

Kommentarer til forslagene i rapporten Konkurrence om distribution af medicin

Nedenfor følger Danmarks Apotekerforenings specifikke kommentarer til de enkelte forslag i Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens rapport Konkurrence om distribution af medicin [udkast 5. oktober 2016].

1. Adgang til (information i) apotekernes it-system gøres uafhængig af engrosforhandler

Konkurrencerådet anbefaler i rapporten, at *"Adgang til (information i) apotekernes it-system gøres uafhængig af engrosforhandlere, så alle engrosforhandlere kan få lige adgang til apotekernes it-systemer"*. Anbefalingen uddybes med *"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.*

Anbefalingen 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 får mere ensartet muligheder for at få 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 skal overordnet bemærkes, at der ikke er en direkte integration med brugerflader mellem engrosleverandørernes og apotekernes it-systemer. Der er tale om simple snitflader, hvor systemerne udveksler data via filer. Dette kan fx omhandle filer med lager- og salgstal eller ordrefiler.

Adgangen til apotekernes it-systemer for nye engrosleverandører er mulig på lige fod med de nuværende engrosforhandlere, såfremt nye leverandører køber licens til PharmaLink-standarden, eller sammen med apotekernes systemleverandører udvikler nye filformater. Det sidste blev på nogle områder udviklet sammen med Pharmadirect. Data udveksles i dag enten via VANS-nettet eller via ftp, og apotekerne har således mulighed for at tilslutte nye engrosleverandører, der kan kommunikere efter PharmaLink-standarden eller via de nye formater, der blev udviklet sammen med Pharmadirect. Apotekerne vil da kunne udveksle de samme oplysninger med nye engrosleverandører, som der i dag udveksles med de eksisterende leverandører.

Da der således ikke er tekniske udfordringer med at blive tilsluttet apotekernes it-systemer, er det svært at se behovet for via en tredjepart at udvikle et nyt it-system, der skal varetage kommunikationen mellem engrosleverandører og apotekernes it-systemer. Udviklingen af et helt nyt system vil medføre betydelige omkostninger både til dette system og til tilpasninger i apotekernes og engrosleverandørernes eksisterende it-systemer. Hvis finansieringen af et sådant nyt system skal ske

via licenser eller leje, og det bliver tvungent at kommunikere via dette system, opnås der blot, at PharmaLink-standardens udskiftes med en ny standard, som der også vil skulle løses licens til. Det er derfor svært at se, at et sådant nyt system skulle ændre på nye engrosleverandørers mulighed for at kommunikere med apotekernes it-systemer.

I rapporten anføres det, 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". Dette er ikke korrekt, idet apoteket selv om de kører VMI-løsningen har mulighed for at bestille varer elektronisk andre steder. Det er dog ikke muligt, at apotekets it-system automatisk beregner ordrestørrelsen og bestiller de varer, som VMI-leverandøren ikke kan levere. Hertil skal bemærkes, at formålet med en VMI-løsning netop er, at apoteket ikke selv skal bestille varer, men at der i stedet sendes salgs- og lagertal til engrosleverandøren, der så beregner et ordreforslag til apoteket. De samme salgs- og lagertal vil kunne sendes til andre engrosleverandører, der ønsker at tilbyde apotekerne en VMI-løsning. Disse forhold ændres ikke ved at en tredjepart udvikler et nyt it-system, der skal varetage kommunikationen.

I rapportens afsnit 4.2 i figur 4.1 er apotekernes samlede it-løsning søgt skitseret. I figuren fremstår det som om PharmaLink er et "filsystem til at udveksle data". PharmaLink er alene en specifikation af filformater. Udvekslingen af filerne sker via almindelig ftp eller via VANS-nettet, som alle kan få adgang til. Det fremgår ligeledes, at VBO er en it-løsning hos TMJ. Det er ikke tilfældet. VBO-systemet er en integreret del af apotekets it-system, og løsningen kan uafhængigt af TMJ bestille varer hos andre engrosleverandører.

Det anføres flere steder i rapporten, at nye engrosforhandlere ikke har adgang til apotekernes prioriteringslister. Anvender apoteket VBO, ligger listen i apotekets eget it-system og vil danne grundlag for de ordrer, der dannes og eventuelt sendes til flere forskellige engrosleverandører. I VMI-løsningen sker prioriteringen via en web-side hos engrosleverandøren, da det er denne og ikke apotekets it-løsning, der skal beregne ordrerne. Såfremt en ny engrosleverandør ønsker at tilbyde apotekerne en VMI-løsning, vil denne leverandør skulle oprette en tilsvarende løsning og indhente apotekernes prioriteringer.

Det er anført, at der i forbindelse med udvikling af et nyt filformat var "tekniske forhindringer og udfordringer med kapaciteten og overvågningssystemerne i apotekernes it-system ved at køre denne løsning". Her var der tale om en prototype på implementering af nye filformater, og den nye engrosleverandør var oplyst om, at der ikke ville kunne køre full scale produktion med dette setup, inden der var lavet optimering, og det var integreret i overvågningssystemet.

