Månedsbogsreol 2

LÆGEMIDDELDISTRIBUTION I DANMARK

Betænkning afgivet af den af
indenrigsministeriet den 22. september 1972
nedsatte ekspertgruppe

BETÆNKNING NR. 725
KØBENHAVN 1974

In 00-326-bet
ISBN *87* 503 1655 9
Nørhaven Bogtrykkeri a/s, Viborg

Indhold

Kapitel I. Indledning 9
1. Gruppens nedsættelse 9
2. Gruppens kommissorium 10
3. Arbejdets forløb 10

Kapitel II. Gennemgang af det gældende lægemiddelforsyningssystem 11
1. Indledende bemærkninger 11
2. Detaildistribution af lægemidler 12
2.1. Bevillingssystemet 12
2.1.1. Oprindelse og udvikling 12
2.1.2. Gældende regler 12
2.2. Eneret på lægemiddelforhandling i detailleddet. Distributionsformer 14
2.2.1. Hovedtræk af udviklingen 14
2.2.2. Gældende regler 15
2.2.2.1. Enerettens indhold 15
2.2.2.2. Detaildistribution 16
2.3. Priser ved salg til forbrugerne 19
2.3.1 Hovedpunkter i udviklingen 19
2.3.2. Gældende regler 19
2.4. Apoteksomsætningen, regnskab og finansiering 23
2.4.1. Apoteksomsætningen i Danmark 23
2.4.1.1. Apoteksomsætningens størrelse 23
2.4.1.2. Omsætningens fordeling på apoteker 24
2.4.1.3. Bruttoomsætningens sammensætning 24
2.4.2. Apotekernes regnskabsaflæggelse 25
2.4.2.1. Almindeligt 25
2.4.2.2. Gennemgang af regnskabsskemaet 26
2.4.3. Regnskabsmæssigt overskud 34
2.4.4. Apotekernes finansieringsforhold 35
2.4.4.1. Almindeligt 35
2.4.4.2. Betingelser for lån hos apotekerfonden 36
2.4.4.3. Fondsudlånenes andel af anlægs- og driftskapitalen 37
2.4.4.4. Andre finansieringsformer 37
2.5. Afgiftssystemet 38

2.5.1. Historie og udvikling . . . 38
2.5.2. Gældende regler . . . 40
2.5.3. Talmæssige oplysninger. Spredning i omsætning og overskud. Apotekerfondens økonomi . . . 41
2.5.4. Foreløbig vurdering af afgiftssystemet . . . 45
2.6. Apotekspersonalet . . . 46
2.6.1. Uddannelse . . . 46
2.6.2. Personalets sammensætning og lønforhold . . . 47
2.6.3. Pensionsforhold . . . 49
2.6.3.1. Historie . . . 49
2.6.3.2. Gældende regler . . . 50
2.6.3.3. Omfanget af apotekervæsenets pensionsordning . . . 51
2.6.3.4. Private pensionskasser . . . 52
2.7. Sammenligning af apoteksdistributionen med anden detaildistribution, de tjenesteydende erhverv og den offentlige sektor . . . 52
2.7.1. Indledning . . . 52
2.7.2. Apoteksdistribution — specialvarehandel . . . 53
2.7.3. Apoteksdistribution - dagligvarehandel . . . 53
2.7.4. Konklusion vedrørende sammenligning til anden detaildistribution . . . 54
2.7.5. Apoteksdistribution — tjenesteydende erhverv . . . 54
3. Sygehusenes lægemiddelforsyning . . . *56*
3.1. Almindelige bemærkninger . . . *56*
3.2. Lægemiddelforsyningen til sygehusene . . . *57*
3.3. Sygehusapoteker . . . 58
4. Engrosdistribution af lægemidler . . . 59
4.1. Historisk udvikling - Lovgrundlaget . . . 59
4.2. Nuværende struktur . . . 60
4.3. De senere års udviklingstendenser inden for engrossektoren 62
4.3.1. Integration mellem producenter og grossister . . . 62
4.3.2. Integration mellem apoteker og grossister . . . 63
4.3.3. Énkanal - flerkanaldistribution . . . 63
4.3.4. Initiativer til strukturomlægning inden for branchen. . 64
5. Fremstilling af lægemidler . . . *66*
5.1. Udvikling . . . *66*
5.2. Industriel lægemiddelproduktion . . . *67*
5.3. Apoteksproduktion . . . 69
6. Lægemiddelreklame og information . . . 70
6.1. Almindelige bemærkninger . . . 70
6.2. Formidling af reklame og information . . . 70
6.3. Udgifter til reklame og information . . . 71
7. Lægemiddelforbruget og dets finansiering . . . 72
7.1. Lægemiddelforbrug . . . 72
7.2. Det offentliges betaling af lægemidler . . . 74
8. Faglige organisationer . . . *75*
8.1. Danmarks Apotekerforening . . . *75*

