



Regulering af apotekssektoren

Konkurrenceanalyse 02/2010

Februar 2010



KONKURRENCESTYRELSEN

REGULERING AF APOTEKSSEKTOREN

FEBRUAR 2010

Oplag 500 stk.

Konkurrencestyrelsen

Nyropsgade 30
1780 København V
Tlf.: 72 26 80 00
Fax: 33 32 61 44

On-line ISBN 978-87-7029-415-7
ISBN 978-87-7029-417-1

Layout
Wordspecialisten

Trykning
Scanprint

Billedmateriale
Scanpix

Analysen er udarbejdet af Konkurrencestyrelsen.

Indhold

1	Resumé og konklusioner	5
2	Apoteker i Danmark.....	9
3	Adgangsregulering.....	21
4	Udligningsordningen.....	29
5	Pris- og avanceregulering.....	34
6	Konsekvenser af ændret regulering.....	38

Regulering af apotekssektoren

1 RESUMÉ OG KONKLUSIONER

Apotekssektoren er ligesom andre dele af sundhedsvæsenet underkastet en omfattende offentlig regulering. Reguleringen er primært begrundet med et hensyn til sikkerhed og kvalitet i medicindistributionen samt nem og lige adgang til lægemidler for alle borgere i hele landet. Ligesom for andre sundhedsydelser ydes der offentligt tilskud til de fleste lægemidler. Det indebærer, at reguleringen også skal tage hensyn til behovet for kontrol med de offentlige udgifter til sundhedsydelser.

Også i andre lande reguleres apotekssektoren. Men i en række lande, herunder Nederlandene, Irland, Norge og Storbritannien, er reguleringen mindre restriktiv end i Danmark.

Hovedelementerne i den danske regulering er adgangsregulering, udligningsordning samt pris- og avanceregulering.

Den nuværende adgangsregulering sker gennem et bevillingssystem, som regulerer antallet af apoteker efter behovsvurderinger. Bevillingssystemet indebærer, at kun farmaceuter kan eje apoteker, og at samme farmaceut højst må eje 4 apoteker. Udligningsordningen betyder, at der opkræves en afgift fra apoteker med relativ stor omsætning til finansiering af et tilskud til apoteker med en relativ lille omsætning. Prisreguleringen sker ved, at der inden for en fastsat bruttoavance for apotekssektoren som helhed beregnes en fast apoteksavance for alle apoteksforbeholdte lægemidler og dermed en forbrugerpris, der er ens for alle apoteker.

Herudover er der regulering af sortiment og åbningstider og en ordning med generisk substitution, som betyder, at apoteket er forpligtet til altid at tilbyde det billigste fabrikat af lægemidler inden for samme substitutionsgruppe.

Den danske regulering af apoteksområdet indebærer, at der kun i begrænset omfang er konkurrence på markedet for apoteksydelser. Reguleringen begrænser tilgangen til markedet, udelukker priskonkurrence og giver kun i ringe grad incitament til konkurrence på service.

Fraværet af konkurrence viser sig bl.a. ved, at der specielt i byområder er en vis utilfredshed med ventetid på at blive ekspederet. Samtidig er der i byområder et stort antal apoteker, der giver et overskud til apotekeren på mere end 1,5 mio. kr. Mange apoteker indtjener således et overskud, som er betydeligt over den gennemsnitlige nettoindtjening på godt 900.000 kr. i 2007. Omvendt er der i specielt i yderområder mange apoteker, som har en meget lav indtjening på under 300.000

kr. Konkurrenceproblemerne skyldes navnlig den nuværende adgangsregulering og udligningsordning, jf. boks 1.

Boks 1: Hovedkonklusioner om konkurrenceproblemer

- Den danske regulering af apoteksområdet indebærer, at der kun i begrænset omfang er konkurrence på markedet for apoteksydelser.
- Adgangsreguleringen medfører, at der ikke sker tilgang af apoteker, hvor der er et markedsmæssigt grundlag herfor, fx i byområder, hvor der er ventetider, og hvor mange apoteker har et overskud betydelig over gennemsnittet.
- Den manglende adgang til markedet betyder, at apotekerne ikke udsættes for et almindeligt konkurrencemæssigt pres til stadig udvikling og fornyelse, herunder minimering af omkostninger og aktiv konkurrence på service.
- Danmark har flere indbyggere pr. apotek end andre lande i EU.
- Udligningsordningen indebærer, at der i yderområder kan eksistere apoteker, som ikke kan opnå en omsætning, der gør dem økonomisk rentable på markedsvilkår.
- Udligningsordningen begrænser apotekernes incitament til at udvide omsætningen af apoteksforbeholdte lægemidler og dermed realisere omkostningsbesparelser gennem stordriftsfordele.
- Adgangsreguleringen og udligningsordningen fører til en stor spredning i apotekernes indtjening.
- Knap 30 pct. af apotekerne i 2007 havde en lav indtjening på under 300.000 kr. før udligning og aflønning af apotekeren. Det er navnlig apoteker med lille omsætning i tyndt befolkede områder, der har lav indtjening.
- I 2007 havde knap 25 pct. en indtjening over 1,5 mio. kr. før udligning, og 14 pct. havde en indtjening på over 2 mio. kr. Den gennemsnitlige indtjening var 935.000 kr.
- Faste priser udelukker enhver priskonkurrence på apoteksforbeholdte lægemidler mellem apoteker.

Konkurrencen i apotekssektoren kan styrkes ved at ændre den nuværende regulering. De væsentligste elementer i en ny regulering vil være en mere fri adgang til markedet fx baseret på en autorisationsordning og afskaffelse af den omsætningsbestemte udligningsordning, jf. boks 2.

Boks 2: Hovedkonklusioner om hvordan konkurrencen kan styrkes gennem ændringer i reguleringen

- Ophør af den omsætningsbestemte udligningsordning og en mere fri adgang til markedet vil skabe mere konkurrence.
- Mere liberale regler for apotekernes sortiment og åbningstider vil kunne understøtte en sådan udvikling.
- En mere fri adgang til markedet kan ske ved fri etablering for alle, der opfylder nærmere fastsatte objektive betingelser, som sikrer, at der er samme kvalitet og sikkerhed ved distributionen af lægemidler som i dag.
- Ophør af den omsætningsbestemte udligning og en mere fri adgang til markedet kan forenes med ordninger, der skaber bedre incitamentter til udbringning og/eller oprettelse af udleveringssteder for lægemidler. Det kan sikre nem adgang til lægemidler også i yderområder.

En mere fri adgang til (og afgang fra) markedet og bortfald af den omsætningsbestemte udligning vil styrke incitamentet til en mere aktiv konkurrence på service og udvikling af distributionen. Lempelser i adgangsreguleringen og afskaffelse af den nuværende udligningsordning vil således betyde, at apotekerne udsættes for et væsentligt stærkere konkurrencemæssigt pres til stadig udvikling og fornyelse og indebære, at mere effektive apoteker over tid vil erstatte mindre effektive. Det vil kunne føre til lavere omkostninger og dermed muligheder for bedre service og lavere priser.

Det er Konkurrencestyrelsens vurdering, at en mere fri tilgang til markedet og ophør af udligningsordningen vil kunne gennemføres uden at føre til en stigning i de offentlige udgifter.

Det er endvidere Konkurrencestyrelsens vurdering, at det vil være muligt at tilgode disse hensynene til kvalitet og sikkerhed med en mindre indgribende adgangsregulering, som skaber bedre muligheder for effektivitetsgevinster gennem konkurrence.

Der vil således kunne sikres samme kvalitet og sikkerhed ved distributionen af lægemidler som i dag ved en autorisationsordning eller andre ordninger, som stiller krav til driften af et apotek, herunder professions- og uddannelseskraav til apotekets leder. Hensyn til apotekernes uafhængighed kan ligeledes indgå i betingelserne i sådanne ordninger.

Det er desuden Konkurrencestyrelsens vurdering, at det vil være muligt at opnå god brugertilgængelighed i yderområderne uden det nuværende bevillingssystem med adgangsregulering og omsætningsbestemt udligning.

Behovet for at sikre medicindistribution til udkantsområder vil kunne tilgodeses på andre måder end i dag, hvor bevillingssystemet tilstræber, at der rent fysisk skal placeres et selvstændigt receptekspederende apotek inden for en patientafstand på 15 km i alle områder.

Alternativer til fysisk placering af receptekspederende apoteksenheder i nærhed af patienterne kunne fx være udbringningsordninger og/eller oprettelse af udleveringssteder for lægemidler. Udleveringssteder kan oprettes i tilknytning til eksisterende dagligvarebutikker.

Mere liberale regler for apotekernes sortiment og åbningstider samt en ændret prisregulering med maksimalpriser i stedet for de nuværende faste priser vil yderligere kunne bidrage til mere konkurrence.

Ved maksimalpriser vil der imidlertid kunne være forskel i apotekernes priser. Det vil betyde et brud på den politiske målsætning om ens priser på receptpligtige lægemidler.

Konkurrencerådet påpegede i 2005 over for sundhedsministeren, at reguleringen har skadelige virkninger for konkurrencen. Rådet anbefalede bl.a., at det nuværende bevillingssystem med antalsregulering erstattes af friere regler om etablering og ejerskab af apoteker, og at det nuværende fastprissystem erstattes af et maksimalprissystem.

I svaret fra sundhedsministeren i 2006 fremgår det, at rådets anbefalinger vil blive inddraget i et oplæg, der vil blive udarbejdet som grundlag for drøftelserne med de politiske partier om de fremtidige vilkår for apotekssektoren.

Reguleringskompleksitet nødvendiggør, at der bør ske en nøje vurdering af konsekvenser af mulige ændringer, og at ændringer skal vurderes både ud fra samfundsmæssige gevinster ved mere konkurrence og ud fra en række overordnede sundhedspolitiske og økonomiske hensyn.

Konkurrencestyrelsen anbefaler derfor, at muligheder for ændringer i reguleringen, som kan føre til samfundsmæssige gevinster gennem mere konkurrence mellem apotekerne, undersøges nærmere. Det gælder specielt mulighederne for at indføre en mere fri adgang til markedet og at afskaffe den omsætningsbestemte udligning mellem apoteker.

I afsnit 2 beskrives apotekerne i Danmark, herunder den offentlige regulering af apotekerne.

I afsnit 3, 4 og 5 præsenteres analyser af, hvordan de enkelte reguleringselementer påvirker konkurrence og samfundsmæssig effektivitet i apotekssektoren. Desuden belyses mulighederne for ændringer i reguleringen, som giver bedre muligheder for konkurrence.

I afsnit 6 er der foretaget en samlet vurdering af de samfundsmæssige fordele ved en ændret regulering, der medfører effektivitetsgevinster ved mere konkurrence, og som samtidig sikrer, at de overordnede hensyn på området kan opretholdes på samme niveau som i dag. Det drejer sig bl.a. om kvalitet og sikkerhed i medicindistributionen, god tilgængelighed for forbrugeren og kontrol med de offentlige udgifter.

2 APOTEKER I DANMARK

Apotekssektoren er en integreret del af sundhedsvæsenet og er ligesom andre private udbydere af sundhedsydelser underkastet en omfattende offentlig regulering. Baggrunden for reguleringen på apoteksområdet er behovet for sikkerhed og kvalitet i medicindistributionen samt nem adgang til lægemidler for alle borgere i hele landet. Men reguleringen begrænser konkurrencen mellem apoteker betydeligt.

Apotekernes rolle inden for sundhedsvæsenet er først og fremmest at varetage distributionen af lægemidler, som er ordineret til patienter ved en læges recept. Forbruget af receptpligtige lægemidler bestemmes derfor i udgangspunktet af lægernes receptpraksis. Apotekerne kan ikke påvirke salget af disse lægemidler. Patienter har endvidere kun i meget begrænset omfang mulighed for at foretage valg mellem forskellige receptpligtige lægemidler, jf. nedenfor om udleveringsregler og generisk substitution.

Apotekernes funktioner er navnlig at sikre, at den rigtige medicin bliver udleveret til den rigtige person. Det har patienten kun i begrænset omfang mulighed for selv at gøre, jf. boks 3 i afsnit 3.

Desuden skal apoteket sikre, at patienten får den rette information om, hvordan medicinen skal indtages o.l. Apotekerne skal endvidere kunne foretage rådgivning i forbindelse med håndkøbsmedicin.

Et særligt vigtigt element i rådgivningsforpligtelsen er reglerne om generisk substitution. Disse regler indebærer, at apoteket er forpligtet til altid at tilbyde det billigste lægemiddel inden for substitutionsgruppen af lægemidler, der har samme aktive indholdsstof.¹

Den 1. marts 2009 var der i Danmark 259 selvstændige apoteker. Apotekerne havde 60 filialer. Der er således 319 apoteker med selvstændig receptekspedition. Herudover er der knap 1.000 udleveringssteder², hvor forbrugeren kan afhente recept-

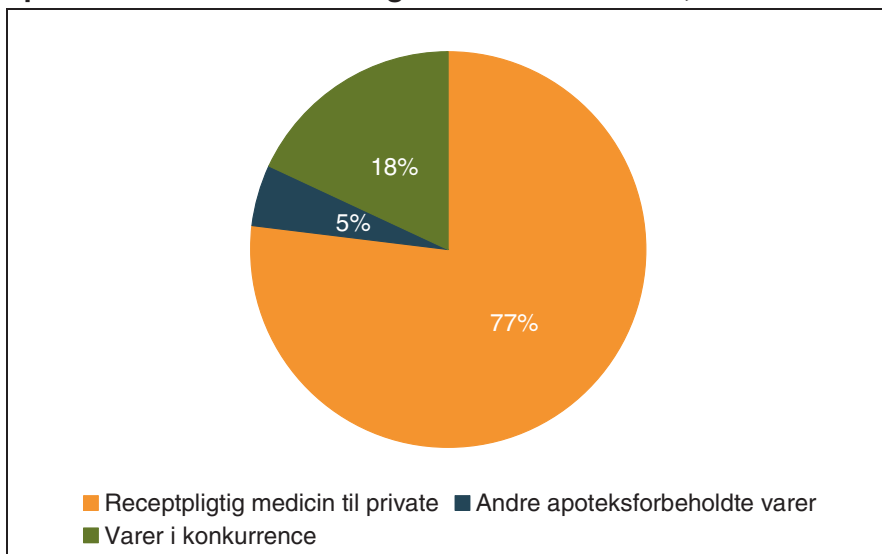
¹ Patienter vil ikke i almindelighed kunne have viden om, hvilke lægemidler der tilhører samme substitutionsgruppe, og hvilket der har den laveste pris på købstidspunktet.

