

# 1997-05-27: Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold

Udgivet af  
KonkurrenceRådet  
1997

## Indhold

### 1. Indledning

1.1. Redegørelsens baggrund og formål

1.2. Involverede erhverv og regelsæt

### 2. Konkurrenceretlig vurdering

2.1. Konkurrencerådet og reguleringer generelt

2.2. Anvendelse af konkurrencelovens § 15

2.3. Kan sundheds- og konkurrencemæssige hensyn forenes?

2.4. Konklusion

### 3. Reguleringsmekanismer

3.1. Adgangsreguleringer

3.2. Tilskudsreguleringer

3.3. Pris-, takst- og omsætningsreguleringer

3.4. Adfærdsreguleringer

### 4. Branchegennemgang

4.1. Alment praktiserende læger

4.2. Speciallæger

4.3. Psykologer

4.4. Tandlæger

4.5. Tandplejere

4.6. Kliniske tandteknikere

4.7. Fysioterapeuter

4.8. Kiropraktorer

4.9. Fodterapeuter

4.10. Apotekererhvervet

### 5. Bilagssamling

Bilag 1: Regelgrundlaget

Bilag 2: Oversigt over involverede myndigheder og organisationer

Bilag 3: Høringsudtalelser

Udgivet af Konkurrencerådet  
Nørregade 49  
1165 København K  
Tlf. 33 93 90 00  
Fax 33 32 61 44  
E-post <mailto:kr@kr.dk400.dk/>  
WWW <http://www.ks.dk/>

Rådets sekretariat er en styrelse under Erhvervsministeriet

Eftertryk tilladt med kildeangivelse.

## 1. Indledning

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

### 1.1. Redegørelsens baggrund og formål

Sundhedssektoren er et af de mest gennemregulerede erhvervsområder i Danmark. Der er for denne sektor opbygget et net af regler i form af love, bekendtgørelser, sygesikringsoverenskomster mv., der tilsammen udgør en meget stram styring af de praktiserende sundhedserhverv.

Den offentlige styring af disse erhverv, der indebærer en lang række konkurrencemæssige begrænsninger, bygger på en mangeårig tradition, hvori naturligt indgår nogle væsentlige hensyn til den sundhedsfaglige kvalitet og til kontrol med anvendelsen af offentlige midler.

Sådanne hensyn vil ikke altid kunne forenes med almindelige principper om konkurrence og effektivitet. På den anden side er der heller ikke tale om automatisk modstridende hensyn, der i sig selv legitimerer enhver form for begrænsning i etablerings- og erhvervsfriheden.

Under alle omstændigheder er det vigtigt fra tid til anden - og i takt med samfundsudviklingen i øvrigt - at overveje, om styringsinstrumenterne er de rigtige, eller om det fagligt bedste og samfundsøkonomisk mest fordelagtige sundhedsvæsen måske i højere grad kan tilvejebringes på et ændret grundlag.

På denne baggrund har Konkurrencerådet gennemført en undersøgelse af de reguleringsmekanismer, der påvirker konkurrenceforholdene inden for den primære sundhedssektor og apotekersektoren.

Undersøgelsen skal også ses i lyset af Konkurrencerådets indsats i de seneste år for at fremme en effektiv udvikling af de liberale erhverv, herunder også sundhedserhvervene, hvor det i meget høj grad er lykkedes at fjerne konkurrencebegrænsende elementer fra de respektive organisationers vedtægter og kollegiale regler.

Derimod har Konkurrencerådets påpegning af offentlige regulerings skadelige virkninger kun i begrænset omfang haft nogen effekt.

Hensigten med undersøgelsen, der er foretaget og offentliggøres efter konkurrencelovens § 8, har derfor været at skabe et samlet overblik over de forskellige reguleringer og dermed et bedre grundlag for at vurdere deres eventuelle berettigelse i forhold til de konkurrence- og effektivitetsbegrænsende virkninger.

Redegørelsen giver Konkurrencerådets bud på, hvor man - ved også at inddrage konkurrence- og effektivitetsfremmende hensyn - kan bidrage til en samfundsøkonomisk bedre udvikling af sundhedserhvervene uden dermed at gå på kompromis med de nødvendige hensyn til sundhedsfaglig kvalitet, forbrugerbeskyttelse o.lign.

## 1.2. Involverede erhverv og regelsæt

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

### 1.2. Involverede erhverv og regelsæt

Undersøgelsen er afgrænset til at omfatte de sundhedserhverv, der via lovgivningen har autorisation/bevilling til at udøve selvstændig virksomhed. Dvs. alment praktiserende læger, speciallæger, psykologer, tandlæger, kliniske tandteknikere, tandplejere, kiropraktorer, fodterapeuter, fysioterapeuter og apotekere (samt ergoterapeuter, sygeplejersker, jordemødre og kliniske diætister)(1).

For så vidt angår sundhedssektorens praksiserhverv er det en forudsætning for at nedsætte sig som selvstændigt praktiserende, at man opfylder kriterierne for autorisation, der er fastsat i de enkelte autorisationslove. Disse love regulerer såvel tilgangen til markedet som de enkelte behandleres erhvervsudøvelse, og tilsynet med, om behandlerne overholder de lovfastsatte forpligtelser, er tillagt Sundhedsstyrelsen (jf. også lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse).

Adgangen til og udøvelsen af disse erhverv er ifølge autorisationslovene hovedsageligt baseret på uddannelses- og sikkerhedsmæssige krav, hvor konkurrencehensynet naturligt må vige for andre helt saglige og rimelige hensyn. Dog indeholder en del af autorisationslovene stadig meget restriktive reklamebestemmelser, der ikke på samme vis kan begrundes

med andre nødvendige hensyn - en vis liberalisering af disse bestemmelser forventes dog gennemført inden for en overskuelig tid.

Den regulering, der hovedsageligt påvirker konkurrenceforholdene for sundhedssektorens praksiserhverv, har baggrund i det regelsæt, der danner rammerne om det danske sygesikringssystem - dvs. sygesikringsloven, bekendtgørelserne om tilskud efter sygesikringsloven samt sygesikringsoverenskomsterne med de enkelte erhverv.

Tilsammen udgør dette regelsæt en lang række begrænsninger, som hindrer en konkurrence- og effektivitetsbetinget udvikling af sundhedssektoren. Det drejer sig bl.a. om yderligere adgangsbarrierer, uhensigtsmæssige honorar-, pris- og tilskudsfastsættelser, diskriminerende ydelseskriterier og adfærdsbegrænsende reguleringer.

Herudover er der for nogle praksiserhverv eksempler på konkurrenceforvridninger, der udspringer af kommunernes administration af sociallovgivningen.

Også apotekererhvervet er berørt af sygesikringsloven og den deraf udstedte bekendtgørelse om tilskud til lægemidler. Men de væsentligste begrænsninger i etablerings- og erhvervsfriheden findes primært i lov om apoteksvirksomhed og i lægemiddelloven samt i de mange bekendtgørelser, vejledninger mv., der følger af denne lovgivning. Det gælder især reguleringer i form af prisfastsættelse, bevillingssystemet, avancefastsættelse, udligningsordningen, tilskudssystemet mv.

En opstilling af de gældende love, bekendtgørelser, vejledninger og overenskomster kan ses i bilag 1.

(1) Disse 4 erhverv har alene været inddraget i undersøgelsens første faser og er ikke medtaget i redegørelsen, da de ikke aktuelt ses at være underkastet regler, der i særlig grad påvirker konkurrenceforholdene. Optikerne har af samme årsag ikke været inddraget i undersøgelsen.

## 2. Konkurrenceretlig vurdering

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

### 2.1. Konkurrencerådet og reguleringer generelt

Det har ikke skortet på interesse og på tiltag, når det gælder om at regulere lægemiddelområdet og sundhedsområdet. Som begrundelse for reguleringerne er der som hovedregel henvist til en sundhedsfaglig målsætning.

Konkurrencerådet har flere gange afgjort spørgsmål og været involveret i sager om reguleringen på området. Den grundlæggende opfattelse i denne type sager har været, at reguleringerne tit og ofte ikke blot er sikkerheds- og sundhedsmæssigt begrundede, men indholdsmæssigt går langt videre end til at sikre en fundamental kvalitet.

Reguleringsmekanismerne tjener mange forskellige formål, som f.eks. beskyttelse af faglige interesser, offentlige besparelser, fordelingshensyn mm. I det omfang reguleringen går ud over en sundhedsfaglig målsætning, og hvor reguleringen har virket begrænsende på konkurrencen, har rådet peget på reguleringernes skadelige virkninger.

Konkurrencerådet har tidligere vurderet reguleringen på lægemiddelområdet, herunder regulering af lægemiddelsalget via apotekerne, samt reguleringen af en række af praksiserhvervenes etableringsadgang og erhvervsudøvelse. Konkurrencerådet har som en konsekvens af, at områderne er offentligt reguleret, og rådet ikke har haft adgang til at bruge konkurrencelovens indgrebsbestemmelser i §§ 11 - 14, anvendt konkurrencelovens § 15 og påpeget reguleringens skadelige virkninger for konkurrencen over for den regulerende offentlige myndighed.

Konkurrencerådet har på eget initiativ og ved behandling af konkurrenceklager søgt at fremme konkurrencen og dermed effektiviteten på sundheds- og lægemiddelområdet.

Indsatsen er sket på to fronter. Dels gennem forhandlinger med/påbud til organisationerne efter konkurrencelovens §§ 11-12 om ophævelse af konkurrencebegrænsende vedtægtsbestemmelser, dels - som nævnt ovenfor - gennem henvendelse til den kompetente offentlige myndighed efter konkurrencelovens § 15.

### 2.2. Anvendelse af konkurrencelovens § 15

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

#### 2.2. Anvendelse af konkurrencelovens § 15

Konkurrencerådet har i en række tilfælde gennem § 15-henvendelser peget på reguleringer, der medfører begrænsninger i konkurrencen og skadelige virkninger på sundhedsområdet, og har over for de regulerende og styrende myndigheder fremsat anbefalinger om at fjerne konkurrencebegrænsende bestemmelser, som gik videre, end de sundhedsfaglige hensyn mv. kunne berettige.

Disse initiativer har kun i begrænset omfang haft nogen effekt. Den manglende effekt kan skyldes mange forskellige forhold, der ikke nærmere skal specificeres her, hvor det blot kan konstateres, at anbefalingerne ikke førte til væsentlige, om nogen ændringer overhovedet, og dermed er områderne ikke blevet mere konkurrenceprægede og derfor heller ikke mere effektive.

Som et eksempel på en § 15-henvendelse, som ganske vist blev bearbejdet, men som ikke efterfølgende førte til konkrete resultater i form af ændringer i retning af mere konkurrence, kan nævnes Konkurrencerådets anbefaling til sundhedsministeren i 1990 om en liberalisering af apotekersystemet.

Konkurrencerådet anbefalede en markedsorienteret ændring af apotekersystemet. Dette kunne ske

- gennem erstatning af bevillingssystemet med en autorisationsordning,
- gennem ophævelse af avanceskalaen for prisberegninger,
- gennem ophør med avancekontrol og indkomstudligning,
- gennem ophævelse af begrænsninger for apotekernes sortiment og
- gennem indførelse af generisk substitution.

Konkurrencerådets henvendelse til sundhedsministeren indgik i en rapport, der blev udarbejdet af en arbejdsgruppe under ministeriet. Arbejdsgruppen konkluderede, at der ingen afgørende argumenter var mod en fuldstændig liberalisering af apotekervæsenet. Tværtimod var det arbejdsgruppens vurdering, at et liberaliseret system ville kunne fungere sikkerhedsmæssigt lige så forsvarligt som andre modeller, samtidig med at lægemiddelpriserne antageligt ville falde.

Rapporten blev sendt til Folketinget, der efterfølgende har behandlet en lang række ændringer til apotekerloven - men ikke ændringer, som har betydet et mere konkurrencepræget lægemiddelmarked.

I en tid, hvor der sker en generel liberalisering af traditionelt regulerede områder, f.eks. energi, tele, transport mm., bliver kontrasterne fra disse afreguleringer og over til opretholdelsen af en så massiv statslig, amtskommunal og kommunal regulering og understøttelse af erhvervsudøverne på sundhedsområdet så meget desto større.

## 2.3. Kan sundheds- og konkurrencemæssige hensyn forenes?

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

En sundhedsydelses fundamentale kvalitet må bero på, at ydelsen kan forebygge/afhjælpe et lidelses- eller sygdomsproblem, at for brugeren i det mindste ikke kommer til skade ved modtagelse og anvendelse af ydelsen, samt at ydelsen er til stede i et rimeligt omfang.

Denne fundamentale kvalitet kan sikres på forskellige måder, og det må alt andet lige - også ud fra en konkurrenceretlig vurdering - anses for formålstjenligt at have reguleringer, der sikrer en teknisk standardmæssig og forsyningsmæssig høj kvalitet. Men også sådanne reguleringer må baseres på saglige og rimelige kriterier.

Det er bl.a. et grundlæggende krav, at de styringsinstrumenter, der anvendes i reguleringen, fastsættes ud fra en vurdering i hvert enkelt tilfælde af det faktiske behov for styring af netop det erhverv, som reguleringen retter sig imod.

Udformningen af reguleringer, der ikke er i overensstemmelse med disse grundlæggende kriterier, kan have en skadelig effekt på konkurrencen.

Det kan f.eks. være et fundamentalt kvalitetskrav, at der kræves en bestemt uddannelse for at udføre et fag. Et sådant uddannelseskrav som betingelse for, at en person kan nedsætte sig som selvstændig erhvervsudøver inden for sit speciale, kan næppe siges at have en konkurrenceskadelig effekt.

Kombineres uddannelseskravet derimod med en ordning, som regulerer antallet af selvstændige erhvervsudøvere ved en skærpelse af etableringsadgangen, således at der f.eks. kun må være et bestemt antal indenfor et erhverv, et ydelsesområde, et geografisk område mm., vil ordningerne i langt de fleste tilfælde få en konkurrencepåvirkende effekt.

Suppleres reguleringsordningen yderligere med et system, som regulerer prisen for ydelserne og/eller indkomsten, har ordningerne en absolut skadelig effekt på markedet, idet markedet mister sin effektivitet og dermed fremkalder et velfærdstab.

Som eksempel kan peges på styringen af henholdsvis læge- og tandlægeerhvervet, der ganske vist indeholder visse forskelle, men som alligevel hver for sig må siges at medføre konkurrencemæssige skadevirkninger, som ville kunne undgås, hvis reglerne udformes på en måde, der skaber balance mellem de snævre sundhedsmæssige interesser og de samfundsøkonomiske hensyn, og reglerne konkret relateres til forholdene i det enkelte erhverv.

For begge erhverv stilles der en række helt saglige og rimelige uddannelses- og sikkerhedsmæssige krav for at opnå autorisation til at etablere selvstændig praksis.

På lægeområdet er opfyldelse af disse krav imidlertid ikke i sig selv tilstrækkeligt til at kunne praktisere under den offentlige sygesikring. Her er antallet af praksis til enhver tid afhængig af helt faste rammer, der baseres på en behovsvurdering af behandlingskapacitet i forhold til patientgrundlaget inden for nærmere bestemte praksisområder.

Som konsekvens heraf har det været nødvendigt at udarbejde detaljerede reguleringsbestemmelser om antallet af praksis, overdragelse af praksis, generationsskifteproblematik, patientantalsregulering mv., samt at opretholde et betydeligt administrativt apparat til at detailstyre området.

På tandlægeområdet derimod findes der ikke tilsvarende behovsbetingede adgangsbarrierer - ifølge sundhedsmyndighederne fordi Dansk tandlægeforening har afvist et sådant krav om antalsmæssige begrænsninger. Her er opfyldelse af autorisationslovgivningens krav tilstrækkeligt til, at en tandlæge kan tilslutte sig og praktisere under den indgåede sygesikringsoverenskomst.

På lægeområdet finansieres stort set alle ydelser via skattemidlerne og er dermed "gratis" for patienterne, dvs. at patienten ikke skal erlægge nogen egenbetaling, bortset fra den del af de udgifter, der kan opstå, hvis lægen foreskriver en medicinsk behandling (for gruppe 2-sikrede - dvs. ca. 2% af befolkningen - vil der dog typisk være en varierende egenbetaling forbundet med ydelsen).

