

Konkurrencestyrelsen

Nyropsgade 30

1780 København V

22-02-2010

412/00010

Danmarks Apotekerforenings høringssvar til konkurrenceanalyse 02/2010 om regulering af apotekssektoren

Danmarks Apotekerforening har modtaget konkurrenceanalyse 02/2010 om regulering af apotekssektoren og skal i den anledning fremkomme med nedenstående bemærkninger.

1. Generelle bemærkninger til Konkurrencestyrelsens analyse

Konkurrencestyrelsens anbefalinger hviler på en række grundlæggende antagelser om, at apotekerne i Danmark som følge af manglende konkurrence er karakteriseret ved et lavt serviceniveau, manglende pres for effektivisering og omkostningsminimering, samt fravær af incitament til udvikling og fornyelse.

Disse antagelser er der efter foreningens opfattelse slet ikke dækning for. Apotekerne udvikler sig hele tiden fagligt såvel som teknologisk. Der bygges om, indføres ventetids-systemer, dosispakning, e-handel, SMS-services og indføres fremtagningsrobotter på apotekerne. Samtidig er der stor fokus på kvalitet og sikkerhed, og de første apoteker er nu, som de første akkrediteret i Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Borgerne er ifølge en række undersøgelser også tilfredse, og den økonomiske regulering sikrer, at de samlede udgifter til medicin ikke løber løbsk, og at priserne på medicin er blandt de laveste i Europa.

Apotekerforeningen finder således, at der gives et meget fortegnet billede af selve grundlaget for styrelsens forslag om ophør af den omsætningsbestemte udligningsordning og en mere fri adgang til etablering af apoteker.

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

Det er Apotekerforeningens overordnede synspunkter,

- at fri etablering og frit ejerskab af apoteker ikke giver samme sikkerhed for, at apotekernes rådgivning af lægemiddelbrugerne er uvildig og uafhængig af økonomiske interesser, som de nuværende ejerskabsrestriktioner gør. Anbefalingen gør endvidere op med princippet om, at apotekerne er en integreret del af sundhedsvæsenet,

- at et opgør med bevillingssystemet umuliggør den samfundsmæssige afvejning af tilgængelighed over for distributionsomkostninger, som er mulig i dag,
- at afskaffelse af udligningsordningen vil forringe tilgængeligheden til lægemidler og rådgivning herom i tyndt befolkede områder,
- at styrelsens analyse ikke giver tilstrækkelig svar på, hvordan forsyningssikkerheden skal opretholdes uden den nuværende udligningsordning, samt
- at mere liberale regler for apotekernes sortiment i bedste fald vil være uden betydning for apotekernes service og udvikling og i værste fald vil kunne få utilsigtede økonomiske og sundhedsmæssige konsekvenser.

Konkurrencestyrelsens ovennævnte forslag vil således ikke kunne gennemføres uden at gå på kompromis med de sundhedsmæssige, politiske og økonomiske mål, der gælder for apotekerne i dag.

Styrelsens forslag om at ændre reglerne for apotekers åbningstider, så de ikke er i modstrid med reglerne i den øvrige detailhandel, ser foreningen derimod som et eksempel på, at der er mulighed for at fjerne nogle af de begrænsninger, der er på apotekerne i dag. Forslaget må imidlertid suppleres med særlige krav om minimumsåbningstider og vægtforpligtelse, hvis det skal kunne gennemføres uden at forringe tilgængeligheden til lægemidler og den nuværende service over for medicinbrugeren væsentligt.

Konkurrencestyrelsen anbefaler i analysen, at muligheder for ændringer i reguleringen, som kan føre til samfundsmæssige gevinster gennem mere konkurrence mellem apotekerne, undersøges nærmere.

Apotekerforeningen finder det overordnet positivt, at der er interesse for de rammevilkår, der gælder for apotekssektoren. Det er relevant, at man med mellemrum foretager et eftersyn af de rammevilkår, som gælder for forskellige sektorer. Det gælder ikke mindst i sundhedssektoren, hvor markedsvilkårene er anderledes end i de fleste andre sektorer. Det er altid relevant at undersøge, om der er noget, der ikke fungerer efter hensigten, eller noget, der kan gøres bedre eller billigere uden at slække på kravene til sikkerhed, kvalitet og service.

Det er dog afgørende, at eventuelle drøftelser tager afsæt i de rigtige forudsætninger og en korrekt og fyldestgørende beskrivelse af de vilkår, som er gældende i sektoren i dag.

En vurdering af apotekerne i Danmark må efter Apotekerforeningens opfattelse tage udgangspunkt i, at sektoren i dag er indrettet med henblik på at tilgodese både sundhedsmæssige, politiske og økonomiske hensyn. Disse hensyn omfatter blandt andet det fundamentale sundhedspolitiske princip om, at der skal være lighed og tilgængelighed i adgangen til sundhedsydelser på tværs af sociale, økonomiske og geografiske skel i samfundet, og hensynet til at udleveringen og rådgivningen om medicin udføres på et højt niveau for kvalitet og sikkerhed. Herudover skal det sikres, at hverken patienterne eller det offentlige betaler mere end nødvendigt for medicin.

Konkurrencestyrelsen forholder sig ikke til, på hvilke punkter apotekerne i dag ikke lever op til de opstillede målsætninger for sektoren. Konkurrencestyrelsen redefinerer derimod målene for sektoren i bestræbelserne på at opnå en øget konkurrence, frem for at undersøge om de fastlagte mål kan nås med mindre konkurrencebegrænsende midler.

Det ligger implicit i styrelsens undersøgelse, at det i helt overvejende grad er hensynet til konkurrence som selvstændigt mål, der anvendes som målestok for vurderingen af sekto-

ren. Dermed beskæftiger Konkurrencestyrelsen sig kun med en meget begrænset del af det samlede billede.

Konkurrencestyrelsens analyse med dens fejlagtige grundantagelser og snævre udgangspunkt i ønsket om mere konkurrence udgør dermed ikke det nødvendige grundlag for en nuanceret debat om reguleringen af apotekssektoren.

Nedenfor udbygges ovenstående synspunkter. I afsnit 2 tilbagevises styrelsens påstand om manglende effektivitet, service og innovation i sektoren og samtidig klargøres en række af de faktiske forhold om sektoren i dag.

I afsnit 3 påvises det, at Konkurrencestyrelsens forslag til ændringer i reguleringen ikke vil kunne gennemføres uden at slække på de sundhedsmæssige, politiske og økonomiske målsætninger, der gælder for apotekerne i dag.

2. Konkurrencestyrelsens hovedkonklusioner om problemerne i apotekssektoren er forkerte

Konkurrencestyrelsens undersøgelse af apotekssektoren hviler på en grundlæggende antagelse om, at apotekerne i Danmark er karakteriseret ved et ringe serviceniveau, manglende pres for effektivisering og omkostningsminimering, samt fravær af incitament til udvikling og fornyelse.

Baggrunden for disse antagelser er styrelsens Gallupundersøgelse af 982 borgeres holdninger til oplevet ventetid, styrelsens analyse af apotekernes indkomstfordeling i et enkelt regnskabsår samt en opgørelse, der viser, at der er flere indbyggere per apotek i Danmark end i andre lande. Disse indikatorer giver ikke et retvisende billede af forholdene i apotekssektoren.

a. Service og ventetid

Konkurrencestyrelsen konkluderer i analysen, at reguleringen af apotekssektoren kun i ringe grad giver incitament til konkurrence på service, hvilket blandt andet kommer til udtryk ved lange ventetider, navnlig i byområder.