Det er om PharmaLink anført, at adgangen til standarden for nye engrosleverandører er en langstrakt proces og forbundet med store udfordringer. Ud over, at der skal løses licens til PharmaLink, er der ikke andre udfordringer med at få adgang. Det er ligeledes anført, at der blev nedlagt fagedforbud mod en engrosforhandler, der udviklede et nyt filformat. Dette er ikke korrekt, idet der mod apotekernes it-systemer fortsat blev kommunikeret i PharmaLinks filformater, hvilket der blev nedlagt fagedforbud imod.

2. Alternative indkøbssystemer for nogle produkter

I rapporten foreslås det på den ene side, at alternative indkøbssystemer (i forhold til fri prissætning ved 14-dages prisperioder) *for nogle typer af medicin* – særligt paten-

teret medicin eller medicin uden for substitutionsgrupper - undersøges nærmere, så udvalgte produkter fx kan indkøbes gennem (længerevarende) udbud eller prisreferencsystemer. På den anden side pointeres det i et afsnit på side 14, at 14-dages prisperioden vil blive opretholdt (for at sikre, at væsentlige sundhedspolitiske og samfundsøkonomisk hensyn tilgodeses). Det er på den baggrund uklart, hvad styrelsen reelt foreslår.

I modsætning til priserne på generiske lægemidler ligger priserne på patentbeskyttede lægemidler typisk på niveau med eller højere end i visse andre lande, herunder lande uden egen forskende lægemiddelindustri. For at opnå de lavest mulige medicinpriser for borgerne kan det derfor være relevant at undersøge mulighederne for andre prissystemer for lægemidler, der er beskyttet af patent, og som derfor endnu ikke kan udsættes for generisk konkurrence.

Relativt høje priser på patentbeskyttet medicin skyldes dog ikke manglende konkurrence i engros- eller detaileddet, men at producenten har eneret på et patentbeskyttet produkt, og at apoteket har pligt til at købe det og tilbyde det til alle med recept på produktet. Der er således ikke belæg for, at øget grossistkonkurrence skulle give lavere priser for borgerne på markedet for patentbeskyttet medicin. Eventuelle lavere distributionsomkostninger må i stedet forventes at give sig udslag i øget indtjening for producenten. Det er således alene en eventuel regulering af producenternes prisfastsættelse, der kan give borgerne lavere priser på patentbeskyttet medicin.

Der er også en risiko for, at eventuelle logistikmæssige forenklinger for apoteker og grossister ved at gå bort fra 14-dagessystemet vil blive udvandet, hvis der introduceres et nyt system for det volumenmæssigt begrænsede marked for patentbeskyttede lægemidler, samtidig med at 14-dages systemet opretholdes for det volumenmæssigt markant største marked for generiske lægemidler.

Ud fra samfundsøkonomiske hensyn er det vigtigt ikke at sætte det unikke danske prissystem over styr på generikaområdet. 14 dages prissystemet og apotekernes substitution til den billigste kopi har ifølge internationale undersøgelser givet Danmark ikke bare "relativt lave" priser på kopimedicin, som det anføres på side 5 i rapporten, men Europas laveste priser på generiske lægemidler. Det danske samfund sparer op mod 8 milliarder kroner årligt på, at der udleveres billigste generika frem for den dyrere originalmedicin. Heraf kan de 2 milliarder kroner årligt henføres til, at apotekerne omkring 19 millioner gange om året substituerer lægens dyrere ordinerede lægemiddel til den billigste generiske variant. Dette har også medført store besparelser i de offentlige udgifter til lægemidler i Danmark, hvor regionernes udgifter til medicintilskud er faldet med 1,6 milliarder kroner (22 procent) fra 2007 til 2015, til trods for at der nu udleveres op mod 30 procent mere tilskudsberettiget medicin. Til sammenligning kan den samlede grossistavance på receptpligtig medicin på baggrund af rapportens oplysninger (6,5 pct.) skønnes til godt 0,4 mia. kr. Selv hvis grossistavancen kunne nedbringes til Europas laveste andel (Sveriges ca. 2,5 pct.) ville besparelsen således kun udgøre ca. 0,25 mia. kroner, og det kun hvis indkøbspriserne ikke stiger som følge af svækket konkurrence i leverandørledet.

Men de danske medicinudgifter ville blive forøget med omkring en milliard kroner, hvis blot det danske forbrug af generika skulle købes til svenske eller norske generikapriser. Det ville være en meget høj pris at betale for borgerne og samfundet i et forsøg på at skabe bedre grundlag for flere aktører på grossistmarkedet.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen undervurderer betydningen af de generiske lægemidler på markedet med en oplysning om, at salg af kopimedicin udgør 14 procent

af apotekernes omsætning (og 51 procent af den samlede solgte mængde af lægemidler). Omsætningsandelen som opgjort af Sundhedsdatastyrelsen er ikke dækkende, da den blandt andet baserer sig på, hvilken brancheforening det markedsførende firma er medlem af og ikke i fuld udstrækning, om det solgte lægemiddel er generisk eller ej.