Behandling af tandsygdomme dækkes derimod kun delvist af den offentlige sygesikring. Her skal en ikke uvæsentlig del af honoraret betales af patienten selv.

Ikke desto mindre sker prisdannelsen på såvel læge- som tandlægeområdet stort set efter samme model, idet udøverne på begge områder er bundet af de honorarer, der for sygesikringsdækkede ydelser er fastsat efter forhandling mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de respektive faglige organisationer.

Patienten hos tandlægen skal således for tilskudsdekkede ydelser betale den samme pris for en given behandling uanset kvalitet, serviceniveau osv. Selv om ydelserne er forbundet med en væsentlig egenbetaling, og patienten trods alt har frit valg af tandlæge, vil prisen ikke influere på patientens valg, og der er ikke noget direkte økonomisk incitament for tandlægen til at yde en særlig kvalitets- eller servicemæssig indsats.

Et sådant økonomisk incitament kunne derimod være til stede for de behandlinger, der falder uden for sygesikringsområdet, dvs. de ydelser, hvor tandlægen selv kan fastsætte sit honorar.

Men her støder man ind i en anden regelfastsat hindring, nemlig det gældende forbud mod, at tandlæger reklamerer med ydelser og priser. Et ønske om at finde frem til det økonomisk mest fordelagtige tilbud forudsætter således en yderst aktiv indsats fra patientens side.

Den manglende gennemsigtighed, som dette reklameforbud medfører, og den manglende tradition for priskonkurrence i tandlægeerhvervet, som de faste takster på sygesikringsområdet har bidraget til, har da også resulteret i et meget ensartet højt prisniveau på de tandlægeydelser, hvor almindelige markedsmekanismer ellers burde fungere.

På det vederlagsfri lægeområde er der i sagens natur intet økonomisk incitament forbundet med patientens valg af læge. Men også på andre måder er patienten begrænset i sine valgmuligheder.

Selv om patienten i princippet har frit lægevalg, er det en frihed med modifikationer. Også her er de gældende reklameregler en hindring for, at forbrugerne kan søge relevant information til brug for deres valg. Dertil kommer, at der er grænser for hyppigheden af lægeskift, og i øvrigt kan man på grund af begrænsningerne i sygesikringssystemets praksisregulering meget nemt risikere, at der er lukket for tilgangen til den ønskede læge.

Markedets efterspørgselsside og dermed efterspørgslens påvirkning af prisdannelsen er således reelt sat ud af funktion på både læge- og tandlægeområdet. Brugere af ydelserne har ingen indflydelse og har heller ikke noget økonomisk incitament i forhold til systemet.

Udbudssiden bliver dermed totalt dominerende, og reguleringssystemet er indrettet på en måde, der fremmer kassetænkning. Fagets udøvere indretter deres adfærd i forhold til de aktuelle styringsmekanismer. Ændres disse, vil fagets udøvere ændre

adfærd i overensstemmelse hermed.

Det er af sundhedsmyndighederne anført, at almindelige markedsmekanismer ikke kan overføres på sundhedsområdet, hvor udbydere i høj grad kan påvirke efterspørgslen på grund af asymmetri i informationen, sammenholdt med at patienten slet ikke - eller kun delvist - skal betale for ydelsen.

Det er derfor også fremført, at fri adgang til at etablere sig vil resultere i en stigende efterspørgsel med deraf følgende tilsidesættelse af amternes behov for økonomisk styring af de offentlige udgifter og samordning af behandlingstilbud.

Fraværet af adgangsbarriererne på tandlægeområdet ses imidlertid ikke at have medført disse virkninger, og selv om man fastholder begrænsningerne på de øvrige områder med delvis tilskudsdekning, synes sundhedsmyndighedernes argumenter da også at koncentrere sig om det helt vederlagsfri lægeområde.

Det er sundhedsmyndighedernes opfattelse, at der på almen lægeområdet er empirisk belæg for at antage, at fri etableringsret og dermed et større antal lægepraksis vil føre til større efterspørgsel og dermed til merudgifter for sygesikringen.

Det er i sagens natur vanskeligt på forhånd at fastslå de faktiske og mere langsigtede virkninger af fri etableringsadgang. Men det empiriske belæg, som sundhedsmyndighederne henviser til, synes alene baseret på, at fjernelse af adgangsbarriererne sker som en marginal aktivitet uden sammenhæng med den øvrige regulering af området.

Med den meget store andel af de samlede sygesikringsudgifter, som allerede i dag anvendes på lægeområdet, vil der være god grund til at overveje, om den sundhedsmæssige og samfundsøkonomiske nytteværdi af hele det nuværende system er optimal, eller om man gennem en omlægning af systemet, der kombinerer fri etableringsadgang med en ændret tilrettelæggelse af det samlede regelsæt, bl.a. af honorar- og tilskudsreguleringen, vil kunne styrke effektiviteten i såvel forbruget som i anvendelsen af ressourcerne.

Eksempelvis kan indførelse af en form for brugerbetaling, f.eks. som det kendes i de øvrige skandinaviske lande - og som af socialpolitiske grunde eventuelt kan kombineres med efterfølgende hel eller delvis refusion - være en måde, hvorpå efterspørgslen kan styres i retning af de ydelser, der giver de største sundhedsmæssige gevinster, samtidig med at behovet for skattefinansiering mindskes.

Sundhedsmyndighederne har endvidere henvist til, at fri etableringsret vil betyde undergravning af familielægesystemet og den "ledvogterfunktion", der ligger heri.

Også dette system vil imidlertid kunne bevares ved en hensigtsmæssig regulering uden adgangsbarrierer. Et friere lægevalg vil ikke forhindre en patient i at holde sig til den samme læge, og systemet kan under alle omstændigheder kun - også under den nuværende regulering - holdes i hævd i det omfang, patienten ønsker det.

Et andet problem, som sundhedsmyndighederne peger på som en mulig følge af fri etableringsret, og som igen er relateret til lægeområdet, er risikoen for at tilsidesætte hensynet til en rimelig geografisk dækning af almen lægepraksis.

Især synes det at være opfattelsen, at fjernelse af adgangsbarriererne vil medføre en risiko for manglende lægedækning i de mere tyndt befolkede områder af landet.

Også her kan det være vanskeligt på forhånd at fastslå, om dette reelt vil blive tilfældet, omend geografiske afstande næppe kan siges at have samme betydning i dag, som de havde, da reglerne blev lavet for 25 år siden.

Problemet vil - hvor og hvis det måtte vise sig fornødent - kunne løses gennem særlige overenskomstforhold, således som det allerede kendes i dag for visse øsamfund.

I den forbindelse skal der i øvrigt peges på, at netop den mangeårige tradition for at begrænse antallet af praksis har medført, at overdragelse af en lægepraksis sker til meget høje, og i nogle tilfælde eksorbitante priser. Ophævelse af adgangsbegrænsningen vil formentlig medføre et ikke ubetydeligt prisfald, og også en prissætning, der i højere grad er relateret til demografisk/geografisk attraktiv beliggenhed mv.

Endelig påpeger sundhedsmyndighederne, at en fri prisdannelse ikke nødvendigvis vil føre til lavere priser. Dette er utvivlsomt korrekt, såfremt en fri pris- og honorardannelse kombineres med fuldstændig mangel på konkurrence, som i det nuværende system. Men kombineres den fri prisdannelse med et mere konkurrencepræget system, hvor udøverne har en motivation til at opnå effektivitets- og specialiseringsfordele, fører argumentationen ikke til en så entydig konklusion.

Sammenfattende er det Konkurrencerådets opfattelse, at der også på lægeområdet vil kunne udformes en regulering, der skaber en mere optimal balance mellem sundhedsmæssige og samfundsøkonomiske hensyn.

Konkurrencerådet er opmærksom på, at eksempelvis fjernelse af adgangsbegrænsningen formentlig må ske gradvist, under hensyntagen til de i øjeblikket praktiserende læger.

De økonomiske omkostninger ved at drive sundhedserhvervene og ved at drive det samlede apotekersystem bestemmes i det store hele ved, at man gennem reguleringen og i tilknytning hertil forhandler om antal udøvere, takster, avancesatser mm. Spørgsmålet, om det er det rigtige omkostningsniveau, bliver ikke besvaret i et autorisations- og bevillingssystem, hvor det offentlige forhandler betingelserne med interesseorganisationerne.

Disse forhandlinger vil tage karakter af, at de ligner forhandlinger om løn- og ansættelsesvilkår, hvor der er en fælles gensidig interesse i at bevare kontrollen over systemet. Dette medfører, at der ikke er noget incitament til at deltage i strukturændringer og pådrage sig den risiko, der trods alt ligger i ikke at kunne opretholde en adgangsbegrænsning, faste takster mm. i forhold til at inddrage efterspørgselssiden i styringsfunktionen og dermed fastsættelsen af erhvervsvilkårene.

Omfanget af de offentlige omkostninger til sundhedsvæsenet og medicin diskuteres løbende. Såvel vismandsrapporter, finanspolitiske redegørelser som erhvervspolitiske redegørelser har peget på områdernes ineffektivitet og har specielt peget på lægemiddelområdet som et område, hvor en omstrukturering kunne betyde væsentlige besparelser.

Lægemiddelområdet er da også et af de områder, hvor man har kunnet iagttage hyppige ændringer og hyppige forsøg på at opnå besparelser på de offentlige udgifter. En indsats i form af en besparelse sker ofte som en marginal aktivitet, hvor man ikke tager helhedsvurderinger i betragtning. Om dette skyldes varetagelse af særinteresser eller et manglende overblik kan kun nærmere belyses med mere dybtgående analyser.

En analyse af lægemiddelmarkedet er kompliceret af, at der eksisterer to forskellige markeder med hver sin interessegruppe, som forsøges reguleret gennem apotekerloven. I bestræbelserne på at holde de offentlige omkostninger nede har amtterne gennem de senere år fået udvidet sygehusapotekernes ydelsesområde fra at betjene ét sygehus til at betjene amtets samlede sygehusvæsen. Sygehusapotekerne og sygehuse har mulighed for at købe ind - en stor del af indkøbet sker gennem Amgros - til indkøbspriser, der ligger langt under de indkøbspriser, som apotekerne er bundet af.

Lægemiddelmarkedet er gennem reguleringen blevet delt i to markeder, der holdes totalt adskilt. Dette danner grundlag for meget store forskelle i indkøbspriser, der for nogle produkters vedkommende er så store, at det ville være billigere for det offentlige, hvis patienterne efter en hospitalsindlæggelse fik lægemidlerne fra sygehuset gratis, frem for at det offentlige skal betale tilskud til patientens køb af lægemidlet gennem et apotek.

De private apotekere havde en overgang mulighed for at opnå rabatter for indkøb af lægemidler ved at udvise en rationel adfærd ved indkøb. Denne mulighed blev senere fjernet igen ud fra en vurdering af, at det vanskeliggjorde overskueligheden i udligningsordningen.

De private apotekere har stadig en rabatmulighed, hvis man ved indkøb modtager en rabat, som apotekerne alene anvender til at give videre til sygehuse. Denne mulighed er åbnet, for at de private apotekere skal være konkurrencedygtige på leverancerne af lægemidler. De private apotekere skal imidlertid på disse leverancer opkræve et fastlagt standardgebyr, der har til formål at dække distributionsomkostningerne ved sygehusleverancerne og en række faste omkostninger. Gebyrerne overstiger imidlertid de faktiske direkte distributionsomkostninger, hvilket betyder, at apotekerne skal indkøbe lægemidlerne billigere, end de offentlige indkøbere kan, for at være konkurrencedygtige.

## 2.4. Konklusion

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

Konkurrencerådet er enig i, at der på vitale samfundsområder kan være et behov for anvendelse af reguleringer, der som minimum kan sikre, at ydelserne har en fundamental kvalitet, men finder herudover, at det kan overlades til markedet at finde den mest effektive udnyttelse af de ressourcer, der medgår til frembringelse af ydelserne.

Konkurrencerådet er også opmærksom på, at de mange tilskudssystemer, specifikke tilskudssatser samt princippet om gratisydelser på lægeområdet komplicerer markeds- og konkurrencesituationen og betinger en forholdsvis stram styring af de offentlige sundhedsudgifter, der ellers ville kunne løbe løbsk, fordi tilskudene og ikke mindst gratisydelserne har en væsentlig effekt på efterspørgslens størrelse.

Men når dette er sagt, er det Konkurrencerådets klare opfattelse, at reguleringerne af de praktiserende sundhedserhverv og apotekersektoren har antaget et omfang, der er ude af proportion i forhold til behovet for styring, og at myndighederne har fået opbygget en række systemer, der er meget komplekse, og som derfor kræver hyppige ændringer.

En del af ændringerne er alene påkrævet som følge af, at det samlede overblik er forsvundet, og at rationelle økonomiske overvejelser i form af samfundsøkonomiske hensyn erstattes af kassetænkning, hvor snævre besparelseshensyn, sektorøkonomiske hensyn, oprettelse af erhvervsmonopoler, og sikring af udøvernes indtjeningsforhold er blevet styrende.

Konkurrencerådet skal derfor anbefale, at områderne gøres mere effektive gennem en sanering af de reguleringsbestemmelser, der forhindrer konkurrencen og dermed skader markeds- og samfundseffektiviteten. Der er ingen grund til at antage, at en markedsorientering af området ikke vil kunne øge den samlede effektivitet på samme måde, som det forventes at blive resultatet af liberaliseringen på andre centrale, offentlige områder som energi, tele, transport mm.

Konkurrencerådet skal derfor også pege på, at det ikke er nogen økonomisk naturlov, at prisdannelsen og tilskudssystemerne er knyttet tæt sammen, og at markedets efterspørgselside er sat ud af funktion.

Som eksempler på en ændret efterspørgsel som følge af, at den tætte kobling mellem sundhedsydelse og tilskudssystemet midlertidigt blev fjernet, skal nævnes to eksempler.

Under lægekonflikten i 1984 skulle patienterne i modsætning til normal sædvane selv betale lægen, men kunne få udgifterne refunderet hos kommunen. Omend der ikke er lavet større undersøgelser om årsagen, må det konstateres, at alene den ændrede betalingspraksis betød et umiddelbart fald i efterspørgslen af lægeydelser.

I 1989 blev der indført en egenbetalingsgrænse på 800 kr. pr. år for lægemidler. Ordningen, der eksisterede i halvandet år, havde selvfølgelig en direkte effekt på de offentlige udgifter, men havde desuden den effekt, at der umiddelbart skete et væsentligt fald i efterspørgslen på medicin.

På områder med kraftig regulering, og hvor mange forskellige faktorer spiller sammen, er det vanskeligt at adskille årsager og virkning og at måle effekten på en fuldstændig entydig måde, men eksemplerne illustrerer, at ændrede reguleringsforhold har væsentlig indvirkning på efterspørgslen.

Konkurrencerådet finder, at det vil være hensigtsmæssigt, at markederne for sundhedsydelser kommer til at fungere effektivt på konkurrencemæssige vilkår, og at den offentlige styring af budgetter og tilskud bliver isoleret i et selvstændigt system, baseret på selvstændige kriterier, f.eks. sociale hensyn.

Konkurrencerådet finder, at det vil være hensigtsmæssigt at nyvurdere de eksisterende strukturer på området, og anbefaler, at der tages skridt til at opbygge nye strukturer, der bygger på et objektivt, rimeligt og sagligt begrundet samt et let administrerbart grundlag.

Der er hverken hos myndigheder eller fra interesseorganisationer tilkendegivelser, der peger på, at områderne ikke kan fungere på et andet paradigme end det eksisterende. Indvendingerne går alene på, at det formentlig ikke vil have nogen synderlig effekt i form af lavere priser, større besparelser, bedre ydelser mm.

Det er mest klart kommet til udtryk på lægemiddelområdet, hvor Sundhedsministeriet i 1991 med analysen af apotekersektoren viste, at en liberalisering af apotekersektoren var mulig, også under den forudsætning, at fremtidige strukturmodeller skulle opfylde et minimum af sundhedspolitiske målsætninger. Analysen konkluderede, at der ikke kunne argumenteres imod, at markedet med en fri etablering og en fri konkurrence kunne løse sektorens effektivitetsproblemer.