² Disse udleveringssteder har ikke selvstændig receptekspedition og omfatter 131 apoteksudsalg, 643 håndkøbsudsalg og 248 medicinudleveringssteder. Et apoteksudsalg er knyttet til et bestemt apotek og drevet i selvstændige lokaler med fagligt uddannet personale. Et håndkøbsudsalg er også knyttet til et bestemt apotek, men kan alene forhandle ikke-receptpligtige lægemidler samt frihandelsvarer. Et medicinudleveringssted er en enhed, der fra et eller flere apoteker modtager adresserede forsendelser, som udleveres til den enkelte kunde.

pligtig medicin. I alt er der 1.301 forretningssteder, hvor det er muligt at få udleveret medicin.

Apotekerne havde i 2008 en samlet omsætning på godt 12 mia. kr. Heraf er 77 pct. receptpligtig medicin til private, som alene kan sælges af apoteker. Apotekerne har også eneret på salg af andre lægemidler svarende til ca. 5 pct. af omsætningen, jf. figur 1³. Knap 18 pct. af apotekernes omsætning sælges i konkurrence med andre. Det drejer sig om visse typer håndkøbsmedicin⁴ (5 pct.), frihandelsvarer⁵ (11 pct.), veterinærmedicin og visse tjenesteydelser (fx rygestopkurser).

Figur 1: Apotekernes omsætning fordelt på apoteksforbeholdte varer og varer i konkurrence, 2008



Anm.: Varer i konkurrence er bl.a. ikke receptpligtig medicin, som må sælges i andre detailbutikker, og frihandelsvarer.

Kilde: Danmarks Apotekerforening

Apotekernes ansatte svarer til godt 4.700 fuldtidsbeskæftigede.

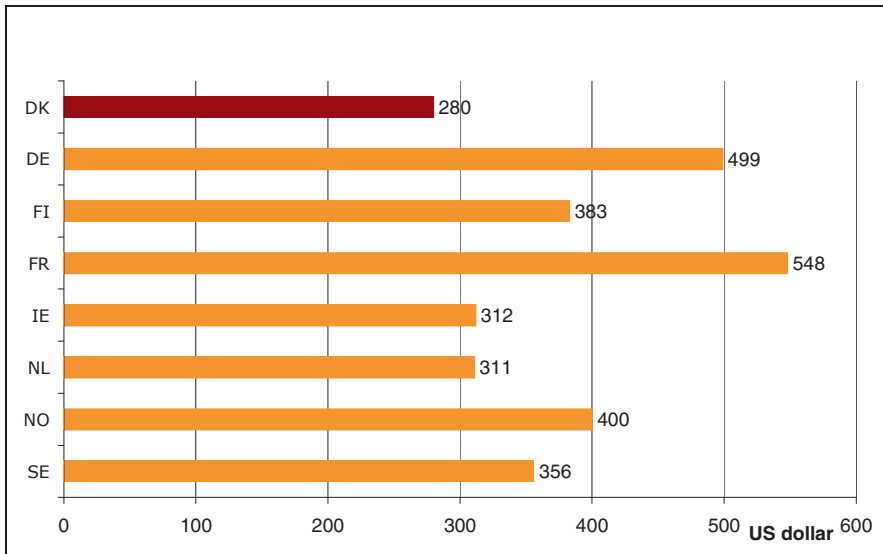
De danske medicinudgifter er lavere end i andre sammenlignelige lande, jf. figur 2.

³ Det drejer sig om bl.a. apoteksforbeholdt håndkøbsmedicin (ikke receptpligtig medicin) og salg til andre apoteker.

⁴ Håndkøbsmedicin, som sælges både i apoteker og anden detailhandel, er fx nikotinerstatning, næsespray og visse smertestillende produkter.

⁵ Frihandelsvarer er en række varer, som ikke er medicin, men naturligt og hensigtsmæssigt kan indgå i et apoteks sortiment, så som toiletartikler, prævention, kosmetik mv. Der er ikke nogen præcis afgrænsning af de varer, som apotekerne lovligt kan udbyde.

Figur 2: Medicinudgifter pr. indbygger 2005



Anm.1: Forklaring af landeforkortelser: DK = Danmark, DE = Tyskland, FI = Finland, FR = Frankrig, IE = Irland, NL = Nederlandene, NO = Norge og SE = Sverige.

Anm.2: Figuren viser de samlede medicinudgifter, som dels bestemmes af forbruget i sygehuse (sekundær sundhedssektor) og dels af forbruget i lægepraksis og ved salg fra apoteker (primær sundhedssektor) og andre detailhandelsforretninger. Langt den største del af lægemiddelforbruget sker via apotekerne, hvor andelen af forbruget er ca. 95 pct. svarende til ca. 70 pct. af udgifterne til lægemidler. Når andelen af forbruget er højere end andelen af udgifterne, skyldes det først og fremmest, at lægemidler anvendt i sygehuse er relativt dyr.

Kilde: OECD. Her gengivet fra statistik i "Lægemidler i Danmark 2008" udgivet af Danmarks Apotekerforening.

Medicinudgifterne pr. indbygger bestemmes dels af medicinforbruget og dels af prisniveauet i det enkelte land. Det er vanskeligt at adskille de samlede medicinudgifter i en mængdedel og en prisdelt.

Medicinforbruget omfatter et meget stort antal forskellige lægemidler⁶, og der kommer hele tiden nye lægemidler, som dels erstatter, dels supplerer de eksisterende lægemidler. Som et mål for mængder er det almindeligt at anvende begrebet "døgndoser" kaldet DDD ("Daily Defined Doses"), som er et internationalt (WHO) mål for en mængdeenhed af alle receptpligtige lægemidler.

Prisniveauet i det enkelte land er bestemt af lægemiddelproducenternes priser plus lægemiddelgrossisternes og apotekernes bruttoavance. Disse priselementer er reguleret i forskellig grad og på forskellig måde i de enkelte lande.

Internationale prissammenligninger på lægemidler kan derfor ikke på samme måde som ved andre produkter danne udgangspunkt for sammenligninger af økonomisk effektivitet og graden af konkurrence. Prisforskelle afspejler nok så meget forskelle i reguleringen mellem landene og andre forhold.

⁶ Ca. 8.000 varenumre.

Over tid kan der ske meget store ændringer i priserne på lægemidler inden for samme substitutionsgruppe. Det hænger sammen med udløb af patentperioder og tilkomst af nye udbydere med væsentligt lavere priser samt tilkomst af nye lægemidler, som typisk har høje priser i patentperioden.

Danmark har en af Europas højeste markedsandele for generiske lægemidler, dvs. ikke-originale lægemidler til lavere pris, som har samme aktive indholdsstof som de originale lægemidler.⁷ Det medvirker til at sænke prisniveauet i Danmark. Andelen af generiske lægemidler målt i mængder (DDD) steg fra 19 pct. i 2003 til 37 pct. i 2007.⁸

Den høje andel af generiske lægemidler må tilskrives den danske ordning med generisk substitution, som indebærer, at apoteket er forpligtet til altid at tilbyde det billigste fabrikat af lægemidler inden for samme substitutionsgruppe. Ordningen har ført til, at priserne i perioden 2003-2007 faldt med 12 pct. for samme døgndoser, jf. figur 3.

Apotekernes omsætning af lægemidler steg i samme periode med 16 pct. Også forbruget er steget i perioden, jf. figur 3. Da antallet af apoteker faldt i perioden, betyder det, at apotekerne i gennemsnit havde et stigende antal ekspeditioner af lægemidler.

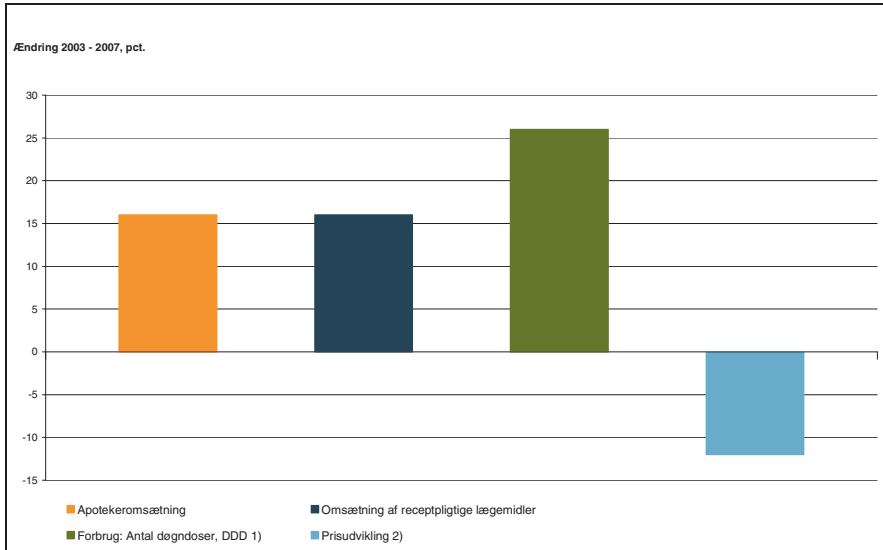
Det er en tendens i alle sammenlignelige lande, at forbruget af lægemidler stiger i disse år.⁹ Det skyldes en række generelle bagvedliggende forhold, som er uafhængige af reguleringen i de enkelte lande. Disse forhold er flere ældre, øget lægefaglig viden og dermed bedre diagnoser og behandlingsmetoder, nye og bedre lægemidler samt større nationalindkomst.

⁷ Kilde: *Lægemidler i Danmark 2008* udgivet af Danmarks Apotekerforening.

⁸ Kilde: *Lægemiddelstyrelsen. Andelen af generiske lægemidler er opgjort som andelen af lægemidler fra leverandører, der er medlem af Industriforeningen for Generiske Lægemidler. Denne forening har foretaget en opgørelse, hvorefter andelen af generiske lægemidler i 2008 udgjorde 58 pct. af de samlede mængder medicin i apotekssektoren.*

⁹ Kilde: *OECD.*

Figur 3: Udvikling 2003-2007 i omsætning, forbrug og priser for lægemidler i primærsektoren



Note 1: DDD betyder "Daily Defined Doses" og er et internationalt (WHO) mål for en mængdeenhed af alle receptpligtige lægemidler.

Note2: Indekset for prisudviklingen udtrykker udviklingen i priser på døgndoser (DDD) af apoteksforbeholdte lægemidler.

Anm.: Figuren beskriver udviklingen i primærsektoren, der omfatter apoteker og lægepraksis. Forbruget af lægemidler i sygehuse (sekundær sektor) er således ikke medtaget.

Kilde: Lægemiddelstyrelsen og Danmarks Apotekerforening.

I forhold til de fleste andre lande er det danske medicinforbrug relativt lavt målt ved DDD.¹⁰ Der kan være flere grunde til det relativt lave medicinforbrug i Danmark, herunder forskelle mellem landene i sygdomsmønstre, forskelle i afgrænsningen af receptpligtige lægemidler og lægernes receptpraksis samt kulturelle forskelle.

Forbruget af receptpligtig medicin, som udgør langt den største del af lægemidlerne, bestemmes i udgangspunktet af reglerne for receptpligt og af lægernes receptpraksis.

I alle lande sker der en regulering af apotekssektoren ud fra en række overordnede sundhedspolitiske hensyn.

Disse hensyn kan groft opdeles i følgende:

- Kvalitet og sikkerhed i medicindistributionen samt apotekernes uafhængighed af andres økonomiske interesser.
- Tilgængelighed for forbrugerne.

¹⁰ Kilde: OECD Health Database 2008.

Hertil kommer hensynet til, at medicindistributionen sker til lave omkostninger og priser. Markedet for apoteksydelser afviger endvidere fra de fleste andre markeder ved, at de fleste produkter (receptpligtig medicin) udbydes med offentligt tilskud.

Reguleringen og de offentlige tilskud skyldes, at der er en række særlige forhold ved markedet for lægemidler, jf. boks 3.

Boks 3: Særlige forhold ved markedet for lægemidler

Rationalet bag den offentlige regulering er, at der er en række særlige forhold ved markedet for medicin til private. De særlige forhold kan opdeles i følgende:

- Asymmetrisk information.¹⁾
- Positive eksterne effekter.²⁾
- Sociale hensyn.
- Begrænset prissignal for lægemidler, fordi de sælges med offentligt tilskud.³⁾
- Behov for styring af offentlige udgifter til tilskud.

Asymmetrisk information betyder, at udbyderne har en relevant viden, som kunderne ikke har. Det betyder, at kunderne ikke har den viden, som er nødvendig for deres valg af produkter. På markeder med asymmetrisk information kan markedskræfterne ikke alene frembringe det optimale resultat. Der er derfor behov for regulering, der sikrer, at kunderne får det produkt, som de har behov for.