Generiske lægemidler udgør ifølge Dansk Lægemiddel Information (DLI-MI) cirka 67 procent af den receptpligtige medicin, der udleveres på apotekerne, målt i mængder (døgndoser). Det er blandt Europas højeste generiske markedsandele. Samtidig har Danmark ifølge internationale undersøgelser Europas laveste priser per døgndosis af medicin udsat for generisk konkurrence. Dermed udgør udgifterne til generiske lægemidler kun cirka 25 procent af de samlede udgifter til receptpligtige lægemidler. Den lave omsætningsandel er derfor en konsekvens af de meget lave priser. Men at lave priser skulle gøre betydningen af dette delmarked mindre, er et noget overraskende synspunkt. Kombinationen af en af Europas højeste generiske markedsandele og nogle af de laveste priser giver meget lave lægemiddeludgifter til generisk medicin. Denne fordel, som mange lande misunder Danmark, bør ikke sættes over styr.

3. Gevinst og omkostning ved 14 dages prisperiode undersøges nærmere

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen gør rede for, at systemet med 14-dages prisperioder lægger et stærkt pres på grossisternes og apotekernes logistiksystemer, og at det er en meget væsentlig årsag til, at mange apotekere vælger at foretrække en fuldsortimentsgrossist, frem for single-channel eller andre forretningsmodeller. På baggrund af denne konklusion vælger styrelsen på den ene side at anbefale, at 14-dages prissystemet revurderes med henblik på, om prisperioden med fordel kan forlænges. På den anden side pointeres det i et afsnit på side 14, at 14-dages prisperioden vil blive opretholdt (for at sikre, at væsentlige sundhedspolitiske og samfundsøkonomisk hensyn tilgodeses).

Apotekerforeningen kan genkende, at 14-dages prissystemet lægger et betydeligt pres på apotekernes og grossisternes logistiksystemer. Apotekerforeningen har således tidligere foreslået at forlænge prisperioden, hvis der kan findes en model, der ikke kompromitterer priskonkurrencen. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens analyse bidrager imidlertid ikke hertil.

De mulige fordele ved den forlængede prisperiode er i første række, som styrelsen beskriver, at det kan give et større pres på leverandørerne for at levere den laveste pris, hvis gevinsten i form af at en stor markedsandel kommer til at gælde i længere tid. Hertil kommer, at skifteomkostningerne på apotekerne og hos grossisterne vil blive mindre, hvis der skiftes priser sjældnere.

En undersøgelse af gevinster og omkostninger skal dog afveje disse fordele over for de risici en sådan ændring indebærer. De består for det første i en lavere markedsdynamik, når priserne ikke kan ændres så ofte. Danmark har i dag de laveste priser på generiske lægemidler i Europa. I Sverige, hvor der eksisterer et nogenlunde tilsvarende system, men med en en-månedes prisperiode, er priserne på generika således i gennemsnit omkring en tredjedel højere end i Danmark.

En anden risiko er, at det bliver vanskeligere for parallelimportører og for generika-producenter med små restpartier at markedsføre varer i Danmark. Typisk kan en parallelimportør eller en producent med et mindre restparti kun levere en begrænset mængde af et bestemt lægemiddel. Jo længere en prisperiode, desto vanskeligere er det at skaffe et parti, der er tilstrækkeligt til at dække den forventede efterspørgsel i hele perioden. Prispresset i leverandørleddet må derfor forventes at blive mindre. Al-

ternativt vil det i forvejen betydelige problem med mange leverancesvigt blive forøget.

For originallægemedler, herunder de patentbeskyttede, og andre lægemedler, der ikke er del af en substitutionsgruppe, vil en forlænget prisperiode næppe indebære nogen væsentlig ændring, da disse lægemedler kun ganske sjældent skifter pris og dermed heller ikke stiller de samme særlige krav til logistikken, som de hyppigt skiftende generiske lægemedler gør.

Som en konsekvens af disse problemer viger styrelsen tilbage fra generelt at anbefale en længere prisperiode, men foreslår i stedet en model for "cherrypicking" i forhold til, om et givent lægemiddel skal underlægges den ene eller den anden regulering. Forslaget er vanskeligt at vurdere, idet Konkurrencestyrelsen ikke fastsætter kriterier for, hvilke lægemedler der skal omfattes af hvilket prisregime. Det forekommer dog at blive en noget kompliceret opgave, som Lægemedelstyrelsen i givet fald skal løse i forhold til at indplacere de ca. 7.500 varenumre, som i dag er i lægemiddelsortimentet.

Det må endvidere forudses, at der i hvert enkelt tilfælde vil blive tale om en "afgørelse" i forvaltningsmæssig forstand, idet det kan have en stor betydning for den enkelte lægemiddelleverandør, hvilken prissætning hans vare bliver undergivet. Det er således uklart, om en sådan ændret prissætning i praksis vil kunne gennemføres.

4. Maksimale indkøbspriser og udsalgspriser i stedet for faste priser

Det foreslås i rapporten, at såvel apotekernes indkøbspriser som apotekernes udsalgspriser skal ændres fra faste priser i hele landet til at være maksimalpriser, der kan variere, så grossister og leverandører frit kan give rabatter til apotekerne, som frit skal kunne vælge eventuelt at videregive dele af rabatterne til kunder.

Et maksimalprissystem vil være et markant brud med et vigtigt sundhedspolitisk og socialpolitisk princip om ens priser på lægemedler for borgere i hele landet.