Konkurrencerådet anbefaler grundlæggende, at reguleringen på sundhedsområdet nyvurderes, så kun de reguleringer, der er nødvendige af hensyn til varetagelse af sundhedsydelsernes fundamentale kvalitet, opretholdes, og at det overlades til markedet at sikre sektorens effektivitet og en bedre udnyttelse af de indsatte ressourcer.

Konkurrencerådet er fuldt ud opmærksom på, at en omlægning af områderne på kort sigt kan skabe turbulens, og anbefaler derfor en gradvis ophævelse af de mange detailreguleringer.

I den forbindelse foreslår Konkurrencerådet, at der udarbejdes en totaloversigt over reguleringerne og deres indbyrdes sammenhæng på området, samt at der foretages sundhedsøkonomiske konsekvensvurderinger og samfundsøkonomiske effektvurderinger af de enkelte afregulerings- og reguleringstiltag.

Konkurrencerådet vurderer, at en fri adgang til erhvervene vil være det paradigme, der giver den mest effektive samfundsløsning, men erkender, at en sådan afregulering må følges op af tiltag, der kan sikre hensynet til den samlede offentlige økonomi og til opfyldelsen af de sundhedspolitiske mål, herunder at sundhedsydelserne er til stede i et rimeligt omfang for befolkningen, uanset bopæl.

Konkurrencerådet anbefaler, at der i første omgang foretages en ophævelse af de eksisterende systemer, der begrænser adgangen til områderne, så der bliver fri etableringsadgang for personer, der opfylder de professionelle kvalitetskrav, at enhver pris-, avance-, og indtjeningsstyring afreguleres, og at det overlades til markedet at finde det rigtige prisniveau.

Endvidere anbefales det, at der sker en ophævelse af de barrierer, der eksisterer mellem de private apotekere og sygehusapotekerne, og at sygehusapotekerne omdannes til private virksomheder - udskilt fra sygehusene.

### 3. Reguleringsmekanismer

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

Det kan næppe anfægtes, at der er af rent sundhedspolitiske årsager er et behov for styring af den faglige standard og serviceniveauet inden for sundhedsvæsenet.

Det kan heller ikke anfægtes, at der er et behov for økonomisk styring af sundhedsvæsenet, der siden sygesikringsreformen i 1973 har været helt eller delvist finansieret over skattesystemet.

Men lige så vel som konkurrencehensynet ikke skal fremmes for enhver pris, er det også af væsentlig betydning, at varetagelsen af disse behov sker med skyldig hensyntagen til andre samfundsinteresser.

Det er således vigtigt, at den nødvendige regulering afspejler en balance mellem forskellige samfundshensyn, og at sundhedsområdet udvikler sig i takt med den udvikling, der sker i det øvrige samfund. I den forbindelse må det også løbende overvejes, om de begrænsninger i etablerings- og erhvervsfriheden, der indgår i reguleringen, stadig er fuldt nødvendige for at varetage andre hensyn.

Blandt de eksisterende reguleringsmekanismer i sundhedssektoren, findes der en række utidssvarende bestemmelser, hvor en sådan afvejning ikke synes foretaget i tilstrækkelig grad.

Det gælder især bestemmelser i regelsættet omkring sygesikringssystemet og bestemmelser i apoteker-/lægemiddelovgivningen, men også andre styringsmekanismer, som indeholder forskellige former for

- adgangsreguleringer,
- tilskudsreguleringer,
- pris-, takst- og omsætningsreguleringer samt
- adfærdsreguleringer.

Der er tale om reguleringsmekanismer, som i vid udstrækning griber ind i hinanden, idet mange regler typisk fastsættes som en direkte følgevirkning af andre regler.

Tilsammen - men også hver for sig - påvirker disse reguleringer sundhedssektorens erhvervs- og konkurrencevilkår i negativ retning, idet de begrænser etableringsmulighederne, hindrer konkurrence på både kvalitet, service og priser, beskytter ineffektive erhvervsudøvere og hindrer en hensigtsmæssig udvikling af de enkelte erhverv, der kan leve op til de behov, som samfundsudviklingen ellers har skabt.

Det er karakteristisk for disse reguleringer, at de i væsentlig grad er blevet til i et samspil mellem de enkelte erhverv og det offentlige.

Reguleringerne tager ganske vist udgangspunkt i de rammer, der er fastsat ved lov, men udfyldning af rammerne er typisk et resultat af forhandlinger med de enkelte erhvervsorganisationer, der også i vid udstrækning medvirker i administrationen og håndhævelsen af reglerne og dermed optræder som en slags tilsynsmyndighed.

De forhandlingsberettigede organisationer er således selv aktivt medvirkende til at fastsætte, opretholde og håndhæve en række begrænsninger i udfoldelsesmulighederne for de erhverv, de repræsenterer. Eksempelvis er repræsentanterne typisk veletablerede behandlere, der i deres egenskab af forhandlingspart kan medvirke til at hindre nyetableringer.

Nedenfor er gennemgået de mest typiske former for reguleringsmekanismer og deres konkurrencebegrænsende virkninger.

#### 3.1. Adgangsreguleringer

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

For at kunne praktisere inden for sundhedserhvervene kræves det, at den pågældende udøver opfylder en række

uddannelses- og sikkerhedsmæssige krav. Kravene er indeholdt i de love, der regulerer de enkelte erhvervs virke. Efter disse love er udøverne desuden underkastet en række forpligtelser og tilsyn med deres sundhedsfaglige udøvelse af erhvervet.

Disse autorisationsordningers krav, der sigter mod at fremme den faglige standard og serviceniveauet i sundhedsvæsenet, må alt andet lige - også i konkurrencemæssig sammenhæng - anses for både saglige, objektive og rimelige.

Derimod opstår der konkurrencemæssige problemer, når udøverne - selv om de opfylder alle lovgivningens krav til faglig kompetence mv. - pålægges en række yderligere begrænsninger i adgangen til at oprette og drive praksis/apoteksvirksomhed på lige fod med de allerede etablerede.

Sådanne begrænsninger gælder for langt de fleste sundhedserhverv, hvor muligheden for at etablere sig afhænger af de talmæssige begrænsninger, der til enhver tid er fastsat på det enkelte område.

### **Antalsmæssige begrænsninger**

I apotekersektoren er adgangen til at oprette og drive apotek således helt afhængig af det antal bevillinger, som sundhedsmyndighederne med hjemmel i apotekerloven skønner, at der er behov for (det vil i dag sige 291 apoteker og 20 sygehusapoteker).

Tilsvarende gælder for de fleste af sundhedssektorens praksiserhverv, hvis ydelser er tilskudsberettigede efter sygesikringsloven. Kun tandlægerne har fri etableringsadgang, mens der i sygesi kringsoverenskomsterne for alle øvrige erhverv findes bestemmelser om praksisplanlægning og -regulering. Herefter fastsættes det absolutte antal praksis, der skønnes behov for, og det er i de fleste tilfælde overladt til de enkelte amtskommuner at definere dette behov (de tilladte antal praksis pr. 31.12.95 er angivet under gennemgangen af de enkelte erhverv i kapitel 4).

I modsætning til apotekerne har autoriserede behandlere ganske vist i princippet mulighed for at oprette privat klinik uden om sygesikringssystemet, men i praksis må muligheden anses for yderst begrænset, fordi patienterne så er afskåret fra at få tilskud til behandlingerne (med mindre de vælger at sikre sig i gruppe 2), jf. afsnit 3.2. om tilskudsreguleringer.

Til gengæld har allerede etablerede apotekere som udgangspunkt fri adgang til at oprette håndkøbsudsalg og medicinudleveringssteder inden for apotekets naturlige forsyningsområde. Det betyder, at - selv om der kun er fundet behov for at udstede 291 bevillinger - kan der herudover i praksis købes lægemidler fra ca. 1450 andre udsalgssteder.

Sundhedsmyndighedernes hovedargument for at fastholde adgangsreguleringerne er ønsket om styring af de offentlige udgifter og om en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne og behandlingsskapiteten.

Det virker imidlertid ikke indlysende, at det rent samfundsøkonomisk eller på anden måde skulle være en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer og behandlingsskapitet at hindre fagligt kvalificerede behandlere/farmaceuter i at udøve deres erhverv som selvstændig virksomhed.

Det virker heller ikke overbevisende, at fjernelse af adgangsreguleringerne pr. definition skulle føre til øgede offentlige udgifter. En sådan antagelse kan alene baseres på en hypotese om, at jo flere behandlere/apotekere, der får adgang til at etablere sig, jo større bliver borgernes behov for sundhedsydelser/medicin.

En eventuel risiko for, at erhvervsudøverne - for at skabe et tilstrækkeligt patientgrundlag - skulle påvirke befolkningen til at modtage helt overflødige behandlinger med deraf stigende udgifter til følge, vil kunne sikres på anden vis. I øvrigt er denne risiko formentlig hovedsageligt til stede på lægeområdet, hvor ydelserne er gratis for patienterne, mens patienterne på de øvrige sundhedsområder også vil have et økonomisk incitament til at afstå fra at efterspørge unødvendige ydelser.

Dertil kommer, at adgangsreguleringer, der fastsættes ud fra "planlagte behov", har en tendens til i vid udstrækning at tage udgangspunkt i statistiske gennemsnitsbetragtninger, hvilket medfører en risiko for skævvridning i forhold til efterspørgslen, og dermed også - når planerne ikke opfyldes - en dårlig samfundsøkonomisk udnyttelse af ressourcerne

## **3.2. Tilskudsreguleringer**

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

De overordnede regler om, hvilke sundhedsydelser/lægemidler, der helt eller delvist dækkes af det offentlige, findes i sygesikringsloven og er nærmere specificeret i en række bekendtgørelser for de enkelte ydelses- og produktområder (gennemgangen vedrører alene ydelser til gruppe 1-sikrede, der udgør ca. 98% af befolkningen).

Herudover er det i loven forudsat, at for praksiserhvervene skal de nærmere vilkår for tilskudsdekkede sundhedsydelser

fastsættes ved overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de respektive organisationer.

Den offentlige sygesikrings dækning af udgifter til sundhedsydelser/medicin varierer fra kategori til kategori. Borgerne har således ret til gratis lægehjælp, mens eksempelvis tandplejeydelser er forbundet med en væsentlig egenbetaling.

De samlede udgifter til sygesikring beløb sig i 1995 til godt 10,5 mia. kr., hvoraf udgifterne til lægehjælp tegnede sig for ca. 5,4 mia. kr. og medicintilskudene for ca. 3,6 mia. kr., mens de resterende ca. 1,5 mia. kr. var fordelt på de øvrige tilskudsberettigede ydelser (udgifterne til de enkelte områder er angivet under branchegennemgangen ikapitel 4).

### **Begrænsninger i priskonkurrencen**

Hvor der ikke er tale om vederlagsfri ydelser, er der oftest tale om procentvise tilskud, og som beregningsgrundlag henviser bekendtgørelserne til de ved overenskomst fastsatte takster og de af myndighederne fastsatte apoteksudsalgspriser.

Dermed har man allerede gennem sygesikringslovgivningen forudsat faste takster, ikke blot for de offentlige tilskud, men også for den del af honoraret/prisen, som borgerne selv skal betale.

Da apotekerne har monopol på salg af lægemidler, og da tilskud til praksiserhvervenes sundhedsydelser kun gives, såfremt ydelsen udføres af en behandler, der har forpligtet sig til at følge de overenskomstfastsatte takster, har man dermed udelukket enhver form for priskonkurrence på sundhedsydelser og medicin, jf. afsnit 3.3. om pris-, takst- og indtægtsreguleringer.

### **Ulige erhvervsvilkår**

For praksissektoren ligger der en yderligere begrænsning i kravet om, at sygesikringstilskud er betinget af, at ydelsen udføres af en overenskomstdækket behandler. Det betyder, at andre ellers fagligt fuldt kvalificerede behandlere vil have yderst vanskeligt ved at skabe det nødvendig patientgrundlag til, at en praksis kan løbe rundt. Dermed cementeres også begrænsningen i det absolutte antal udøvere, jf. afsnit 3.1. om adgangsreguleringer.

Selv om tilskudene i princippet følger patienten og er relateret til den enkelte ydelse, bortfalder retten til tilskudet i det øjeblik, patienten vælger en behandler, som af den ene eller anden årsag ikke har kunnet opnå overenskomsttilslutning.

Det gælder f.eks. på de fuldt anerkendte - men ikke-overenskomstdækkede - specialer inden for lægeområdet, hvor der er tradition for at lade behandlingerne udføre på sygehusene, uanset de lige så fagligt forsvarligt ville kunne udføres af en praktiserende speciallæge, og uanset undersøgelser (som f.eks. Sundhedsministeriets DRG-analyse for Nordjyllands amt) peger i retning af, at det offentliges udgifter vil kunne nedbringes betragteligt, hvis sådanne ambulante behandlinger blev foretaget i en speciallægepraksis.

Dermed afskæres speciallægepraksissektoren fra at konkurrere med sygehussektoren på lige vilkår for så vidt angår ambulante behandlinger, der kan udføres i begge sektorer.

Også på tandplejeområdet, har bestemmelserne medført urimelige og ulige konkurrence- og erhvervsvilkår ved helt at udelukke selvstændigt praktiserende tandplejere fra sygesikringssystemet.

Ganske vist er de ydelser, som en autoriseret tandplejer kan og må udføre i selvstændig praksis, omfattet af bekendtgørelsen om sygesikringstilskud til tandpleje. Men tilskud gives kun, hvis ydelsen udføres i en tandlægeklinik.

Det betyder, at patienter, der selv vælger eller henvises til en privatpraktiserende tandplejer, ikke kan få tilskud fra den offentlige sygesikring, mens der gives tilskud til nøjagtigt samme behandling hos en tandlæge - også selv om tandlægen lader en ansat tandplejer udføre behandlingen.

Den mulige konkurrence, man fra sundhedsmyndighedernes side har åbnet ved at gennemføre autorisationsloven for tandplejere, må dermed betragtes som illusorisk, når man samtidig udelukker, at erhvervsudøvelsen kommer til at foregå på lige vilkår.

De skadelige virkninger, der følger heraf, kan hverken på speciallægeområdet eller på tandplejeområdet begrundes i økonomiske, sundhedsfaglige eller andre hensyn, og der er da heller ikke fra myndighedernes side angivet nogen saglig eller rimelig forklaring på, hvad der nødvendiggør en offentlig regulering, der direkte giver enkelte sektorer eller erhvervsgrupper en konkurrencemæssig fordel på bekostning af andre.

Som et andet eksempel på tilskudsreguleringernes negative virkninger på erhvervsudøvelsen kan nævnes fodterapeutområdet, hvor kun ca. 25% af fodterapeuternes ydelser (behandling af sukkersygepatienter og patienter med ortonyxi) er dækket af den offentlige sygesikring.

Her kan velkvalificerede og autoriserede fodterapeuter, der alene på grund af de antalsmæssige begrænsninger er nægtet tilslutning til overenskomsten, se sig nødsaget til at henvise egne patienter til overenskomstdækkede kolleger, hvis patienten

udvikler en af disse sygdomme. I modsat fald vil patienten være afskåret fra at modtage tilskud til behandlingen.

Eksemplerne illustrerer, at man ved at gøre tilskud til identiske og lige fagligt forsvarligt udførte ydelser afhængigt af, hvem der udfører behandlingerne, skaber ulige og urimelige erhvervsvilkår for udøverne og samtidig begrænser brugerne i deres valg af behandler.

### **Kommunale konkurrenceforvridninger**

Ud over de begrænsninger, der følger af regelsættet omkring sygesikringssystemet, er der flere eksempler på tilsvarende konkurrencemæssige problemer som følge af kommunernes administration af sociallovgivningens regler om ydelse af personligt tillæg til økonomisk dårligt stillede.

Problemerne har vedrørt kommunernes fremgangsmåde ved fastsættelse af maksimaltilskud til tandprotetisk arbejde, der har medført en urimelig forskelsbehandling af de kliniske tandteknikere i forhold til tandlægerne.