Apotekerforeningen finder på ingen måde analysens beskrivelse af befolkningens holdning til ventetid dækkende for apotekernes serviceniveau.

I Konkurrencestyrelsens undersøgelse anvendes en Gallupundersøgelse til at indikere, at ventetiden skulle være et tegn på mangelfuld service på apotekerne. Undersøgelsen bygger på holdningerne blandt 982 borgere indsamlet i 2008. Adspurgte i hjemmet svarede 38 procent, at de oplever at have ventet mere end 10 minutter. Erfaringerne viser imidlertid, at der kan være stor forskel på holdninger udtrykt i hjemmet løsrevet fra faktiske købsoplevelser, som kan have fundet sted op til et år tidligere, og tilfredsheden målt blandt egentlige medicinbrugere på vej ud af apoteket, samt målinger af den faktiske ventetid.

Apotekerne har også fokus på, at ventetiden ikke må opleves som urimelig. Derfor måler vi den faktiske ventetid og undersøger kundernes forventninger. Apotekerne arbejder således hele tiden på at holde ventetiden på et rimeligt niveau.

Ifølge en repræsentativ undersøgelse blandt 1.100 danskere over 18 år, som MEGAFON har foretaget for Danmarks Apotekerforening i januar 2010 svarede danskerne i gennemsnit, at de havde ventet 8 minutter, sidste gang de var på apoteket, og 20 procent mente, at de havde ventet over 10 minutter.

Danmarks Apotekerforening måler løbende ventetiden på apotekerne. Siden 2008 er der gennemført fem landsdækkende målinger af ventetiden på ca. 150 apoteker med elektroniske kønummersystemer. Tilsammen omfatter undersøgelserne 1,5 millioner kunder, som i gennemsnit ventede 4,6 minutter. I den seneste undersøgelse i oktober 2009 er ventetiden nede på 4,3 minutter. Undersøgelsen af de faktiske ventetider viser, at kun 7 procent venter over 10 minutter¹.

De faktiske tal er således markant mindre end de Gallup-tal Konkurrencestyrelsens analyse baserer sig på.

Apotekerne opstiller også mål for kundebehandling og ventetid, som er en del af God Apotekerskik, og Apotekernævnet kan på det grundlag bedømme klager over ventetiden. Apotekernævnet har endnu ikke modtaget nogen klager om ventetid.

Apotekerne vil gerne nedbringe ventetiden, men ikke på bekostning af patientsikkerheden. Man skal huske på, at apoteket er en del af sundhedssektoren, og at man uden tidsbestilling kan komme ind fra gaden og blive rådgivet af eksperter i lægemidler.

Ventetid er kun én blandt en lang række indikatorer for den service og kvalitet apotekerne leverer. Som en del af sundhedsvæsenet er de vigtigste kvalitetsparametre for apotekernes ydelser patienternes sikkerhed og tryghed og leveringen af en uafhængig og uvildig faglig rådgivning om god og sikker brug af lægemidler.

Apotekerne korrigerer hvert år over 100.000 fejl i recepterne, hvoraf en del er alvorlige. På denne baggrund redder apotekerne i samarbejde med lægerne i gennemsnit 7 patienter om dagen fra en hospitalsindlæggelse, som følge af fejlmedicinering, jf. en analyse offentliggjort i januar 2009 af Lægeforeningen og Danmarks Apotekerforening.

Borgerne er også generelt meget tilfredse med apotekernes service og kvalitet. En MEGAFON-undersøgelse² fra januar 2010 viser, at 96 procent af danskerne har tillid til, at apoteket udleverer den rigtige medicin, 96 procent har tillid til apotekets rådgivning om medicin, og 84 procent af danskerne er samlet set tilfredse eller meget tilfredse med apotekets indsats.

På denne baggrund må Apotekerforeningen afvise Konkurrencestyrelsens skildring af apotekerne som en sektor præget af manglende service.

b. Udvikling og fornyelse

Ifølge analysen begrænser adgangsreguleringen incitamentet til udvikling og fornyelse som følge af et manglende konkurrencepres. Der anføres imidlertid ingen konkrete eksempler på problemer med manglende udvikling og fornyelse af apotekerne. Apotekerforeningen må klart afvise Konkurrencestyrelsens påstand om manglende udvikling og fornyelse, da apotekerne netop i disse år gennemgår en betydelig udvikling og fornyelsesproces.

Apotekerne har de seneste år gennemgået en hastig teknologisk udvikling. Medicinbrugerne tilbydes nu e-handel med lægemidler døgnet rundt og SMS-services og andre hjælpemidler til sikring af bedre medicin efterlevelse. Danske apoteker er internationalt set helt i front, når det gælder implementering af ny teknologi til sikker elektronisk håndtering og overvågning af receptordinationer af lægemidler. Samtidig har op mod en fjerde-

¹ Nyhedsbrev fra Danmarks Apotekerforening: "4,3 minutters ventetid på apoteket", 17. februar 2010.

² Nyhedsbrev fra Danmarks Apotekerforening: "Danskerne blæstempler apotekernes indsats", 17. februar 2010.

del af apotekerne på få år investeret i nye moderne fremtagningsrobotter, der frigiver tid til dialog med kunderne om lægemidlernes anvendelse og en effektivisering af arbejdsgangene ved udlevering af lægemidler, og mange har investeret i nyindretning af kunderummet, nye kønummersystemer til minimering af ventetiden samt optimering af receptekspeditionen med direkte ekspedition.

Hertil kommer en hastig faglig udvikling med vægt på kvalitet, rådgivning og patient-sikkerhed. Apotekerne har udviklet og implementeret en ny standard for faglig rådgivning, gennemfører løbende kvalitetsmålinger, og i december 2009 blev de første apoteker, som de første i sundhedsvæsenet, akkrediteret under Den Danske Kvalitetsmodel.

Hertil kommer udbredelsen de seneste år af en række sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende ydelser til borgerne, herunder især rygestoprådgivning og udvidet astmainhalationsrådgivning, men også kvalitetssikring af medicinbehandling på plejehjem mv.

Der vedlægges et lille udsnit af presseklip fra den seneste tid for at illustrere omfanget og den hast, hvormed apotekerne udvikler sin kundeservice.

Apotekerforeningen er på denne baggrund helt uenig i det billede analysen tegner af, at apotekerne ikke i tilstrækkelig grad skulle udvikle og forny sig til gavn for borgerne.

c. Omkostningsminimering

Det anføres i analysen, at adgangsreguleringens begrænsning af konkurrencen mellem apotekerne begrænser incitamentet til omkostningsminimering. Imidlertid forholder analysen sig ikke til de incitamenter til omkostningsminimering, som reguleringen og den eksisterende konkurrence faktisk giver anledning til. Analysen forholder sig reelt heller ikke til niveauet for omkostningerne for lægemiddeldistributionen i Danmark, som er meget lavt i forhold til andre lande.