På medicinområdet ved patienten normalt ikke, hvilken medicin hun skal have, og hvordan medicinen skal bruges. Receptpligtig medicin ordineres af en læge. Ved udlevering af medicinen på apoteket kan patienten imidlertid ikke vurdere, om medicinen er den rette svarende til lægens ordination. Apoteket supplerer således lægen ved at sikre, at medicinen er korrekt, og ved at sikre, at beskrivelsen af den rette anvendelse er korrekt.

Positive eksterne effekter betyder, at ydelserne forårsager samfundsmæssig nytte for andre end køberne af ydelsen. Det gælder for mange sundhedsydelser, som ud over at gavne patienten også gavner samfundet. Sundhedsydelser vil således kunne begrænse eventuel smittefare, samt være til nytte for patientens børn og arbejdsplads. På markeder med positive eksterne effekter vil markedskræfterne uden regulering medføre et for lille forbrug.

Offentlige tilskud til lægemidler er begrundet med både positive eksterne effekter og sociale hensyn.

Sociale hensyn kan også ligge bag foranstaltninger til at sikre tilgængelighed.

Note 1: Der er også andre privat producerede ydelser, hvor der er elementer af asymmetrisk information. Det gælder fx advokater og ejendomsmæglere. Her er der også en vis offentlig regulering. Der er imidlertid ikke offentligt tilskud til disse ydelser.

Note 2: Der eksisterer også andre ydelser med omfattende positive eksterne effekter. Det gælder navnlig ydelser fra uddannelsessektoren. Her er der også tilsvarende sociale hensyn som i sundhedssektoren. I Danmark udbydes uddannelsesydelserne i hovedsagen i offentligt regi.

Note 3: Det offentlige tilskud er i gennemsnit ca. 2/3 af prisen.

Graden af regulering og de anvendte reguleringsinstrumenter varierer mellem landene.

Den danske regulering af apotekssektoren består af en række elementer, herunder adgangsregulering (restriktioner på ejerskab og antalsregulering efter behovskriterier), regulering af sortiment og åbningstider, pris- og avanceregulering, udligningsordning og en ordning med generisk substitution, jf. boks 4.

Boks 4: Regulering af apoteker i Danmark

Restriktioner på ejerskab til apoteker

I Danmark er det kun farmaceuter¹⁾, der kan eje og drive apoteker. Samme farmaceut kan højst eje fire apoteker.

Antalsregulering ud fra behovskriterier

Antallet og placering af apoteker reguleres gennem et bevillingssystem, som indebærer, at adgang til at eje og drive et apotek kræver en personlig bevilling fra sundhedsministeren. Bevillingen er ikke tidsbegrænset og løber som udgangspunkt, indtil bevillingshaveren lader sig pensionere. Apoteket kan ikke sælges eller overdrages til andre.²⁾

Udligningsordning mellem apoteker, som indebærer udjævning af apotekernes overskud

Udligningsordningen indebærer, at apoteker med en omsætning over en vis grænse opkræves en afgift, og at apoteker under grænsen modtager et tilskud. Udligningsordningen er udgiftsneutral for det offentlige.³⁾

Herudover er der ordninger, som indebærer, at apoteker med filialer, apoteksudsalg mm. modtager tilskud. Disse tilskud finansieres gennem afgifter, der pålægges alle apoteker.

Regulering af sortiment og åbningstider

Ethvert apotek skal kunne levere alle lægemidler til personer (human medicin). Samtidig er der grænser for, hvilke yderligere varer og tjenesteydelser apoteker må føre, men der er ikke nogen præcis afgrænsning. Der er fastsat regler for, hvornår et apotek skal og kan være åbent.

Regulering af apotekernes samlede avance

Den samlede bruttoavance i apotekssektoren fastsættes efter forhandlinger mellem regeringen og Danmarks Apotekerforening. Den samlede avanceramme fastsættes til et bestemt beløb pr. år under hensyntagen til, at effektive apoteker har mulighed for at få dækket deres omkostninger plus en rimelig nettoavance.



Regulering af priser, som indebærer ens faste priser i hele landet

Der er faste priser for alle lægemidler til forbrugere, der alene må sælges på et apotek.

De faste forbrugerpriser fastsættes ved, at der for hver lægemiddelpakning beregnes en fast apoteksavance, der er ens for alle apoteker. Avancen pr. lægemiddelpakning fastsættes således, at apotekssektoren samlet opnår den aftalte bruttoavanceramme, jf. ovenfor. Hvis salg og omkostninger udvikler sig anderledes end forudsat ved beregningerne af bruttoavancerammen, vil prisberegningerne blive justeret.

Generisk substitution

Ordningen med generisk substitution betyder, at apoteket er forpligtet til altid at tilbyde det billigste fabrikat af lægemidler inden for samme substitutionsgruppe.⁴⁾ En substitutionsgruppe består af flere fabrikater (originalprodukter, herunder parallelimporterede produkter, og kopiprodukter) af et lægemiddel, der som følge af de samme aktive indholdsstoffer har samme medicinske virkning. Lægemiddelstyrelsen bestemmer, hvilke lægemidler der er substituerbare.

Note 1: Cand.pharm. eller tilsvarende uddannelse i udlandet.

Note 2: Der kræves tilladelse til at oprette apoteksfilialer. For ikke receptpligtige medicinudleveringssteder er hovedreglen, at apotekeren frit kan oprette disse inden for apotekets naturlige område. Lægemiddelstyrelsen kan dog give påbud om oprettelse, nedlæggelse eller flytning af apoteksudsalg m.m., hvis strukturmæssige forhold taler derfor.

Note 3: I 2005 indførtes en ændring i udligningsordningen, hvorefter 136 byapoteker ikke kan få omsætningsbetinget tilskud fra 2010. De byapoteker, der har været berettiget til omsætningsbetinget tilskud, får gradvist aftrappet tilskuddet, som helt bortfalder i 2010. I 2007 fik 144 ud af i alt 267 apoteker omsætningsbetinget tilskud. Heraf var der 54 byapoteker, som var omfattet af aftrappingsordningen.

Note 4: Dette gælder, med mindre at lægen har foreskrevet, at kun et bestemt fabrikat må anvendes.

Kilde: Lbk nr. 855 om apoteksvirksomhed af 4. august 2008 som senest ændret ved lov nr. 100 af 10. februar 2009. Bkg. nr. 50 af 23. januar 2003 om apotekernes åbningstider og vagtjeneste som senest ændret ved bkg. nr. 16 af 15. januar 2008. Bkg. nr. 932 om beregning af forbrugerpriser mv. på lægemidler af 11. september 2008 som ændret ved bkg. 3. februar 2009. Bkg. nr. 60 om beregning og betaling af afgift og tilskud i henhold til lov om apoteksvirksomhed af 29/01/2009. Lov nr. 1180 om lægemidler af 12. december 2005 som ændret ved lov nr. 1557 af 20. december 2006. Bkg. nr. 155 om recepter af 20. februar 2007 som senest ændret ved bkg. nr.1319 af 27. november 2007.

Den aftalte avance pr. lægemiddelpakning afspejler den pris, som apoteket aflønnes for at distribuere pakningen, og som apoteket lægger oven på den pris, som lægemidlet købes til. Denne avance skal bruges til at afholde driftsudgifter plus nettoindtjening til apotekeren.

Reguleringen af den samlede avanceramme har indebåret, at den gennemsnitlige bruttoavance pr. lægemiddelpakning samt den gennemsnitlige bruttoavance pr. receptpakning har været faldende i perioden 2001-2007, jf. tabel 1. Apotekernes samlede bruttoavance i forhold til omsætningen har ligeledes været faldende i perioden.

Faldet i bruttoavance skal bl.a. ses i lyset af, at apotekssektoren udsættes for et effektiviseringskrav, og at stigende avancer fra de såkaldte frihandelsvarer løbende har presset priserne på særligt de apoteksforbeholdte lægemidler ned.¹¹

Tabel 1: Udvikling i apotekssektorens bruttoavance og overskud i faste priser

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bruttoavance pr. lægemiddelpakning, kr.	25	25	25	25	24	23	22
Bruttoavance pr. receptpakning, kr.	34	33	33	32	30	28	26
Bruttoavance i forhold til omsætning, pct.	21	20	20	20	20	19	19
Overskud pr. apotek i 1000 kr.	797	766	1.000	1.068	1.210	975	811

Ann.1.: Tabellen indeholder gennemsnitstal i faste 2007-priser. Forbrugerprisindekset er anvendt som deflator.

Ann. 2.: De anførte tal for de gennemsnitlige overskud svarer til de overskud, som den aftalte avanceramme har givet rum for i et givet år. De faktiske overskud i de enkelte år kan således afvige fra de anførte overskud. Hvis det faktiske overskud i et år fx har overskredet den aftalte avanceramme, er overskuddet nedskrevet med det beløb, som vil blive modregnet i forbindelse med den aftalte avanceramme de følgende år.

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danmarks Apotekerforening.

Overskuddet pr. apotek har varieret omkring et gennemsnitligt overskud for hele perioden på 947.000 kr. Variationen skyldes bl.a., at afvigelser mellem det overskud, som den aftalte avanceramme i et givet år giver rum for, og det faktiske overskud i det pågældende år, modregnes i de efterfølgende år, jf. anmærkning 2 til tabel 1.

Konkurrencerådet henvendte sig i 2005 til sundhedsministeren og påpegede skadelige virkninger for konkurrencen af reguleringen. I henvendelsen fremkom rådet med en række anbefalinger til ændret regulering på apoteksområdet,¹² jf. boks 5.

¹¹ Den fastlagte samlede bruttoavanceramme omfatter sektorens samlede avance på både apoteksforbeholdte lægemidler, håndkøbslægemidler og frihandelsvarer. Avancen på de apoteksforbeholdte lægemidler er reguleret, mens prisen/avance på de øvrige omsætningskategorier fastsættes frit af de enkelte apoteker. I perioden er lægemidlernes andel af apotekernes samlede avance faldet, mens avanceandelen fra salg af frihandelsvarer er steget.

¹² Henvendelsen skete på baggrund af en analyse af apotekersektoren, som Konkurrencestyrelsen havde foretaget i 2004. Resultatet af analysen samt Konkurrencestyrelsens anbefalinger blev offentliggjort i Konkurrenceredegørelse 2005.

Boks 5: Konkurrencerådets henvendelse til sundhedsministeren i 2005

I henvendelsen pegede rådet på, at den nugældende regulering har skadelige virkninger for konkurrencen bl.a. ved at begrænse tilgangen til markedet samt begrænse mulighederne for konkurrence på service og udelukke priskonkurrence. Det var rådets vurdering, at der gennem ændringer i reguleringen, som vil fremme konkurrencen, kan opnås en større effektivitet på apoteksområdet samt bedre tilgængelighed og service for forbrugerne. Rådet vurderede, at disse forbedringer kan opnås, uden at opfyldelsen af sundhedspolitiske mål forhindres.

Rådets anbefalinger kan sammenfattes således:

- Bortfald af bevillingssystemet og indførelse af mere liberale regler om etablering af og ejerskab af apoteker.
- Mulighed for etablering af "rene" internetapoteker.
- Liberalisering af reglerne om apotekerens varesortiment og åbningstider.
- Bortfald af fastprissystemet og indførelse af maksimalpriser.
- Ændring af apotekernes udligningssystem.

I 2006 meddelte sundhedsministeren i svaret på rådets henvendelse, at rådets anbefalinger vil blive inddraget i et oplæg, der vil blive udarbejdet som grundlag for drøftelserne med de politiske partier om de fremtidige rammevilkår for apotekssektoren.

Den samlede regulering af apoteksområdet indebærer, at der kun i begrænset omfang er konkurrence på markedet for apoteksydelser. Reguleringen begrænser tilgangen til markedet, udelukker priskonkurrence og giver kun i ringe grad incitamenter til konkurrence på service.

Dette er ikke i modstrid med, at den offentlige regulering virker i den forstand, at målene med reguleringen om kvalitet og tilgængelighed m.m. opnås. Problemerne med den begrænsede konkurrence er mere overordnet, at samfundet kan gå glip af de gevinster i form af lavere omkostninger, højere serviceniveau og flere fornyelser, som kan opnås med et større konkurrencepres.

Der er derfor behov for at se på den eksisterende regulering for at belyse mulighederne for at opnå aktiv konkurrence, uden at hensyn til sikkerhed, kvalitet, uafhængighed og tilgængelighed (herunder tilgængelighed i udkantsområder) lider skade, og uden negative konsekvenser for de offentlige udgifter på området.

I perioden siden 2000 er der foretaget visse liberaliseringer af reguleringen af apoteksområdet i Danmark, jf. boks 6, herunder en liberalisering af salget af veterinærmedicin i 2007, jf. boks 7. Også i andre lande er der i samme periode foretaget ændringer i reguleringen.

Boks 6: Liberaliseringer i reguleringen siden 2000

- Salget af håndkøbslægemidler blev liberaliseret i 2001.
- Ved lovændringer i 2001 og 2002 blev det muligt for en apoteker at eje op til 4 apoteker. Det skete bl.a. for at imødegå problemer med at få besat mindre attraktive bevillinger til små apoteker.
- I 2005 indførtes en ændring i udligningsordningen, hvorefter 136 byapoteker ikke kan få omsætningsbetinget tilskud fra 2010.
- I 2007 blev veterinærmedicinområdet liberaliseret.
- Apotekernes ugentlige åbningstider blevet forlænget i 2008.

Boks 7: Liberalisering af salget af veterinærmedicin

I 2007 er gennemført en liberalisering af salget af veterinær medicin til produktionsdyr. Hovedelementerne er, at apotekernes hidtidige eneret afskaffes, samt at det hidtil gældende fastprissystem ophæves og erstattes af fri prisdannelse.

I aftalen indgår, at distributionen af veterinære lægemidler fortsat skal ske på grundlag af en dyrlægerecept og på en sådan måde, at de nødvendige hensyn til sikkerhed, forsyning, information og dyrevelfærd opretholdes. Det er en forudsætning for aftalen, at den aftalte liberalisering af salget af veterinærmedicin ikke i sig selv medfører et øget forbrug af veterinærmedicin, der kan relateres til den gennemførte liberalisering.