Konkurrenceforvridningen opstår typisk ved, at kommunen indfører faste - men differentierede - takster for tilskud til identiske ydelser, afhængigt af, om arbejdet udføres af en tandlæge eller en tandtekniker.

Endelig er der - også inden for det tandprotetiske område - eksempler på, at kommunerne administrerer reglerne om omsorgstandpleje på en sådan måde, at patienterne ikke gives det frie valg af behandler, som ellers er forudsat i lovgivningen.

I stedet er der en tendens til, at kommunerne blot overfører de patienter, der er omfattet af ordningen, fra deres tidligere behandler til den kommunale tandpleje. Resultatet er, at den kommunale tandpleje får en klar konkurrencemæssig fordel på bekostning af både kliniske tandteknikere og praktiserende tandlæger, der dermed fratages en del af deres patientgrundlag.

## **3.3. Pris-, takst- og omsætningsreguleringer**

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

Som nævnt ovenfor, er det allerede via tilskudsreguleringerne forudsat, at der på sundhedsområdet fastsættes bindende priser og honorarer.

Fastsættelsen af de bindende priser og honorarer sker hovedsageligt efter forhandling med de respektive organisationer, og der er vel fra mange sider - også blandt udøverne - en tendens til at anse enhver form for konkurrence - og især priskonkurrence - som en "uetisk" adfærd, når det gælder sundhedsydelser.

Man skal imidlertid være opmærksom på, at når man helt udelukker mulig konkurrence, risikerer man samtidig at fjerne den enkelt udøvers incitament til at skabe kvalitets- og effektivitetsmæssige forbedringer, og hindrer dermed den mest optimale udnyttelse af både menneskelige og økonomiske ressourcer.

### **Apotekersektoren**

På apotekerområdet fastsættes de bindende priser med hjemmel i apotekerloven, hvorefter det er sundhedsministeren, der - efter udtalelse fra Lægemiddelstyrelsen - fastsætter regler for beregning af apotekernes priser ved salg af apoteksforbeholdte lægemidler.

Beregning af apotekernes udsalgspris sker efter en fast avanceskala og på grundlag af den apoteksindkøbspris, som producenten/importøren efter lægemiddeloven har pligt til at indberette til Lægemiddelstyrelsen.

Ud over denne pris- og avanceregulering indeholder apotekerloven bestemmelser, der yderligere regulerer apotekernes indtægtsforhold. Der er således regler for apotekernes samlede bruttoavance samt regler for udligning af apotekernes indtægtsgrundlag.

Ifølge reglerne, der fastsættes efter aftale mellem sundhedsministeren og Danmarks Apotekerforening, fastsættes en årlig beløbsgrænse, i forhold til hvilken apotekeren henholdsvis betaler en afgift/modtager tilskud, alt efter om hans omsætning ligger over eller under denne beløbsgrænse.

Dermed er der lagt så stramme økonomiske rammer for apotekernes erhvervsudøvelse, at muligheden for en effektiv og mere tidssvarende udvikling af erhvervet må anses for yderst begrænset.

### **Praksissektoren**

Inden for praksissektoren fastsættes de bindende honorarer for tilskudsdekkede ydelser i overenskomsterne, der er indgået

mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de respektive organisationer.

På lægeområdet dækkes ydelserne fuldt ud af det offentlige, og der kan være mange argumenter både for og imod dette gratis-princip.

Under alle omstændigheder er en af konsekvenserne af de bindende honorarer - såvel på lægeområdet som på de områder, der kun er delvist offentligt finansieret - at udøvernes incitament til at foretage særlige service-, kvalitets og effektivitetsforbedringer mindskes.

Lige så vel, som udøverne ingen mulighed har for at lade effektivitetsfordele komme patienterne til gode i form af lavere priser, har de heller ingen mulighed for - mod et eventuelt højere honorar - at konkurrere på kvalitet og service.

Ud over de bindende honorarer, findes der på speciallægeområdet overenskomstfastsatte regler, der sætter begrænsninger for omsætningen i den enkelte speciallægepraksis.

Reglerne, der populært betegnes knækmodeller, består af et afregningssystem, hvorefter sygesikringens honorarsatser reduceres i takt med, at speciallægens omsætning i løbet af året når nærmere fastsatte beløb.

En sådan omsætningsbegrænsning hindrer den effektivitet, der vil kunne opnås gennem specialiseringsfordele, og virker i øvrigt som et forsøg på at bremse tilgangen til de mest efterspurgte speciallægepraksis, hvormed der lægges yderligere begrænsninger i patienternes mulighed for selv at vælge læge og lægens incitament til kvalitets- og effektivitetsforbedringer.

Endelig kan nævnes tandlægeområdet, hvor de bindende honorarers negative virkninger forstærkes af yderligere begrænsninger i erhvervsfriheden, der betyder, at tandlæger også fratages muligheden for at yde en individuel service over for patienterne ved at taksere dyre behandlinger under en billigere ydelseskategori, jf. afsnit 3.4. om adfærdsreguleringer.

## 3.4. Adfærdsreguleringer

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

Bortset fra speciallægeoverenskomsterne indeholder alle sygesikringsoverenskomster krav om, at udøveren skal være medlem af den relevante faglige organisation for at kunne etablere sygesikringspraksis.

Kravet medfører, at autoriserede behandlere, der får mulighed for at opnå ydernummer, og som i øvrigt er indstillet på at opfylde de overenskomstmæssige forpligtelser, alligevel er udelukkede fra at praktisere for den offentlige sygesikring, hvis de af den ene eller anden årsag ikke ønsker at være medlem af den pågældende organisation.

Der er således tale om et væsentligt indgreb i såvel erhvervsfriheden som den enkeltes frihed til selv at bestemme sit organisatoriske tilknytningsforhold.

Derudover giver det de etablerede foreninger en position, der gør det yderst vanskeligt for alternative fagforbund at blive accepteret som forhandlings- og høringsberettiget part i sundhedsfaglige sammenhæng.

### Tandlægeoverenskomstens kontrolbestemmelser

Set i sammenhæng med de bindinger der ligger i sygesikringssystemets tilskuds- og takstreguleringer, jf. afsnit 3.2. og 3.3., indeholder tandlægeoverenskomsten nogle restriktive kontrolbestemmelser, der lægger yderligere begrænsninger for tandlægenes erhvervsfrihed.

Bestemmelserne sigter mod at kontrollere, om den enkelte tandlægepraksis' gennemsnitlige ydelsesantal pr. patient svarer til det samlede amts gennemsnit, og det kræves, at alle tandlæger holder sig inden for de statistiske rammer, idet afvigelser fra gennemsnittet på én eller flere af de tilskudsberettigede ydelseskategorier med 40% eller derover kan sanktioneres.

Det specielle for tandlægeoverenskomsten er, at der ikke alene er tale om kontrol med stigende udgifter, men at afvigelserne heller ikke må ske i nedadgående retning.

Det betyder, at tandlæger, der i fuldt nødvendigt omfang udfører en ydelse - som f.eks. paradontalforebyggelse - men som ikke ønsker at tage særskilt honorar for ydelsen, og derfor rubricerer den under kategorien klinisk undersøgelse/tandrensning, risikerer bod og i værste fald udelukkelse fra overenskomsten, såfremt de dermed kommer til at afvige fra de statistiske gennemsnitstal.

Dermed fratages tandlægerne også muligheden for selv at vurdere, om de ser en konkurrencemæssig fordel i at lade dyre ydelser indgå i og rubricere under billigere ydelser.

### Reklamebegrænsninger for praksiserhvervene

De gældende autorisationslove for læger, kiropraktorer, tandlæger, kliniske tandteknikere og tandplejere indeholder nogle yderst restriktive reklamebestemmelser, mens de øvrige praksiserhverv alene er underkastet bestemmelser, der svarer til markedsføringslovens principper.

De fem nævnte erhverv må i reklamer stort set kun oplyse deres stilling, virksomhedens navn, adresse, træffetid samt eventuel tilslutning til overenskomst med det offentlige.

Udøverne er således totalt afskåret fra at markedsføre sig og dermed konkurrere på kvalitet og service mv. samt på priser, f.eks. for de ydelser, der falder uden for sygesikringens faste honorartakster.

Forslag til ændring af disse reklamebestemmelser er dog fremsat i marts 1997.

Lovforslaget tager udgangspunkt i betænkning 1310/1996 om regulering af reklameadgangen for sundhedsydelser og indebærer en vis liberalisering af reklameadgangen for de fem erhverv, der i dag er underkastet meget restriktive bestemmelser.

Da lovforslaget sigter mod en ensartet reklameadgang for alle sundhedserhverv, vil det til gengæld - hvis det vedtages i sin nuværende form - medføre en klar indskrænkning i reklameadgangen for de sundhedserhverv, der hidtil - og uden problemer - alene har været underkastet bestemmelser, svarende til markedsføringslovens principper. Eksempelvis vil nogle erhverv blive afskåret fra markedsføre sig med oplysninger om arbejdsområder, der har en helt relevant informationsværdi for patientens valg af behandler.

Konkurrencerådet har i forbindelse med de lovforberedende arbejde påpeget de konkurrencemæssige skadevirkninger heraf og bl.a. anbefalet, at formålet om ensartethed afvejes med hensynet til de enkelte erhvervs/ydelsers forskellighed.

Ifølge det nu fremsatte lovforslag har Sundhedsministeriet imidlertid ikke ønsket at følge Konkurrencerådets anbefalinger.

## 4. Branchegennemgang

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

### 4.1. Alment praktiserende læger

Den offentlige sygesikring dækker udgifterne til sygdomsbehandling og det forebyggende arbejde, der er omfattet af landsoverenskomsten om almen lægegering. Ifølge Sygesikringens Forhandlingsudvalg var der pr. 31. december 1995 3.354 alment praktiserende læger fordelt på 2.248 praksis tilknyttet den offentlige sygesikring. Det offentliges samlede udgifter til almen praksisudgjorde ifølge Danmarks Statistik ca. 4.030 mio. kr. i 1995.

Muligheden for at etablere sygesikringspraksis er afhængig af helt fastlagte rammer, der er baseret på en vurdering af behandlingskapacitet samt patientgrundlag inden for nærmere bestemte praksisområder.

På denne baggrund foretager amtskommunerne (inkl. Københavns og Frederiksberg kommuner) årligt en klassifikation af praksisområderne som åbne og lukkede områder. Som udgangspunkt vil et område altid være lukket, hvis nynedsættelse af en læge indebærer, at det gennemsnitlige antal gruppe 1-sikrede pr. læge falder til under et nærmere fastsat antal.

Som konsekvens af klassifikationen af praksisområder er der i overenskomsten indarbejdede specifikke regler for overdragelse af praksis, generationsskifte, ansættelse af ekstra arbejdskraft, åbning og lukning for tilgang af patienter, flytning af praksis etc.

Praksisregulering forelægges for og godkendes af særlige, paritetisk sammensatte samarbejdsudvalg, der er nedsat i henhold til overenskomsten.

Praktiserende Lægers Organisation, Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Sundhedsministeriet begrunder reglerne om praksisregulering med, at det er vigtigt, at der på sygesikringsområdet eksisterer et system, der effektivt kan styre udgifterne til offentlig sygesikring og overholdelse af de aftalte økonomiske rammer samt en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne og behandlingskapaciteten. På lægeområdet, hvor der er tale om "gratisydelser", er der et behov for økonomisk styring for at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne, således at de sundhedspolitiske målsætninger kan opfyldes.

Overenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg kan kun tiltrædes af medlemmer af Praktiserende Lægers Organisation. Sygesikringsydelsen til patienterne er derfor betinget af, at den pågældende læge er medlem af Praktiserende Lægers Organisation. Bestemmelsen betyder, at den enkelte læge ikke selv kan bestemme sit organisatoriske tilhørsforhold, og hvis en læge ønsker at komme i betragtning til en almen praksis, skal ansøgningen til amtet ske via organisationen.

Til kravet om tvungent medlemskab af Praktiserende Lægers Organisation som betingelse for at kunne nedsætte sig i almen praksis, anfører Praktiserende Lægers Organisation, Sundhedsministeriet og Sygesikringens Forhandlingsudvalg, at bestemmelsen er en forudsætning for, at systemet kan fungere.

Dette begrundes med, at den enkelte patient ingen eller kun ringe mulighed har for at vurdere den behandling lægen giver. Der er derfor et særligt behov for, at myndigheder og lægelige organisationer i fællesskab fastsætter kravene til fagligt niveau. Hverken sundhedsmyndighederne eller organisationerne har nærmere angivet, hvorfor de sundhedsfaglige krav i autorisationslovgivningen ikke anses for tilstrækkelige.

Kravet om medlemskab begrundes også med, at systemet stiller betydelige krav om, at de samarbejdsorganer, der er etableret i henhold til overenskomsterne, kan varetage borgernes rettigheder på fuldt betryggende måde. Bl.a. anses det for en forudsætning for behandling af klager fra patienter og læger, at der er etableret samarbejdsformer mellem myndigheder og lægelige organisationer.

En ordning, hvorefter en læge får mulighed for at tilslutte sig overenskomsten uden at være medlem af vedkommende faglige organisation, menes desuden at kunne volde problemer i forhold til bestemmelserne om paritetiske udvalg og disses beføjelser, til bestemmelserne om honorarer og disses afregning og regulering, samt til kontrolforanstaltningerne og til ændring og opsigelse af overenskomsterne. På denne baggrund påpeges det, at overenskomstens funktion rækker videre end til at fastlægge rettigheder og pligter mellem de to overenskomstparter.

For de alment praktiserende læger er det i overenskomsten aftalt, hvilket basishonorar lægen modtager pr. patient pr. kvartal. Grundydelse for konsultation i dagtimerne og i vagttiden er også fastlagt. Endvidere er en række tillægsydelse og særydelse reguleret. Fælles for ydelserne gælder, at de udbetales til lægen af det offentlige og ikke til patienten. Det er endvidere hovedreglen, at ydelse er gratis for patienten.

Praktiserende Lægers Organisation har ikke kommenteret overenskomstens regulering af taksterne for lægeydelser.

Sundhedsministeriet gør opmærksom på, at der næppe findes eksempler på sundhedsvæsenet, der er baseret på effektiv priskonkurrence læger imellem. Sundhedsvæsenets finansieringskilder (forsikringsselskaber eller det offentlige) anvender i alle lande, ministeriet har kendskab til, andre midler til at begrænse priser og mængder. Ministeriet finder, at der dermed er solidt belæg for at antage, at det lykkes bedre, jo færre finansieringskilder der er, og bedst, hvor yderne - som i Danmark - står over for i hovedsagen kun én finansieringskilde. Endelig peger ministeriet på, at gruppe 2-systemet, hvor almen læge- og speciallægehjælp er uden for den overenskomstmæssige regulering, ikke ses at medføre lavere priser.

Overenskomsten indeholder endvidere bestemmelser, der regulerer og definerer lægebetjeningen i såvel dagtimerne som i vagttiden. Lægen skal fra mandag til fredag afholde konsultation hver dag med fast træffetid og/eller efter tidsbestilling. Træffetiden er normalt mellem klokken 8 og 16. Lægen kan holde konsultation senere end det anførte tidsrum af hensyn til patienter, der ikke har mulighed for at komme i den normale konsultationstid. Endvidere regulerer overenskomsten tilrettelæggelsen af lægebetjeningen uden for dagtiden.

Praktiserende Lægers Organisation henviser til, at det er en målsætning, at patienterne skal have mulighed for hjælp i hele døgnnet ved akut opstået sygdom. Det er ikke muligt for den enkelte læge at stå til rådighed i alle døgnets timer, og der er derfor et behov for, at denne ydelse løftes kollektivt. Det kollektive ansvar kan ikke løftes uden deltagelse af den gruppe af læger, der bærer ansvaret, dvs. de alment praktiserende læger i vagtområdet. Vagtordningen indebærer, at den enkelte læge på den ene side afgiver kompetence, men på den anden side sikres rettigheder, der ellers ikke kunne være opnået. Da der er sammenhæng mellem lægeordningen i dagtimerne og aftentimerne, finder organisationen det nødvendigt, at det er den samme organisation, der tegner lægerne.