At apotekerne ikke skulle have incitament til at nedbringe omkostningerne er direkte forkert. Hverken bruttoavancereguleringen, udligningssystemet eller sektorafgiftssystemet tager udgangspunkt i apotekets overskud. Her reguleres alene på sektorens samlede avance eller på omsætning. Apotekeren har derfor fuldstændig samme incitament til at spare omkostninger som enhver anden erhvervsdrivende. Enhver omkostningsbesparelse er med til at øge driftsoverskuddet.

Apotekerforeningen er også uenig i, at omkostningerne til lægemiddeldistribution er for høje. For det første har Danmark nogle af Europas laveste medicinpriser. Danskernes forbrug af de mest anvendte lægemiddelforbrugstoffer koster således under det halve af gennemsnittet i 12 lande i Europa, ifølge en prisundersøgelse fra 2009 af det internationale analyseinstitut IMS Health³. Konkurrencestyrelsens egne tal og analyser bag Konkurrence- redegørelse 2009 viser tilsvarende, at danske medicinpriser selv for et europæisk gennemsnitsforbrug er væsentligt lavere end i de lande i EU, vi normalt sammenlignes med.

Apotekernes avance er også blandt Europas laveste. En international sammenligning af priser og apoteksavancer udført af forskere på Handelshøjskolen i Bergen i 2009⁴, viser, at den danske apoteksavance ligger i bund med omkring 16 procent, mens Belgien og Sverige er næstlavest med 18 procent, derefter kommer Norge og Storbritannien med 19 procent. Sammenlignes på tværs af danske brancher ses⁵, at den danske apoteksavance er nede på niveau med avancen i supermarkeder og discountforretninger. Det er specielt

³ IMS Health: "Price comparison between Denmark and other European Markets", 2009.

⁴ Samfunns- og næringslivsforskning a/s (SNF).

⁵ Danmarks Apotekerforening: "Lægemidler i Danmark 2009" på baggrund af tal fra Danmarks Statistik.

bemærkelsesværdigt taget i betragtning, at man på apoteket ekspederes af faguddannet personale med en videregående uddannelse og et lønniveau, der ligger betydeligt over lønniveauet i fødevareforretninger.

I analysen konkluderer Konkurrencestyrelsen, at det især er udligningsordningen, der fører til, "at de samlede omkostninger ved apotekernes distribution af lægemidler bliver højere, end de ville være ved aktiv konkurrence."

Denne konklusion bygger på en analyse foretaget af Konkurrencestyrelsen, der viser, at en relativt stor del af apotekerne på landet kun oppebærer små driftsresultater før udligning og dermed reelt holdes i gang i kraft af udligningssystemet.

Konkurrencestyrelsen ignorerer imidlertid, at et helt centralt politisk hensyn i den samlede regulering af sektoren netop er, at der opretholdes en række apoteker, der ikke ville kunne klare sig på markedsmæssige vilkår, af hensyn til at sikre lægemiddelforsyningen i de tyndt befolkede områder. Det er således ikke noget overraskende analyseresultat, men derimod udtryk for et klart politisk valg, at de omsætningsmæssigt store apoteker er pålagt en udgift til opretholdelse af de omsætningsmæssigt små apoteker.

Det er således i direkte modstrid med de faktiske forhold, når Konkurrencestyrelsen påpeger, at apotekerne ikke har et incitament til at minimere deres driftsomkostninger.

d. Incitamenter til at udvide omsætningen

Det fremgår flere steder i analysen, at udligningsordningen begrænser apotekernes incitament til at øge omsætningen, og at dette medvirker til at nedsætte konkurrencepresset, hvilket er til skade for innovation i forhold til omkostningsbesparelser og kundeservice. Denne konklusion forekommer overraskende på baggrund af styrelsens egne analyser, der peger på, at apoteker med en større omsætning har et større driftsresultat end apoteker med en mindre omsætning.

Det er heller ikke rigtigt, idet apoteksavancen, som det ligeledes fremgår af Konkurrencestyrelsens analyse, er indrettet således, at apotekernes nettoavance, efter fradrag af de omsætningsafhængige afgifter, er konstant. Fæstkroneavancen på 8,71 kr. samt recepturgebyret på 8 kr. udgør således fordelene for apoteket ved at sælge en ekstra pakning. Denne nettoindtjening pr. pakning er *ikke* påvirket af udligningsbetalingen. Hertil kommer, at den ikke-apoteksforbeholdte omsætning slet ikke indgår i udligningsgrundlaget, hvorfor udligningsordningen naturligvis heller ikke påvirker apotekerens incitament til at øge sit salg af disse varer.

Apotekernes økonomiske regulering er netop kendetegnet ved, at det på en gang kombinerer en række sektorøkonomiske hensyn – til for eksempel tilgængelighed og kontrol med de samlede omkostninger ved lægemiddeldistribution – med hensynet til, at den enkelte erhvervsdrivende i videst muligt omfang stilles over for de samme driftsøkonomiske overvejelser som alle andre erhvervsdrivende. Det er dermed ikke korrekt, når Konkurrencestyrelsen påpeger, at apotekerne ikke har et incitament til forøge deres omsætning.

e. Driftsresultat og effektivitet

Konkurrencestyrelsen har på baggrund af en analyse af apotekernes driftsregnskaber for 2007 konkluderet, at der er tale om en meget stor spredning i apotekernes indtjening, som ikke ville kunne opretholdes på et normalt marked. Konkurrencestyrelsen anfører, at der "specielt i yderområder er mange apoteker, som har en meget lav indtjening på under 300.000 kr." Konkurrencestyrelsen konkluderer på dette grundlag, at der holdes liv i for mange apoteker som følge af udligningsordningen.

Apotekernes indkomstniveau og -spredning er imidlertid efter Apotekerforeningens opfattelse ikke en valid målestok for apotekernes effektivitet. Hvis analyseramme var korrekt, skulle apotekerne gennem de sidste tre år være blevet stadig mere ineffektive, idet andelen af apoteker med dårlige driftsresultater er vokset gennem perioden. Forklaringen er imidlertid, at der gennem perioden er gennemført en række nedsættelser af lægemiddellavancen. De faldende driftsresultater, som Konkurrencestyrelsen tolker som et tegn på ineffektivitet, er derfor reelt et udtryk for, at de økonomiske rammer for sektoren er blevet stadig strammere.

Det er samtidig en meget stærk forenkling at udråbe apoteker med et lavt driftsresultat som værende overflødige på markedet. Der er en lang række forhold udover effektiv drift, der bestemmer et apoteks resultat. For det første har apotekets størrelse betydning for, om apoteket kan oppebære et stort driftsresultat før udligning. For det andet er apotekernes driftsresultat i de enkelte år påvirket af andre faktorer, herunder om apoteket er overtaget i det givne år, hvilket ofte fører til en række engangsudgifter. Der kan være tale om ombygning eller andre store investeringsudgifter. En række apoteker har i de senere år investeret i fremtagningsrobotter, der muliggør en øget dialog med kunderne om lægemidlernes anvendelse og samtidig en mere effektiv drift. Disse investeringer vil i Konkurrencestyrelsens analyse fremstå som tegn på ineffektivitet.

Hovedparten af de godt 70 apoteker, der i Konkurrencestyrelsens analyse kategoriseres som ineffektive, har reelt kun haft lave driftsresultater i et enkelt år eller to. Frem til 2007 var der således i gennemsnit kun 8 apoteker, der over en treårig periode havde tjent mindre end 1 mio.kr., eller 333.333 kr. pr. år i gennemsnit.

