan som udgangspunkt selv fastsætte deres salgspris for både generiske lægemidler og receptpligtig medicin.³²⁹ Indtjeningen for medicingrossister og apoteker på medicin er dog reguleret af et prisloft. Prisloftet fungerer som en regressiv skala baseret på indkøbsprisen fra medicinproducenterne og opgøres pr. pakning.³³⁰

Derudover har Tyskland siden 1989 benyttet sig af et prisreference-system, der fastsætter et loft over den tilskudsberettigede pris for medicin med samme aktive ingredienser.³³¹

Som supplement til prisreference-systemet benytter Tyskland værdibaseret prissætning, hvor fastsættelse af salgsprisen er baseret på den forventede værdi for slutbrugeren.³³²

³²⁵ Pharmaceutical Benefits Board, *The Swedish Pharmaceutical Reimbursement System*, januar 2007.

³²⁶ World Health Organization, Dataset: Health expenditure and financing: Data source: <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>. Accessed on 25.02.16.

³²⁷ Evelyn Walter, Aline Dragosits, Monira Said, *Access to pharmaceutical products in six European countries – analysis of different pharmaceutical distribution systems*, 2012, Farmeconomia. Health economics and therapeutic pathways, 13(1).

³²⁸ OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from Germany*. 2014.

³²⁹ OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from Germany*. 2014.

³³⁰ OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from Germany*. 2014.

³³¹ OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from Germany*. 2014.

³³² Mondher Toumi, Cécile Rémuzat, Anne-Lise Vataire, Duccio Urbinati, *External reference pricing of medicinal products: simulation-based considerations for cross-country coordination*, 2014, Rapport for European Commission.

Generisk substitution

Generisk substitution blev i praksis etableret i 2007.³³³ Apoteker substituerer udskrevet medicin til generika, hvis der eksisterer en frivillig aftale mellem patientens forsikringsselskab og producenten af det generiske lægemiddel. Hvis patienten stadig ønsker det oprindeligt udskrevne lægemiddel, skal patienten selv betale differencen. Der er to substitutionsperioder pr. måned.³³⁴

8.9 Studier over internationale lægemiddelpriiser

Vogler et. al (2015)³³⁵

Vogler et al. (2015) sammenligner lægemiddelpriiser for New Zealand og 16 EU lande. Stikprøven er relativt begrænset, da den blot indeholder 19 præparater i alt. Lægemidlerne er forsøgt udvalgt således, at der er en balance mellem forskellige prissegmenter for fx salgsvolumen og patentstatus. Det smalle datagrundlag giver til gengæld høj sammenlignelighed på tværs af landene.

For halvdelen af de patenterede lægemidler (otte ud af 16) ligger Danmark blandt de dyreste lande (4. kvartil). Det er kun Schweiz og Tyskland, hvis lægemidler oftere end Danmark ligger blandt de dyreste lande (hhv. for 13 og 11 af de betragtede lægemidler).

Data er ikke vægtet i forhold til det reelle salg, der finder sted af de respektive lægemidler, hvilket giver et element af usikkerhed. Det kan forekomme, hvis det fx kun er lægemidler med meget begrænset salg, hvor Danmark ligger i den dyre ende, men når det er tilfældet for halvdelen af de betragtede lægemidler, giver det en indikator af et dyrt prisniveau for lægemidler i Danmark.

SNF (2011)³³⁶

Rapporten undersøger det norske prisniveau for lægemidler i forhold til ni vesteuropæiske lande. Stikprøven er forholdsvis bred og indeholder 210 lægemidler, der er til rådighed i alle betragtede lande. Rapporten indeholder også en delundersøgelse for patenterede lægemidler med en stikprøve på 73 lægemidler.³³⁷ Data er hentet fra IMS Health og vægtet efter salgsvolumen i Norge, hvor forskellige pakningsstørrelser skaleres til dosis-størrelser. Metoden giver afkald på en marginal grad af præcision, da der potentielt ikke sammenlignes for identiske pakninger for til gengæld at opnå en langt større grad af repræsentativitet, da lægemidler vægtes efter, hvor meget der rent faktisk sælges på markedet.