Derudover vil et maksimalprissystem med meget stor sandsynlighed medføre højere priser og dermed højere omkostninger for borgere og samfund end det nuværende fastprissystem. Det skyldes, at et maksimalprissystem vil fjerne gennemsigtigheden i markedet og - i modsætning til det i rapporten anførte - svække den nuværende effektive konkurrence i leverandørledet.

Det er således en rent statisk betragtning – som ikke holder i et meget dynamisk marked – når det i rapporten vurderes, at maksimalpriser vil medføre lavere priser til forbrugerne i forhold til i dag. Den konklusion gælder kun inden for den første 14-dages prisperiode.

Hvis en producent eller grossist, som ikke vinder 14-dages licitationen om at have billigste pakning, og som derfor ikke bliver A-markeret, men fx B-markeret, efterfølgende kan matche eller underbyde vinderen af licitationen via ikke-omkostningsbegrundede rabatter, vil der være et begrænset incitament til at byde ind med den laveste indkøbspris i licitationen næste gang, fordi vinderen af licitationen ikke som i dag vil være sikret en stor markedsandel.

I rapporten anføres det flere steder – som en ny tilføjelse i forhold til det udkast der oprindeligt var i høring – at indførelse af maksimalpriser i stedet for faste priser (for AIP og AUP) *ikke* vil påvirke det nuværende substitutionssystem, tilskud og priskon-

kurrence og derfor ikke vil påvirke apotekets uvildighed og uafhængighed. Det er *ikke* korrekt, medmindre en række særlige betingelser er opfyldt.

Ved gældende udleveringsregler – men med maksimalpriser med ikke-omkostningsbegrundede rabatter til apotekeren, som helt eller delvist må videregives til kunden – så vil apoteket dels skulle tilbyde kunden den A-markerede pakning, men dels også oplyse om, at der på dette apotek findes en billigere pakning, nemlig den B-markerede, som fås med rabat til en lavere pris end den A-markerede. Apotekeren vil også have et økonomisk incitament til at tilbyde kunden den billigere B-pakning, fordi apotekeren får del i rabatten. Medmindre man forbyder apoteket at udlevere den billigste pakning til kunden, hvis den ikke er A-markeret, så vil det fjerne efterspørgslen fra det A-markerede produkt og dermed underminere værdien af at vinde 14-dages licitationen.

Det vil svække priskonkurrencen blandt generikaproducenterne, som i stedet får incitament til sammen med grossisterne at give uigennemsigtige rabatter, der kan fremme den enkelte producents og grossists salg, men svække uvildigheden over for borgerne og samlet set kan føre til højere priser end i dag.

Medmindre det forbydes apotekerne at udlevere den billigste pakning til kunden, hvis den er B- eller C-markeret (før rabat), så kan et maksimalprissystem med forskellige ikke-skilte, ikke-omkostningsbegrundede rabatter kun være produktneutralt og dermed understøtte uvildigheden i udleveringen og priskonkurrencen i leverandørleddet ved 14-dages licitationerne, hvis alle grossisterne kun yder rabatter, der er produktneutrale inden for hele deres sortiment, og hvis alle grossisterne er fuldsortimentsgrossister. Er der tale om ikke-fuldsortiments-grossister, vil rabatter derimod ikke nødvendigvis være produktneutrale. Valg af grossister med begrænset sortiment som leverandør kan således samtidig indirekte indebære valg af konkret lægemiddel.

Konkurrence mellem apoteker om rabatter på de officielle udsalgspriser til forbrugerne vil også være mindre effektiv end den nuværende åbne og gennemsigtige priskonkurrence blandt leverandørerne. Prisfølsomheden blandt forbrugerne er således lavere end blandt leverandørerne. Det er næppe sandsynligt, at patienter ville køre rundt mellem apoteker for at opnå en evt. besparelse på medicinen. Derimod er konkurrencen i leverandørleddet i dag meget effektiv, netop i kraft af den store gennemsigtighed, og fordi producenterne ved at tilbyde de laveste priser opnår stort set hele det danske marked i 14 dage.

Et maksimalprissystem vil derudover også vanskeliggøre korrekt substitution og administration af tilskudssystemet, idet det vil være svært at afgøre, hvad der reelt er billigste pakning (og tilskudspris), når leverandører, grossister og apoteker kan give forskellige uigennemsigtige rabatter i forhold til de officielle listepreiser. Dermed vil billigste pakning på det enkelte apotek på det enkelte tidspunkt kunne være andre pakninger end den med den laveste officielle listepriis, fordi en B-markeret pakning med rabat kan være billigere end den maksimale udsalgspris for den A-markerede pakning, som måske ikke udløser nogen rabat eller en mindre rabat end på B-pakningen.

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

Derfor er der ikke andre lande i Europa – heller ikke lande med maksimalprissystemer – der kan fremvise lige så lave priser på generisk medicin som i Danmark. Ifølge Norges Helse- og Omsorgsdepartement fører maksimalprissystemet i praksis heller ikke til lavere udsalgspriser end maksimalprisen over for borgerne, idet rabatter beholdes i apotekskæderne og ikke kommer borgerne og samfundet til gode.

Konkurrencestyrelsen anerkender således på den ene side, at 14-dages licitationssystemet har været meget effektivt til at sikre en effektiv konkurrence, men vil på den anden side ikke anerkende, at den gennemsigtighed som de faste priser indebærer er en forudsætning for at opnå den ønskede effekt på priserne.