Konkurrencestyrelsen har lavet en række analyser til belysning af effekten af den nuværende regulering i Danmark, herunder en analyse af apotekernes indtjening. Der er foretaget en undersøgelse af forbrugernes erfaringer som apotekskunder, jf. boks 8, samt en analyse af betydningen af forskelle i befolkningstæthed, jf. boks 9. Endelig har Konkurrencestyrelsen indhentet oplysninger fra andre sammenlignelige lande om landenes regulering af apotekerne.

Boks 8: Konkurrencestyrelsens brugerundersøgelse

TNS Gallup har i efteråret 2008 spurgt 1.264 personer over 18 år, der er udvalgt som en repræsentativ stikprøve af den danske befolkning på kriterierne køn, alder og erhvervsstatus. Denne stikprøve kaldes her bruttosample.

Disse personer er indledningsvis blevet spurgt, hvor ofte de har købt receptpligtig medicin på apoteket. Personer, som ikke har købt på et apotek inden for det sidste år, er herefter sorteret fra. Det drejer sig om 22 pct. af bruttosamlet. Tilbage er 982 apoteksbesøgende, som har fået stillet en række mere detaljerede spørgsmål om deres brug af og erfaringer med apoteker.

Undersøgelsen viser, at ca. 2/3 af alle indkøb af receptpligtig medicin er til behandling af kroniske sygdomme, jf. bokstabel 1.

Der er relativt flere kvinder og flere ældre blandt apoteksbrugerne.

Bokstabel 1: Apoteksbesøgende vs. bruttosample

	Bruttosample	Apoteksbesøgende
Kvinder	51 pct.	63 pct.
Over 60 år	27 pct.	31 pct.
Kronikere	-	66 pct.
Antal	1.264	982

Anm.: Til gruppen "kronikere" hører personer, som lider af en kronisk sygdom, der kræver regelmæssig medicin samt personer, som køber medicin til en anden person, der er kroniker.

Kilde: TNS Gallup og Konkurrencestyrelsens egne beregninger.

Boks 9: Opdeling i områder efter befolkningstæthed

Opdelingen på områderne er foretaget ud fra postnumre baseret på kommunernes urbaniseringsgrad, som er anført i Velfærdsministeriets nøgletal 2007. Kommuner med urbaniseringsgrad over 94 benævnes "Byen", kommuner med urbaniseringsgrad mellem 72,4 og 94 benævnes "Provinsen" og de resterende benævnes "Landdistrikter".

31 pct. af postnumrene er kategoriseret som tæt befolkede byområder, 34 pct. er provinsområder og 35 pct. er tyndt befolkede landdistrikter.

I brugerundersøgelsen kommer knap halvdelen af besvarelsene fra tæt befolkede byområder, som navnlig omfatter Storkøbenhavn. Godt en fjerdedel kommer fra provinsområder og knap en fjerdedel fra tyndt befolkede landdistrikter.

I det følgende redegøres for de konkurrencemæssige problemer ved de enkelte reguleringslementer. Desuden skitseres mulige ændringer i reguleringen, som kan medføre mere konkurrence.

3 ADGANGSREGULERING

Adgangen til at etablere apotek i Danmark er reguleret gennem et bevillingssystem. Hovedelementerne i reguleringen, der omfatter ejerskabsrestriktioner, antalsregulering og geografiske kriterier, er følgende:

- Adgang til at eje og drive et apotek kræver bevilling fra sundhedsministeren.
- Ejeren af et apotek skal have uddannelse som cand. pharm. eller tilsvarende uddannelse i udlandet.
- Ejerskabet er personligt og kan ikke overdrages eller sælges med betaling for goodwill.
- Bevillingen er ikke tidsbegrænset.
- Samme ejer må højst eje 4 apoteker.
- Regulering af antal apoteker ud fra behovskriterier, herunder geografiske restriktioner.

Der er to formål med de nuværende regler i adgangsreguleringen.

Formålet med ejerskabsreglerne er at sikre kvalitet og sikkerhed i distributionen af lægemidler. Desuden skal reglerne sikre, at apotekeren er uafhængig af andres økonomiske interesser.

Formålet med, at bevillingssystemet indeholder en regulering af antal apoteker efter behovskriterier, er at opnå en overordnet apoteksstruktur, hvor der er økonomisk grundlag for at drive apoteker i tyndt befolkede områder, jf. også omtalen af udlingningssystemet i afsnit 4. Som udgangspunkt må forbrugerne ikke have mere end 15 km til en receptekspederende enhed.

Det konkurrencemæssige problem ved adgangsreguleringen og det geografiske behovskriterium er, at de eksisterende apoteker er beskyttet mod konkurrencepres fra nye apoteker og til en vis grad fra eksisterende apoteker. Det betyder, at de enkelte apoteker ikke i samme grad som ved aktiv konkurrence tvinges til stadig udvikling og fornyelse, herunder minimering af omkostninger og aktiv konkurrence på service, for at overleve på markedet.

Hertil kommer, at ejerskabsreglerne i adgangsreguleringen i sig selv bevirker en begrænsning af de eksisterende apotekers incitamenter til fornyelse. Adgangen til at etablere et apotek kan kun opnås ved personlig bevilling, der ikke kan overdrages til andre. Dette begrænser det enkelte apoteks incitamenter til at investere i fornyelser og serviceforbedringer, idet apotekeren ikke kan kapitalisere fordelene herved i form af betaling for goodwill ved salg af apoteket. Det gælder specielt for apotekere, der nærmer sig pensionsalderen.¹³

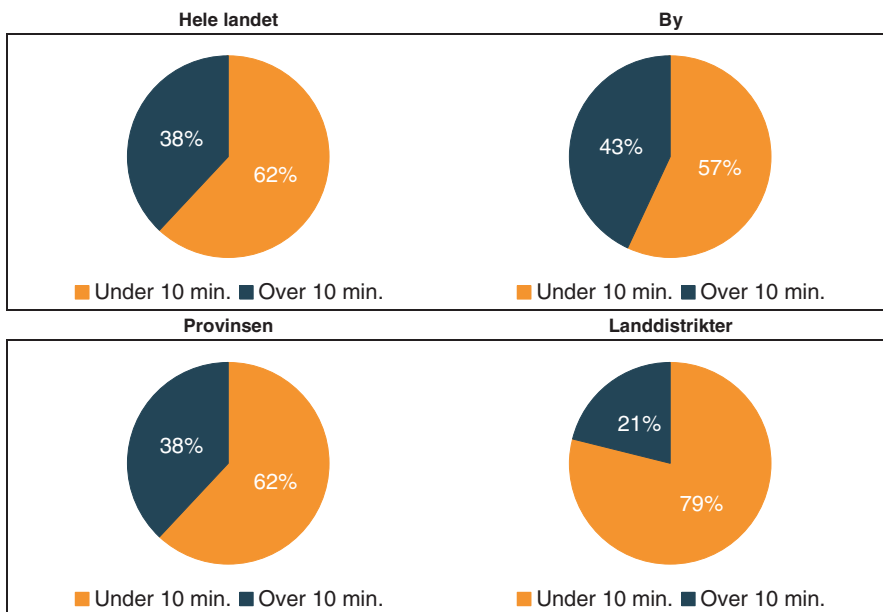
13 Ved en ændring af apotekerloven i 2009 er det bestemt, at en apoteker ved apoteksovertagelse er berettiget og forpligtet til at overtage indretning, inventar og varebeholdning. Prisen fastsættes ved forhandlinger mellem fra-trædende og tiltrædende apoteker.

Apoteker kan ikke drives i selskabsform, og den enkelte apoteker kan højst eje 4 apoteker. Det hæmmer mulighederne for at realisere effektivitetsforbedringer gennem stordriftsfordele, herunder kædedannelser. Ejerskabsreglerne hindrer også apotekerkæder ejet af lægemiddelgrossister, som er muligt i en række andre lande. Erfaringerne fra udviklingen i den øvrige detailhandel tyder på, at der kan opnås betydelige effektivitetsfordele ved kædesamarbejde.

Det forhold, at ejerskabet til et apotek tildeles ved en personlig ikke tidsbegrænset bevilling, bevirker, at udskiftningen af apoteker sker langsommere end den øvrige detailhandel, hvor tilgang og afgang fra markedet fører til en årlig udskiftning af ca. 11 pct. af butikkerne.¹⁴

Manglen på konkurrencepres viser sig bl.a. ved ventetider på at blive ekspederet på nogle apoteker. Ifølge Konkurrencestyrelsens brugerundersøgelse oplever 38 pct. af kunderne en ventetid på over 10 minutter på at blive ekspederet på et apotek. Ventetiden er størst i byområder, hvor 43 pct. venter over 10 minutter, jf. figur 4.

Figur 4: Ventetid på apotek



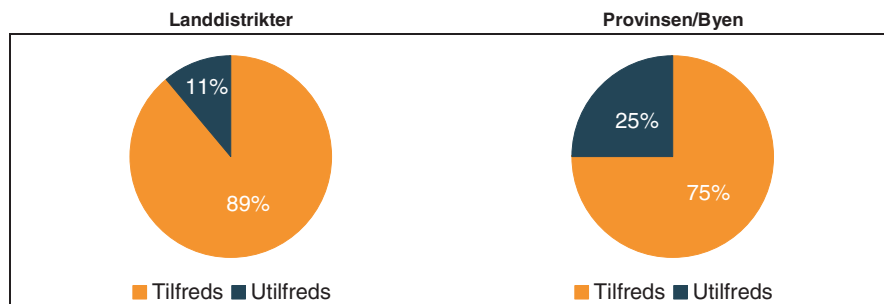
Anm.: Byer omfatter knap halvdelen af befolkningen, godt en fjerdedel kommer fra provinsområdet og knap en fjerdedel fra landdistrikter.

Kilde: Velferdsministeriet, TNS Gallup undersøgelse og Konkurrencestyrelsens egne beregninger.

¹⁴ Kilde: Danmarks Statistik.

Der er da også en vis utilfredshed med denne ventetid, idet 22 pct. har erklæret sig utilfredse med ventetiden. Utilfredsheden er størst i byområder, jf. figur 5.¹⁵

Figur 5: Tilfredshed med ventetid



Kilde: Velfærdsministeriet, TNS Gallups undersøgelse og Konkurrencestyrelsens egne beregninger

Danmarks Apotekerforening har også gennemført undersøgelser af ventetider.

Af foreningens undersøgelse fra maj 2008 til juni 2009 fremgår, at for 10 pct. af kunderne var den faktiske ventetid på at blive ekspederet over 10 minutter.¹⁶

Danmarks Apotekerforening har endvidere gennemført en kundetilfredshedsmåling i 2007, hvor kunder, der netop havde forladt apoteket, blev spurgt om oplevelse af ventetider. Her angav 3,5 pct. en ventetid på mere end 10 minutter, og 8 pct. fandt, at ventetiden var for lang.

Af en brugerundersøgelse gennemført af Dansk Apotekerforening fremgår, at ca. 22 pct. er utilfreds med ventetiden på apoteket, og at utilfredsheden er størst i Region Hovedstaden, hvor ca. 30 pct. tilkendegiver, at de oplever ventetiden som et problem.

Der er således nogen usikkerhed omkring omfanget af ventetider. Undersøgelsen fra Danmarks Apotekerforening af faktiske ventetider viser således en mindre andel med ventetider over 10 minutter end Konkurrencestyrelsens undersøgelse. Det kunne indikere, at den faktiske ventetid er mindre end den oplevede ventetid. Det synes dog ikke at gælde, når man spørger kunder, der lige har forladt apoteket, jf. Danmarks Apotekerforenings undersøgelse fra 2007.

¹⁵ Kunderne har svaret på spørgsmålet: "Hvor tilfreds er du med den ventetid, du i gennemsnit oplever på apoteket?" med svarmulighederne: Meget tilfreds, nogenlunde tilfreds, noget utilfreds og meget utilfreds.

¹⁶ Kilde: Danmarks Apotekerforening. Undersøgelserne målte den faktiske ventetid på grundlag af registreringer i kønummersystemer i 130 apoteker.

Tilbage står, at der er konstateret en vis utilfredshed med ventetid på at blive ekspederet. Det gælder specielt i byområder, jf. Danmarks Apotekerforenings brugerundersøgelse, der viser utilfredshed med ventetider på niveau med Konkurrencestyrelsens tilsvarende brugerundersøgelse.

Adgangsreguleringen i kombination med udligningsordningen¹⁷ fører til en apoteksstruktur, som indebærer, at de samlede omkostninger ved distributionen af lægemidler bliver højere end ved markedsført tilpasning under konkurrence. Hermed kan udgifterne til lægemidler også blive højere for patienter og det offentlige.

Den nuværende apoteksstruktur er karakteriseret ved, at en stor andel af apotekerne har underskud eller ringe indtjening – samtidig med, at en stor andel af apotekerne har et overskud, der ligger betydeligt over det gennemsnitlige overskud på 935.000 kr. i 2007.