Rapporten finder, at de danske medicinpriser generelt er i den dyreste halvdel, mens medicinpriserne i Storbritannien er ca. 30 pct. lavere. For patenterede lægemidler er danske medicinpriser også i den dyreste halvdel, mens prisniveauet i Nederlandene, Norge og Storbritannien ligger mellem 15 til 35 pct. lavere end i Danmark. Medicinpriserne er generelt højest i Tyskland og Irland, som betaler ca. 11 pct. mere for patenterede lægemidler, end det er tilfældet i Danmark.

³³³ OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from Germany*. 2014.

³³⁴ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

³³⁵ Sabine Vogler, Kate Kilpatrick, Zaheer-Ud-Din Babar, *Analysis of Medicine Prices in New Zealand and 16 European Countries*, 2015, *Value in Health* 18, 484-492.

³³⁶ The Institute for Research in Economics and Business Administration, *Comparing Pharmaceutical Prices in Europe – A Comparison of Prescription Drug Prices in Norway with Nine Western European Countries*, 2011, SNF report no. 11/11.

³³⁷ Mangel på generisk konkurrence benyttes som de facto indikator for, at et lægemiddel er patenteret, da information om den eksakte patentstatus ikke er tilgængelig i stikprøven.

Når stikprøver vægtes efter et basisland, vil det give en usikkerhed, da det norske forbrug af lægemidler måske ikke er repræsentativt for forbruget i Danmark. Som robustheds-tjek har SNF også udarbejdet en tilsvarende analyse, hvor Sverige er brugt som referenceland, men konklusionen for det danske prisniveau er overvejende uændret.

Kanavos et al. (2011)³³⁸

Rapporten, der er bestilt af EU-Kommissionen, har som hovedfokus at analysere distributionskæden i EU-medlemslandene, men foretager også en sammenligning af prisen for tre identiske pakninger af patenterede lægemidler for alle 27 EU-lande. Den meget smalle stikprøve er udvalgt således, at de skulle være repræsentative for både dyre, mellemprisklasse og billige lægemidler.

For alle de tre betragtede lægemidler er Danmark rangeret blandt den dyreste fjerdedel af landene. Tyskland, Grækenland og til dels Irland ligger også i den dyre ende. Blandt de billige lande at købe medicin er Spanien og flere østeuropæiske lande, fx Polen, og til dels Storbritannien.

Leopold et al. (2012)³³⁹

Studiet betragter effekten af at benytte eksterne prisreferencer i prisfastsætningen på lægemidler. Danmark er et af de få lande i Europa, som ikke benytter eksterne prisreferencer i prisfastsættelsen af medicin. Stikprøven er forholdsvis smal og indeholder 14 lægemidler, der var patenterede i 2007 og 2008 for 14 europæiske lande. Stikprøven spænder bredt over mange forskellige terapeutiske områder og er vægtet efter salgsvolumen i de respektive lande. I stedet for et decideret prisindeks er landene rangeret fra dyreste til billigste pris og median placeringen er udregnet.

Studiet finder, at Danmark rangerer som det dyreste land efterfulgt af henholdsvis Tyskland og Finland. Derudover nævner studiet, at medicinproducenter har incitament til at sætte prisen højt i lande, som mange lande benytter i sine prisreferencer (fx Frankrig, Tyskland og Danmark). Det skyldes, at medicinproducenter på den måde undgår en afsmittende effekt på prisen i andre lande.

Leopold et al. (2013)³⁴⁰

For at undersøge hvorvidt lægemiddelspriserne i Europa konvergerer, som tidligere undersøgelser har vist tegn på, undersøger Leopold et al. (2013) priserne på ti patenterede lægemidler for 15 europæiske lande i en periode over fem år (2007-2012). Grundet manglende data er priserne ikke vægtet efter salgsvolumen.

Studiet viser modsat forventet svage tegn på divergens, der primært skyldes afvigelsen i forhold til gennemsnitsprisen for medicin er steget i Tyskland og faldet i Grækenland. Overordnet set har lægemiddelspriserne i Danmark ligget forholdsvis stabilt på små 10 pct. over gennemsnittet i perioden.

³³⁸ Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, *The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices*, marts 2011. Rapport for European Commission.

³³⁹ Christine Leopold, Aukje Katja Mantel-Teeuwisse, Leonhard Seyfang, Sabine Vogler, Kees de Joncheere, Richard Ogilvie Laing, Hubert Leufkens, *Impact of External Price Referencing on Medicine Prices – A Price Comparison Among 14 European Countries*, december 2012, South Med Review 5; 2-34-41.