5. Krav om at rabatter skal være omkostningsbegrundede ophæves

Der er i dag et grundlæggende forbud mod, at der for at fremme salget af lægemidler ydes økonomiske fordele til apotekere og andre sundhedspersoner. Forbuddet gælder ikke såkaldte omkostningsbegrundede rabatter, som er produktneutrale, og som er direkte begrundet i omkostningsbesparelser som følge af apotekernes indkøbsadfærd.

Hensynet bag disse regler hviler navnlig på ønsket om, at patienterne kan have tillid til, at apotekerne optræder uvildigt og uafhængigt i forbindelse med udlevering af og rådgivning om lægemidler.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen foreslår, at grossister skal kunne give rabatter til apotekerne, selvom disse rabatter ikke er omkostningsbegrundede. Det foreslås således, at grossisterne også kan give rabatter på distributionen baseret på generelle effektiviseringsgevinster på distributionen i egen virksomhed.

Formålet er at give grossisterne mulighed for at konkurrere på rabatbetingelser. Dette vil ifølge rapporten styrke konkurrencen mellem grossisterne, ligesom det vil kunne lette adgangen til markedet for nye aktører, da de vil kunne bruge rabatter til at tiltrække apoteker.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har vurderet, at forslaget ikke er i strid med Lægemedieldirektivets regler om økonomiske fordele til sundhedspersoner. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har endvidere vurderet, at det er muligt at tillade andre rabatter end omkostningsbegrundede rabatter uden at gå på kompromis med hensynet om apotekernes uafhængighed og uvildighed i forbindelse med udlevering af lægemidler. Der henvises i den forbindelse til, at reglerne om 14-dages-prisperiode og generisk substitution vil blive opretholdt.

I et system med (næsten) udelukkende fuldsortimentsgrossister og produktneutrale rabatter vil der ikke umiddelbart være risiko for, at apotekets uvildighed og uafhængighed i forhold til bestemte lægemidler påvirkes af rabatter. Er der tale om ikke-fuldsortiments-grossister, vil rabatter derimod ikke nødvendigvis være produktneutrale. Valg af grossister med begrænset sortiment som leverandør kan således samtidig indirekte indebære valg af konkret lægemiddel, med mindre man fastholder, at apoteket skal udlevere det lægemiddel med laveste maks.-AIP (A-markedet), uanset at apoteket på grund af rabatterne vil kunne tilbyde kunden et billigere substituerbart lægemiddel til kunden. Dette synes at hænge dårligt sammen med forslaget om maksimalpriser. Der henvises til bemærkningerne ovenfor under punkt 4 om maksimalpriser og konsekvenserne for substitution, udlevering og priskonkurrence.

Muligheden for øget konkurrence mellem grossister på baggrund af rabatbetingelser risikerer endvidere efter Apotekerforeningens opfattelse at kunne flytte grossisters

og apotekers fokus fra leveringsevne over mod rabatbetingelser. Uanset at substitutionsreglerne fastholdes, understøtter forslaget ikke grossisternes og apotekernes incitament til konsekvent at sikre, at apotekerne altid har de billigste lægemidler på lager. Dermed er der risiko for dårligere service for borgerne og/eller højere udgifter til medicin for borgerne og samfundet.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens forslag bygger på en forventning om, at nye/mindre aktører ønsker at yde andre former for rabatter til apotekerne. Styrelsen overser imidlertid her det forhold, at eneforhandlere af et lægemiddel ikke har incitament til at yde rabatter til apotekerne. Med de gældende udleveringsregler er apotekerne pålagt at købe det pågældende lægemiddel hos denne leverandør uanset hvilke betingelser og hvilken service, leverandøren tilbyder. Som et konkret eksempel kan nævnes, at firmaet Pharma Change i 2009 etablerede sig som eneforhandler af et generisk lægemiddel. Da lægemidlet var billigst i gruppen af substituerbare lægemidler, måtte apotekerne acceptere de handelsbetingelser, som firmaet dikterede, herunder et fragt- og håndteringsgebyr ud over AIP for ordrer under et vist beløb.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen problematiserer i analysens kapitel 5 de omkostningsbegrundede rabatter. Dels i forhold til, at rabatskiltene viser, at der er stort set ens rabatbetingelser hos de to fuldsortimentsgrossister, dels i forhold til, at basisrabatten, som er baseret på apotekets samlede indkøb hos den pågældende grossist, ifølge Konkurrencestyrelsen gør det vanskeligere for nye grossister at etablere sig på markedet.

Det forhold, at rabatskiltene er stort set ens hos de to grossister kan imidlertid ikke ses som udtryk for en manglende konkurrence på markedet. Det havde efter Apotekerforeningens opfattelse snarere været et udtryk for manglende konkurrence, hvis de to grossister gennem længere tid kunne opretholde væsentligt forskellige rabatbetingelser, og det er netop ikke tilfældet. Der er samtidig tale om, at en forholdsvis stor del af grossistens samlede avance gives videre til apotekerne i form af rabat. Endelig peger Konkurrencestyrelsens egen undersøgelse på, at de danske grossister har en avance, der ligger på et gennemsnitligt niveau i forhold til øvrige europæiske grossister. Der ses således ikke tegn på, at der ikke skulle være en aktiv konkurrence mellem grossisterne.