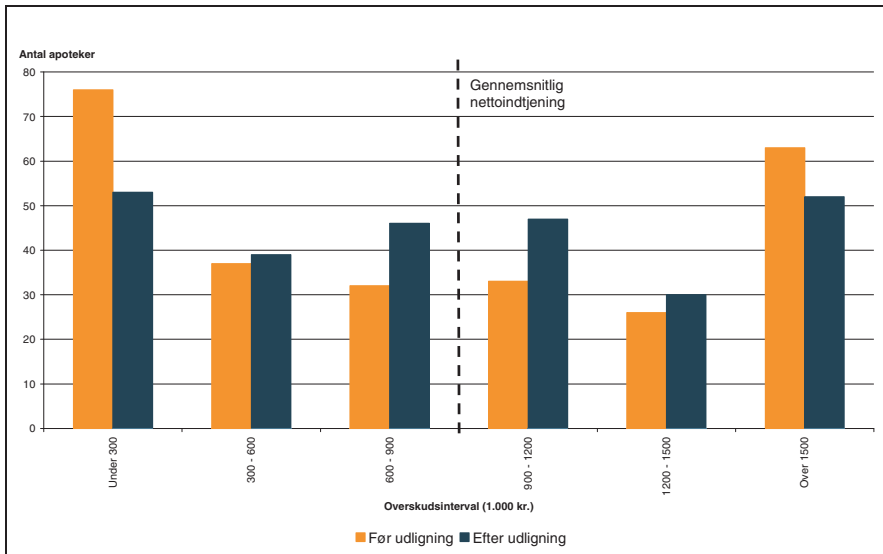
I 2007 havde 76 apoteker svarende til knap 30 pct. en lav indtjening på under 300.000 kr. før udligning, jf. figur 6.¹⁸ 41 apoteker svarende til godt 15 pct. havde underskud.

Samtidig havde 63 apoteker svarende til knap 25 pct. en høj indtjening på over 1,5 mio. kr. og således betydeligt mere end den gennemsnitlige indtjening. Det er navnlig i byområder, at der er mange apoteker med meget store overskud, jf. afsnit 4.

¹⁷ Udligningsordningen er nærmere omtalt i afsnit 4. Som tidligere nævnt, er formålet med antalsreguleringen efter behovskriterier at sikre økonomisk grundlag for at drive apoteker i tyndt befolkede områder. Antalsreguleringen indebærer, at den aftalte samlede avanceramme, jf. nærmere i afsnit 5, fordeles mellem et fastlagt antal apoteker. Udligningsordningen indebærer, at der flyttes avance fra apoteker med stor omsætning til apoteker med lille omsætning.

¹⁸ I alle beregninger i kapitlet er der taget udgangspunkt i de 267 apoteker = 267 bevillinger, der var aktive i 2007. 14 apotekere havde to bevillinger og 239 én bevilling. I 2007 var der således 253 økonomiske apoteksenheder. I løbet af 2007 er der nedlagt 4 bevillinger.

Figur 6: Antal apoteker fordelt efter overskud, 2007



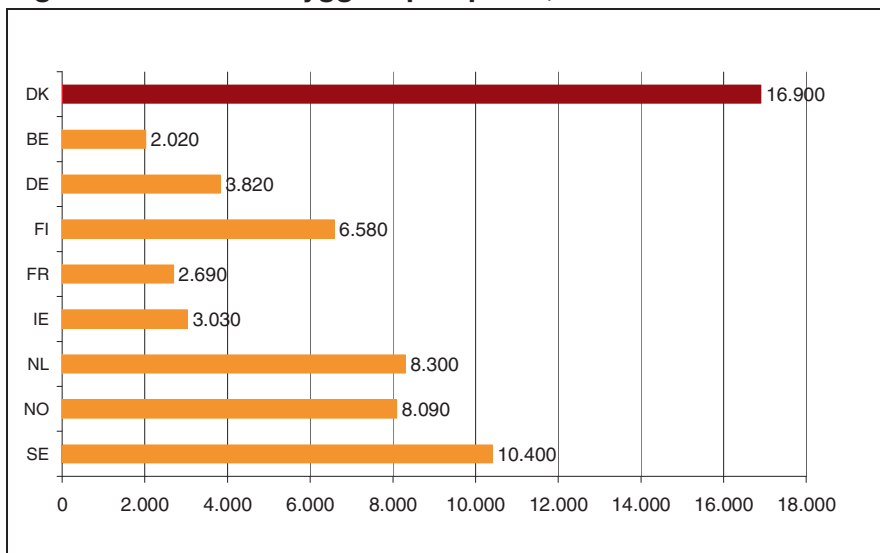
Anm.: Overskuddet er nettooverskuddet efter afskrivninger og renter men før aflønning af apotekerne. Overskuddet svarer således til apotekerens indtjening.

Kilde: Lægemiddelstyrelsen, Danmarks Apotekerforening og Konkurrencestyrelsens egne beregninger.

En så stor spredning i indtjeningen ville ikke kunne opretholdes på et marked med aktiv konkurrence. Her vil en unormal høj indtjening blive konkurreret ned ved tilgang af nye virksomheder til markedet, og virksomheder med unormal lav indtjening vil forlade markedet. Det vil føre til en mindre spredning i normalindtjeningen, idet de fleste virksomheder vil have overskud tættere på normalindtjeningen. Dette gælder særligt på et marked med en stabil efterspørgsel som apoteksmarkedet.

Adgangsreguleringen indebærer, at der ikke sker tilgang af apoteker, hvor der er markeds-mæssigt behov herfor. Det gælder fx i byområder, hvor der er ventetider, og hvor mange apoteker har en indtjening betydeligt over gennemsnittet. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at Danmark har flere indbyggere pr. apotek end andre lande, jf. figur 7.

Figur 7: Antal indbyggere pr. apotek, 2006



Anm.: Forklaring af landeforkortelser: DK = Danmark, BE = Belgien, DE = Tyskland, FI = Finland, FR = Frankrig, IE = Irland, NL = Nederlandene, NO = Norge og SE = Sverige.

Kilde: The Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU).

En apoteksstruktur med bedre tilpasning mellem omkostninger og efterspørgsel i de enkelte apoteker og mere konkurrence om service fordrer ændringer i adgangsreguleringen og udligningsordningen. På denne baggrund gennemgås de enkelte elementer i adgangsreguleringen nedenfor. Udligningsordningen gennemgås i afsnit 4.

I de nugældende regler er ejerskabet til et apotek personligt, og kun personer, der er uddannet som cand. pharm.¹⁹, kan eje og drive et apotek. Reglerne indebærer, at apoteker ikke kan drives i selskabsform, og at fx lægemiddelgrossister, lægemiddelproducenter og praktiserende læger ikke kan eje apoteker i Danmark.

Ejerskabsreglerne er begrundet i hensyn til sikkerhed og kvalitet i distributionen af lægemidler, samt at apoteket skal være uafhængigt af andres økonomiske interesser. Desuden har hensynet til at undgå markedsdominans også spillet en rolle. Det gælder specielt reglerne om, hvor mange apoteker der kan ejes af samme farmaceut. I Danmark kan højst fire apoteker være under samme ejerskab.

En række andre lande har ikke så restriktive ejerskabsregler som Danmark, jf. tabel 2.

¹⁹ Eller tilsvarende uddannelse i udlandet.

Tabel 2: Adgangsregulering i udvalgte lande

	DK	BE	DE	FI	FR	IE	NL	NO	SE	UK
Ejerskab – kun farmaceuter	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Vertikale restriktioner¹⁾	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej
Horisontale restriktioner²⁾	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Adgangsregulering³⁾	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

Ann.: Forklaring af landeforkortelser: DK = Danmark, BE = Belgien, DE = Tyskland, FI = Finland, FR = Frankrig, IE = Irland, NL = Nederlandene, NO = Norge, SE = Sverige og UK = Storbritannien.

Note 1: I DK, DE, FI og FR er der forbud mod vertikal integration mellem apotek og lægemiddelgrossist og mellem apotek og lægemiddelindustri. I NO og SE gælder forbuddet alene vertikal integration mellem apotek og lægemiddelindustri.

Note 2: I DK, DE, FI, FR, IE, NO, SE og UK er der forbud mod, at praktiserende læger kan eje og drive apoteker.

Note 3: Adgangsregulering dækker over antalsbegrænsning, restriktioner i forhold til geografisk placering og/eller antal receptskæpditioner.

Kilde: Undersøgelse foretaget af Konkurrencestyrelsen, 2008; ECORYS: Study of regulatory restrictions in the field of Pharmacies, 2007; ÖBIG: Surveying, Assessing and Analysing the Pharmaceutical Sector in the 25 EU Member States, 2006 samt OFT: The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK, 2003. Desuden er indhentet oplysninger fra Danmarks Apotekerforening.

I Irland, Nederlandene, Norge, Sverige^{20 21} og Storbritannien²² er der ikke særlige krav til, at ejeren af apoteker skal være farmaceut, og der er ikke restriktioner på, hvor mange apoteker der må være under samme ejerskab.

Det gælder endvidere for disse fem lande, at det er tilladt for lægemiddelgrossister at eje apoteker. I nogle landene er det endvidere tilladt, at apoteker kan være ejet af virksomheder i lægemiddelindustrien og/eller praktiserende læger.

Apoteksmarkedet er i alle disse lande præget af, at store kæder er betydelige aktører, herunder apotekskæder ejet af lægemiddelgrossister.²³

I alle lande er der regler, som skal sikre kvalitet og sikkerhed i distributionen af lægemidler. Det drejer sig om professions- og uddannelseskra-
v til apotekets leder og personale, men ikke nødvendigvis til ejeren. Desuden er der typisk krav til indret-

²⁰ Den svenske regering nedsatte i december 2006 et udvalg med det formål at undersøge, hvordan det svenske apotekmarked kan dereguleres. I foråret 2009 blev der vedtaget ny lovgivning om apoteker svarende til udvalgets anbefalinger.

²¹ I Norge er der indgået en aftale mellem staten og de tre største kæder, som har overtaget størstedelen af apotekerne, om, at de skal opretholde forsyningen i yderkantsområderne.

²² Der er fri etablering i Storbritannien, men kontrakt om refusion af lægemidler med det offentlige (National Health Service (NHS)) forudsætter, at NHS vurderer, at der er behov for et apotek i det pågældende område.

²³ I Norge har der været problemer med at håndhæve forbuddet mod, at lægemiddelindustrien kan eje apoteker. Det skyldes, at de norske apotekerkæder er ejet af internationale koncerner.

ning af apoteket og opbevaring af medicin samt procedurer ved udlevering af lægemidler.

Konkurrencestyrelsen vurderer, at der kan opnås samme kvalitet og sikkerhed i distributionen af lægemidler som i dag og samtidig en mere fri adgang til apoteksmarkedet i Danmark ved, at de nuværende regler om personligt ejerskab erstattes af krav til driften af et apotek, herunder professions- og uddannelseskra­v til apotekets leder. Det kunne fx være en autorisationsordning. Desuden kan der som i dag stilles krav om fuldt sortiment af alle lægemidler og krav om at tilbyde det billigste fabrikat af lægemidler inden for samme substitutionsgruppe.

De gældende regler for sortiment og åbningstider kan hæmme udviklingen af økonomisk bæredygtige enheder og dermed være med til at svække effektiviteten i distributionen af lægemidler, jf. boks 10. En mere fri tilgang til markedet bør derfor suppleres med ændringer i reglerne for sortiment og åbningstider, der understøtter apotekernes muligheder for konkurrence på service og effektivitet.

Boks 10: Sortiment og åbningstider

Der er både fastsat regler om, hvornår apotekerne skal holde åbent (minimums­åbningstider), og regler om maksimale åbningstider.

Reglerne om maksimale åbningstider er ligesom sortimentsbestemmelserne begrundet med, at apotekerne ikke må have konkurrencefordele i forhold til den øvrige detailhandel.

Det vil være hensigtsmæssigt, at regler om apotekers åbningstider ikke er i modstrid med reglerne i den øvrige detailhandel. Dette vil gøre det nemmere at etablere apoteksudsalg i andre butikker, jf. afsnittet om tilgængelighed. I denne forbindelse kan der stilles særskilte krav til apoteksenheder, fx krav om skrankebetjening ved udlevering af receptpligtige lægemidler.

Apotekerne har muligheder for at have et sortiment af andre varer end lægemidler. I 2008 udgjorde de såkaldte frihandelsvarer ca. 11 pct. af omsætningen i gennemsnit.

De nugældende regler for regulering af apotekersektorens samlede avance, jf. afsnit 5, inkluderer avancen på frihandelsvarer. Det begrænser apotekernes incitament til at udvide salget af frihandelsvarer.

Ændringer af de nuværende ejerskabsregler vil skabe bedre forudsætninger for mere konkurrence og effektivitetsudvikling.

Men den afgørende hindring for en apoteksstruktur med økonomisk bæredygtige apoteker og mere konkurrence om service er antalsreguleringen og den omsætningsbestemte udligning.

En række lande har ikke behovsbestemt antalsregulering, jf. tabel 2 ovenfor.

I alle lande, som har gennemført liberaliseringer i adgangen, er der sket en øget tilgang af nye apoteksvirksomheder til markedet.

En mere fri adgang til markedet kan fx ske ved et autorisationssystem, som sikrer, at der er samme kvalitet og sikkerhed ved distributionen af lægemidler som i dag.

En mere fri adgang til markedet vil skabe tilgang af apoteker i byområder. Det vil øge tilgængeligheden samt medføre øget konkurrence og de dermed forbundne samfundsmæssige gevinster.

Friere adgang vil også kunne forenes med nem adgang til lægemidler i yderområder. Men det skal ske på en anden måde end i dag, hvor der skal være en receptekspederende apoteksenhed inden for en patientafstand på 15 km i alle områder. Det kan fx være ordninger, der skaber incitamenter udbringning og/eller oprettelse af udleveringssteder for lægemidler, jf. afsnit 6.

4 UDLIGNINGSORDNINGEN

Udligningsordningen skal ses i sammenhæng med reguleringen af antal apoteker efter behovskriterier, hvor formålet er at skabe grundlag for at drive apoteker også i tyndt befolkede områder.

Udligningsordningen indebærer, at apoteker, hvor omsætningen af apoteksforbeholdte lægemidler²⁴ er over en vis grænse, opkræves en afgift, og at apoteker med en omsætning under grænsen modtager et tilskud. Afgiften/tilskuddet beregnes som en procentsats af forskellen mellem det enkelte apoteks omsætning og grænseomsætningen. Udligningsordningen tilstræbes at være udgiftsneutral for det offentlige.