³⁴⁰ Leopold C., Mantel-Teeuwisse AK, Vogler S., de Joncheere K., Laing RO., Leufkens HG., *Is Europe still heading to a common price level for on-patent medicines? An exploratory study among 15 Western European countries*, 2013, Health Policy 112, 209-216.

COWI (2014)³⁴¹

På baggrund af data fra EURIPID sammenligner rapporten, der er udarbejdet for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, prisen for de 50 vigtigste produktgrupper i Danmark med den tilsvarende pris i fire andre lande. Ud fra de 50 produktgrupper opnås 131 pakningsgrupper, som dækker ni af de i alt 14 terapeutiske hovedgrupper (ATC), hvor der generelt opnås en ret høj dækningsgrad på tværs af landene. Stikprøven indeholder både generiske og patenterede lægemidler, som vægtes efter deres salg i Danmark, og indekset er dermed en indikation af, hvad det vil koste at købe en tilsvarende varekurv i de andre lande.

For lægemidler uden generisk konkurrence er de finske medicinpriser mere end 20 pct. lavere end medicinpriserne i Danmark og ca. 10-15 pct. lavere i Irland og Norge. Medicinpriserne i Sverige er ca. 10 pct. højere. Det er her værd at bemærke, at rapporten finder høje danske medicinpriser på trods af, at salgsvægte har det med at favorisere basislandet (Danmark).

³⁴¹ COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren*, september 2014. Rapport for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Kapitel 9

Bilag 3: Veterinærmedicin

Veterinærmedicin dækker al receptpligtig medicin til dyr. Salg af veterinærmedicin er i betydelig grad lovreguleret. Salget af veterinær medicin til produktionsdyr blev liberaliseret i 2007.³⁴² Liberaliseringen betød, at der blev indført fri prisfastsættelse, hvor der tidligere havde været faste priser. Videre indebar liberaliseringen, at apoteksforbeholdet på salg af receptpligtig veterinærmedicin til produktionsdyr blev ophævet, således at det ikke længere kun var apotekerne, der lovligt kunne forhandle disse produkter.³⁴³

Veterinærmedicin til produktionsdyr forhandles i dag af apoteker samt af specialiserede forhandlere, som er godkendt af Lægemiddelstyrelsen.³⁴⁴ Lægemiddelstyrelsen kræver stadig, at apoteker og forhandlere fører fuldt sortiment af veterinærmedicin, hvilket svarer til ca. 1000 varenumre.³⁴⁵

I forbindelse med liberaliseringen blev der gennemført en række initiativer med sigte på at styrke fødevarer sikkerhed og dyrevelfærd. Initiativerne sigtede især på at sikre, at dyrlægerne i deres ordinationsvalg også fremover var uafhængige af landbrugets økonomiske interesser.³⁴⁶ Det er i den forbindelse ikke tilladt for apoteker at være vertikalt integreret med grossister af veterinær medicin.

Der er to store grossister på det danske marked for veterinærmedicin, Nomeco og Pharma-Service, der primært leverer til apotekerne. De specialiserede forhandlere af veterinærmedicin køber primært ind direkte hos leverandørerne (DTP) udenom grossisterne. Grossisterne og forhandlerne indgår årsaftaler med leverandørerne om levering og rabatter.³⁴⁷

Der er forskel på leverandørernes rabatskalaer og rabatformer. Leverandørerne anvender faste rabatskalaer, som er ens for alle indkøbere, og som beregnes ud fra den samlede årlige eller halvårslige omsætning og rabat efter størrelsen af hver enkelt ordre. Desuden gør nogle leverandører brug af individuelt forhandlede rabatter, som særligt tilgodeser stabile kunder og særlige rabatter til grossister. Der anvendes i begrænset omfang retroaktive og inkrementelle rabatter.³⁴⁸

³⁴² SUM, *Liberalisering af lægemidler til produktionsdyr fra april 2007*, september 2009.

³⁴³ Receptpligtig medicin til kæledyr er fortsat omfattet af apoteksforbeholdet.

³⁴⁴ SUM, *Liberalisering af lægemidler til produktionsdyr fra april 2007*, september 2009, side 6.

³⁴⁵ KFST, møder med markedsaktører, november 2015-februar 2016.