8.2. Dansk Farmaceutforening . . . 77
8.3. MEFA . . . 77
8.4. MEDIF . . . 78
8.5. Øvrige organisationer . . . 78
9. Administration og styring af lægemiddel- og apoteksområdet 78
9.1. Historiske rids over den administrative organisation . . . 78
9.2. Sammenfatning og karakteristik . . . 79

Kapitel III. Lægemiddeldistributionen i Sverige, Norge og England . . . 81
1. Indledning . . . 81
2. Lægemiddeldistributionen i Sverige . . . 81
2.1. Indledning . . . 81
2.2. Apotekskollektivet før statsovertagelsen . . . 82
2.3. Hovedtræk af den nuværende distributionsstruktur i detailleddet . . . 83
2.3.1. Apoteksbolagets hovedkontor . . . 83
2.3.2. Regionalkontorerne . . . 84
2.3.3. Det enkelte apotek . . . 84
2.3.4. Præstationsnormer m.v. for det enkelte apotek . . . 85
2.3.5. Etableringspolitik; differentiering af salgssteder m.v. 86
2.3.6. Sortimentpolitik - lægemiddelpolitik . . . 87
2.4. Udviklingslinier inden for engroshandelen . . . 88
2.5. Erstatningsproblemer i forbindelse med statsovertagelsen af apotekerne . . . 89
2.6. Kritikken af Apoteksbolagets regnskabsresultater det første år og af de foretagne prisforhøjelser . . . 89
3. Lægemiddeldistributionen i Norge . . . 90
3.1. Indledning . . . 90
3.2. Statslig overtagelse af engrosleddet . . . 91
3.3. Norsk Medisinaldepot; organisation og virksomhed . . . 92
3.4. Hovedtræk af det norske apotekssystem . . . 97
4. England . . . 99
4.1. Historiske forudsætninger . . . 99
4.2. Detailhandelsstrukturen . . . 99
4.3. Engroshandelsstrukturen . . . 101
4.4. Den frivillige priskontrol med hensyn til industriens prisfastsættelse på det engelske marked . . . 101
4.5. Lægemiddelpolitik og hermed beslægtede spørgsmål . . . 105

Kapitel IV. Lægemiddelpolitiske målsætninger . . . 107
1. Indledning . . . 107
2. Generelt . . . 107
3. Specifikke lægemiddelpolitiske målsætninger . . . 109
3.1. Indledning . . . 109
3.2. Adgang til lægemidler . . . 109
3.2.1. Lægemiddeludbuddet . . . 109

3.2.2. Udsalgsstruktur, åbningstid, vagttjeneste 111
3.3. Sikkerhed 113
3.3.1. Apoteksforbehold, receptpligt 113
3.3.2. Arbejdsrutiner, kontrolfunktioner 113
3.3.3. Indretning og drift af apoteker og apoteksudsalg 114
3.4. Personale, ansættelse- og avancementsforhold 114
3.5. Lægemiddelpriser, afgift/tilskud 115
3.5.1. Producentpriser 115
3.5.2. Distributionsomkostninger 116
3.5.3. Det offentlige medicintilskud 117
3.5.4. Afgift/tilskud 117
3.6. Lægemidlers anvendelse 117
3.7. Lægemiddelforbrugets sammensætning 118