I forhold til spørgsmålet om basisrabatter er det i alle brancher et velkendt fænomen, at der gives forskellige former for storkøbsrabat. I indledningen til afsnittet om omkostningsbegrundede rabatter skriver styrelsen således på side 94, at *"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."* I det foreliggende tilfælde er det oplagt, at grossisterne netop har mulighed for at udnytte skalafordele ved at køre mange varer ud til det enkelte apotek frem for få, og at der dermed netop er basis for at give en stigende rabat ved en stigende samhandel. Det er dette forhold, der afspejles i basisrabatten, som er begrundet i omkostningsbesparelser hos grossisten som resultat af apotekernes indkøbsadfærd.

Endelig vil en mere fri mulighed for at yde rabatter til apotekerne (i et system med maksimalpriser, jf. ovenfor) svække incitamentet til at indmelde den laveste pris ved prislicitationen, idet status som billigste pakning på et apotek kan opnås uden at vinde licitationen, men via efterfølgende rabatter, med mindre man som ovenfor nævnt fastholder, at apoteket skal udlevere det lægemiddel med laveste maks.-AIP (A-markedet), uanset at apoteket på grund af rabatterne vil kunne tilbyde kunden et billigere substituerbart lægemiddel til kunden.

6. Krav om at engrosforhandlere skal skilte med deres rabatter ophæves

Ligesom tankstationers skiltning med benzinpriser kan være uniformerende, kan det som anført af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen ikke afvises, at gennemsigtigheden om medicingrossisternes rabatbetingelser kan være med til at ensrette grossisternes tilbud til apotekerne.

En afskaffelse af skiltepligten kan derfor formentlig føre til øget brug af rabatter som konkurrenceparameter og vil formentlig dermed også kunne føre til, at flere apoteker end i dag skifter grossist.

Skiltepligten er imidlertid et vigtigt redskab, når apotekerne i overensstemmelse med de gældende rabatregler skal løfte medansvaret for, at der ikke modtages rabatter, der ikke er omkostningsbegrundede. Apotekerne kan således via skiltepligten påse, at der ikke modtages rabatter, som ikke fremgår af skiltningen.

Såfremt apotekerne ikke skal løfte dette medansvar, eller dette kan sikres på anden vis, har Apotekerforeningen ikke principielle indvendinger mod en afskaffelse af skiltepligten.

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

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens analyse peger på, at omfanget af leverance-svigt er problematisk. Dette kan Apotekerforeningen tilslutte sig. Styrelsen antyder imidlertid i sin analyse, at dette problem skyldes, at grossister har en større indtjening på dyrere produkter og dermed reelt har incitament til ikke at sikre sig den billigste vare.

Det er formentlig – for en helt isoleret betragtning – rigtigt, at grossisternes indtjening på et dyrt lægemiddel er større end på et billigt. Her overser Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen dog, at efterspørgslen styres af apotekerne, der igen handler på baggrund af udleveringsreglerne og kundernes præferencer. Apotekerforeningen har siden 2007 systematisk udarbejdet statistikker over apotekernes udleveringsmønstre, ligesom Lægemiddelstyrelsen følger med i denne udvikling. Apotekerforeningen har ingen indikationer af, at apotekerne ikke skulle overholde de gældende regler i forhold til at udlevere det billigste lægemiddel, eller det lægemiddel som kunden/lægen ønsker udleveret.

Analysen mangler dog perspektiv i, hvor store økonomiske konsekvenser der er tale om. Dette kan belyses ved at tage udgangspunkt i et konkret lægemiddel. Et af de mest solgte lægemidler på markedet er 100 tabletter af 20 mg simvastatin. Det billigste produkt kostede den 10. oktober 2016 26,75 kr. i udsalgspris. Det næstbilligste kostede 28,10 kr. Forskellen i indkøbspris på de to produkter er 1 kr.. Givet den gennemsnitlige grossistavance på 6,5 pct. giver det en merindtjening for grossisten på godt 6 øre pr. pakning. Det forekommer usandsynligt, at grossisterne bevidst skulle spekulere i en dårlig servicegrad for en så lille merindtjening, da grossisternes evne til at imødekomme deres kunders efterspørgsel er den enkeltparameter, der i Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens egen undersøgelse udpeges som den vigtigste parameter for apotekernes valg af grossist. 92 pct. af respondenterne angiver således grossistens leveringssikkerhed på produkterne som enten af "Stor betydning", eller "Meget stor eller afgørende betydning" (jf. spm. 9).

Styrelsen foreslår, at proceduren for at melde leverancesvigt ændres, således, at der først foretages ændring af tilskudsprisen, når en vis andel af apotekerne har meldt

en given vare i leverancesvigt. Dette må bero på en misforståelse af hensynene bag de nuværende regler. Genberegningen skal sikre, at der i videst muligt omfang ikke er patienter der ikke kan opnå fuldt tilskud til det billigste lægemiddel der kan fremkaffes i tilfælde af leverancesvigt. Her nytter det ikke, at måske 80 pct. af apotekerne fortsat har lægemidlet på lager, hvis det ikke kan skaffes af det apotek, som patienten har henvendt sig på. Det er allerede et problem i dag, at der går et stykke tid fra et lægemiddel er meldt i leverancesvigt til der kan ydes fuldt tilskud på den vare der alternativt kan skaffes. Her vil Konkurrencestyrelsens forslag i alvorlig grad forøge den tid der går, til skade for patienterne. Det forekommer ikke rimeligt på denne måde at tage patienterne til gidsel i et forsøg på at presse leverandører og grossister til at imødegå de problemer der i dag er med leverancesvigt.