Sundhedsministeriet og Sygesikringens Forhandlingsudvalg har ikke kommenteret reguleringen af lægebetjeningen i dagtimerne og i vagttiden.

Reklamer for lægevirksomhed må i medfør af lov om udøvelse af lægegerning kun ske ved meddelelse af navn, stilling, adresse, træffetid, herunder fravær fra praksis, køn og alder samt om eventuel speciallægeanerkendelse, om eventuelle særlige adgangsforhold til konsultationen og eventuel tilslutning til overenskomst med det offentlige.

Praktiserende Lægers Organisation anfører, at lovreguleringen tilgodeser patienternes behov for oplysning om sektorens udbydere. Yderligere mulighed for at reklamere vil efter organisationens opfattelse skabe falske forventninger og en reklameudgift, der er uden sundhedsfaglig værdi.

Ifølge Sundhedsministeriet er reklameadgangen begrænset, fordi lægerne har en større faglig viden end patienterne. Dette sammenholdt med, at lægerne får honorar pr. ydelse fra den offentlige sygesikring, betyder, at lægerne har incitament og mulighed for at påvirke efterspørgslen, fordi patienterne vil være påvirkelige af reklamer, der tilbyder et bedre helbred.

Lægers adgang til at yde lægehjælp på boinstitutioner efter bistanlovens § 112, stk. 1, er reguleret ved tillægsoverenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation. I følge denne overenskomst kan en praktiserende læge maksimalt have 100 patienter som alment praktiserende læge. Såfremt lægen har mellem 280 og 300 patienter på en sådan boinstitution, må han ikke have ydeligere patienter i praksis.

Ifølge Praktiserende Lægers Organisation har disse bestemmelser til hensigt at sikre en rimelig kvalitet for patienterne og rimelige arbejdsvilkår for lægen. Specielt for patienter på boinstitutioner gælder det, at der er grund til at sikre patienterne en trykthed ved de ydelser, der leveres af den praktiserende læge. Det er i den forbindelse organisationens opfattelse, at patienterne - uanset egenbetaling eller ej - ikke vil have mulighed for at vurdere de lægelige ydelser.

Sundhedsministeriet og Sygesikringens Forhandlingsudvalg har ikke kommenteret regelsættet vedrørende boinstitutioner.

## 4.2. Speciallæger

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

Det er hovedmålsætningen med overenskomsten mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og speciallægerne at sikre befolkningen adgang til speciallægehjælp efter sygesikringslovens bestemmelser ved hovedsagelig fuldtidspraktiserende speciallæger. Ifølge Sygesikringens Forhandlingsudvalg var der pr. 31. december 1995 1.432 praktiserende speciallæger tilknyttet den offentlige sygesikring, hvoraf ca. halvdelen var fuldtidspraktiserende. Det offentliges samlede udgifter til speciallægeydelser udgjorde ifølge Danmarks Statistik ca. 1.352 mio. kr. i 1995.

Også i speciallægeoverenskomsterne, er der fastsat bestemmelser om praksisregulering. Ifølge disse bestemmelser skal der gives særlig tilladelse til nedsættelse i praksis. Denne tilladelse er baseret på en udarbejdet praksisplan. Amterne kan også beslutte at indskrænke antallet af speciallægepraksis i henhold til den samlede planlægning, f.eks. når den samlede kapacitet inden for specialet findes klart at overstige det aktuelle og forventede behov eller på grund af strukturelle eller andre forhold. Amtskommunen skal desuden godkende flytning af praksis og kan anmode lægen om flytning af praksis.

Endvidere er honoreringen gennemgribende reguleret i overenskomsterne, der er indgået med speciallægerne. Der gælder det særlige for speciallægerne, at der alene ydes fuldt honorar indtil en øvre omsætningsgrænse. Herefter sker der en procentuel nedsættelse af honoraret: den såkaldte "knækmodel". Denne model betyder, at speciallægen, i det øjeblik den øvre grænse er nået, enten må sætte honoraret ned eller afvise at modtage flere patienter.

De kommentarer, Sundhedsministeriet og Sygesikringens Forhandlingsudvalg har fremsat i forbindelse med gennemgangen af de alment praktiserende lægers forhold, er også dækkende for så vidt angår de aftalte forhold omkring speciallægernes praksisregulering og takstregulering.

Foreningen af Speciallæger har udtalt, at overenskomsternes hovedformål er at sikre en budgetsikkerhed for de offentlige finanser. Da sundhedsministeren skal godkende overenskomsterne, finder foreningen det nærliggende at antage, at dette hovedformål er udtryk for en national politik, som også omfatter, at speciallægeydelser skal være gratis. Gratisprincippet medfører, at en af de mest afgørende forudsætninger for at analysere og regulere praksisområdet ud fra en markedsmodel bortfalder. Foreningen finder dog ikke dermed, at det nuværende overenskomsts system er udtryk for det optimale. Nedenfor er opregnet nogle områder, hvor det efter foreningens opfattelse er muligt at overveje og ændre begrænsningerne i reguleringen af speciallægepraksis.

Foreningen af Speciallæger og Sygesikringens Forhandlingsudvalg har undertegnet nogle økonomiprokollater med det formål, at en meromsætning i forhold til forudsætningen for overenskomsten skal kompenseres ved begrænsninger i enten antallet af ydelser eller priserne på dem - den såkaldte "knækmodel". Det er foreningens opfattelse, at selv uden disse protokollater vil der være en høj grad af budgetsikkerhed fordi en overskridelse af budgettet i sig selv vil give anledning til en forhandling mellem parterne.

Desuden anfører foreningen, at det fortsat må være et krav, at speciallægeydelser leveres af specialistuddannede læger, og at der for en række specialer opretholdes et praksistilbud, der for patienterne opleves som et reelt alternativ til sygehusene. Sker dette ikke, vil der ikke længere være en valgmulighed for patienterne, og dermed vil et væsentligt konkurrenceelement, som findes i det nuværende system, være forsvundet.

Praksis Sammenslutningen er en forening af læger (alment praktiserende læger og speciallæger), der i henhold til lov om udøvelse af lægegerning har tilladelse til at praktisere, og som driver praksis. Sammenslutningen har påpeget en række

forhold, som efter sammenslutningens opfattelse er konkurrencebegrænsende.

Det er sammenslutningens opfattelse at antalsmæssige adgangs begrænsninger bør fjernes, men at det formentlig ikke vil kunne gennemføres fra dag til dag, fordi man hermed vil risikere tab af betydelige værdier i form af investeringer i lægeklinikker. Således som de eksisterende begrænsninger gennem årene har påvirket det eksisterende marked, hvor lægerne selv hæfter for omkostninger og investeringer, medens honorarindtægterne for ca. 98 % af patienternes vedkommende er fastsat i overenskomster, vil disse tab alene blive båret af lægerne som privatpersoner, hvilket sammenslutningen ikke finder kan være rimeligt.

Herudover påpeger sammenslutningen det urimelige i, at retten til at nedsætte sig i praksis besværliggøres af, at en speciallæge, der har fået autorisation af Sundhedsstyrelsen i henhold til lægeloven, endnu engang skal godkendes som speciallæge af den offentlige sygesikring. Kravet om sygesikringens særskilte godkendelse gælder ydermere i tilfælde af, at speciallægen får brug for en vikar.

Som overenskomsterne er formuleret i dag, får lægen udbetalt honoraret for patienten. Dette princip er ifølge sammenslutningen en naturlig følge af, at der ikke reelt er frit lægevalg for andre end gruppe 2-patienter. Det er sammenslutningens opfattelse, at tilskuddet er patientens ret og skal følge patienten, såfremt et frit lægevalg skal være en reel mulighed i den danske sundhedssektor.

Princippet om, at lægernes ydelser er gratis for patienten, virker efter sammenslutningens opfattelse konkurrencebegrænsende. I den forbindelse påpeger sammenslutningen, at virksom konkurrence kun er mulig, hvis lægen har adgang til at sælge sin ydelse til den pris, som patienten vil betale under hensyntagen til ydelsens kvalitet og lægens service, sådan som det er tilfældet med gruppe-2 patienterne. Fri prisdannelse vil ganske vist betyde varierende honorarer, og at patienterne selv må yde en vis varierende egenbetaling. Men det må være patienternes egen afgørelse, om de ønsker at forsikre sig mod egenbetalingen, som gruppe-2 patienter i dag kan gøre det i Sygeforsikringen "danmark". For ikke at hindre patienterne i at få lægehjælp, anbefaler foreningen, at sygesikringstilskuddet er af en sådan størrelse, at egenbetalingen er overkommelig for den enkelte, uden at konkurrencen dermed bliver uvirksom.

Herudover peger sammenslutningen på det nuværende afregningssystem, hvorefter sygesikringens honorarsatser reduceres, når speciallægens omsætning i løbet af året når et nærmere fastsat beløb. Dette system finder sammenslutningen skader effektiviteten, idet det forhindrer opnåelse af specialiseringsfordele i behandlingen af forskellige sygdomme. Samtidig betyder indgrebene, at der i realiteten er lavere tilskud for samme behandling til den mest søgte speciallæge. Begrænsninger i omsætningen kan ikke begrundes i et hensyn til amternes mulighed for at styre sundhedsudgifterne. Der findes her i landet - efter sammenslutningens opfattelse - ingen saglige argumenter, f.eks. økonomiske beregninger, der kan begrunde en sådan opfattelse.

Endelig anfører sammenslutningen, at praksissektoren bør sikres mulighed for at konkurrere med sygehussektoren på lige vilkår for så vidt angår ambulante behandlinger, der kan udføres i begge sektorer. Dette kan ske ved at udskille ambulatorierne som selvstændige enheder med udgangspunkt i samme sygesikringstilskud. Speciallægepraksissektoren har også et økonomisk handicap i den forbindelse, idet denne sektor betaler moms uden refusions mulighed, hvorimod hospitalernes ambulatorier får momsen refunderet.

### 4.3. Psykologer

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

Den offentlige sygesikring giver delvist tilskud til psykologhjælp til en række i overenskomsten opregnede personkategorier. Fælles for personkategorierne er, at alle har været udsat for forskellige former for fysiske eller psykiske påvirkninger fra omverdenen, og at de som følge af denne påvirkning har behov for psykologbehandling. Ifølge Sygesikringens Forhandlingsudvalg var der pr. 31. december 1995 299 psykologer tilsluttet overenskomst med den offentlige sygesikring. Det offentlige samlede udgifter til psykologhjælp udgjorde ifølge Danmarks Statistik ca. 25 mio. kr. i 1995.

En psykolog, der ønsker at være omfattet af overenskomsten, skal stå til rådighed minimum 22 timer ugentligt og må ikke have ansættelse i et omfang, der overstiger 15 timer ugentligt.

Dansk Psykolog Forening anfører, at de nævnte timetal er analoge med arbejdstidsbestemmelserne for psykologer, der er omfattet af overenskomster på det offentlige og det private arbejdsmarked.

Midlerne til psykologhjælp bevilges over finansloven for et år ad gangen, og det bevilgede beløb er afgørende for, hvor mange psykologer der på landsplan kan opnå tilskud. Antallet af psykologer, der kan tiltræde overenskomsten i det enkelte amt, fastlægges i forhold til fordelingen af overenskomstens økonomiske midler. Baggrunden for den restriktive adgangsregulering er ifølge foreningen den begrænsede ret til at opnå psykologhjælp betalt af offentlige midler.

Det er foreningens opfattelse, at det er uheldigt, at midlerne til psykologhjælp, som fastsættes på finansloven, fordeles på de enkelte amter efter deres indbyggerantal og ikke som en konsekvens af efterspørgslen efter psykologhjælp.

Såfremt der i et amt ikke er det fastlagte antal overenskomstmeldte psykologer, skal der gennem opslag i fagbladet Psykolognyt indhentes anmodninger om tiltrædelse af overenskomsten.

I følge foreningen er det en praktisk foranstaltning, at annoncering efter psykologer sker i Psykolognyt. På denne måde sikres det, at psykologerne får alt relevant informationsmateriale. Bestemmelsen er ikke til hinder for, at der også annonceres i andre blade og tidsskrifter.

Psykolog Foreningen og Sygesikringens Forhandlingsudvalg udgiver en fortegnelse over de psykologer, der er tilsluttet sygesikringsoverenskomsten. I denne fortegnelse må psykologen højst anføre tre interesseområder. Interesseområderne er specificeret i overenskomsten.

Foreningen oplyser, at bestemmelsen ikke medfører begrænsninger i forhold til den personkreds, der kan få sygesikringstilskud, idet psykologerne blot kan anføre, at alle personkategorier modtages. Bestemmelsen er medtaget i overenskomsten efter ønske fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg, der har begrundet ønsket med hensynet til brugerne.

Flytning af klinik uden for amtet skal godkendes af det af amtet nedsatte bedømmelsesudvalg.

Begrundelsen for denne bestemmelse er at sikre, at der ikke tilknyttes flere psykologer til amtet end bevillingen giver mulighed for.

I psykologernes overenskomst med sygesikringen er der fastsat et honorar pr. ydelse. Der gælder det særlige, at der højst ydes tilskud til 12 konsultationer pr. sikret pr. behandlingsforløb.

Det aftalte honorar er en konsekvens af, at det offentlige yder et procentuelt tilskud til honoraret. Såfremt den enkelte psykolog selv fastsætter størrelsen på honoraret, ville de administrative vanskeligheder med ordningen efter foreningens opfattelse være uoverstigelige.

## 4.4. Tandlæger

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

Den offentlige sygesikring giver delvist tilskud til forebyggende og behandlende tandpleje. De tilskudsberettigede ydelser er nærmere defineret i bekendtgørelsen om tilskud efter sygesikringsloven til tandpleje.

Ifølge Sygesikringens Forhandlingsudvalg var der pr. 31. december 1995 2.718 praktiserende tandlæger, fordelt på 2.349 praksis, tilsluttet overenskomst med den offentlige sygesikring. De samlede offentlige udgifter til tandbehandling udgjorde ifølge Danmarks Statistik ca. 948 mio. kr. i 1995.

Der er ikke fastsat begrænsninger på antallet af tandlægepraksis, da Dansk Tandlægeforening har afvist et sådant krav om begrænsning.

Overenskomsten mellem Dansk Tandlægeforening og Sygesikringens Forhandlingsudvalg kan kun tiltrædes af medlemmer af Dansk Tandlægeforening. Aftaler ud over overenskomsten om ydelse af tandlægehjælp for den offentlige sygesikring kan ikke indgås, med mindre der er enighed herom mellem overenskomstens parter.

Ifølge bekendtgørelsen om tilskud til tandpleje er tilskud til behandling betinget af, at tandlægen har tilsluttet sig en godkendt overenskomst.

Bestemmelserne betyder, at den enkelte tandlæge ikke selv kan bestemme sit organisatoriske tilhørsforhold.

Dansk Tandlægeforening henviser på dette punkt til de synspunkter, som Sundhedministeriet og Sygesikringens Forhandlingsudvalg tidligere er fremkommet med.

Sygesikringens Forhandlingsudvalgs har givet udtryk for, at organisationspligten er en nødvendighed, idet overenskomsterne på flere punkter pålægger og giver parterne rettigheder, pligter og sanktioner, som forudsætter medlemskab af de respektive faglige organisationer.

Sundhedsministeriet anfører ligeledes, at sygesikringsoverenskomsterne er gensidigt bebyrdende aftaler, som pålægger overenskomstparterne pligter og rettigheder overfor hinanden. Som noget centralt tjener overenskomsterne også det formål at sikre en ramme for den økonomiske udvikling på sygesikringsområdet, ligesom der i udformningen af sygesikringsoverenskomsterne sker en konkret udmøntning af de sundhedspolitiske målsætninger for praksissektoren.

Disse forhold må efter Sundhedsministeriets opfattelse indebære krav om, at de omfattede ydere ikke alene er forpligtet af overenskomsten som enkeltpersoner, men at der også eksisterer en fælles forpligtelse til at medvirke til en generel udvikling på det pågældende sygesikringsområde i overensstemmelse med de målsætninger, der kommer til udtryk i overenskomsten.

Tandlægenes Nye Landsforening gør opmærksom på at bestemmelserne giver Dansk Tandlægeforening en monopolstilling inden for sygesikringsområdet for så vidt angår tandlægehjælp.