Kapitel V. Apoteksproduktionens stilling i den fremtidige lægemiddelforsyning 119
1. Indledning 119
2. Den igangværende produktionskoncentration inden for apotekervæsenet 119
3. Konkurrenceforholdet mellem apoteksproduktionen og den egentlige medicinindustri 123
4. Apoteksproduktionens stilling i det fremtidige apotekervæsen . . 124

Kapitel VI. Modeller for den fremtidige detaildistribution 132
1. Indledning 132
1.1. Gruppens fortolkning af kommissoriet 132
1.2. Gruppens hovedudgangspunkter. Forhold til sider af den offentlige debat 132
1.3. Afvejningen mellem økonomiske hensyn og hensynet til faglig integritet og ansvar 134
1.4. Øvrige udgangspunkter for det følgende 135
2. Reformer i det nuværende detaildistributionssystem 137
2.1. Indledende bemærkninger 137
2.2. Forslag til ændringer i forhold til gældende lov 138
2.2.1. Forbehold med hensyn til fremtidige ændringer 138
2.2.2. Smidigere distributionsstruktur 139
2.2.3. Reformering af principperne for medicintakstens fastsættelse, afgiftssystemet og regnskabsaflæggelsen . . 142
2.2.4. Apotekernes finansiering af anlæg og drift 145
2.3. Farmaceuters pensionsforhold 146
2.3.1. Finansielle problemer 146
2.3.2. Vurdering af pensionsordningen 147
2.3.3. Konsekvenser af ændringer 149
2.4. Administration og styring 152
3. Offentlig overtagelse og drift 154
3.1. Indledning 154
3.2. Organisations- og ledelsesproblemer i et statsligt apotekervæsen 155

3.3. Begrundelser for eventuel statsovertagelse 156
3.4. Model baseret på fuldt integreret statslig drift fra starten . . 158
3.4.1. Udenlandske modeller som forbillede 158
3.4.2. Mulighed for styring af lægemiddelforbruget 160
3.4.3. Prispåvirkning 161
3.4.4. Sortimentspolitik 162
3.5. Andre modeller for offentlig drift 163
3.5.1. Gradvis statsovertagelse 163
3.5.2. En eventuel decentraliseret offentlig lægemiddeldistribution 163
4. Bemærkninger om en model baseret på en centralisering i et privat, koncessioneret selskab 165

Kapitel VII. Engrosdistributionen 167

Kapitel VIII. Uddannelse og personaleforbrug 171
1. Indledende bemærkninger 171
2. Eksisterende personalekategorier i apotekssektoren 172
3. Eksisterende uddannelsesformer 173
3.1. Uddannelseskategorier 173
3.2. Overgangsmuligheder 173
4. Personalets arbejdsopgaver og beføjelser 174
5. Distributionsstrukturens enheder og disses bemanding 175
6. Uddannelsernes indhold 177
7. Uddannelsens struktur 179
8. Det kvantitative forbrug af personale 180

Kapitel IX. Ejendomsretlige spørgsmål i forbindelse med en statsovertagelse af lægemiddeldistributionen 182
1. Indledning 182
2. Almindeligt 182
3. Statsovertagelse af detaildistribution af lægemidler 183
3.1. Apotekerbevillingen 183
3.2. Varelager, inventar, bygninger m.v. 185
3.3. Apotekspersonalet 185
4. Statsovertagelse af engrosdistribution af lægemidler 185
5. Begrænsninger i adgangen til lægemiddelengrosvirksomhed 186

Kapitel X. EF og lægemiddeldistributionens organisering 187
1. Indledning 187
2. Markedsføring af medicinske specialiteter 187
3. Farmaceutisk erhvervsudøvelse 188
3.1. Selvstændige 188
3.2. Ansatte 188
4. Offentlige foretagender. Statsmonopoler 189
4.1. Almindeligt 189
4.2. Særligt om lægemiddeldistribution 193