Et lavt driftsresultat før udligning for apoteker i mindre byer og i landdistrikter i et enkeltstående regnskabsår kan altså ikke uden videre tages som udtryk for ineffektiv drift. Det er derimod resultatet af et politisk ønske om at sikre god og lige tilgængelighed til lægemidler overalt i landet, så der også drives apoteker i tyndt befolkede egne, hvor der ellers ikke umiddelbart er driftsøkonomisk grundlag herfor.

f. Tilgængelighed og antallet af apoteker

I analysen indikeres et behov for øget tilgængelighed i form af flere apoteker, idet der peges på, at Danmark har flere indbyggere per apotek end andre lande.

Antallet af indbyggere pr. apotek er begrundet i blandt andet den store danske befolkningstæthed med korte afstande, hvor ingen danskere har langt til nærmeste apotek. Danskerne har i gennemsnit kun 3,8 km til nærmeste apotek, hvor medicinen udleveres med det samme og 1,6 kilometer til det nærmeste sted, hvor den receptpligtige medicin kan hentes.

I Norge, hvor apotekssektoren er liberaliseret, er afstanden for borgerne til apoteket i gennemsnit 7,7 km ifølge en analyse, som GEOMATIC har gennemført. Norge er et stort land, men selv i Oslo-området, hvor forholdene bedre kan sammenlignes med forholdene i Danmark, er afstanden mellem borger og apotek større end i Københavns-området. I Oslo-området er afstanden til apotek således gennemsnitligt 2,3 km, mens afstanden i Københavns-området er 2,0 km. Konkurrencestyrelsens undersøgelse viser også, at 97 procent af danskerne er tilfredse med afstanden til nærmeste apotek. Samtidig har adgangsreguleringen understøttet en udvikling i retning af etableringen af større, mere fagligt bæredygtige og mere rentable apoteksenheder i Danmark, der bedre kan etablere sikre, sundhedsfaglige miljøer og udnytte stordriftsfordele end i lande med mange små apoteksenheder.

Imidlertid handler tilgængelighed til apoteksydelser ikke kun om antallet af adresser, hvorfra der drives apotek. For den enkelte dansker, der er tilfreds med afstanden til nær-

meste apotek, er tilgængelighed til lægemiddelfagligt uddannet personale mindst lige så vigtig. I Danmark er der i gennemsnit 12,5 medarbejdere med en lægemiddelfaglig uddannelse per apotek. På apoteker i landene omkring os er der i gennemsnit mellem 3 og 8 medarbejdere med tilsvarende faglige kvalifikationer. Danskerne har således en god tilgængelighed til lægemiddelfagligt uddannet personale.

3. Konkurrencestyrelsens anbefalinger

Konkurrencestyrelsens analyse indeholder anbefalinger om:

- Friere etablering (ophør af bevillingssystem og personligt farmaceutejerskab)
- Ophør af udligningsordning
- Mere liberale regler for apotekernes sortiment og åbningstid.

Det er Konkurrencestyrelsens vurdering, at de foreslåede ændringer af reguleringen vil kunne gennemføres uden at føre til en stigning i de offentlige udgifter, uden at gå på kompromis med hensynene til kvalitet og sikkerhed i lægemiddeldistributionen, og at der vil kunne opretholdes en god tilgængelighed til apotekernes ydelser i yderområderne. Denne vurdering er efter Apotekerforeningens opfattelse helt forkert.

Fri etablering og frit ejerskab af apoteker giver ikke samme sikkerhed for, at apotekernes rådgivning af lægemiddelbrugerne er uvildig og uafhængig af økonomiske interesser, som de nuværende ejerskabsrestriktioner gør. Forslaget gør også op med princippet om, at apotekerne er en integreret del af sundhedssektoren.

Et opgør med bevillingssystemet umuliggør endvidere den samfundsmæssige afvejning af tilgængelighed over for distributionsomkostninger, som er mulig i dag. Det kan øge distributionsomkostningerne og dermed også de offentlige udgifter. Sammen med forslaget om at afskaffe udligningsordningen vil det også forringe tilgængeligheden til lægemidler i nogle områder for at øge tilgængeligheden i andre områder.

Styrelsens analyse giver ikke tilstrækkelig svar på, hvordan tilgængelighed til apotekernes ydelser i yderområderne kan opretholdes uden det nuværende udligningssystem. Styrelsens ønske om øget konkurrence i byerne skal således afvejes over for det nuværende hensyn til god og lige adgang i tyndt befolkede egne af landet, når Konkurrencestyrelsens forslag vurderes.

Konkurrencestyrelsen har heller ikke godtgjort, at det frie marked eller andre former for regulering kan tilgodese hensyn til økonomisk uafhængighed og uvildig rådgivning om lægemidler, som i dag tilgodeses af kravet om personligt farmaceutejerskab af apoteker.

Konkurrencestyrelsen har således ikke i tilstrækkelig grad godtgjort, hvordan styrelsens forslag vil kunne gennemføres uden at gå på kompromis med de sundhedsmæssige, politiske og økonomiske mål, der gælder for apotekerne i dag.

I det følgende illustreres konsekvenserne af analysens forslag nærmere.

a. Konsekvenser af Konkurrencestyrelsens forslag om friere etablering og ophør af udligningsordning

Konsekvenser for tilgængeligheden til lægemidler og rådgivning

Et formål med Konkurrencestyrelsens forslag om fri etablering synes at være at få flere apoteker i byerne. Tankegangen bag Konkurrencestyrelsens forslag er en traditionel markedsøkonomisk opfattelse af, at et frit marked vil vælge den optimale løsning med

det samfundsøkonomisk optimale antal enheder til at servicere kunderne. Det er imidlertid ikke givet, at en traditionel markedsøkonomisk løsning faktisk vil give den bedste løsning på et marked som apotekernes, idet det på en lang række områder adskiller sig fra et almindeligt marked.

I kombination med forslaget om at afskaffe udligningsordningen må konsekvensen forventes at blive, at der bliver for få apoteker i landdistrikterne til at dække borgernes forsyningsbehov på det nuværende niveau.

For at belyse konsekvenserne nærmere har foreningen gennemført en analyse af, hvordan Konkurrencestyrelsens forslag kan forventes at påvirke tilgængeligheden til lægemidler. Resultatet er, at 42 apoteker vil være lukningstruede. Alle de berørte apoteker har mere end 5 km til nærmeste andet apotek. En nedlæggelse af disse apoteker vil således efterlade indbyggerne i nærheden af disse apoteker med ganske langt til nærmeste apotek. Udover de 42 receptekspederende enheder vil 8 apoteksudsalg være truet af nedlæggelse. Lukning af disse apoteksenheder vil berøre næsten en halv million danskere, som i dag har de pågældende apoteker som deres nærmeste apotek.

Lukningstruede apoteker er her defineret som apoteker, der mister penge ved en afskaffelse af udligningsordningen, og som samtidig har et resultat før udligning, der er lavere end det, apotekeren alternativt kunne opnå som ansat farmaceut (dvs. en årsløn på omkring 500.000 kr.). Analysen er gennemført med udgangspunkt i et gennemsnit af apotekernes resultater fra 2006-2008 for at gøre dem robuste over for tilfældige udsving.