For landsforeningens medlemmer betyder sygesikringsoverenskomsten, at man kun kan nedsætte sig som privat praktiserende tandlæge under den offentlige sygesikring, såfremt man tegner medlemskab af begge foreninger.

Landsforeningen gør i den forbindelse opmærksom på, at foreningen blev dannet med udtrykkeligt sigte på at opnå suverænitet og handlefrihed i forhold til Dansk Tandlægeforening. Der er efter landsforeningens opfattelse intet belæg for at påstå, at det ikke skulle være muligt at aftale regler, der sikrer behørig efterlevelse af bestemmelserne i sygesikringsoverenskomsten - også i en situation, hvor en tandlæge uden medlemskab af Dansk Tandlægeforening har tiltrådt denne overenskomst.

Som en yderligere konsekvens påpeger Landsforeningen, at foreningen afskæres fra at deltage i det analysearbejde, der efter aftale mellem overenskomstens parter finder sted omkring den såkaldte "drop out problematik" (faldet i antallet af unge mellem 18-30 år, der går til tandlæge). Det er Landsforeningens opfattelse, at denne udelukkelse vil få negative virkninger for befolkningens tandsundhed og økonomien inden for sygesikringsområdet, fordi man dermed hindrer, at de positive erfaringer, man i foreningens regi har om den kommunale forebyggende og opsøgende tandpleje for aldersgruppen 0-18 år bliver inddraget i analysearbejdet.

Bekendtgørelse om tilskud til tandpleje fastsætter tilskuddet som en procentdel af de i overenskomsten fastsatte takster for behandlingen - til enkelte behandlinger er tilskuddet fastsat som et fast beløb, men stadig relateret til overenskomsttaksterne. I overenskomsten er der også fastsat takster for enkelte ydelser, hvor der ikke ydes refusion fra sygesikringen.

Systemet medfører, at der fastsættes takster både for størrelsen af sygesikringstilskuddet og for den del af honoraret, som borgerne selv skal betale.

Ifølge Dansk Tandlægeforening har overenskomstens parter været enige om, med tilslutning fra Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeren, at den procentvise tilskudsform har været den mest hensigtsmæssige, uagtet at Folketinget ved adskillige lejligheder i forbindelse med vedtagelse af Finansloven har ændret i forudsætningerne for overenskomstens indgåelse.

Der gøres i den forbindelse opmærksom på, at foreningen sammen med Sygesikringens Forhandlingsudvalg har nedsat et udvalg med deltagelse fra Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, der bl.a. skal vurdere mulighederne for at bruge andre fordelingsmodeller inden for tandplejen end den i dag anvendte. Det forventes, at udvalget kommer med en rapport i foråret 1997.

Reklamering for tandlægevirkosomhed må kun ske ved meddelelse af navn, stilling, adresse og træffetid, samt om eventuel tilslutning til overenskomst med det offentlige.

Dansk Tandlægeforening har henvist til sit høringssvar til udkast til lovforslag vedrørende reklamering for sundhedsydelser. Det fremgår heraf, at foreningen er enig i reklameudvalgets intentioner om at skabe ensartede reklamerings- og annonceringsregler for hele området. Foreningen finder derfor, at det er konkurrenceforvridende, at privathospitaler ikke er omfattet af lovudkastets annonceringsbestemmelser, idet nogle privathospitaler udbyder de samme behandlinger, som også udbydes af privatpraktiserende tandlæger.

Tandlægenes Nye Landsforening ser det nye lovforslag som en lempelse i adgangen til at reklamere for sundhedsydelser, men gør opmærksom på virkningen af at kunne reklamere med tilslutning til overenskomst med det offentlige, da det kun er medlemmer af Dansk Tandlægeforening, der vil have denne mulighed.

Overenskomsten mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Tandlægeforening indeholder også nogle kontrolbestemmelser, ifølge hvilke amtsrådets social- og sundhedsudvalg hvert år foretager opgørelser over antal tandlæger, antal patienter, samt antal overenskomstmæssige ydelser præsteret i det foregående regnskabsår.

Såfremt det viser sig, at en tandlæges gennemsnitlige antal ydelser pr. patient afviger med 40% eller derover fra det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient for samtlige praksis under ét, skal der foretages en undersøgelse af årsagen til det afvigende behandlingsmønster. Hvis det afvigende behandlingsmønster ikke ses, at være "rimeligt begrundet", kan den

enkelte tandlæge pålægges en bod og i værste fald udelukkes fra overenskomsten. Den enkelte tandlæges regninger danner grundlag for statistikken.

I undersøgelsen indgår ikke en påvisning af, om tandlægen rent faktisk har foretaget de fornødne behandlinger, og om dette er sket fuldt forsvarligt og i overensstemmelse med overenskomstens ydelsesbeskrivelse. Der indgår f.eks. ingen kontrol af den faktiske tandsundhedstilstand hos tandlægens patienter. Eventuelle sanktioner synes således alene baseret på en konstatering af, at tandlægen ikke har rubriceret behandlingerne under den rette ydelseskategori, og ikke inden for en nærmere angiven frist får rettet op på dette forhold.

Opfyldelse af overenskomstens sundhedsfaglige mål er altså ikke tilstrækkeligt. Hvis en tandlæge ikke ønsker at tage særskilt honorar for ydelserne, men i stedet lader dem indgå i og rubricere under en billigere ydelseskategori, er det forbundet med risiko for bod mv. - uanset det medfører en ikke uvæsentlig besparelse for både patienten og den offentlige sygesikring.

Dermed fratages tandlægerne også muligheden for selv at vurdere, om de ser en konkurrencemæssig fordel i at tilbyde ydelserne til et lavere honorar.

Ifølge Dansk Tandlægeforening er bestemmelserne udelukkende økonomiske kontrolbestemmelser, der skal sikre, at de økonomiske rammer overholdes - subsidiært, at afvigelser er fagligt begrundede. Foreningen er umiddelbart uforstående over for, at disse bestemmelser skulle være en hindring for, at tandlægerne frit kan yde individuel service overfor deres patienter uden at tage ekstra honorar herfor.

## 4.5. Tandplejere

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

Med loven om tandplejere, der trådte i kraft den 1. juli 1996, har tandplejere siden 1. august 1996 haft mulighed for få autorisation og udøve selvstændig virksomhed. Tidligere var tandplejere alene ansat i tandlægepraksis.

Dansk Tandplejerforening har ikke overenskomst med Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Det betyder, at der ikke ydes sygesikringstilskud til arbejde udført af privatpraktiserende tandplejere, mens der gives sygesikringstilskud til nøjagtigt samme behandling udført i en tandlægepraksis - også selvom tandlægen lader en ansat tandplejer udføre behandlingen.

Dette gælder også indirekte tilskud, dvs. hvis patienten henvises af en overenskomstilsluttet tandlæge, der fakturerer den samlede ydelse og står som den overordnet ansvarlige for behandlingen. Det betyder, at en tandlæge vanskeligt kan vælge at indgå samarbejde med en selvstændigt praktiserende tandplejer, fordi patienten så mister det tilskud til behandlingen, som vedkommende ellers ville have fået, hvis blot tandplejeren var ansat af tandlægen.

Dansk Tandplejerforening har overfor Sundhedsministeriet og Sygesikringens Forhandlingsudvalg tilkendegivet, at det vil være omkostningsneutralt at give tandplejerne sygesikringstilskud, fordi der ikke er tale om nye behandlingsformer, men om ydelser, der allerede er omfattet af bekendtgørelsen om tilskud til tandpleje.

Sundhedsministeriets begrundelse for de ulige vilkår mellem tandplejere og tandlæger er, at forskelsbehandlingen var kendt for Folketinget, da man vedtog autorisationsloven for tandplejere, og at der derfor er tale om en bevidst politisk beslutning.

Ifølge lov om tandplejere må reklamering kun ske ved meddelelse af navn, stilling, adresse og træffetid samt om eventuel tilslutning til overenskomst med det offentlige.

Dansk Tandplejerforening finder, at reklameringsbegrænsningen medfører en stor hindring i etablerings- og erhvervsfriheden for tandplejerne.

Specielt i etableringsfasen er det nødvendigt at kunne reklamere med, hvad en tandplejerklinik er. Kommende klienter skal kunne se, hvad det er for en slags ydelser, klinikken leverer, for at klienterne frit kan vælge mellem en tandlægeklinik og en tandplejerklinik. Alt andet er at vildlede klienten. Dette forstærkes af, at tandplejerne ikke kan oplyse om priser for ydelserne.

## 4.6. Kliniske tandteknikere

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

Virksomhed som klinisk tandtekniker er ikke reguleret gennem sygesikringsystemet, og der ydes ikke tilskud efter sygesikringsloven til tandprotetisk arbejde.

Derimod ydes der tilskud i medfør af sociallovgivningens bestemmelser om ydelse af personligt tillæg til økonomisk dårligt stillede. Maksimaltilskudet til tandprotesearbejde fastsættes af de enkelte kommuner, hvilket i flere tilfælde har givet sig udslag i en forskelsbehandling mellem tandlæger og kliniske tandteknikere.

Forskelsbehandlingen har især udmøntet sig på to måder. Den ene er, at kommunen indfører faste - men differentierede - takster for tilskud til identiske ydelser, afhængigt af, om arbejdet udføres af en tandlæge eller en klinisk tandtekniker. Den anden fremgangsmåde er at gøre tilskud til protesebehandling hos en tandtekniker betinget af, at den pågældende tandtekniker har indgået lokal overenskomst/honoraraftale med kommunen, hvor honorarerne ligeledes afviger fra de tilskud, der ydes for tilsvarende behandling hos tandlæger, og hvor tandteknikeren typisk fraskriver sig muligheden for at efterkomme en klients ønske om supplerende ydelser mod egenbetaling.

Landsforeningen finder en sådan forskelsbehandling urimelig og til stor gene for den frie konkurrence og tillige som værende et forsøg på at påvirke patienternes frie valg af behandler.

For de kommuner, der tillige kræver overenskomst, er der efter landsforeningens opfattelse også tale om diskriminering af de kliniske tandteknikere, som ikke har ønsket at tilslutte sig kommunens overenskomstkrav.

Det, der ofte sker i den forbindelse, er, at kommunen vejleder patienterne til at bruge/skifte til en af de overenskomstilsluttede tandteknikere, idet man orienterer om, at patienten i modsat fald vil risikere en betragteligt større egenbetaling.

Endvidere gør landsforeningen opmærksom på, at der er opstået visse problemer med hensyn til kommunernes administration af bestemmelserne om omsorgstandpleje. Som udgangspunkt finder landsforeningen, at lovgivningen om omsorgstandpleje er udmærket, men at kommunerne ofte ikke respekterer, at patienterne skal stilles over for et reelt frit valg af behandler. Dette har betydning for både de privatpraktiserende tandlæger og i særlig høj grad for de kliniske tandteknikere, da ca. 30% af de omfattede patienter har helprotese og mere end 90% af behandlingerne i omsorgstandplejen har at gøre med tandproteser.

Den enkelte kommune, som koordinerer ordningen, skal sikre, at patienten konkret vælger, dels om den enkelte ønsker tilmelding til omsorgstandplejen, og dels om behandlingen ønskes foretaget af enten den kommunale tandpleje, praktiserende tandlæge eller klinisk tandtekniker.

Dette sker ifølge landsforeningen desværre sjældent i praksis, hvilket ofte medfører, at patienten overføres fra tidligere behandler til den kommunale tandpleje.

Landsforeningen finder, at kommunernes praksis er konkurrenceforvridende, og at der er tale om en umyndiggørelse af patienterne, når de ikke får mulighed for at fortsætte deres tidligere tandplejevaner hos kliniske tandteknikere.

Loven om kliniske tandteknikere fastsætter endvidere, at reklamering kun må ske ved meddelelse af navn, stilling, adresse og træffetid samt eventuel tilslutning til overenskomst med det offentlige.

Landsforeningen henviser på dette punkt til betænkningen fra udvalget om regulering af reklameadgangen for sundhedsydelser. Landsforeningen giver her udtryk for, at den ikke kan tilslutte sig en udvidelse af adgangen til at reklamere, som giver mulighed for at reklamere med prisangivelser. Landsforeningen finder, at en reklamering med priser generelt vil være mere vildledende end vejledende for befolkningen, idet de individuelle ydelser ikke umiddelbart er sammenlignelige.

Landsforeningen ser imidlertid gerne en udvidelse af mulighederne for at reklamere, for så vidt angår oplysninger om særlige behandlingsformer, uddannelse og autorisation.

## 4.7. Fysioterapeuter

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

Sygesikringen yder efter lægehenvielse delvist tilskud til fysioterapeutisk behandling. Til særlige grupper af svært handicappede personer ydes fysioterapeutisk behandling vederlagsfrit for patienten.

Ifølge Sygesikringens Forhandlingsudvalg var der pr. 31. december 1995 1.445 praktiserende fysioterapeuter, fordelt på 1.386 praksis, tilsluttet overenskomst med den offentlige sygesikring. De samlede offentlige udgifter til fysioterapeutisk

behandling udgjorde ifølge Danmarks Statistik ca. 340 mio. kr. i 1995.

Ifølge Landsoverenskomsten mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter udarbejder de enkelte amter en plan for tilrettelæggelsen af den fremtidige fysioterapeutiske betjening i amtet. Praksisplanen udarbejdes på grundlag af en praksisbeskrivelse af den eksisterende kapacitet, samt en ydelsesoversigt over præsterede ydelser fordelt på de enkelte praksis i amtet. Nynedsættelse forudsætter godkendelse i amtet, hvilket sker efter indstilling fra samarbejdsudvalget. Det skal ligeledes godkendes, såfremt en fysioterapeut ønsker at udvide sin behandlingsskapacitet ved at ansætte en fysioterapeut i sin praksis.

Ifølge Danske Fysioterapeuter sættes der gennem bestemmelserne om praksisregulering og amternes pligt til at udarbejde en praksisplan, kvalitative og kvantitative mål for den fysioterapeutiske betjening i det enkelte amt. Herigennem tilsigtes det, at der etableres behandlingstilbud til alle borgere i et amt. Demografisk og geografisk mindre attraktive områder for klinikdrift sikres herved et veldefineret og integreret behandlingstilbud i nærmiljøet.

Bekendtgørelse om tilskud til fysioterapeutisk behandling fastsætter, at tilskud er betinget af, at den pågældende fysioterapeut er tilsluttet en godkendt overenskomst, og ifølge den gældende overenskomst kan alene medlemmer af Danske Fysioterapeuter tiltræde overenskomsten. Det betyder, at den enkelte fysioterapeut ikke har reel mulighed for selv at bestemme sit organisatoriske tilhørsforhold.

Ifølge foreningen har bestemmelserne en ordensmæssig hensigt. Ved en tilsikring af, at fysioterapeuterne er tilsluttet en overenskomst, der normalt dækker tilskudsberettiget behandling, har man skabt et fælles fundament. Gennem overenskomsten får fysioterapeut og patient en fælles referenceramme, uanset hos hvem og hvor i landet en behandling foregår.

Overenskomsten indeholder bestemmelser om sanktioner, som kan iværksættes i tilfælde af, at de paritetiske amtslige samarbejdsudvalg eller landssamarbejdsudvalget finder, at en fysioterapeut har overtrådt overenskomsten. Det kan f.eks. være i tilfælde af patientklager og i forbindelse med krav om tilbagebetaling, regningsspørgsmål mm. Ifølge foreningen vil det ikke være muligt at kontrollere og håndhæve de ordensbestemmelser, som er med til at sikre patienterne en kvalitativ og etisk forsvarlig behandling uden et krav om tilknytning til overenskomsten og medlemskab af foreningen. Endvidere er det foreningens opfattelse, at den faglige udvikling, fysioterapeuternes efteruddannelse og kommunikationen mellem behandlere er helt afhængig af, at fysioterapeuterne har et organisatorisk fællesskab.

Bekendtgørelse om tilskud til fysioterapeutisk behandling fastsætter tilskuddet som et fast beløb pr. behandlingsmodul med henvisning til, at de nærmere vilkår for tilskud til behandling er fastsat i den af sundhedsministeren godkendte overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter.