I 2005 blev der indført en ændring i udligningsordningen, hvorefter 136 byapoteker, som ligger inden for en afstand på 5 km fra et andet apotek, gradvist får aftrappet det omsætningsbetingede tilskud, som helt bortfalder i 2010. I 2007 fik 144 ud af i alt 267 apoteker omsætningsbetinget tilskud. Heraf var 54 byapoteker, som var omfattet af aftrappingsordningen.

Dertil kommer ordninger, som indebærer, at apoteker med filialer, apoteksudsalg m.m. modtager tilskud. Disse tilskud finansieres gennem afgifter, der pålægges alle apoteker. Ordningerne er begrundet med, at filialer, apoteksudsalg m.m. medfører større enhedsomkostninger for et apotek.

Formålet med udligningsordningen og de andre ordninger er at skabe et tilstrækkeligt økonomisk grundlag for receptekspederende apoteksenheder i tyndt befolkede

²⁴ Apoteksforbeholdte lægemidler omfatter receptpligtig medicin til private, som i gennemsnit udgør 77 pct. af omsætningen, samt andre lægemidler (hovedsageligt apoteksforbeholdt håndkøbsmedicin), som i gennemsnit udgør ca. 5 pct. af omsætningen.

områder, hvor der er relativt få patienter inden for en radius af de tilstræbte 15 km fra apoteket. Udligningsordningen indebærer således, at der i yderområder kan oprettes apoteker, som ikke kan opnå en omsætning, der gør dem økonomisk rentable på markedsvilkår.

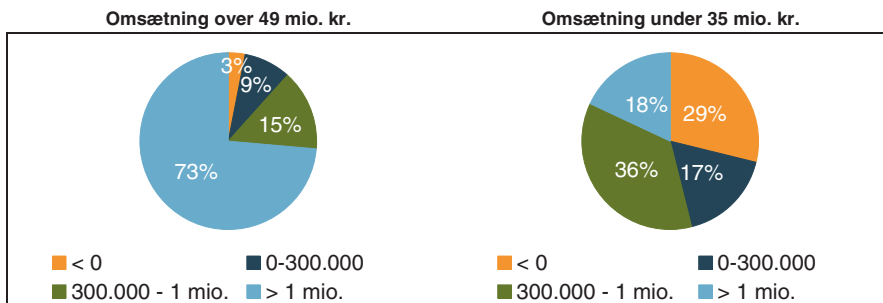
Et resultat af udligningsordningen er en apoteksstruktur med mange apoteker, som før udligning har underskud eller beskedne overskud. Udligningsordningen indebærer, at sådanne apoteker kan få tilskud, der finansieres ved afgifter på andre apoteker. Det betyder, at de samlede omkostninger ved apotekernes distribution af lægemidler bliver højere, end de ville være ved markedsrettet tilpasning under aktiv konkurrence.

Udligningsordningen begrænser endvidere alt andet lige apotekernes incitament til at erobre markedsandele fra andre apoteker ved at udvide omsætningen af apoteksforbeholdte lægemidler og dermed realisere omkostningsbesparelser gennem stor-driftsfordele.

Der er en klar sammenhæng mellem apotekernes omsætning og apotekernes evne til at indtjene overskud. Det er navnlig apoteker med stor omsætning, som har store overskud før udligning, jf. figur 8.

I 2007 var den gennemsnitlige apoteksomsætning 45,5 mio. kr. Det gennemsnitlige overskud var 935.000 kr.²⁵

Figur 8: Apoteker med høj og lav omsætning fordelt efter overskud før udligning i 2007



Anm.: Der er 90 apoteker med en omsætning over 49 mio. kr. og 87 apoteker med en omsætning under 35 mio. kr. 90 apoteker har en omsætning mellem 35 og 49 mio. kr.

Kilde: Lægemiddelstyrelsen og Konkurrencestyrelsens egne beregninger.

I den øverste tredjedel af apotekerne med en omsætning over 49 mio. kr. havde 73 pct. af apotekerne i 2007 et overskud over 1 mio. kr., jf. figur 8. 12 pct. havde et overskud på under 300.000 kr.

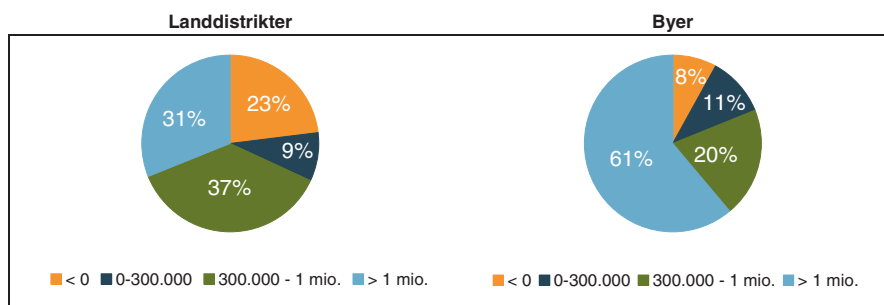
²⁵ Der er tale om det gennemsnitlige faktiske overskud, som i 2007 var højere end det aftalte gennemsnitlige overskud, jf. tabel 1.

I den nederste tredjedel af apotekerne med en omsætning under 35 mio. kr. havde 18 pct. af apotekerne i 2007 et overskud over 1 mio. kr., og knap halvdelen havde et overskud på under 300.000 kr. 29 pct. havde underskud.

Andelen af apoteker med lav indtjening før udligning er størst i landdistrikter, jf. figur 9.

I landdistrikter havde knap en tredjedel af apotekerne i 2007 en indtjening under 300.000 kr., og 23 pct. af apotekerne havde underskud. I byer havde knap 20 pct. en indtjening under 300.000 kr., og 8 pct. havde underskud.

Figur 9: Apoteker i landdistrikter og byer fordelt efter overskud i kr. før udligning



Anm.: Der er 75 apoteker i landdistrikter svarende til 28 pct. af alle apoteker. 111 apoteker svarende til 42 pct. ligger i større byer. I provinsen ligger 81 apoteker svarende til 30 pct.

Kilde: Lægemiddelstyrelsen og Konkurrencestyrelsens egne beregninger.

Den høje andel af apoteker med lav indtjening i landdistrikter skyldes, at der er relativt flere apoteker med lav omsætning i landdistrikterne, jf. tabel 3.

Tabel 3: Fordeling i pct. af apoteker i forhold til omsætning og befolkningstæthed

	Omsætning over 49 mio. kr.	Omsætning mellem 35 og 49 mio. kr.	Omsætning under 35 mio. kr.	I alt
Landdistrikter	15	29	56	100
Provinsen	31	38	31	100
Byen	49	33	18	100
I alt	34	34	32	100

Anm.: Der er 90 apoteker med en omsætning over 49 mio. kr. og 87 apoteker med en omsætning under 35 mio. kr. 90 apoteker har en omsætning mellem 35 og 49 mio. kr.

Kilde: Lægemiddelstyrelsen og Konkurrencestyrelsens egne beregninger.

I landdistrikterne havde 56 pct. af apotekerne i 2007 en omsætning under 35 mio. kr., mens det i byer kun gjaldt for 18 pct. Der er således også apoteker i byen, som har lav omsætning, men det er relativt få.

Det bemærkes, at der tilsvarende er apoteker i landdistrikter, som har en høj omsætning. Således havde 15 pct. af apotekerne i landdistrikter en omsætning over 49 mio. kr. Der er navnlig tale om apoteker med en betydelig omsætning af lægemidler til produktionsdyr.

Det er primært de store apoteker, som netto betaler afgifter som følge af udligningsordningen, jf. tabel 4.

Tabel 4: Apotekernes overskud i 2007 i forskellige omsætningsintervaller, mio. kr.

Gennemsnitlig omsætning	Gennemsnitlig overskud	Gennemsnitlige afgifter/ tilskud netto	Gennemsnitlige overskud efter afgifter/tilskud
Over 68	2,6	- 0,9	1,7
58-68	1,2	- 0,4	0,8
49-58	1,4	- 0,2	1,2
44-49	0,9	0,0	0,9
40-44	0,8	0,1	0,9
35-40	0,6	0,1	0,7
30-35	0,4	0,3	0,7
24-30	0,5	0,2	0,7
Under 24	0,0	0,7	0,7

Ann.: I tabellen er de 267 apoteker placeret i 9 omsætningsintervaller med 30 apoteker i hver undtagen i intervallet under 24 mio. kr., hvor der er 27.

Kilde: Lægemedelstyrelsen og Konkurrencestyrelsens egne beregninger.

Omsætningsgrænsen for de apoteker, der i 2007 skulle betale afgift henholdsvis modtage tilskud, var knap 39 mio. kr.²⁶

Det samlede beløb, som i 2007 blev omfordelt mellem apotekerne, var ca. 55 mio. kr. svarende til 22 pct. af apotekernes samlede nettooverskud. I alt modtog 144 af 267 apoteker svarende til godt halvdelen tilskud i 2007.

Efter udligning er det gennemsnitlige overskud i alle de ni omsætningsintervaller 700.000 kr. og derover, jf. tabel 4.

Det gennemsnitlige overskud er endvidere nogenlunde på samme niveau bortset fra de 30 største apoteker.

Efter udligning er andelen af apoteker med meget lav og meget høj indtjening faldet, og der er flere apoteker med et overskud mellem 300.000 kr. og 1,5 mio. kr. Udligningsordningen har således medført en udjævning af overskud, jf. figur 6.

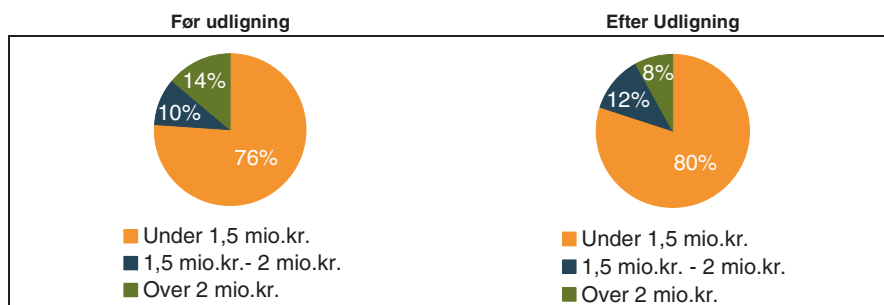
²⁶ Af tabellen fremgår, at i gennemsnit modtager også apoteker med omsætning over 40 mio. kr. nettotilskud. Det skyldes reglerne om tilskud til filialer og apoteksudsalgssteder m.m.

Men 9 pct. af apotekerne havde i 2007 også underskud efter udligning. 20 pct. af apotekerne svarende til 53 apoteker havde stadigvæk et overskud under 300.000 kr., jf. figur 6

Det bemærkes, at en apoteker kan eje op til 4 apoteker (bevillinger). Nogle af apotekerne med lille overskud ejes af en apoteker, som også har bevilling til et andet apotek.²⁷ I 2007 var der i alt 267 apoteker (bevillinger). 14 apotekere havde bevillinger til to apoteker, således at der var 253 økonomiske apoteksenheder.

20 pct. har også efter udligning et overskud på over 1,5 mio. kr., jf. figur 10.

Figur 10: Andel af apoteker med overskud over 1,5 mio. kr. og 2 mio. kr.



Kilde: Lægemiddelstyrelsen og Konkurrencestyrelsens egne beregninger

Det lave overskud også efter udligning i nogle apoteker har gjort det vanskeligt for Lægemiddelstyrelsen at få visse bevillinger besat. Det var baggrunden for, at det i 2002 blev muligt for en apoteker at have bevillinger til op til 4 apoteker.

Kun Finland har en omsætningsbaseret udligningsordning, som ligner den danske. Andre lande har dog ordninger, hvorefter nogle apoteker kan få tilskud.

Det bemærkes, at i ingen andre erhverv eksisterer der en udligningsordning. Det gælder også andre private sundhedserhverv som fx almen lægepraksis, hvor der er tilsvarende hensyn til tilgængelighed.

Som anført i foregående afsnit er det antalsreguleringen efter behovskriterier og den dertil knyttede omsætningsbestemte udligning, der er den afgørende hindring for en apoteksstruktur med økonomisk bæredygtige apoteker og mere konkurrence om service.

En ændring af reglerne, som medfører en mere fri tilgang til markedet, vil indebære, at de eksisterende apoteker vil blive udsat for større konkurrencepres. En mere

²⁷ Når en apoteker ejer flere apoteker beregnes afgifter og tilskud i relation til udligningsordningen på grundlag af den samlede omsætning i apotekerne.

fri adgang til markedet vil betyde, at apotekerne i højere grad tvinges til aktiv konkurrence for at bevare kunderne.

Den nuværende ordning med omsætningsbestemte udligning indebærer en begrænsning i apotekernes incitamenter til at øge omsætningen af apoteksforbeholdte lægemidler, som udgør godt 80 pct. af apotekernes omsætning.

Det er uhensigtsmæssigt, da Konkurrencestyrelsens undersøgelser viser en klar sammenhæng mellem stort nettooverskud og høj omsætning.

At overskuddet stiger med højere omsætning skyldes dels, at der sælges flere pakninger. Men hertil kommer, at der synes at være stordriftsfordele ved apoteksdrift, som indebærer, at lave enhedsomkostninger kun kan realiseres ved en tilstrækkelig høj omsætning.²⁸ Dette understøttes af, at undersøgelsen viser, at der er mange små apoteker, som har underskud eller en meget lav indtjening før udligning.