4.2.1. Indledning . . . 193
4.2.2. Detaildistribution af lægemidler . . . 193
4.2.2.1. Bevillingssystem . . . 193
4.2.2.2. Statsligt apotekervæsen . . . 194
4.2.3. Engrosdistribution af lægemidler . . . 195
4.2.3.1. Fortsat privat drift . . . 195
4.2.3.2. Statsligt engrosmonopol . . . 195

Kapitel XI. Nogle hovedlinier i ekspertgruppens overvejelser . . . 197

Kapitel XII. Resumé . . . 204

Bilag . . . 211
1. Oversigter vedrørende lægemiddeludgifterne og disses finansiering, 1972 . . . 211
2. Apotekernes regnskabsskema med samlede tal fra 1972 . . . 212
3. Distributionsudvalgets redegørelse vedrørende apotekervæsenets distributionssystem . . . 216
4. Undersøgelse af apotekernes leverandørkreditter . . . 223
5. Oprettelse af sygehusapoteker . . . 231
6. Administration af apotekerloven - myndigheder og organisationer 238
7. Takst- og afgiftsmodeller i et privat drevet apotekssystem . . . 240

Ordliste . . . 249

DET JURIDISKE LABORATORIUM VED KØBENHAVNS UNIVERSITET

KAPITEL 1

Indledning

1. Gruppens nedsættelse

I februar 1969 nedsatte indenrigsministeriet et udvalg, apotekerlovudvalget, der fik til opgave på grundlag af den udvikling, der havde fundet sted efter gennemførelsen af den gældende lov om apotekervæsenet af 1954 at stille forslag til nye regler for området. Udvalgets kommissorium omfattede herved såvel de materielle regler om lægemidler som lægemiddelforsyningsstrukturen, prisspørgsmål etc. Udvalget bestod, foruden af repræsentanter for de implicerede offentlige myndigheder, af medlemmer, som repræsenterede erhvervsorganisationer og de faglige organisationer på området.

Efter at daværende indenrigsminister Egon Jensen havde givet udtryk for, at regeringen ville overveje, om den ønskede at give apotekerlovudvalget nærmere direktiver for arbejdet eller ændre i udvalgets kommissorium eller sammensætning, blev apotekerlovudvalget i november 1971 anmodet om at standse sine videre overvejelser om lægemiddelforsyningsstrukturen og øvrige strukturelle forhold samt prisspørgsmål. Apotekerlovudvalget færdiggjorde sit arbejde vedrørende de øvrige forhold i september 1972 ved afgivelse af betænkning om lægemidler (betænkning nr. 663/1972).

Ved 1. behandling i folketinget i marts 1972 af et af medlemmer af socialistisk folkepartis folketingsgruppe fremsat forslag til folketingsbeslutning om bl.a. distribution af lægemidler gav indenrigsminister Egon Jensen udtryk for, at der næppe med det kommissorium og den sammensætning, som apotekerlovudvalget havde, var grundlag for at forvente, at udvalgets arbejde ville kunne resultere i forslag om mere vidtgående strukturelle ændringer og reformer. Ministeren oplyste derfor, at regeringen var indstillet på at etablere en uafhængig ekspertgruppe til at se på de strukturelle forhold inden for lægemiddelforsyningen.

På denne baggrund nedsatte indenrigsministeren den 22. september 1972 en ekspertgruppe med følgende sammensætning:

Kontorchef, senere afdelingschef i Danmarks Statistik, *Erling Jørgensen,* formand,

professor ved Danmarks farmaceutiske Højskole, sygehusapoteker ved Rigshospitalet, V. *Gaunø Jensen,*

afdelingschef i sundhedsstyrelsen, senere apoteker, *Mogens Kæm,*

direktør i direktoratet for apotekervæsenet, *Ebba Lund,*

fuldmægtig, senere underdirektør i monopoltilsynet, L. *Skov Madsen,*

kontorchef i Det økonomiske Råds sekretariat, *Arne Mikkelsen,*

lektor ved Århus universitet, *Hans E. Zeuthen.*

Den 25. september 1973 blev afdelingschef Erling Jørgensen efter anmodning fritaget for hvervet som formand for og medlem af gruppen og i stedet blev professor, dr. polit. P. *Nørregaard Rasmussen* udpeget.