Ifølge foreningen sikres det i princippet ved central fastsættelse af takster, at patienter og behandlere er stillet ens overalt i landet. Det mener foreningen giver gennemsigtighed og mulighed for kvalitetssammenligning, som patienterne reelt kan udnytte - og faktisk udnytter - via det frie valg af fysioterapeut.

Sygebehandling bør efter foreningens mening vurderes på kvaliteten af ydelsen og patientens tilfredshed med behandlingen - ikke på, om den ene behandler sætter sig i stand til at underbyde andre.

## 4.8. Kiropraktorer

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

Den offentlige sygesikring yder delvist tilskud til kiropraktisk behandling uden forudgående lægehenvielse. Der kan maksimalt gives tilskud til 5 behandlinger og 1 røntgenundersøgelse inden for 12 på hinanden følgende måneder. I forbindelse med forebyggende behandlinger kan der dog ydes tilskud til 6 behandlinger.

Ifølge Sygesikringens Forhandlingsudvalg var der pr. 31.december 1995 244 praktiserende kiropraktorer, fordelt på 206 praksis, tilsluttet overenskomst med den offentlige sygesikring. De samlede offentlige udgifter til kiropraktisk behandling udgjorde ifølge Danmarks Statistik ca. 56 mio. kr. i 1995.

Amtet vurderer årligt den kiropraktiske behandlingsskapacitet og træffer beslutning om nynedsættelser. Kontaktudvalget, som er et paritetisk sammensat udvalg, afgiver hvert år indstilling vedrørende den kiropraktiske behandlingsskapacitet i amtet og om, hvilken kiropraktor der kan få tilladelse til at tiltræde overenskomsten, herunder om nynedsættelser skal ske i form af udvidelse af eksisterende praksis.

Ifølge Dansk Kiropraktorforening er alternativet til praksisreguleringen en offentlig ansættelse af kiropraktorerne, i hvilken

situation arbejdsgiverens ledelsesret vil slå igennem. Foreningen finder, at reguleringen sikrer et tilstrækkeligt antal kiropraktorer i forhold til befolkningens behov, og dermed at tilbud om behandling ikke dikteres af økonomiske overvejelser hos den enkelte yder på sundhedsområdet.

Ifølge bekendtgørelsen om tilskud til kiropraktisk behandling er tilskud betinget af, at den pågældende kiropraktor er tilsluttet landsoverenskomsten. Ifølge overenskomsten mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Kiropraktorforening er det kun medlemmer af Dansk Kiropraktorforening, der kan tilslutte sig overenskomsten. Det betyder, at den enkelte kiropraktor ikke har reel mulighed for selv at bestemme sit organisatoriske tilhørsforhold.

Der er foreningens opfattelse, at overenskomsten indeholder sådanne forpligtelser for den enkelte erhvervsudøver, som ikke ville være tænkelige, hvis der ikke til forpligtelserne hørte et krav om medlemskab af den organisation, der har indgået forpligtelserne, idet det så ikke ville være muligt at sanktionere overtrædelse af de gældende forpligtelser.

Bekendtgørelsen om tilskud til kiropraktisk behandling fastsætter tilskuddet som en procentdel af de i overenskomsten fastsatte takster. Der ydes et tilskud på 30% til behandling og 25% til røntgenundersøgelse. Den procentvise fastsættelse af tilskuddet medfører, at der er fastsat takster både for størrelsen af sygesikringsandelen og for den del af honoraret, som borgerne selv skal betale.

Foreningen så gerne, at der var fuldt tilskud til kiropraktisk behandling ligesom på lægeområdet.

Efter lov om kiropraktorer må reklamering for kiropraktorvirksomhed kun ske ved meddelelse af navn, stilling, adresse og træffetid samt om eventuel overenskomst med det offentlige.

Foreningen lægger vægt på, at der bliver en ensartet reklameadgang for kiropraktorer og andre sammenlignelige sundhedserhverv.

## 4.9. Fodterapeuter

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

Der ydes delvist tilskud til to former for fodterapeutisk behandling - fodbehandling af sukkersygepatienter og behandling af patienter med oronyxi (nedgroede negle). Disse to former for behandling udgør skønsmæssigt ifølge Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter 25% af de ydelser, som præsteres af statsautoriserede fodterapeuter. De forhold, der er offentligt reguleret, vedrører alene fodbehandlinger til persongrupper, hvor der ydes tilskud.

Ifølge Sygesikringens Forhandlingsudvalg var der pr. 31. december 1995 685 fodterapeuter, fordelt på 645 praksis, tilsluttet overenskomst med den offentlige sygesikring. De samlede offentlige udgifter til fodbehandling udgjorde ifølge Danmarks Statistik ca. 28 mio. kr. i 1995.

Landsforeningen har ikke ønsket at kommentere de nedennævnte bestemmelser.

Ifølge bekendtgørelse om tilskud til fodbehandling er tilskud betinget af, at fodterapeuten er tilsluttet en godkendt overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter, dvs. den enkelte fodterapeut skal være tildelt et ydernummer.

Tildeling af ydernummer sker efter godkendelse i det enkelte amt. Ifølge et protokollat til overenskomsten er parterne enige om at henstille til amterne, at der etableres et planmæssigt grundlag for den vurdering, der danner baggrund for tildeling af ydernummer.

Overenskomsten mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter kan kun tiltrædes af praktiserende autoriserede medlemmer af foreningen. Det betyder, at den enkelte statsautoriserede fodterapeut ikke har reel mulighed for selv at bestemme sit organisatoriske tilhørsforhold.

Bekendtgørelsen om tilskud til fodbehandling fastsætter tilskuddet som en procentdel af de takster, der er fastsat i den gældende overenskomst. Det medfører, at der er fastsat takster både for størrelsen af sygesikringstilskuddet og for den del af honoraret, som borgerne selv skal betale.

## 4.10. Apotekererhvervet

## "Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

Apotekerne er det helt centrale element i detaildistributionen af lægemidler. Apotekerne, der er privatejede, har en eneret på forhandlingen af lægemidler. Udlevering af lægemidler til forbrugerne må kun ske gennem landets 291 apoteker. Antallet af steder, hvorfra der kan sælges lægemidler, er dog langt større, da der til mange apoteker er knyttet filialer og udsalg. I praksis kan der købes lægemidler på ca. 1750 steder, hvoraf ca. 480 er fagligt betjente apoteksenheder.

Parallelt til de private apoteker er der på sygehusene oprettet 20 sygehusapoteker, der ud over at betjene sygehuset også kan distribuere lægemidler til andre sygehuse. Sygehusapotekerne må ikke udlevere lægemidler direkte til forbrugerne til den fortsatte behandling efter udskrivning fra sygehuset.

Det samlede forbrug af lægemidler beløb sig til 8,1 mia. kr. i 1996. Af dette forbrug distribueres ca. 80% i primærsektoren og ca. 20% i sygehussektoren. I primærsektoren udgør receptpligtig medicin ca. 88%, og håndkøbsmedicin ca. 12% af forbruget.

Lægemedelsektoren er gennemreguleret på alle væsentlige områder. Det gælder for forskning og udvikling, produktion, distribution, udlevering af medicin, forbrug mm. Reguleringsaktiviteterne er omfattende og indeholder aktiviteter af såvel teknisk, økonomisk som indtjeningsmæssig karakter. Af reguleringsaktiviteter kan nævnes godkendelse af lægemidler, patentrettigheder, regler for produktion, regler for emballage, regler for markedsføring, regler for parallelimport, lægernes ordinationsret, pris- og avancefastsættelse, opdeling i receptpligtig og håndkøbsmedicin, tilskudsfastsættelse samt apotekernes etableringsforhold, indkomstforhold osv.

Reguleringen af apotekervæsenet er meget traditionsrig. Adgangen til at drive apotekervirksomhed kræver en særlig bevilling, der kan henføres til et privilegium, der har været i kraft fra før 1672. Reguleringen af erhvervet har siden udviklet sig til at være et meget indviklet reguleringssystem, der fastsætter spillereglerne for apotekererhvervet ned i mindste detalje, såvel teknisk, sikkerhedsmæssigt som økonomisk.

Det fremføres om apotekersystemet ved den seneste lovændring, at det nuværende system fastholdes som grundlag for fremtidens apotekervæsen. Begrundelserne herfor er bl.a., at distributionen af lægemidler til forbrugerne sker forsvarligt og sikkert, at forbrugerne sikres rimelig let adgang til at købe lægemidler selv i tyndt befolkede områder, og at der skabes sikkerhed for, at apotekerne yder den nødvendige rådgivning og information i tilknytning til forhandling af lægemidler. Enhvidere begrundes opretholdelsen af det nuværende system med, at det gældende bevillingssystem og ordningen med fastsættelse af apotekernes bruttoavancesystem sikrer samfundets indflydelse på sektorens ressourceforbrug, og dermed at lægemiddeldistributionen sker til rimelige samfundsøkonomiske omkostninger.

Danmarks Apotekerforening, der varetager apotekernes interesse på området, går i det store hele ind for en apotekssektor, der er reguleret af myndighederne, hvor apotekerforeningen kan bevare den kollektive forhandlingsret over for myndighederne, og apotekerne kan bevare eneretten til salg af lægemidler. Foreningen er åben over for initiativer, der går i retning af øget rammestyrelse og selvforvaltning inden for reguleringens rammer.

Der er således ikke hos politikere, embedsmænd og hos Danmarks Apotekerforening noget større incitament til at foretage radikale ændringer i apotekersystemet, sådan som de f.eks. blev anbefalet af Konkurrencerådet i 1990. Det nuværende system opfylder nogle fundamentale behov, der sikrer forbrugerne lægemidler - om ikke på en markedseffektiv måde, der kunne opnås ved friere adgang til erhvervet - så dog til rimelige samfundsøkonomiske omkostninger, der menes sikret gennem en styring, der giver samfundet indflydelse på sektorens ressourceforbrug.

De væsentligste reguleringer for apotekerne findes i apotekerloven og i lægemiddeloven og i de hertil knyttede bestemmelser i form af bekendtgørelser og cirkulærer. Retsforskrifterne på apotekerområdet er ganske omfattende og pr. august 1995 udgjorde grundlaget 3 love, 23 bekendtgørelser samt 9 cirkulærer, vejledninger mm. En del af reglerne er indført som konsekvens af EU-forordninger og direktiver. Tempoet i ændringerne i retsforskrifterne er betydelig, således blev både apotekerloven og lægemiddeloven ændret i 1995, og der blev udsendt omkring 25 bekendtgørelser, der mere eller mindre direkte påvirker området.

De hyppige ændringer viser, at der ofte opstår problemer med uhensigtsmæssigheder i den eksisterende regulering og behov for at få ændret i reguleringsgrundlaget. Ændringerne overvejes marginalt, og uhensigtsmæssighederne reguleres ved marginale tiltag, der skaber nye uhensigtsmæssigheder, der igen kræver nye ændringer i en never ending proces, uden at overblikket set i forhold til reguleringens målsætning bliver fastholdt. De mange reguleringsaktiviteter relaterer sig til hinanden og hænger sammen i ét stort system. Reguleringerne har således en gensidig betydning for andre reguleringer og effekten heraf og understreger betydningen af ændrede styreforhold set ud fra en helhedsbetragtning, hvis der skal opnås en større effektivitet på området.

Salget til forbrugerne af lægemidler sker gennem apotekerne, der har eneret på at forsyne befolkningen med lægemidler - bortset fra visse specielle præparater. Apotekernes forhold er som nævnt indgående reguleret i primært apotekerlovgivningen, der bygger på den overordnede målsætning, at befolkningen skal have rimelig let og sikker adgang til medicinforbrug til rimelige samfundsøkonomiske omkostninger. Herunder er det en forudsætning, at der skal være ens forbrugerpriser i hele landet.

Der skelnes mellem to typer af apoteker, idet apotekerloven indeholder bestemmelser om, at der kan oprettes sygehusapoteker til betjeningen af sygehusene. Men sygehusapotekerne må ikke forsyne forbrugerne med lægemidler.

Adgangen til at drive apotek er meget begrænset, da der ikke eksisterer nogen mulighed for at etablere og drive apotek, med mindre man kan opnå en bevilling. Antallet af bevillinger er begrænset til 291 apoteker, og hvem der kan opnå bevilling afgøres af sundhedsministeren, som tillige fastlægger apotekets geografiske placering. En bevilling til at drive apotek kan søges, når der er en bevilling ledig.

Et apotek kan nedlægges eller flyttes, men dette kan dog kun ske, hvis 1) apotekerbevillingen udløber, bortfalder eller tilbagekaldes, 2) apotekerens samtykke i nedlæggelsen, eller 3) apotekerens tilbydes bevilling til et andet apotek inden for samme region. Tilsvarende giver apotekerloven i dag sundhedsministeren en ubegrænset ret til at nedlægge og flytte apoteksfilialer.

I forbindelse med apotekernes eneret er der i apotekerloven fastsat en række forpligtelser for apotekerne. Således skal apotekerne ifølge apotekerloven føre et passende lager og hurtigt være i stand til at fremskaffe ethvert lægemiddel, der ordineres ved recept.

Sundhedsministeriet regulerer som nævnt antallet af apoteker, og træffer i henhold til apotekerloven beslutninger om strukturelle ændringer af det samlede apoteksystem, herunder beslutning om oprettelse, nedlæggelse og flytning af apoteker og apoteksfilialer. Apoteksfilialer er en afdeling af et apotek, der drives for apotekerens regning og ansvar i selvstændige lokaler og med et af apotekerens ansatte personale, der omfatter farmaceuter. En apoteksfilial kan ekspedere recepter selvstændigt. Apotekerens kan ikke selv strukturere sine forhold, da et apotek eller en apoteksfilial kun kan nedlægges eller flyttes i forbindelse med, at en bevilling udløber, bortfalder, eller tilbagekaldes.

For de øvrige detailhandelsenheder er der mindre rigoristiske krav. For apoteksudsalg gælder, at Lægemiddelstyrelsen kan give tilladelse til eller påbud om oprettelse, nedlæggelse og flytning af apoteksudsalg. Et apoteksudsalg drives for apotekerens regning i selvstændige lokaler og med et af apotekerens ansatte personale, men uden farmaceutbetjening og uden at kunne ekspedere recepter selvstændigt.

For håndkøbsudsalg og medicinudleveringssteder gælder, at apotekerens som hovedregel frit kan oprette og nedlægge håndkøbsudsalg og medicinudleveringssteder inden for apotekets naturlige forsyningsområde. Med den seneste ændring af apotekerloven har Lægemiddelstyrelsen imidlertid fået hjemmel til også at pålægge apotekere at nedlægge eller oprette håndkøbsudsalg/medicinudleveringssteder.

Et håndkøbsudsalg drives af en af apotekerens ansatte bestyrer i lokaler der ikke tilhører apoteket. Et håndkøbsudsalg er typisk indrettet hos en anden handlende, f. eks. hos en købmand, brugs, kiosk eller lignende. På et medicinudleveringssted kan forbrugeren indlevere recepter og få udleveret forsendelser af lægemidler fra et apotek.

Apotekerbevillinger opslås, når de bliver ledige af Lægemiddelstyrelsen, der indstiller de 3 bedst egnede ansøgere i nummerorden efter rådføring med 3 konsulenter udpeget af de faglige organisationer på området.

Apotekerbevillingssystemet er meget detaljeret i sin udformning og fungerer som en adgangsbarriere til markedet, og forhindrer den enkelte apoteker i at indrette sig efter markedets krav. Farmaceuter, der opfylder de uddannelsesmæssige krav, er udelukket fra at etablere sig selvstændigt og fungere som apoteker, men må vente på, at der bliver en ledig bevilling, og må her underkastes en yderligere egnethedsvurdering fra myndighederne og de faglige organisationer.

Selv når en apoteker har opnået at få tildelt en bevilling, er han underkastet restriktioner, der forhindrer ham i at drive den for ham mest effektive virksomhed i overensstemmelse med markedets krav. Har en apoteker f.eks. fået bevilling til et apotek og en apoteksfilial, kan han ikke ændre enhedernes status og flytte sit apotek. Endvidere er der meget stærke geografiske bindinger, der reelt forhindrer apotekerne i en indbyrdes konkurrence.