Konkurrence vil stimulere innovationer både i relation til omkostningsbesparelser og kundeservice. Højere omsætning og lavere enhedsomkostninger for det enkelte apotek kan opnås ved, at det lykkes for apoteket at tiltrække flere kunder. Det kan ske ved at konkurrere på service eller priser. Muligheden for priskonkurrence forudsætter dog, at de nuværende faste priser erstattes af maksimalpriser, jf. afsnit 5 om priser og avance. Stordriftsfordele kan også opnås ved, at flere apoteker drives sammen.

Mere konkurrence mellem apotekerne vil således kunne medføre bedre service til brugerne samt større effektivitet og lavere omkostninger i distributionen af lægemidler. Dette vil alt andet lige kunne betyde lavere udgifter til lægemidler.

5 PRIS- OG AVANCEREGULERING

I Danmark sker der en regulering af apotekersektorens samlede bruttoavance, og der er faste priser for alle lægemidler til forbrugere, der alene må sælges på et apotek.

Derimod er der i Danmark i modsætning til mange andre lande i princippet fri prisfastsættelse i producent- og grossistled.^{29, 30} Grossistavancen forhandles mellem de enkelte producenter/importører og lægemiddelgrossister. Producenter/importører

²⁸ Stordriftsfordele beror på eksistensen af faste omkostninger, som skal afholdes uanset omfanget af salget. For apoteker vil der være sådanne faste omkostninger som fx lokaler, indretning af lokaler og personale. Det betyder, at et apotek skal have en vis omsætning, før end det kan realisere de laveste enhedsomkostninger.

²⁹ Der er dog indgået en aftale mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Lægemiddelindustriforeningen om et prisloft for originale lægemidler. Aftalen indebærer, at den pris, der fastsættes første gang et originalt lægemiddel kommer på markedet, ikke kan stige mere end en nærmere fastlagt procentsats svarende til forventet inflationsrate.

³⁰ I en række andre lande sker der en regulering af apotekernes indkøbspriser (producenternes/grossisternes salgspriser). Da dette kapitel udelukkende handler om apotekersektoren, diskuteres spørgsmålet om regulering af apotekernes indkøbspriser ikke videre.

skal på dette grundlag indberette apotekernes indkøbspriser til Lægemedelstyrelsen.

Den samlede bruttoavance i apotekssektoren fastsættes efter forhandlinger mellem regeringen og Danmarks Apotekerforening.³¹ Den samlede avanceramme fastsættes til et bestemt beløb pr. år under hensyntagen til, at effektive apoteker har mulighed for at få dækket deres omkostninger plus en rimelig nettoavance. Den samlede bruttoavance for 2007 blev fastsat til 2,3 mia. kr. svarende til 19 pct. af omsætningen.³²

De faste forbrugerpriser fastsættes ved, at der for hver lægemiddelpakning beregnes en fast apoteksavance bestående af et procenttillæg og faste tillæg, som er ens for alle apoteker.³³ Avancen pr. lægemiddelpakning fastsættes således, at apotekssektoren samlet opnår den aftalte bruttoavanceramme, jf. ovenfor. Hvis salg og omkostninger udvikler sig anderledes end forudsat ved beregningerne af bruttoavancerammen, vil prisberegningerne blive justeret.

Endelig administrerer apotekerne ordningen med generisk substitution, der betyder, at apoteket er forpligtet til altid at tilbyde det billigste fabrikat af lægemidler inden for samme substitutionsgruppe.³⁴ En substitutionsgruppe består af flere fabrikater (originalprodukter, herunder parallelimporterede produkter, og kopiprodukter) af et lægemiddel, der som følge af de samme aktive indholdsstoffer har samme medicinske virkning. Lægemedelstyrelsen bestemmer, hvilke lægemidler der er substituerbare.

Der er flere formål med reguleringen af apotekernes bruttoavance og priser.

Prisreglerne med ens faste priser i hele landet sikrer, at der prismæssigt er lige adgang til receptpligtige lægemidler. Fastprissystemet indebærer imidlertid, at apotekerne ikke har mulighed for priskonkurrence på receptpligtige lægemidler.

Prisreguleringen skal derfor også sikre mod risikoen for monopolpriser.

Reglerne om generisk substitution skal sikre, at forbrugerne får tilbudt de billigste receptpligtige lægemidler. Det bemærkes i denne forbindelse, at patienten kun har begrænsede valgmuligheder³⁵ inden for receptpligtige lægemidler, jf. boks 11. Samtidig medfører disse regler, at de offentlige tilskud til medicin minimeres.³⁶

³¹ Den samlede avance omfatter avancen for alle apoteksydelser: Receptpligtige medicin, håndkøbsmedicin og fri-handelsvarer m.m.

³² Bruttoavanceprocenten har været faldende de sidste ti år og er i dag på samme niveau som supermarkeder.

³³ Apotekerne har samme avance pr. lægemiddelpakning for alle lægemidler. Herved sikres, at apotekerne ikke har incitament til at udlevere dyre lægemiddelpakninger

³⁴ Dette gælder, med mindre lægen har foreskrevet, at kun et bestemt fabrikat må anvendes.

³⁵ Patienten har kun de begrænsede valgmuligheder, som ligger i muligheden for at vælge inden for samme generiske substitutionsgruppe. Hvis patienten ønsker et dyrere lægemiddel inden for substitutionsgruppen, kan patienten vælge selv at betale forskellen.

³⁶ Det offentlige tilskud beregnes på grundlag af det til enhver tid billigste fabrikat inden for en substitutionsgruppe.

Boks 11: Særlige forhold for receptpligtige lægemidler

Der er særlige markedsforhold for receptpligtige lægemidler, herunder asymmetrisk information. Patienten har ikke den information, der er nødvendig, for at træffe et rationalt valg mellem lægemidler ud fra pris og kvalitet. Derfor vælger lægen for patienten via en recept.

Patienten har imidlertid heller ikke information om, hvilke lægemidler der tilhører samme generiske substitutionsgruppe. Det er derfor apotekets opgave at oplyse patienten herom og tilbyde det billigste lægemiddel efter reglerne om generisk substitution.

Hertil kommer, at lægemidler sælges med offentligt tilskud. Patienterne betaler således kun en andel (ca. en tredjedel) af lægemidlets samlede pris. Tilskuddet beregnes i forhold til prisen for det billigste fabrikat inden for en generisk produktgruppe.

Reguleringen af apotekssektorens samlede bruttoavance har til formål at styre udviklingen i omkostninger og indtjening i sektoren som helhed. Det skal ses på baggrund af, at den samlede regulering på apoteksområdet indebærer, at der er begrænset konkurrencen mellem apotekerne. Det betyder bl.a., at de mekanismer til automatisk eliminering af overnormal fortjeneste og af for høje omkostninger, som vil gøre sig gældende på et marked med fri tilgang og aktiv konkurrence, ikke er til stede på apoteksområdet.³⁷

Det samlede system for regulering af apotekssektorens bruttoavance og priser på receptpligtige lægemidler sikrer endvidere, at der er styr på det offentliges udgifter til lægemidler distribueret gennem apoteker.

I alle de lande, som Danmark normalt sammenligner sig med, er der en eller anden form for regulering af apotekernes avance og priser på receptpligtige lægemidler, jf. tabel 5.

I nogle lande sker der derudover også en regulering af apotekernes indkøbspriser og dermed salgspriserne fra producenter/importører/grossister. I andre lande, herunder Danmark, er prisdannelsen i producent- og grossistled i princippet fri.

³⁷ Ved fastsættelsen af den årlige avancerramme for apotekersektoren indregnes en stigning i produktiviteten år for år.

Tabel 5: Prisregulering af receptpligtige lægemidler

	DK	BE	DE	FI	FR	IE	NL	NO	SE	UK
Regulering af apotekernes indkøbspriser	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Regulering af apotekernes udsalgspriser	Faste	Faste	Faste	Faste	Faste	Faste	Faste tilskudspriser ¹	Maksimalpriser	(Faste) ²	Faste tilskudspriser ¹

Anm.: Forklaring af landeforkortelser: DK = Danmark, BE = Belgien, DE = Tyskland, FI = Finland,

FR = Frankrig, IE = Irland, NL = Nederlandene, NO = Norge, SE = Sverige og UK = Storbritannien.

Note 1: I NL og UK fastlægges en tilskudspris for apotekernes salg af receptpligtige lægemidler, som refunderes fuldt ud af det offentlige. Tilskudsprisen svarer til en reguleret indkøbspris + et fast gebyr. Det betyder i praksis, at alle apoteker sælger til tilskudsprisen.

Note 2: Der er dog maksimalpriser for parallelimporterede lægemidler.

Kilde: Undersøgelse foretaget af Konkurrencestyrelsen, 2008; ECORYS: Study of regulatory restrictions in the field of Pharmacies, 2007; ÖBIG: Surveying, Assessing and Analysing the Pharmaceutical Sector in the 25 EU Member States, 2006 samt OFT: The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK, 2003. Desuden er indhentet oplysninger fra Danmarks Apotekerforening.

I Danmark bør der ligesom i andre lande fortsat være en form for prisregulering af receptpligtige lægemidler. Det gælder også i en situation med en mere fri adgang til markedet og ophør af udligningsordningen. Det skyldes tre forhold.

For det første er spørgsmålet om reguleringen af adgangen til markedet uden betydning for patientens begrænsede valgmuligheder i relation til køb af receptpligtige lægemidler. Her vil det altid være sådan, at lægemidlet er bestemt ved lægens recept, og at patienten alene kan vælge mellem lægemidler inden for samme substitutionsgruppe.

For det andet vil der også i en situation med mere konkurrence mellem apotekerne være en del apoteker, som har en markedsposition, der tenderer et lokalt monopol.

For det tredje er der fortsat behov for mekanismer, der sikrer kontrol med de offentlige udgifter til lægemidler distribueret gennem apoteker.

I øjeblikket fører reguleringen som nævnt til faste priser. Men der er i princippet ikke noget til hinder for, at de priser, som fastsættes ved reguleringen, betragtes som maksimalpriser. Herved vil det enkelte apotek kunne fastsætte lavere priser. Dette er muligt i Norge.

Et maksimalprissystem vil imidlertid betyde, at princippet om ens priser på receptpligtige lægemidler i hele landet ikke kan opretholdes. De apoteker, der har lavere priser end maksimalpriserne, vil ikke nødvendigvis have samme priser. Desuden må det forventes, at nogle apoteker ikke vil fravige maksimalpriserne. Det vil være apoteker, der kun i mindre grad er udsat for konkurrence fra andre apoteker. Disse apoteker vil typisk ligge i tyndt befolkede områder.

Samlet må det antages, at på markedet for receptpligtige lægemidler vil et maksimalprissystem kun få begrænset effekt på prisdannelsen.³⁸

Substitutionsordningen er nødvendig som følge af patientens informations- og valg-situation i relation til receptpligtige lægemidler. Denne situation er ikke påvirket af reguleringen i øvrigt. Behovet for ordningen vil derfor være til stede uanset ændringer i reguleringen.

Da mulighederne for at opretholde ordningen uændret er uafhængig af ændringer i reguleringen, der måtte føre til en situation med fri tilgang til markedet og bortfald af den omsætningsbestemte udligning, kan substitutionsordningen fortsætte.

Substitutionsordningen er et eksempel på en regulering, som stimulerer konkurrencen – her mellem lægemiddelproducenterne. Der kan være meget betydelige prisforskelle mellem produkter i samme substitutionsgruppe. Som tidligere nævnt bidrager ordningen til betydelige reduktioner i udgifterne til lægemidler for patienter og det offentlige.

6 KONSEKVENSER AF ÆNDRET REGULERING

Reguleringen af apotekerne er bestemt af målene om sikkerhed og tilgængelighed.

Undersøgelserne viser særligt to problemer, som har sammenhæng med den nuværende regulering.

- Omkostningerne for samfundet (patienter og det offentlige) ved den nuværende apoteksstruktur er højere, end de ville være ved en markeds-mæssig tilpasning under konkurrence.
- Nogle patienter, specielt i byområder, oplever lange ventetider på apotekerne.

De ekstra omkostninger skyldes, at reguleringen indebærer, at en betydelig andel af apotekerne, specielt i yderområder, i sig selv har underskud eller meget lavt overskud og kun opretholdes i kraft af tilskud (udligning) fra andre apoteker. Det rejser spørgsmålet, om forsyningen af yderområder med lægemidler kan ske på en anden måde, der indebærer mindre omkostninger.

³⁸ *Det forhold, at lægemidler er nødvendighedsvarer, hvor efterspørgslen er stabil bestemt af lægernes ordinationspraksis, og at forbrugerprisen er reduceret af et betydeligt offentligt tilskud, må antages at bevirke, at efterspørgslen efter lægemidler ikke er særlig prisfølsom. Det betyder, at apotekernes incitament til prisedsættelse er lille.*

Ventetider i byerne skal ses i sammenhæng med, at reguleringen begrænser antallet af apoteker i byområderne. En mere fri adgang til markedet vil udsætte de eksisterende byapoteker for et konkurrencepres, som ud fra almindelige markedsmekanismer vil føre til reduktioner i ventetider og andre serviceforbedringer. Det skal også ses på baggrund af, at det navnlig er i byerne, at en stor andel af apotekerne har store overskud, der ligger betydeligt over det gennemsnitlige overskud ved avancereguleringen.

Konkurrencestyrelsen finder således, at en stærkere konkurrence mellem apoteker vil stimulere serviceindsatsen og føre til mere effektive og økonomisk bæredygtige apoteker.

Det vigtigste middel til at opnå mere konkurrence er lempelser i adgangsreguleringen, som fører til en mere fri adgang til markedet, og afskaffelse af den omsætningsbestemte udligningsordning.^{39, 40}

Konkurrencestyrelsen vurderer, at disse ændringer vil kunne gennemføres uden at tilsidesætte de sundhedspolitiske og økonomiske målsætninger, jf. boks 12.