³⁴⁶ Sundhedsministeriet, *Liberalisering af lægemidler til produktionsdyr fra april 2007*, september 2009, side 7.

³⁴⁷ Vilomix Holding A/S' Erhvervelse af enekontrol over A/S Hatting_KS, KFST, 2013, pkt. 91-92.

³⁴⁸ Vilomix Holding A/S' Erhvervelse af enekontrol over A/S Hatting_KS, KFST, 2013, pkt. 93.

Fælles for leverandørerne er, at der ofte anvendes trappebonusmodeller, hvorefter rabatprocenter stiger med størrelsen af købet. Det betyder, at der er væsentlige stordriftsfordele forbundet med indkøbet af veterinærmedicin til produktionsdyr.³⁴⁹

Efter liberaliseringen er der ikke foretaget en egentlig evaluering af liberaliseringen. Men det tyder umiddelbart på, at priserne på veterinærmedicin til produktionsdyr er faldet med over 10 pct. i perioden lige efter liberaliseringen til udgangen af 2011.³⁵⁰ Det kan dels skyldes liberaliseringen dels andre forhold på det veterinærmedicinske marked, som har medført øget konkurrence i detaillédet.³⁵¹ Liberaliseringen har fx givet mulighed for, at andre end apoteker kan sælge veterinær medicin, hvilket har betydet, at flere nye forhandlere er kommet ind på markedet, bl.a. Vilovet, Hatting-Vet og DLG Vet.

³⁴⁹ Vilomix Holding A/S' Erhvervelse af enekontrol over A/S Hatting_KS, KFST, 2013, pkt. 94.

³⁵⁰ Konkurrencerådets henvendelse af 27. juni 2012 til Ministeren for Sundhed og Forebyggelse og Erhvervs- og Vækstministeren efter konkurrencelovens § 2, stk. 5, s. 31-32. Det skal nævnes, at sektorafgifterne i forbindelse med liberaliseringen blev nedsat med 2,55 pct. Det kan dog ikke forklare hele prislefaldet.

³⁵¹ SUM, *Liberalisering af lægemidler til produktionsdyr fra april 2007*, september 2009, side 21.

Kapitel 10

Bilag 4 Litteraturliste

10.1 Litteratur

- Amgro, *Generel information om Amgro og omverden*, maj 2015
- Amgro, *Grundlæggende information om lægemiddeludbud*, 2015
- Amgro, *Status og perspektiver 2014-15*, 2015
- Amgro, *Sygehusmedicin*, 2015
- Christine Leopold, Aukje Katja Mantel-Teeuwisse, Leonhard Seyfang, Sabine Vogler, Kees de Joncheere, Richard Ogilvie Laing, Hubert Leufkens, *Impact of External Price Referencing on Medicine Prices – A Price Comparison Among 14 European Countries*, december 2012
- Christine Leopold, *Pharmaceutical policy analysis – A European perspective on pricing and reimbursement in challenging times*, 2014
- COWI, *Analyse af indkøb af lægemidler i primærsektoren*, september, 2014
- Danmarks Apotekerforening, *Lægemidler i Danmark 2013*, 2013
- Danmarks Apotekerforening, *Lægemidler i Danmark 2014 - Lægemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark*, 2014
- EU-Kommissionen, *Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU*, 2012
- EU-kommissionen, *Study on enhanced cross-country coordination in the area of pharmaceutical product pricing*, 2015
- Evelyn Walter, Aline Dragosits, Monira Said, *Access to pharmaceutical products in six European countries – analysis of different pharmaceutical distribution systems*, 2012
- Giuseppe Carone, Christoph Schwierz, Ana Xavier, *Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU*, September 2012, Economic Papers 46
- Giuseppe Carone, Christoph Schwierz, Ana Xavier, *Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU*, September 2012, Economic Papers 46
- Hogan Lovells, *EU pricing & reimbursement – Pricing & reimbursement schemes in major European countries*, 2014, Newsletter November
- IPF, *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical sector*, januar 2012
- Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, *Konkurrencebegrænsende vedtagelse i A-apoteket*, 2013
- Konkurrencerådets afgørelse af 21. juni 2006, *The acquisition of Tjellesen and Max Jenne by Celesio*. Fusionen blev henvist til behandling i Konkurrencestyrelsen fra Europa-Kommissionen
- Leopold C., Mantel-Teeuwisse AK, Vogler S., de Joncheere K., Laing RO., Leufkens HG., *Is Europe still heading to a common price level for on-patent medicines? An exploratory study among 15 Western European countries*, 2013
- Lægemiddelindustriforeningen (LIF), *Hjemmemarkedet for lægemidler og dets betydning*, september 2012
- Lægemiddelindustriforeningen, Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, *Aftale om prisreduktioner og loft over priserne for sygehusforbeholdte lægemidler i perioden 1. april 2016 – 31. marts 2019*, 2016