Den 29. juni 1973 blev apoteker Mogens Kærn efter anmodning fritaget for hvervet som medlem af gruppen og i stedet blev afdelingschef i sundhedsstyrelsen, *A. Engelund,* og visitator i sundhedsstyrelsen, *Jens Overø,* udpeget som medlemmer af gruppen.

Fuldmægtig i indenrigsministeriet O. Kopp Christensen har været sekretær for gruppen.

2. Gruppens kommissorium

Gruppen fik ved sin nedsættelse følgende kommissorium:

»Gruppen skal fremkomme med en redegørelse for, hvorledes og på hvilke vilkår statslig overtagelse af apotekerne og/eller engrosdistributionen vil kunne ske, herunder også apotekernes og de kontrollerede laboratoriers lægemiddelproduktion. Der ønskes opstillet modeller for et offentligt drevet lægemiddeldistributionssystem og for organisation i offentlig regie af den lægemiddelproduktion, der finder sted på apotekerne og de kontrollerede laboratorier.

Endelig ønskes en vurdering af personaleforbruget, opdelt efter uddannelseskategorier, i et offentligt drevet distributionssystem. Gruppen skal overveje, om uddannelserne bør tilpasses eller ændres som følge af eventuelle ændringer i personalets kompetence på området ‹

Under gruppens arbejde blev det tidligt klart, at en beskrivelse af de i kommissoriet omhandlede modeller for et offentlig drevet lægemiddeldistributionssystem m.v. måtte forudsætte en grundlæggende gennemgang og vurdering af den eksisterende lægemiddelforsyning. Gruppen fandt endvidere, at en række ændringer i forhold til det nuværende system under alle omstændigheder ville være fornødne.

På denne baggrund har gruppen efter aftale med såvel den tidligere indenrigsminister Egon Jensen som den nuværende indenrigsminister Jacob Sørensen fortolket kommissoriet bredt, således at nærværende betænkning foruden modeller for offentlig drevet lægemiddeldistribution m.v. også indeholder forslag til reformer inden for det nuværende systems rammer.

3. Arbejdets forløb

Ekspertgruppen havde sit første møde den 30. oktober 1972 og har i alt haft 47 møder.

Gruppen har haft møder med repræsentanter for følgende danske organisationer:

Danmarks Apotekerforening
Dansk Farmaceutforening
Danske Apoteksassistenters Forening
Danske Apoteksdefektricers Forening
Foreningen af danske Medicinfabrikker (MEFA)
Medicinalimportørforeningen (MEDIF)
Foreningen af Medicingrossister (MEGROS)

Gruppen har været på besøg hos lægemiddelgrossistvirksomheden Mecobenzon A/S og har endvidere haft lejlighed til at besøge et apotek og et sygehusapotek.

Endelig har gruppen aflagt besøg i Sverige, Norge og England med henblik på drøftelser med repræsentanter for de offentlige myndigheder samt virksomheder og organisationer inden for lægemiddelsektoren i de respektive lande, ligesom enkelte medlemmer af gruppen har orienteret sig i Bruxelles om EF-kommissionens praksis på området.

Gruppen er under drøftelserne med både de nævnte danske og udenlandske myndigheder, organisationer og virksomheder blevet mødt med åbenhed og udtalt beredvillighed til på så fyldestgørende måde som muligt at besvare de af gruppen stillede spørgsmål.

Et resumé af betænkningens indhold er optaget i kapitel XII.

København, den 11. december 1974.

A. Engelund *V. Gaunø Jensen* *Ebba Lund*

L. Skov Madsen *Arne Mikkelsen*

Jens Overø *P. Nørregaard Rasmussen* (formand) *Hans E. Zeuthen*

/ O. Kopp Christensen

KAPITEL II

Gennemgang af det gældende lægemiddelforsyningssystem

1. Indledende bemærkninger

I dette kapitel er der foretaget en forholdsvis detaljeret gennemgang af det gældende lægemiddelforsyningssystem, og nogle af de væsentligste træk i udviklingen op til 1974 er fremdraget.