Ud fra en analyse af, at en stor del af leverancesvigt kun indmeldes af den ene grossist, konkluderer styrelsen, at der er behov for at give grossisterne og apotekerne et stærkere incitament til at sikre, at de har de rigtige varer på hylden. Herunder foreslås det, at en mulighed kunne være, at apotekerne skulle være forpligtede til at sælge til den billigste pris i en substitutionsgruppe, på trods af, at lægemidlet ikke er tilgængeligt. Forslaget er imidlertid ude af proportioner og rammer helt ved siden af. Det er leverandørens ansvar at sikre, at der er tilstrækkelige forsyninger af det pågældende lægemiddel, når han vælger at gå ind i markedet med en A-pris. Hvis en leverandør ikke kan overholde sin leveringsforpligtelse og efterkomme efterspørgslen efter en given vare, bør det naturligvis ikke føre til, at apotekerne skal påføres store tab. Med i gennemsnit mere end 1.000 varer i leverancesvigt hver eneste dag er der tale om et helt uantageligt forslag.

Apotekerforeningen er enig i, at det kan forekomme u hensigtsmæssigt, hvis en given vare kan skaffes hos den ene grossist, mens det er i leverancesvigt hos den anden. Her kunne den enkelte leverandør dog formentlig ret simpelt sikre sig imod den situation ved ikke at sælge hele sit parti til den ene grossist, men derimod sikre en vis fordeling mellem de to. Hertil kommer, at hvis de apotekere, der er kunder hos grossist A, der har meldt en given vare i leverancesvigt, forsøger at købe den hos den konkurrerende grossist, så vil varen formentlig meget hurtigt også komme i leverancesvigt hos grossist B. Det ses ofte, at leverancesvigt hos én grossist efterfølges af leverancesvigt hos den anden grossist med få dages forsinkelse. Det er derfor næppe noget større bidrag til reelt at nedbringe omfanget af leverancesvigt.

Omfanget af leverancesvigt kan derimod mere målrettet nedbringes ved at kræve, at leverandører af en A-mærket pakning skal kunne levere til hele markedet i en fuld prisperiode, og ved mere konsekvent og systematisk at sanktionere overtrædelser heraf. Denne del af Konkurrencestyrelsens anbefalinger kan Apotekerforeningen således støtte.

8. Der indføres friere etableringsret for apotekere

Styrelsens anbefalinger om dels en friere etableringsret for apotekere, dels en ændring af apotekernes udligningsordning har efter Apotekerforeningens opfattelse alle karakter af generelle og velkendte synspunkter, som ingen sammenhæng har til den foreliggende analyse af grossistmarkedet for medicin.

Forslaget om friere etableringsret for apotekere har Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen flere gange fremsat i forbindelse med styrelsens arbejde for liberaliseringer på apoteksområdet. Det fremgår da også af rapporten, at forslaget ifølge styrelsen "først og fremmest vil styrke konkurrencen blandt apoteker...".

I forhold til grossistkonkurrencen anfører styrelsen, at nye typer af ejere kan være mere åbne for at afprøve andre distributionsformer end fuldsortimentsgrossisterne, og at forslaget derigennem derudover kan reducere adgangsbarriererne for nye engrosforhandlere. Forslaget bygger således på en påstand om, at farmaceuter skulle være mindre tilbøjelige end andre til at udnytte nye/andre distributionsformer.

Påstanden er imidlertid hverken dokumenteret eller sandsynliggjort, og den er løsrevet fra det forhold, at præferencen for fuldsortimentsgrossister i høj grad skal ses i lyset af den logistikopgave, som udleverings- og substitutionsreglerne påfører apotekerne. Påstanden er også løsrevet fra det forhold, at udnævnelsen af apotekere ganske vist skal omfatte farmaceuter, men sagtens kan omfatte farmaceuter med erfaringer fra andre dele af erhvervslivet end apotek.

Apotekerforeningen finder det påfaldende, at Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen med afsæt i en sådan uunderbygget teori foreslår at justere bevillingssystemet og afskaffe kravet om farmaceutejerskab til apotek. Der er tale om helt grundlæggende elementer i reguleringen af apotekssektoren og elementer, som et bredt flertal i Folketinget valgte at fastholde i forbindelse med den seneste modernisering af apotekerloven (L 580), som trådte i kraft for kun godt 1 år siden. Man har dermed forholdsvis nylig politisk taget stilling til og understreget apotekernes rolle som en central del af sundhedsvæsenet frem for en del af detailhandlen.