-
- Lægemiddelstyrelsen, *Undersøgelse af apotekernes driftsforhold – Regnskabsresultater for apoteker i året 2014*, april 2016
 - Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, *Bruttoavanceaftale 2013-14*, december 2012
 - Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, *Rapport fra arbejdsgruppen om sygehusmedicin*, maj 2009
 - Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, *Rapport om modernisering af apotekersektoren*, 2012
 - Mondher Toumi, Cécile Rémuzat, Anne-Lise Vataire, Duccio Urbinati, *External reference pricing of medicinal products: simulation-based considerations for cross-country coordination*, 2014, Rapport for European Commission
 - OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from Finland*, 2014
 - OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from the European Union*, 2014
 - OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from France*, 2014
 - OECD, *Competition issues in the distribution of pharmaceuticals – Contribution from Germany*, 2014
 - Panos Kanavos, Willemien Schurer og Sabina Vogler, *The pharmaceutical distribution chain in the European Union: Structure and impact on pharmaceutical prices*, marts 2011
 - Pharmaceutical Benefits Board, *The Swedish Pharmaceutical Reimbursement System*, januar 2007
 - Sabina Vogler, Lena Lepuschütz og Peter Schneider, *Pharmaceutical distribution remuneration in Europe*, *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 2015
 - Sabine Vogler, Danielle Arts, Katharina Sandberger, *Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries*, marts 2012
 - Sabine Vogler, Kate Kilpatrick, Zaheer-Ud-Din Babar, *Analysis of Medicine Prices in New Zealand and 16 European Countries*, 2015
 - Statens Serum Institut, *Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2014*, september 2015
 - SUM, *Liberalisering af lægemidler til produktionsdyr fra april 2007*, september 2009
 - Sundheds og Ældreministeriet, *Bruttoavanceaftale 2016-17*, 2015
 - Sundhedsdatastyrelsen, *Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2010-2014*, marts 2016
 - Sundhedsdatastyrelsen, *Samlet salg af lægemidler i Danmark, 2010-2014*, marts 2016
 - Sundhedsministeriet, *Modernisering af apotekersektoren*, 2014
 - Sundhedsstyrelsen, *Vejledning om hvilke aktiviteter, der kræver en § 39-tilladelse eller virksomhedsregistrering*, 2014
 - Sundhedsstyrelsens, *Undersøgelse over apotekernes driftsforhold*, 2015, 78. årgang
 - The Institute for Research in Economics and Business Administration, *Comparing Pharmaceutical Prices in Europe – A Comparison of Prescription Drug Prices in Norway with Nine Western European Countries*, 2011

10.2 Hjemmesider

- A-apoteket, www.a-apoteket.dk
 - Amgros, www.amgros.dk
 - Danmarks Apotekerforening, www.apotekerforeningen.dk
 - Danske Regioner, www.regioner.dk
 - Dispensing Doctors' Association, www.dispensingdoctor.org
 - Industriforeningen for Generiske og Biosimilære Lægemidler, www.igldk.dk
-

-
- Konkurransetilsynet, www.konkurransetilsynet.no
 - Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, www.kfst.dk
 - Lægemiddelindustriforeningen, www.lif.dk
 - Lægemiddelstyrelsen, www.laegemiddelstyrelsen.dk
 - Navtilus, www.navtilus.dk
 - Nomeco, www.nomeco.dk
 - OECD Health Statistics 2013, www.dx.doi.org
 - PharmaService I/S, www.pharmaservice.dk
 - Sundhedsdatastyrelsen, www.medstat.dk
 - The PHOENIX group, www.phoenixgroup.eu
 - Tjellesen Max Jenne, www.TMJ.dk
 - World Health Organization, www.who.int
-