Boks 12: Konsekvenser for overordnede sundhedspolitiske mål af en regulering med mere fri adgang til at etablere apoteker

- Det er muligt at opnå samme kvalitet og sikkerhed som i dag ved at stille krav til driften af et apotek, herunder professions- og uddannelseskra­v til apotekets ledelse. Det kunne fx være en autorisationsordning. Alle, som opfylder kravene, skal frit kunne etablere apoteker.
- En mere fri adgang til markedet er foreneligt med hensyn til uafhængighed, som kan indgå i betingelserne for etablering af et apotek.
- En mere fri adgang til markedet vil skabe tilgang af apoteker i byområder. Dette vil øge tilgængeligheden i byerne.



³⁹ Det forhold, at retten til at drive et apotek er tildelt den enkelte apoteker gennem et bevillingssystem med nærmere forudsætninger for apotekerdriften, kan bevirke, at der kan opstå ekspropriationsmæssige spørgsmål ved ændringer i adgangsreguleringen. Det kan muligvis betyde, at der i forbindelse med en afskaffelse af udligningsordningen vil være behov for en overgangsordning i en periode.

⁴⁰ Der vil dog fortsat være behov for ordninger, der håndterer fælles opgaver i apotekersektoren, som indebærer udligning inden for sektoren. Fælles opgaver omfatter bl.a. administration af offentligt tilskud til lægemidler, apoteksproduktion af lægemidler (magistral produktion), uddannelse, vagtapoteker og apotekernes sundhedsfremmende serviceydelser. I forbindelse med at sikre nem adgang til lægemidler i yderområder kan der endvidere blive tale om fællesordninger, der stimulerer udbringningsordninger og oprettelse af flere udleveringssteder, se nedenfor.

- En mere fri adgang vil kunne forenes med en god tilgængelighed i yderområder. Men det skal ske på en anden måde end i dag, hvor der skal være en receptekspederende apoteksenhed inden for en patientafstand på 15 km i alle områder. Det kan fx være ordninger, der skaber incitamenter udbringning og/eller oprettelse af udleveringssteder for lægemidler. Konsekvenser og omkostninger ved sådanne ordninger må undersøges nærmere.
- En mere fri adgang vil kunne forenes med ordninger, der sikrer kontrol med de offentlige udgifter til receptpligtige lægemidler, hvor forbruget bestemmes af lægernes receptpraksis

Konkurrencestyrelsen vurderer således, at ændringerne vil kunne gennemføres på en sådan måde, at der stadig vil være nem adgang til lægemidler i yderområderne og uden større offentlige udgifter til sundhedsydelser, jf. nedenfor.

Tilgængelighed

Som tidligere nævnt er et af formålene med adgangsreguleringen i kombination med udligningsordningen at sikre, at der også er økonomisk grundlag for receptekspederende apoteksenheder i tyndt befolkede områder, hvor der er relativt få patienter inden for en radius af de tilstræbte 15 km fra apoteket.

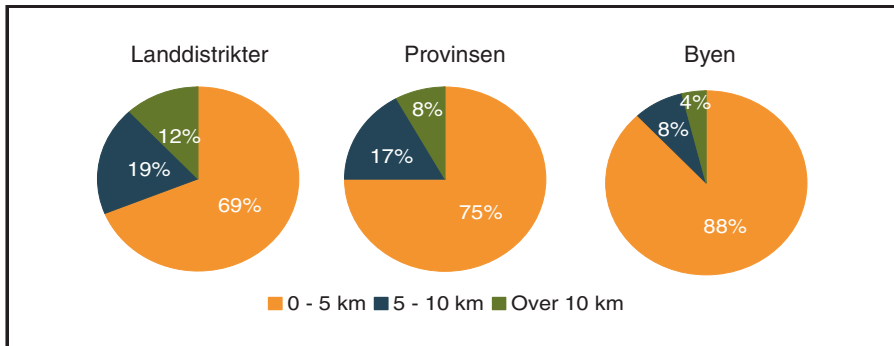
Brugerundersøgelsen viser, at den største del af befolkningen har meget kort afstand til et receptekspederende apotek⁴¹, jf. figur 11.

Det gælder også i tyndt befolkede områder (landdistrikter), hvor ca. 70 pct. af apoteksbrugerne har under 5 km til nærmeste apotek.

Det nuværende bevillingssystem indebærer således, at langt de fleste apoteksbrugere har betydeligt kortere afstand til en receptekspederende apoteksenhed end de maksimale 15 km.

⁴¹ 320 hovedapoteker og apoteksfilialer med selvstændig receptekspedition. Apoteksudsalg, håndkøbsudsalg og medicinudleveringssteder kan ikke direkte ekspedere recepter.

Figur 11: Afstand til nærmeste receptekspederende apotek



Kilde: Velfærdministeriet, TNS Gallups undersøgelse og konkurrencestyrelsens egne beregninger.

Undersøgelsen viser endvidere, at ingen var utilfredse med afstanden – heller ikke brugere med en afstand på over 10 km til apoteket. 97 pct. er tilfredse med afstanden til nærmeste receptekspederende apotek, uanset om afstanden er over eller under 10 km.

Det kan tyde på, at den fysiske afstand til et apotek ikke er så afgørende for apoteksbrugernes oplevelse af tilgængeligheden. Det må formodes, at transporttiden er af større betydning. Med moderne transportmidler er transporttiden ikke påvirket nævneværdigt af, om den fysiske afstand er lidt større eller mindre. Det gælder navnlig i landdistrikter.

Det vigtigste kriterium for tilgængelighed må imidlertid være, at patienterne på en nem og simpel måde kan få deres lægemidler samt nødvendig rådgivning, når de har behov herfor, jf. nærmere nedenfor.

På baggrund af de omtalte samfundsmæssige omkostninger ved den nuværende apoteksstruktur må der sættes spørgsmålstegn ved, om det gældende afstandskriterium er den mest hensigtsmæssige løsning til at opnå nem adgang til lægemidler i yderområderne.

Nem adgang til levering af lægemidler er ikke ensbetydende med, at der rent fysisk skal placeres et selvstændigt receptekspederende apotek inden for en patientafstand på 15 km i alle områder. Der kan tænkes andre muligheder for at skabe god tilgængelighed i tyndt befolkede områder.

De fleste andre lande har flere og større tyndt befolkede områder end Danmark. Der kan derfor inddrages erfaringer fra disse lande om, hvordan man har sikret tilgængelighed i områder, hvor markedskræfterne ikke fører til tilstrækkelig etablering af selvstændige apoteker.

En mulighed kunne være at gøre det mere attraktivt for apoteker i byer at udvide omsætningen ved også at forsyne patienter i de omliggende landdistrikter med receptpligtige lægemidler.

Alternativer til fysisk placering af receptekspederende apoteksenheder i umiddelbar nærhed af patienterne kunne fx være oprettelse af flere udleveringssteder for lægemidler. Mere lempelige regler for sortiment vil forbedre mulighederne for at oprette udleveringssteder.⁴² En mulighed er også at oprette flere udleveringssteder i tilknytning til eksisterende dagligvarebutikker som en ”butik i butikken”.

Ordninger, der skaber bedre incitamenter til udbringning, vil også kunne bidrage til nem adgang til lægemidler.

Forbedring af incitamenter til udbringning og/eller oprettelse af udleveringssteder for lægemidler kunne ske ved en udvidelse af de nuværende ordninger, som bl.a. indebærer, at apoteker med apotekerudsalg modtager tilskud, som finansieres gennem afgifter, der pålægges alle apoteker.

Tilskud til udbringning kunne gøre det mere attraktivt for patienter at få lægemidler leveret ved bopælen. I øjeblikket er udbringning af medicin ikke almindeligt. Brugerundersøgelsen viser, at kun 6 pct. altid eller for det meste får medicinen bragt, mens 88 pct. aldrig anvender udbringning.

Øget tilskud til medicinudleveringssteder i tyndt befolkede områder vil kunne gøre det attraktivt for byapoteker at oprette sådanne faciliteter. Herved vil befolkningen i disse områder kunne hente receptpligtige lægemidler på udleveringssteder inden for samme afstand som i dag.

Sådan alternative ordninger kan betyde, at der i forhold til i dag bliver større afstand til apoteker og apoteksfilialer, som kan ekspedere recepter og rådgive. Dette behøver imidlertid ikke at udgøre et problem.

For det første forudsætter receptekspedition og rådgivning ikke patientens fysiske tilstedeværelse på et receptekspederende apotek. Receptekspedition kan ske telefonisk og via internettet. Det samme gælder rådgivning.

For det andet sker de fleste indkøb af receptpligtige lægemidler i situationer, hvor der ikke er akut behov for medicinen. I disse situationer vil det ikke være noget problem, at der går fx en dag fra medicinen bestilles, til medicinen kan afhentes på et udleveringssted eller bliver bragt på patientens adresse.

Brugerundersøgelsen viser fx, at ca. 2/3 af alle indkøb af receptpligtig medicin er til permanent behandling af kroniske sygdomme. Brugere af denne type medicin kan langtidsplanlægge deres medicinforbrug og har ikke behov for akut at skulle indkøbe disse lægemidler i en receptekspederende apoteksenhed.

I de relativt få situationer, hvor patienten har et akut behov for receptpligtig medicin, vil patienten under alle omstændigheder forinden have konsulteret en læge, der

⁴² Det bemærkes i denne forbindelse, at de nugældende regler for regulering af apotekersektorens samlede avance, som inkluderer avancen på frihandelsvarer, begrænser apotekernes incitament til at udvide salget af frihandelsvarer.

kan udskrive recepten. Det kan derfor overvejes at give mulighed for, at lægen kan udlevere medicin til dækning af det akutte behov i den tid, der går, inden patienten kan få medicinen via et apotek. Herudover vil der være mulighed for at få akut medicin på et vagtapotek.

Offentlige udgifter

De offentlige udgifter til lægemidler er bestemt af forbrug og priser på tilskudsberettiget medicin.

Apotekernes rolle er først og fremmest at varetage distributionen af lægemidler, som er ordineret til patienter ved en læges recept. Forbruget af receptpligtige lægemidler bestemmes derfor i udgangspunktet af lægernes receptpraksis.

Det vil også gælde også i en situation med en mere fri tilgang til markedet uden omsætningsbestemt udligning, hvor forbruget af receptpligtig medicin fortsat bestemmes af lægernes receptpraksis.

En øget tilgang til markedet vil derfor næppe i sig selv kunne øge forbruget af receptpligtige lægemidler. Det vil også gælde, hvis tilgangen fører til bedre tilgængelighed, jf. boks 13.

Boks 13: Offentlige udgifter til sundhedsydelse og tilgængelighed

Det kan ikke udelukkes, at ændringer i reguleringen, som fører til bedre tilgængelighed, vil kunne øge medicinforbruget og dermed de offentlige tilskud til medicin. Det vil dog kun kunne tilfældet, hvis den nuværende tilgængelighed betyder, at patienter i et vist omfang ikke afhenter deres medicin.

Udgangspunktet må være, at det rette forbrug er det, som lægen har foreskrevet ved recepten, og at et mindre forbrug indebærer større risiko for ubehandlet sygdom. Et lavere lægemiddelforbrug indebærer således risiko for flere sygedage og flere indlæggelser på sygehuse.

De offentlige udgifter til medicin vil derfor kun blive påvirket, hvis en mere fri adgang til markedet fører til en ændret prisdannelse på lægemidler med offentligt tilskud. Det vil afhænge af, hvordan man indretter den øvrige regulering.

Prisdannelsen på lægemidler afhænger dels af priser hos lægemiddelproducenter og grossister og dels af reguleringen af apotekernes bruttoavance.

Priserne hos lægemiddelproducenter og grossister er i dag ikke reguleret. Der er dog indgået aftaler om loft over prisudviklingen, jf. afsnit 5. Den overordnede prisudvikling i disse led vil derfor påvirke de offentlige tilskud til lægemidler på samme måde som i dag under forudsætning af uændret effektivitet af apotekernes funk-

tioner i relation til ordningen om generisk substitution. Det vil være opfyldt, såfremt en mere fri adgang til markedet og ophør af udligningsordningen ledsages af et fortsat krav om, at enhver udlevering af receptpligtige lægemidler fra apoteket kun kan ske efter forudgående receptekspedition, herunder tilbud om udlevering af billigste lægemiddel.

Prisstrukturen hos lægemiddelproducenter og grossister vil dog kunne blive påvirket af ændrede regler for ejerskab af apoteker, der tillader producenter og grossister at eje apoteker. Det vil dog afhænge af, hvordan reglerne for bl.a. rabatter og sortiment udformes i denne situation.⁴³

Det er således først og fremmest udformningen af reguleringen af apotekernes bruttoavance og reguleringen af apotekernes detailpriser på lægemidler med offentligt tilskud, der kan påvirke det offentlige tilskud i en situation med en mere fri adgang til markedet uden omsætningsbestemt udligning. Det er imidlertid muligt at sikre kontrol med de offentlige udgifter ved ligesom i dag at fastsætte en bruttoavance-ramme for apotekssektoren som helhed, herunder at apotekernes fællesopgaver skal finansieres ved omfordelinger inden for sektoren.

På denne baggrund må det konkluderes, at ændring af reguleringen, som indebærer en mere fri adgang til markedet og ophør af den omsætningsbestemte udligningsordning, kan udformes på en sådan måde, at den ikke vil føre til en stigning i de offentlige udgifter.

⁴³ I dag kan apotekerne kun opnå omkostningsbetingede rabatter fra lægemiddelgrossisterne. Endvidere skal alle apoteker føre fuldt sortiment af alle lægemidler.

Konkurrencestyrelsen

Nyropsgade 30
1780 København V
Tlf.: 72 26 80 00
e-mail: ks@ks.dk
www.ks.dk

Økonomi- og
Erhvervsministeriet