Man har dermed også afvist Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens forslag om, at de hensyn, der ligger bag kravet om farmaceutejerskab, herunder om uafhængig og uvildig sundhedsfaglig rådgivning, i stedet kunne tilgodeses via et krav om, at der blot er tilknyttet en ansvarlig farmaceut. Samme vurdering har EU-domstolen anlagt. Domstolen har i to sager bekræftet lovligheden af betingelse om farmaceutejerskab og samtidig påpeget, at det ikke er godtgjort, at blot ansættelse af en driftsansvarlig farmaceut kan sikre den samme grad af uvildighed, sundhedsfaglighed og patientsikkerhed som farmaceutejerskabet.¹

Styrelsen foreslår en ophævelse af begrænsningen i antal apoteker, man kan eje, med det formål at øge grossisternes potentielle kundekreds. Her vægter styrelsen altså hensynet til grossisterne højere end det hensyn, der ligger bag de nuværende regler. Disse har til formål at understøtte det personlige ejerskab og dermed det personlige ansvar, som er et gennemgående grundvilkår i apoteksreguleringen med henblik på at sikre en fagligt forsvarlig ledelse af apoteket.

9. Udformningen af apotekernes udligningsordning justeres

Det er også et velkendt synspunkt, at Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen ønsker udligningsordningen afskaffet. Dette har styrelsen foreslået i flere andre sammenhænge i forbindelse med styrelsens forslag om liberalisering af apoteksområdet. Det forekommer dog ikke velbegrundet at inddrage apotekernes udligningsordning i en rapport, der alene har analyseret grossistmarkedet for medicin.

Set ud fra en strengt økonomisk/teoretisk synsvinkel er det naturligvis korrekt, at en hvilken som helst afgift eller skat, som kan påvirke indtjeningen, i en vis udstrækning vil mindske incitamentet til at øge sin omsætning og indtjening. Ud fra samme betragtning kunne der således argumenteres for, at apotekere burde gøres skattefri, for dermed at skærpe grossistkonkurrencen. Det er klart, at et sådant forslag ikke er velbegrundet i forhold til at skærpe grossistkonkurrencen. Tilsvarende forekommer det ubegrundet, at justere apotekernes udligningsordning for at øge grossistkonkur-

¹ EU-domstolens sager C-171/07 og C-172/07

rencen. Hertil kommer, at udligningsordningen er udformet for at tilgodese vigtige politiske hensyn, herunder sikring af lægemiddelforsyningen i områder, hvor der ikke ellers er et driftsmæssigt grundlag for et apotek.

Konkret i forhold til apotekernes udligningsordning må det væsentlige være, at den enkelte apoteker har et forventet overskud ved at øge sin omsætning. Da avanceberegningen er indrettet således, at apotekerne har en fast nettoavance pr. pakning, vil alle apoteker – også efter der er betalt udligningsafgift, eller taget højde for mistet tilskud – have et positivt indtjeningsbidrag fra hver ekstra solgt lægemiddelpakning.

Hertil kommer, at det kan konstateres, at der siden lovændringen 1. juli 2015 er oprettet 97 flere receptekspederende enheder, svarende til en udvidelse på mere end 31 pct. Disse enheder oprettes for at tiltrække mere omsætning til den enkelte apotekers samlede koncern. Allerede dette forhold modsiger således betragtningen om, at udligningsordningen skulle modvirke apotekernes incitament til at tiltrække omsætning.

Koblingen fra et mindsket incitament til at tiltrække omsætning for den enkelte apoteker over til at blive et spørgsmål om grossistkonkurrence er også forkert. Argumentet er, at *"Apotekerne har på grund af den nuværende udformning af udligningsordningen, begrænset incitament til aktivt at afsøge markedet og vælge den bedste løsning til prisen²"*. Her overser styrelsen tilsyneladende, at udligningstilskuddet netop er fastsat i forhold til omsætningen med henblik på, at sikre, at udligningstilskuddet ikke påvirker apotekernes incitament til at skaffe *"den bedste løsning til prisen"*. En højere rabat eller en omkostningsbesparende service fra grossisten vil således ikke påvirke hverken omsætning eller udligningstilskud (eller -afgift), men vil fortsat gavne apotekets driftsresultat.

10. Apotekernes bruttoavanceramme justeres, så apotekerne skal kunne beholde en væsentlig del af gevinsten ved lavere priser/større rabatter

Siden de omkostningsbegrundede rabatter blev indført i 2001 har der været en aftale om, at den samlede bruttoavanceramme nedbringes med halvdelen af det beløb, apotekerne opnår i rabat. Derved sikres en deling af rabatten mellem på den ene side apotekssektoren, der står for den faktiske forhandling og gennemfører de ændringer i indkøbsadfærd, som nedbringer distributionsomkostningerne og dermed muliggør rabatterne, og på den anden side staten/medicinbrugerne.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen foreslår, at ændre fordelingen med henblik på at sikre, at apotekerne har et tilstrækkeligt incitament til at købe medicin, hvor det bedst kan betale sig. Apotekerforeningen finder det isoleret set hensigtsmæssigt, at apotekerne som den aktive part i forhold til at frembringe de omkostningsbegrundede rabatter kommer til at beholde en større andel af rabatterne end de nuværende 50 pct. Det bør dog fortsat sikres, at rabatterne samlet set er produktneutrale og dermed understøtter uvildighed og uafhængighed.

² Rapportens side 120