Når gruppen har anset en så indgående beskrivelse for hensigtsmæssig, skyldes det ikke mindst, at en sådan ikke hidtil har været foretaget i tilgængelige publikationer. Sigtet med den følgende gennemgang er endvidere at tilvejebringe præmisserne for de vurderinger og forslag, som gruppen har opstillet i de senere kapitler.

Den historiske udvikling og tradition i lægemiddelforsyningen i Danmark er en væsentlig forudsætning for forståelsen af det gældende komplicerede system. Man har derfor søgt at knytte trådene tilbage til de begivenheder og forhold, som har ledet udviklingen hen i et bestemt spor.

Den første egentlige lovgivning vedrørende det danske apotekervæsen var *Christian V's forordning af 4. december 1672* om medicis og apotekere. Heri fastsloges følgende grundprincipper, der stadig er de bærende for apotekervæsenet i Danmark:

a) Adskillelsen af lægens og apotekerens erhverv,
b) bevillingssystemet,
c) apotekernes monopol på detailhandel med lægemidler,
d) den offentlige kontrol med apoteksdriften,
e) offentligt fastsatte (kontrollerede) lægemiddelpriser,
f) officielle forskrifter for lægemidlers sammensætning og kvalitet,
g) kvalifikationskrav til professionens udøvere.

De apotekerbevillinger, der blev udstedt i tiden indtil 1843, ca. 90, var genstand for salg og kunne gå i arv. Ved *kongelig resolution af 23. december 1842* blev det bestemt, at fremtidigt oprettede apoteksprivilegier skulle være knyttet til bevillingshaverens person, medens de hidtidigt meddelte bevillinger fortsat kunne gøres til genstand for overdragelse.

Ved *lov nr. 48 af 13. april 1894* og *lov nr. 100 af 10. april 1895* blev der gennemført regler om afgift af personlige apoteker og oprettet en apotekerfond.

I 1913 afløstes forordningen af 1672 af *lov nr. 132 af 29. april 1913* om apotekervæsenet. Ved denne lov blev der indført regler om tilskud til mindre landapoteker, ligesom der blev givet regler om pension for indehavere af personelle apoteksprivilegier samt for apoteksansatte farmaceuter.

Apotekerloven af 1913 blev afløst af *lov nr. 107 af 31. marts 1932* om apotekervæsenet. Den vigtigste nydannelse var her afløsningen af de salgbare apoteksprivilegier. Herudover indeholdt loven bestemmelser om indførelse af aldersgrænser for udnævnelse til og afgang som apoteker. Endelig medførte loven en ændring af de hidtidige pensionsbestemmelser, en ændring af tilskudsreglerne samt en bemyndigelse for indenrigsministeren til at udlåne af apotekerfondens midler til overtagelse af apotek.

1932-loven var gældende indtil ikrafttrædelsen af *lov nr. 209 af 11. juni 1954* om

apotekervæsenet, der med en række senere ændringer stadig udgør grundlaget for den danske lægemiddelforsyningsstruktur.

2. Detaildistribution af lægemidler

2.1. Bevillingssystemet

2.1.1. Oprindelse og udvikling

De første apotekerbevillinger hidrører fra tiden omkring 1550. Det var imidlertid først ved kgl. forordning af 4. december 1672, der blev givet almindelige regler for apoteksforholdene Forordningen bestemte, at ingen noget sted måtte holde apotek uden at have kongeligt bestallingsbrev derpå, og at de som agtede at nedsætte sig som apotekere først skulle eksamineres og »derpå tage et attestatum«, før de kunne få bestallingsbrev. Ordningen byggede på den opfattelse, at apotekerne skulle have fornøden faglig indsigt, og at antallet af apoteker ikke måtte blive for stort.

Allerede inden forordningen af 1672, var de meddelte privilegier genstand for overdragelse, og da forordningen intet indeholdt om dette spørgsmål, fortsatte denne ordning.