Den eventuelt øgede tilgængelighed i byerne må dermed forventes at fremkomme på bekostning af tilgængeligheden til apoteker i de tyndt befolkede områder. Konkurrencestyrelsen sætter hermed hensynet til en bedre service for borgerne i byerne, hvor der i udgangspunktet ikke er langt til nærmeste apotek, over hensynet til, at borgere i de tyndt befolkede områder overhovedet har adgang til et apotek inden for en rimelig afstand. Det vil være overraskende for Apotekerforeningen, hvis der er et politisk ønske om at fremme en sådan udvikling.

Som kompensation for nedlæggelsen af apoteker i udkantsområder foreslår styrelsen, at der skabes forbedrede incitamenter til oprettelse af udleveringssteder og til øget udbringning. Styrelsen omdefinierer den hidtidige sundhedspolitiske målsætning om, at borgerne skal have en rimelig adgang til et apotek med de muligheder for rådgivning og sundhedsfremme, der er forbundet med det, med den noget mindre målsætning om en "nem adgang til levering af lægemidler". Såfremt de sundhedspolitiske målsætninger skal sænkes i forhold til befolkningen i de tyndtbefolkede områder, skal dette naturligvis ske som led i en politisk proces, hvor konsekvenserne er gjort klare for såvel politikerne som for de borgere, der bliver berørt.

Styrelsens forslag til løsning af den ændrede tilgængelighedsmålsætning er, at der indføres tilskud til udbringning og til oprettelse af udleveringssteder. Dette er bemærkelsesværdigt henset til, at store dele af styrelsens redegørelse retter sig mod afskaffelse af den nuværende udligningstilskud, som netop har til formål at sikre tilgængeligheden i landdistrikterne. Hertil kommer, at det kan være vanskeligt at se, hvordan disse nye tilskud vil skulle finansieres.

Et andet af styrelsens forslag er, at lægen vil kunne udlevere medicin til dækning af det akutte behov i den tid, der går, inden patienten kan få medicinen via et apotek. Dette er et grundlæggende opgør med den gældende arbejdsdeling og organisering på området, og foreningen opfordrer til, at både de praktiske og økonomiske konsekvenser heraf belyses nærmere, herunder de øgede omkostninger som for lægerne vil være forbundet med at påtage sig opgave med udlevering af akutmedicin. Et sådant forslag vil i øvrigt gå imod

den nuværende tendens i sundhedssektoren, der går i retning af at aflaste lægerne for de arbejdsopgaver, der kan varetages af andre sundhedsprofessionelle.

Konkurrencestyrelsen påpeger, at der i en række andre lande er flere og større tyndt befolkede områder end i Danmark, og at der vil kunne inddrages erfaringer fra disse lande med hensyn til, hvordan der vil kunne opretholdes en rimelig tilgængelighed til medicin i sådanne områder. Umiddelbart kunne det være naturligt at se på Norge, hvor Helsedepartementet har indgået aftaler om, at kæderne opretholder en række ellers urentable apoteker, eller Sverige hvor apotekerne nu udbydes til kæder i grupper, som både indeholder attraktive og mindre attraktive apoteker.

Begge modeller indebærer – på samme måde som det danske system – at en række apoteker, der ikke er rentable i sig selv, opretholdes ved, at der overføres midler fra overskuddet på de mere rentable apoteker. Forskellen i forhold til Danmark er, at der i begge tilfælde er tale om en skjult udgift, der afholdes af den pågældende apotekskæde. I Danmark er udgiften derimod synlig i form af et udligningstilskud. I forhold til hensynet til muligheden for en politisk prioritering og muligheden for udgiftsstyring må det under alle omstændigheder være mest hensigtsmæssigt, at udgifterne er synliggjort.

En anden mulighed, der vil kunne skabe større incitament til at oprette udleveringssteder, er, at der indføres et gebyr for den service, som denne udlevering via udleveringssteder er. Under de nuværende regler betaler medicinbrugeren ikke for den ekstra service, der ligger i, at apoteket bringer et lægemiddel ud til et udsalgssted, der ligger tættere på medicinbrugeren end apoteket. Derimod betaler apotekeren 4,80 kr. til udsalgsbestyreren, svarende til mere end en fjerdel af den samlede nettoavance på 16,71 kr. Ordningen har gennem de senere år vanskeliggjort økonomien på en række af de apoteker, der har den største andel af salg gennem udsalg og har medført en nedlæggelse af disse udsalg med en deraf følgende mindre tilgængelighed. Ved at indføre et gebyr vil den ekstra service, som disse medicinbrugere efterspørger blive prissat, hvilket vil medvirke til at regulere efterspørgslen.

Konkurrencestyrelsens forslag om afskaffelse af udligningsordningen og fri etablering kan imidlertid også resultere i oprettelsen af flere enheder – især i byerne. Disse flere enheder vil medføre et øget omkostningsniveau og vil dermed give et pres for en øget avanceramme, selv i en situation, hvor den nuværende avancerstyring opretholdes. Det må derfor forudses, at det vil øge de samfundsøkonomiske omkostninger ved distribution af lægemidler.

Der er derfor flere forhold, der taler for, at Konkurrencestyrelsens forslag om fri etablering og afskaffelse af udligning på en gang vil føre til dårligere tilgængelighed i landdistrikter samtidig med at de samlede samfundsøkonomiske omkostninger ved lægemiddeldistribution vil øges i forhold til i dag. Hertil kommer det generelt problematiske i, at styrelsen tilsyneladende finder det vigtigere at tilgodese hensynet til en større service i byerne, end det er at sikre en rimelig tilgængelighed til apoteker i landdistrikterne.

Konsekvenser for faglighed og uvildighed

Konkurrencestyrelsens forslag om fri etablering rummer et opgør med det nuværende krav om, at apotekerne skal være personligt ejede af farmaceuter. Det personlige ejerskab er den mekanisme i den nuværende regulering, der sikrer, at apotekerne er uafhængige af økonomiske særinteresser og har det bedst mulige grundlag for at yde en uvildig rådgivning.

Konkurrencestyrelsen nævner selv problemet med asymmetrisk information, hvor medicinbrugeren har vanskeligt ved at vurdere produkter og virkning, hvorfor der er behov for

uvildig rådgivning om lægemidler. Det er netop det, der sikres gennem de nuværende regler om personligt farmaceutisk ejerskab.

Såfremt apoteket indgår i en selskabskonstruktion vil det være vanskeligt at gennemskue, hvilke økonomiske interesser der ligger bag. Derfor er det heller ikke tilstrækkeligt blot at gøre det til et krav, at ejeren ansætter en driftsansvarlig farmaceut. Den ansatte farmaceut kan være nok så dygtig, men ved at adskille ejerskab og fagligt ansvar vil der opstå tvivl om, hvem der har det endelige ansvar for, hvad der skal udleveres og for patienternes sikkerhed.

Det farmaceutiske ejerskab handler helt grundlæggende om, at man med en sundhedsfaglig person som ejer sikrer, at apoteket er en del af sundhedsvæsenet og fastholder apotekets fokus på medicin og sundhed. Læger og andre behandlere i den primære sundhedssektor er tilsvarende indehavere af deres respektive klinikker.