Bevillingerne til at drive et apotek omfatter en række forpligtelser. Apotekerne har pligt til forhandling til forbrugerne af de lægemidler, som ifølge lægemiddeloven er apoteksforbeholdte. Endvidere omfatter bevillingen ret til fremstilling af magistrelle lægemidler, dog med den begrænsning, at apotekerens ikke må fremstille og forhandle magistrelle lægemidler, der kan erstattes af lægemidler, for hvilke der er udstedt markedsføringstilladelse. Apotekere, sammenslutninger af apotekere og selskaber ejet af apotekere må ikke deltage i fremstilling af - og kan ikke få markedsføringstilladelse til - farmaceutiske specialiteter.

Priserne for lægemidler til forbrugerne er ens over hele landet. Priserne til forbrugerne er bestemt som apotekernes indkøbspris (AIP) med tillæg af en bruttoavance (AUP) samt forskellige gebyrer. Apotekerne fastsætter ikke selv priserne, der beregnes af Lægemiddelstyrelsen og fremgår af Specialitetstaksten som udsendes herfra hver 14. dag.

Reglerne for beregning af apotekernes priser ved salg af apoteksforbeholdte lægemidler fastsættes af sundhedsministeren efter indhentet udtalelse fra Lægemiddelstyrelsen.

Ved forhandling af lægemidler beregnes prisen ved til den anmeldte indkøbspris (AIP) pr. pakning (ekskl. moms) at lægge 76,8% af følgende beløb:

For AIP < 30 kr.: 60 pct. af AIP + 1,80 kr.  
 30 40 pct. af AIP + 7,80 kr.  
 60 20 pct. af AIP + 19,80 kr.

Til det beløb, der her fremkommer, lægges moms, hvortil for receptpligtige lægemidler kommer et recepturgebyr på 6,15 kr. excl. moms. Der er desuden fastsat særlige gebyrer for ekspedition af telefonrecepter og vagtgebyr mm.

Bruttoavancen fastsættes efter aftale mellem Sundhedsministeriet og Danmarks Apotekerforening, der forhandler bruttoavancen hvert andet år. Aftalen er baseret på vurdering af apotekernes drift, og bygger på regnskabstal og fremskrivning heraf under hensyntagen til den forventede udvikling i omsætning og omkostninger. Inden for perioden sker der ændringer i den procentsats -senest 79,5% - der anvendes i prisberegningen.

Ved forhandling af lægemidler til medicindepoter, til sygehusafdelinger og afdelinger på lignende institutioner beregnes registerprisen ved til den efter lægemiddeloven anmeldte indkøbspris (AIP) pr. pakning (excl. moms), at lægge følgende beløb, som beregnes på baggrund af institutionens samlede indkøb i det foregående kalenderår af avancebelagte lægemidler (OMS).

For OMS < 2 mio. kr.: 14 pct. af AIP  
 For 2 mio. kr. < OMS < 9 mio. kr.:  $(15,1428 - (OMS/1.750.000 \text{ kr.}))$  pct. af AIP  
 For OMS > 9 mio. kr.: 10 pct. af AIP.

Kan der ikke opnås enighed inden for tidsfristen, kan sundhedsministeren forlænge aftalen uændret i ét år. Herefter skal sundhedsministeren fremsætte lovforslag om fastsættelse af bruttoavancen. Aftalen indgås med det sigte, at detailavancen skal dække apotekernes driftsudgifter samt et vist gennemsnitligt udbytte for apotekerne efter betalte afgifter og modtagne tilskud.

Den faste AIP samt den faste avanceskala, der er grundlag for beregningen af apotekerpriserne og forbrugerpriserne, udelukker enhver form for priskonkurrence apotekerne imellem og forhindrer effektivitetsforskelle i at smitte af på priserne, herunder f.eks. de effekter, der ville fremkomme fra rationel indkøbspraksis, idet der er forbud mod, at der på apoteket kan modtages rabatter, præmier eller lignende.

I 1995 udgjorde apotekernes samlede bruttoomsætning 6.885 mio. kr. Apotekernes gennemsnitlige overskud efter udligning blev 536.700 kr. pr. apotek, dækkende en meget stor spredning fra apotekere med meget store overskud til apotekere med underskud.

Der er fastsat meget detaljerede regler for beregning af, hvordan disse omsætningsforskelle kan udjævnes apotekerne imellem. Systemet har til formål at udligne en del af den spredning i apotekernes driftsresultat, som opretholdelse af urentable apoteker medfører.

Sundhedsministeren fastsætter således en årlig beløbsgrænse, i forhold til hvilken apotekerne betaler en afgift, såfremt deres omsætning overstiger beløbsgrænsen, eller modtager et tilskud, såfremt deres omsætning er mindre end beløbsgrænsen.

Sundhedsministeriet fastsætter regler for, hvilke beløb der indgår i beregningsgrundlaget. Den omsætning, der indgår i beregningen af apotekets afgift eller tilskud består af apotekets receptomsætning til privatpersoner og omsætning af håndkøbslægemidler. Det medfører, at hverken dyrlægeleverancer, sygehusleverancer eller mærkevarer indgår i den afgiftspligtige omsætning.

Fastsættelsen af apotekernes samlede bruttoavance og den delvise udligning af apotekernes indtægtsgrundlag må anses for at være direkte hindrende for markedseffektiviteten. Ordningen fastholder en usmidig apotekerstruktur, hvor ineffektive enheder kan overleve på midler fra ordningen, og udelukker den dynamiske effekt, der ville være ved tilgang til erhvervet.

Sygehusapoteker og -apoteksfilialer kan oprettes af staten, en amtskommune og Hovedstadens Sygehusfællesskab. Oprettelsen af et sygehusapotek indebærer en indskrænkning af de private apotekers omsætningsgrundlag.

Et sygehusapotek og en sygehusapoteksfilial kan levere lægemidler og andre varer til sygehuse og institutioner, der er omfattet af sygehusloven. Sundhedsministeren kan meddele tilladelse til at levere lægemidler og andre varer til statsinstitutioner.

Sygehusapotekerne kan fremstille magistrelle lægemidler samt lægemidler, der er godkendt til fremstilling på sygehuse, såfremt de pågældende lægemidler helt eller fortrinsvis er bestemt til at anvendes til sygdomsbehandling på sygehuse, samt andre varer, der anvendes i sundheds- og sygeplejen på sygehuse.

De fremstillede lægemidler og andre varer kan forhandles til andre sygehusapoteker. De kan forhandles til apoteker med henblik på brug i sygehusbehandling, med mindre tilsvarende farmaceutiske specialiteter fremstilles og markedsføres af andre end sygehusapotekerne.

Sundhedsministeren tillægger registreringsretten til de lægemidler, der er optaget i Lægemiddelstyrelsens specialitetsregister, til sygehusapotekernes ejere eller en organisation, der repræsenterer disse.

Adgangen til at drive et sygehusapotek og sygehusapotekernes driftsområde er blevet betydeligt udvidet i de senere år i forhold til tidligere, hvor sygehusapotekernes forsyningsområde ofte var begrænset til det sygehus, hvor sygehusapoteket var beliggende. De øvrige sygehuse i amterne blev forsynet via de private apoteker.

Indkøbet til sygehussektoren af medicin er også undergået en betydelig ændring og effektivisering, da sygehusapotekerne har etableret andre indkøbsrutiner end de traditionelle rutiner. En række af sygehusejerne er gået sammen i et indkøbsselskab Amgros og har gennem en fælles købekraft formået at få leveret medicin til lavere priser. Det betyder, at Amgros kan spare ca. 20% i forhold til den indkøbspris, som de private apotekere kan købe ind til via de distributionskanaler, der findes i forbrugersystemet.

Nyreguleringen har flyttet grænserne mellem de private apotekere og sygehusapotekerne og har givet større marked til sygehusapotekerne og formodentlig skabt en besparelse på de offentlige budgetter. De private apotekere skal stadig tage en bestemt avance af leverancer til sygehusene, hvilket gør det umuligt for dem at konkurrere, selvom de kunne købe ind til samme pris.

Sygehusapotekerne kan stadig ikke sælge deres egen produktion til de private apotekere, selvom de primært ligger på et væsentligt lavere niveau end de tilsvarende importerede produkter.

Det offentlige sygehussystem må fortsat ikke udlevere lægemidler til patienterne til fortsat behandling efter hjemsendelsen, selvom det i mange tilfælde ville være billigere for amtet at udlevere lægemidlet gratis fremfor at betale tilskudet ved patientens køb af lægemidlet hos de private apotekere.

Der er sat vandtætte skodder mellem det offentlige og det private lægemiddelmarked, og lægemiddelmarkedet er idag totalt delt i to gennem en regulering, der umuliggør konkurrence og forhindrer markedseffektivitet.

## 5. Bilagssamling

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

### Bilag 1. Regelgrundlaget

#### Sygesikringsreglerne

- *Lov om offentlig sygesikring* - lbkg. nr. 77 af 31. januar 1994, senest ændret ved lov nr. 224 af 25. marts 1997
- Bekendtgørelse om adgang til *lægehjælp* efter sygesikringsloven - bkg. nr. 645 af 11. september 1991
- Bekendtgørelse om tilskud mv. til *lægemidler* - bkg. nr. 1068 af 6. december 1996
- Bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til *tandpleje* - bkg. nr. 1029 af 15. december 1993
- Bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til *fysioterapeutisk behandling* - bkg. nr. 782 af 21. september 1995
- Bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til *optræning af handicappede og behandling af muskellidelser på optræningscentret i Karlslunde* - bkg. nr. 882 af 17. december 1991
- Bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til *fodbehandling* - bkg. nr. 810 af 16. december 1988
- Bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til *psykologbehandling* for særligt udsatte grupper - bkg. nr. 1191 af 18. december 1996
- Bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til *kiropraktisk behandling* - bkg. nr. 1257 af 19. december 1996
- Sygesikringsoverenskomst om *almen lægegerning* af 3. juni 1991, senest ændret ved aftale af 17. december 1996
- Sygesikringsoverenskomst om *ørelægehjælp* af 14. marts 1990, senest ændret ved aftale af 14. november 1996
- Sygesikringsoverenskomst om *øjenlægehjælp* af 14. marts 1990, senest ændret ved aftale af 14. november 1996
- Sygesikringsoverenskomst om *anden speciallægehjælp* end øjen- og ørelægehjælp af 14. marts 1990, senest ændret ved aftale af 14. november 1996
- Sygesikringsoverenskomst om afregning af tilskud til *lægemidler* mv. af 17. december 1987 + tillægsaftale af 14. november 1996
- Sygesikringsoverenskomst om *tandlægehjælp* af 18. marts 1982, senest ændret ved aftale af 30. december 1996
- Sygesikringsoverenskomst om *fysioterapi* af 8. juni 1988, senest ændret ved aftale af 3. maj 1995
- Sygesikringsoverenskomst om lægeordineret *ridefysioterapi* af 2. december 1993, senest ændret ved aftale af 3. maj 1995
- Sygesikringsoverenskomst om *optræning af handicappede og behandling af muskellidelser* af 26. marts 1996
- Sygesikringsoverenskomst om *fodbehandling af sukkersygepatienter og ortonyxi* af 6. september 1990, senest

ændret ved aftale af 28. september 1992

- Sygesikringsoverenskomst om *psykologhjælp* af 28. april 1995, senest ændret ved aftale af 17. februar 1997
- Sygesikringsoverenskomst om *kiropraktisk behandling* af 9. marts 1982, senest ændret ved aftale af 31. oktober 1996

#### Anden tilskudsregulering

- Lov om social pension (§ 17) - lbkg. nr. 612 af 24. juni 1996
- Lov om social bistand (§ 46a) - lbkg. nr. 110 af 26. februar 1996, senest ændret ved lov nr. 497 af 12. juni 1996
- Bekendtgørelse om kommunal tandpleje - bkg. nr. 493 af 8. juni 1994

#### Regulering af praksiserhvervene

- *Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse mv.* - lov nr. 397 af 10. juni 1987, senest ændret ved lov nr. 503 af 30. juni 1993
- Lov om udøvelse af *lægegerning* - lbkg. nr. 632 af 20. juli 1995
- Lov om *psykologer mv.* - lov nr. 494 af 30. juni 1993
- Lov om *tandlæger* - lov nr. 276 af 26. maj 1976, senest ændret ved lov nr. 352 af 14. maj 1992
- Lov om *kliniske tandteknikere* - lov nr. 100 af 14. marts 1979, senest ændret ved lov nr. 352 af 14. maj 1992
- Lov om *tandplejere* - lov nr. 498 af 12. juni 1996
- Lov om *kiropraktorer mv.* - lov nr. 415 af 6. juni 1991, senest ændret ved lov nr. 502 af 30. juni 1993
- Lov om *terapiassistenter (ergo- og fysioterapeuter)* - lbkg. nr. 631 af 30. august 1991, senest ændret ved lov nr. 352 af 14. maj 1992
- Lov om *fodterapeuter* - lov nr. 142 af 26. april 1972, senest ændret ved lov nr. 352 af 14. maj 1992
- Lov om *jordemødre* - lov nr. 671 af 13. december 1978, senest ændret ved lov nr. 352 af 14. maj 1992
- Lov om *sygeplejersker* - lbkg. nr. 759 af 14. november 1990, senest ændret ved lov nr. 352 af 14. maj 1992
- Lov om *kliniske diætister* - lov nr. 313 af 24. april 1996

#### Regulering af apotekererhvervet

- Lov om *apoteksvirksomhed* - lbkg. nr. 657 af 28. juli 1995, senest ændret ved lov nr. 224 af 25. marts 1997
- Lov om *lægemidler* - lbkg. nr. 656 af 28. juli 1995, senest ændret ved lov nr. 1228 af 27. december 1996

## Bilag 2. Oversigt over involverede myndigheder og organisationer

"Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

- Sundhedsministeriet
- Sundhedsstyrelsen
- Lægemiddelstyrelsen
- Sygesikringens Forhandlingsudvalg
- Amtsrådsforeningen
- Kommunernes Landsforening
- Praktiserende Lægers Organisation
- Foreningen af Speciallæger
- Praksis Sammenslutningen
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Tandlægeforening
- Tandlægenes Nye Landsforening
- Dansk Tandplejerforening
- Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere
- Danske Fysioterapeuter
- Dansk Kiropraktor-Forening
- Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter
- Danmarks Apotekerforening
- Medicinindustriforeningen - MEDIF
- Foreningen af danske Medicinfabrikker - MEFA
- Foreningen af Medicingrossister - MEGROS
- Parallelimportørforeningen af Lægemidler
- Sygeforsikringen "danmark"

## Bilag 3. Høringsudtalelser

Sundhedserhvervenes konkurrenceforhold"

I overensstemmelse med konkurrencelovens § 8, stk. 2, har alle involverede myndigheder og organisationer haft lejlighed til at fremkomme med bemærkninger til undersøgelsen, inden den blev offentliggjort, og faktuelle rettelser og præciseringer er så

vidt muligt indarbejdet i den endelige redegørelse.

I forbindelse med denne høringsprocedure har følgende myndigheder og organisationer - i henhold til konkurrencelovens § 8, stk. 3, ønsket at få offentliggjort deres bemærkninger til redegørelsen:

- Sundhedsministeriet - Brev af 16/4 97, pdf 186 KB, Brev af 5/12 96, pdf-fil, 304 KB, Brev af 4/11 96, pdf, 42 KB
- Sygesikringens Forhandlingsudvalg - Brev af 4/11 97, pdf, 52 KB, Brev af 28/11 96, pdf, 394 KB
- Amdsrådsforeningen - Brev af 26/3 97, pdf, 47 KB, Brev af 27/11 96, pdf, 39 KB
- Foreningen af Speciallæger - Brev af 14/4 97, pdf, 56 KB,
- Dansk Psykologforening Brev af 8/4 97, pdf, 81 KB,
- Tandlægernes Nye Landsforening - Brev af 10/4 97, pdf, 57 KB
- Danmarks Apotekerforening - Brev af 10/4 97, pdf, 307 KB
- Medicinindustriforeningen - MEDIF - Brev af 9/4 97, pdf, 83 KB