Den nugældende ejerskabsrestriktion med personligt farmaceutejerskab af apoteker er netop valgt, som den regulering, der bedst muligt sikrer fokus på patientsikkerhed og en økonomisk uafhængighed og uvildig sundhedsfaglig rådgivning ved distributionen af lægemidler. Disse hensyn har hidtil været højt prioriterede politiske målsætninger for lægemiddeldistributionen i Danmark.

Konkurrencestyrelsen har ikke i analysen godtgjort, at det frie marked eller andre former for regulering kan tilgode disse vigtige hensyn lige så godt eller bedre.

EF-domstolen har også med to domme afsagt i maj 2009 slået fast, at medlemslandenes lovgivning, som fastsætter, at kun farmaceuter kan eje og drive apoteker, er velbegrundet ud fra hensynet til kvaliteten og sikkerheden af medicindistributionen. Domstolen understreger, at lægemidler ikke kan sammenlignes med andre typer varer. Derfor bør medlemslandene have adgang til at fastsætte strenge krav, såsom krav om farmaceutuddannelse til de personer, som er ansvarlige for salg af medicin.

Domstolen fastslår desuden, at der ikke er fremlagt dokumentation for, at andre ordninger, lige så effektivt som farmaceutejerskab, vil kunne sikre det ønskede niveau for sikkerhed og kvalitet i lægemiddelforsyningen og derigennem beskytte folkesundheden.

Ifølge Domstolen vil det ikke i tilstrækkelig grad kunne sikre apotekernes faglige uafhængighed, at apoteket ansætter en farmaceut, som er under ledelse af en ikke-farmaceut som indehaver. Begrundelsen er, at det kan være vanskeligt for en farmaceut som ansat medarbejder at modsætte sig indehaverens instrukser.

Branchen har selv via selvjustitsaftaler og -organer lagt vægt på at værne om denne uvildighed, som søges sikret bl.a. via information, kontrol og sanktioner. Konstatering (og evt. offentlig omtale) af et apoteks overtrædelse af reglerne for samspillet mellem apoteket og industrien må antages at have større personlige konsekvenser ved et personligt ejerskab, end hvis apoteket er ejet/drevet i selskabsform.

Hvordan Konkurrencestyrelsens forslag forholder sig til spørgsmål om kædeejerskab af apoteker fremgår ikke tydeligt. Såfremt kædeejerskab indgår i Konkurrencestyrelsens overvejelser, er det relevant at være opmærksom på de norske erfaringer hermed.

I Norge har frit ejerskab og fri etablering netop ført til opkøb og kædedannelse, hvor 3 internationalt ejede grossist- og apotekskæder tilsammen ejer næsten alle norske apoteker. Ordningen gør det vanskeligt at adskille apotekers økonomi fra grossisters og dermed fra de internationale kapitalkæders. Det rejser spørgsmål om apotekernes faglige uafhængighed og uvildighed, og det svækker gennemsigtigheden i prisdannelsen, idet kapital-

kæden, der ejer både grossisten og apotekerne, selv kan vælge, hvor avancen skal lægges.

Konsulenthuset ECON⁶ har evalueret liberaliseringen i Norge. Erfaringerne fra Norge viser, at frit ejerskab kan gøre det vanskeligere at opfylde sundhedspolitiske mål, omend konklusionen ikke er entydig. Det frie ejerskab har også medført behov for skærpet regulering på andre områder samt skærpet kontrol med aktørerne fra myndighederne.

I en rapport fra de nordiske konkurrencemyndigheder fra 2008⁷ påpeges det også, at der er et muligt konkurrencemæssigt problem på det norske apoteksmarked, fordi apotekskæderne kan indtage en kollektiv dominerende stilling, som de kan misbruge.

Ophævelse af kravet om personligt farmaceutisk ejerskab til apotekerne risikerer således at indebære, at såvel den høje kvalitet i fagligheden som den faglige uvildighed bliver nedprioriteret. I stedet er der en risiko for, at apotekerne vil udvikle sig mere i retning af almindelig detailhandel, der har fokus på den størst mulige omsætning og den størst mulige fortjeneste på salget af lægemidler.

Foreningen finder ikke, at styrelsens analyser sandsynliggør, hvordan et system uden krav om personligt farmaceutejerskab kan sikre det politiske hensyn om en uafhængig, uvildig, faglig rådgivning i forbindelse med distribution af lægemidler i Danmark lige så godt som det nuværende system.

Konsekvenser for de offentlige udgifter

Det er Konkurrencestyrelsens vurdering, at en øget tilgang til markedet (af apoteker) ikke i sig selv vil føre til øgede offentlige udgifter. Efter Apotekerforeningens opfattelse er det dog kun i en meget partiel betragtning, at dette kan siges at være tilfældet.

Hvis den nuværende bruttoavanceregulering opretholdes, vil der i princippet være mulighed for at fastholde udgifterne til lægemiddeldistribution på det nuværende niveau. En stor del af formålet med Konkurrencestyrelsens forslag er imidlertid at tilskynde til flere enheder og en bedre service. Da apotekerne allerede har en meget lav bruttoavance, der ifølge Konkurrencestyrelsens egne oplysninger ligger på niveau med supermarkeder, forekommer det ikke sandsynligt, at et øget serviceniveau vil kunne opnås inden for en uændret samlet avanceramme.

Hvis formålet skal opnås inden for det nuværende system, skal der enten ske en udvidelse af avancerammen eller en begrænsning af servicen og dermed udgifterne i udkantsområderne, der kan give plads til den ønskede øgede service i byerne.

Under det nuværende bruttoavancerammesystem vil det endvidere være endog meget vanskeligt for eventuelle investorer at forudse indtjeningspotentialet i at åbne en ny apoteksenhed, idet indtjeningen ikke kun afhænger af det enkelte apoteks omsætning, men også af alle andre apotekers indtjening. Herved bliver kalkulationerne reelt afhængige af, hvor mange apoteker der etableres, og hvor meget disse apoteker omsætter. Dette vil i betydelig grad hæmme fremkomsten af nye apoteker.

Det er derfor et mere sandsynligt scenarium, at en ophævelse af bevillingssystemet skal ledsages af en ændret avanceregulering, hvor den nuværende samlede avanceramme må opgives til fordel for et system, der er mere forudsigeligt for den enkelte investor, men tilsvarende mindre forudsigeligt for den samlede ramme. Det er ikke på forhånd givet, at

⁶ ECON: "Evalering av apotekloven og indeksprissystemet", 2004.

⁷ Rapport fra samarbeidsprosjekt mellom de nordiske konkurransemyndigheter: "Konkurransemessige problemstillinger i apotek- og legemiddelsektoren", 2008.

en sådan ændret avanceregulering vil kunne gennemføres uden påvirkning af de offentlige udgifter.

I Sverige har man politisk besluttet at privatisere de statsejede apoteker og åbne op for friere etablering blandt andet for at opnå øget tilgængelighed. Her har man imidlertid allerede i udredningsarbejdet erkendt, at etablering af flere apoteker, trods konkurrence, vil føre til øgede omkostninger til lægemiddeldistribution. Det er ikke lykkedes at lade disse øgede omkostninger finansiere af lavere indkøbspriser via øget konkurrence i leverandørleddet. For at skabe incitament til, at nye aktører vil træde ind på markedet, har de svenske myndigheder derfor været nødt til at forhøje den svenske apoteksavance, der i forvejen er højere end den danske, med 460 millioner svenske kroner årligt svarende til 2 procent af omsætningen.

Henset til den allerede meget lave apoteksavance forekommer det derfor urealistisk, når Konkurrencestyrelsen giver udtryk for, at man kan opnå en større service, uden at det har økonomiske konsekvenser.

Konsekvenser for sektorens fælles forpligtelser

Hvis man skaber fri tilgang og afgang af apoteker, er det nødvendigt samtidig at tage stilling til konsekvenserne for de fælles sektorforpligtelser som vagtåbning og uddannelse af farmakonomer mv., som sektoren i dag finansierer via afgifter på omsætningen. Flere af disse ydelser og forpligtelser må formodes at skulle skattefinansieres i et system med en mindre homogen ejerkreds.

Tilsvarende vil det være vanskeligt for en mindre homogen gruppe af apoteker med løbende til- og afgang at aftale fælles varetagelse af en række andre sundhedsopgaver end den rene lægemiddeldistribution, herunder tilbud af sundhedsydelser, uvildig borgerinformation om sundhed, indrapportering til patientsikkerhedsdatabasen, administration af prissystem, administration af tilskudssystem, administration af substitutionsordningen samt funktionen som it-knudepunkt mellem en række patientrelaterede it-registre og den enkelte patient (CTR, PEM, FMK, Receiptserver, Sygesikringen Danmark, LMS medicinprisdatabase, LMS Lægemiddelstatistik osv.). Apotekerforeningen savner en beskrivelse af, om og hvordan disse funktioner og serviceydelser til borgerne kan opretholdes med de af Konkurrencestyrelsen foreslåede ændringer.

Konsekvenserne for den nuværende aftalebaserede rammestyring af apotekerne og deres økonomi er heller ikke belyst i Konkurrencestyrelsens analyse.

Konsekvenser for datasikkerhed og adgang til personfølsomme sundhedsoplysninger

Apotekerne løser i dag som en integreret del af sundhedsvæsenet en række opgaver til sikring af patientsikkerhed og god medicin efterlevelse, som forudsætter, at apotekerne har indblik i data for den enkelte patients medicinforbrug. Der knytter sig strenge sikkerhedskrav til adgangen til sådanne oplysninger om enkelte personers detaljerede lægemiddelforbrug. Foreningen opfordrer til, at konsekvenserne for datasikkerheden overvejes nøje, når forslaget om fri etablering vurderes, herunder under hvilke omstændigheder selskaber og andre ikke-sundhedsfaglige ejere uden for sundhedsvæsenet, vil kunne få adgang til personfølsomme sundhedsoplysninger.

b. Konsekvenser af Konkurrencestyrelsens forslag om mere liberale regler for apotekernes sortiment og åbningstider

Konkurrencestyrelsen gør i analysen gældende, at mere liberale regler for apotekernes sortiment og åbningstider vil kunne understøtte en udvikling i retning af mere konkurrence. Styrelsen beskriver ikke, hvordan man forestiller sig nye regler indrettet. Foreningen har alligevel valgt at knytte en række bemærkninger til de overordnede forslag, og har i den forbindelse valgt at adskille de to forslag, som i deres natur er helt forskellige.

Sortiment

Konkurrencestyrelsen beskriver den nuværende regulering af sortimentet sådan, at et hvert apotek skal kunne levere alle lægemidler – der er altså regler om fuldt sortiment. Samtidig er der grænser for, hvilke yderligere varer og tjenesteydelser apoteker må føre, men der er ikke nogen præcis afgrænsning. Apotekernes omsætning af de såkaldte fri-handelsvarer har allerede gennem en årrække været stigende og udgjorde, som det fremgår af analysen, ca. 11 pct. af omsætningen i sektoren i 2008.

Styrelsen finder, at de gældende regler kan hæmme udviklingen af økonomisk bæredygtige enheder og dermed være med til at svække effektiviteten i distributionen af lægemidler.

Hvordan den nuværende regulering af apotekernes sortiment hæmmer udviklingen og svækker effektiviteten fremgår ikke tydeligt af analysen, men det må formodes, at styrelsen henviser til, at sortimentsafgrænsningen kan virke hæmmende for apotekernes muligheder for at udvide deres forretningsområde ved øget salg af andre varer i konkurrence med den øvrige detailhandel.

Sortimentsafgrænsningen fremgår af apotekerlovens § 12, hvoraf det fremgår, at apoteket udover pligten til at forhandle lægemidler, også har ret til at forhandle andre varer, *som naturligt og hensigtsmæssigt forhandles på apoteket*.

Ifølge Konkurrencestyrelsen er reguleringen begrundet med, at apotekerne ikke må have konkurrencefordele i forhold til den øvrige detailhandel. Den forholdsvis sikre kunde-strøm af medicinbrugere til apotekerne må altså ikke udnyttes til mersalg af andre varer i ubegrænset omfang.

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

Medmindre det er et politisk ønske at flytte apotekernes fokus væk fra lægemidler – og over på salg af andre varer uden naturlig tilknytning hertil – er det vanskeligt for for- eningen at se værdien af mere liberale regler for apotekernes sortiment.

Sortimentsafgrænsningen er imidlertid kun en del af den begrænsning, der ligger på apotekernes muligheder for at udvikle deres forretninger ved også at tjene penge på salg af andre varer end lægemidler. Den økonomiske regulering af sektoren, hvor avance fra salg af andre varer modregnes i sektorens øvrige avance, er en anden og mere væsentlig begrænsning. En anden måde at skabe mere bæredygtige økonomiske enheder på, vil derfor være, at lade apotekerne beholde avancen fra salg af andre varer, der naturligt og hensigtsmæssigt forhandles på apoteket. Det kan f.eks. ske ved helt at fjerne koblingen mellem avance på salg af lægemidler og avance på salg af andre varer i reguleringen af apotekernes økonomi. Hermed får apotekerne mulighed for at få dækket en større del af deres omkostninger af avance fra salg af andre varer, samtidig med at fokus på salg af andre varer begrænser sig til varer, der også fortsat hænger naturligt sammen med salg af og rådgivning om lægemidler. Uden en sådan ændring af den økonomiske regulering vil en ændret sortimentsafgrænsning være uden virkning på apotekernes økonomi.

Styrelsen finder også, at mere lempelige regler for sortiment vil kunne forbedre mulighederne for at oprette udleveringssteder. Hvordan dette hænger sammen, fremgår ikke tydeligt af analysen, men hvis der henvises til, at der skal kunne etableres udleveringssteder, der ikke fører et fuldt sortiment af lægemidler, er det et forslag, der potentielt rummer en række vanskeligheder.

Hvis der er tale om udleveringssteder, der skal kunne ekspedere recepter uden at føre et fuldt sortiment, vil konsekvensen være mindre effektiv generisk substitution og dermed flere tilfælde, hvor der udleveres andet end det billigste lægemiddel. Det vil kunne føre til stigende offentlige udgifter. Denne sammenhæng erkender styrelsen også i det afsluttende afsnit om offentlige udgifter, hvoraf det fremgår, at en af de ting, der kan påvirke prisdannelsen – og dermed de offentlige udgifter – er ændrede regler for sortiment.

Hvis der er tale om udleveringssteder, der skal udlevere lægemidler ekspederet på en bagvedliggende moderenhed, kunne det være interessant at få belyst, hvordan forslaget om udleveringssteder med mere lempelige regler for sortiment adskiller sig fra de nuværende regler for oprettelse af apoteksudsalg, håndkøbsudsalg og medicinudleveringssteder.

En anden og mere lægemiddelfaglig relevant vej at gå i bestræbelserne på at tilvejebringe bedre forretningsmuligheder gennem sortimentsændringer er, at fokusere på en større anvendelse af apotekernes lægemiddelfaglige kvalifikationer over for medicinbrugerne. Forslag, der kan bidrage til at sikre apotekerne en indtægt ved at gennemføre relevante sundhedsydelse eller udføre opgaver, der kan aflaste andre dele af sundhedssektoren, synes langt mere relevante i et apotekssystem med et sundhedsfagligt fokus.

Åbningstider

I Konkurrencestyrelsens analyse anføres det, at mere liberale regler for apotekernes åbningstider vil kunne understøtte en udvikling i retningen af mere konkurrence. Styrelsen finder det derfor hensigtsmæssigt, at reglerne om apotekers åbningstider ændres, så de ikke er i modstrid med reglerne i den øvrige detailhandel.

Styrelsen beskriver den nuværende regulering af apotekernes åbningstider sådan, at der er fastsat regler for, hvornår apotekerne skal holde åbent (minimumsåbningstider) og regler om maksimale åbningstider. Apotekerne skal ifølge de nuværende regler have åben i minimum 8 timer på alle hverdage, og de skal altid kunne skaffe den nødvendige medicin. Der skal også holdes åben om lørdagen. Med mindre apotekerne deltager i vagttjeneste skal der holdes lukket på søn- og helligdage. Herudover er det de enkelte apoteker, der fastsætter egne åbningstider.

Reguleringen af apotekernes åbningstider blev sidst ændret i 2008, hvor den maksimale åbningstid bl.a. blev udvidet til 63 timer om ugen. Med denne ændring er begrænsninger på apotekernes åbningstider ikke et reelt problem i sektoren, der har åbningstider svarende til de omkringliggende specialvarebutikker.

Det kan imidlertid ikke udelukkes, at der kunne være apoteker, der måtte ønske at holde åbent udover, hvad der er muligt i dag. Søndagsåbent kunne f.eks. være en mulighed. Derfor finder Apotekerforeningen, at styrelsens forslag om at ændre reglerne for apotekers åbningstider, så de ikke er i modstrid med reglerne i den øvrige detailhandel, kunne være en mulighed for at fjerne nogle af de begrænsninger, der er på apotekerne i dag.

Udover almindelig åbningstid er der et omfattende netværk af vagtåbne apoteker, der sikrer forsyningssikkerheden på alle tider af døgnet. 50 apoteker deltager i vagtordninger og 11 af disse apoteker har døgnåben. For at opretholde en fornuftig service af medicinbrugerne udenfor den almindelige åbningstid, finder foreningen det dog afgørende, at me-

re liberale regler for apotekernes åbningstider suppleres med særlige krav om minimumsåbningstider og vagtforpligtelse. I styrelsens analyser tages der ikke stilling til disse forhold.

c. Bemærkninger til Konkurrencestyrelsens overvejelser om maksimalpriser

Konkurrencestyrelsen har i analysen overvejelser om, hvorvidt indførelsen af maksimalpriser vil skabe øget konkurrence blandt apoteker og lavere priser til forbrugerne. Styrelsen skriver dog også, at det vil betyde et brud på den politiske målsætning om ens priser i hele landet på receptpligtige lægemidler.

Apotekerforeningen er derfor noget usikker på, hvad Konkurrencestyrelsen egentlig mener om maksimalpriser. Apotekerforeningen er enig i, at et maksimalprissystem vil være et brud på princippet om ens priser i hele landet, men vil også gerne påpege, at forslaget også med meget stor sandsynlighed vil medføre højere priser og dermed højere omkostninger for borgere og samfund end det nuværende fastprissystem. Det skyldes, at et maksimalprissystem vil fjerne gennemsigtigheden i markedet og give mindre effektiv konkurrence i leverandørledet, lige som det vil vanskeliggøre korrekt substitution og administration af tilskudssystemet.

Ens priser og fast apotekeravance giver en meget høj grad af prisgennemsigtighed, der gør, at man uden problemer kan udpege den billigste generiske medicin. Dette forhold er helt grundlæggende afgørende for, at apotekerne kan tilbyde kunderne den billigste kopimedicin, og netop apotekernes substitution til billigste kopi har ført til meget lave priser på generisk medicin i Danmark⁸.

Som det fremgår af Konkurrencestyrelsens egen prisanalyse på baggrund af tal fra Eurostat kan det konstateres, at priserne i Danmark ligger 14 pct. under gennemsnittet for de 9-EU-lande Konkurrencestyrelsen plejer at sammenligne danske priser med. Og ifølge en prisundersøgelse foretaget af det internationale analyseinstitut IMS Health⁹ koster det danske medicinforbrug under det halve af gennemsnittet i 12 europæiske lande. Det sparer hver dag danskerne og det danske samfund for mange penge.

Norge har som det eneste land i Konkurrencestyrelsens analyse indført et maksimalprissystem, og fakta er, at nordmændene betaler 40 pct. mere for generisk medicin end danskerne. Det viser helt tydeligt, at den danske model for prisfastsættelse af generisk medicin er langt mere effektiv til at få omkostningerne reduceret sammenlignet med den norske model, som ofte i medier betragtes som en liberaliseret model.

Der er således ikke noget der tyder på, at der er besparelser at hente hverken for det offentlige eller forbrugerne ved at indføre maksimalpriser.

4. Afsluttende bemærkninger

Samlet set kan Apotekerforeningen ikke tilslutte sig Konkurrencestyrelsens anbefalinger. Anbefalingerne bygger på et fortegnet billede af problemer i apotekssektoren. Samtidig vil forslagene ikke lige så godt som den nugældende regulering kunne tilgodese de politiske hensyn til kvalitet, sikkerhed, uvildig rådgivning, tilgængelighed og lave udgifter for borgerne og samfundet.

Apotekerforeningen stiller sig gerne rådighed for en eventuel uddybning af ovenstående.

⁸ Andelen af generiske lægemidler angives af Konkurrencestyrelsen til 37 pct. målt i DDD i 2007. Den generiske markedsandel var ifølge IGL på ca. 55 pct. i 2007 og ca. 57 pct. i 2008.

⁹ IMS Health: "Price comparison between Denmark and other European Markets", 2009.

Konkurrencestyrelsen anbefaler også, at muligheder for ændringer i reguleringen, som kan føre til samfundsmæssige gevinster gennem mere konkurrence mellem apotekerne, undersøges nærmere.

Apotekerforeningen finder det naturligt at se på, om reguleringen kan sikre en endnu bedre eller billigere lægemiddeldistribution uden at slække på kravene til sikkerhed, kvalitet og service. Vi finder det dog afgørende, at eventuelle drøftelser tager afsæt i de rigtige forudsætninger og en korrekt og fyldestgørende beskrivelse af de vilkår, som er gældende i sektoren i dag.

Apotekerforeningen bidrager gerne med sin viden om apotekssektoren i en sådan proces.

Med venlig hilsen

Anders Kretzschmar
Adm. direktør