Under indtryk af de betydelige indtjeningsmuligheder, som apoteksdrift var forbundet med steg priserne på privilegierne betydeligt, og omkring 1840 begyndte man at nære ængstelse for, at de høje købesummer for privilegierne ville virke fordyrende på lægemidlerne og have uheldig indflydelse på disses kvalitet og på udbudet. Endvidere fandtes det betænkeligt, at dygtige, men uformuende farmaceuter, ikke havde mulighed for at blive apotekere.

I sundhedskollegiet gav spørgsmålet anledning til modsætninger mellem de lægelige medlemmer og apotekerne. Lægerne foreslog, at alle apotekprivilegier skulle gøres uoverdragelige, medens apotekerne anså en sådan foranstaltning for et indgreb i bestående rettigheder, der ville stride mod ret og billighed og påføre de bestående apoteker et betydeligt tab.

Under hensyntagen hertil bestemtes det ved kgl. resolution af 23. december 1842, at de indtil da meddelte apotekprivilegier forblev overdragelige (reelle apotekprivilegier), medens det for nyoprettede apoteker udtrykkeligt skulle anføres i bevillingen, at retten til apotekets drift kun var gældende for bevillingshaverens person (personelle apotekprivilegier). Efter hans fratræden skulle der åbnes for fri konkurrence for kvalificerede personer, uden at den ny privilegiehaver skulle være forpligtet til at købe forgængerens varer, inventar og ejendom. I resolutionen forbeholdtes det senere at træffe bestemmelser om, hvorvidt sådanne apotekeres enker kunne få lov at fortsætte apoteksdriften.

Der blev dog ikke ro om spørgsmålet, og i 1887 fremsatte folketingsmand F. Bajer et lovforslag i folketinget om en gradvis statsovertagelse af alle apotekprivilegier og om et egentlig statsdrevet apotekervæsen. Loven af 1894 om apotekerafgift havde som det væsentligste mål at opsamle en formue, der kunne danne grundlag for en afløsning af de reelle apotekprivilegier.[1])

Medicinalkommissionen af 1908, hvis betænkning om apotekervæsenet af 1912 dannede grundlag for apotekerloven af 1913 fandt ikke anledning til at foretage ændringer i den hidtidige ordning.

I 1931 nedsatte indenrigsministeren et embedsmandsudvalg til at udarbejde en ny apotekerlov med henblik på en afløsning af de salgbare apotekprivilegier. Da loven var en realitet, var der stort set ingen modstand mod afløsningen fra privilegiernes indehavere. Afløsningen fandt sted i tiden 1933-1940 og gennemførtes efter mindelig overenskomst i 95 af de i alt 100 tilfælde.

I forbindelse med afløsningen blev der åbnet de hidtidige privilegieejere mulighed for at anmelde forbehold om ret til bevilling for efterlevende hustru, barn eller svigerbarn (sucessorforhold). Ca. 3/4 af apotekerne benyttede sig af denne ret. Den sidste - og sidst mulige - »sucessorbevilling« blev udfærdiget i 1972.

Den samlede erstatningssum i forbindelse med afløsningen udgjorde ca. 26 mill. kr., der blev finansieret af apotekerfonden. De udbetalte erstatninger amortiseres af de pågældende apotekere og deres sucessorer over en periode på ca. 35 år. Den sidste amortisationsydelse udløber i 1976.

2.2.2. *Gældende regler*

Reglerne om opnåelse af apotekerbevilling og dermed eneret til forhandling af lægemidler til forbrugerne og ret til i apoteket at fremstille lægemidler og forhandle sygeplejeartikler m.v. er uændrede siden 1932-loven. Som nævnt afløstes de salgbare apotekprivilegier ved denne lov, som også indførte aldersgrænser såvel for opnåelse af apotekprivilegium *(50* år) som **for** afgang som apoteker (70 år).

Efter apotekerlovens § 7 kræves kgl. bevilling for at drive et apotek. I bevillingen kan der ikke pålægges forpligtelser eller tages forbehold, som ikke har lovhjemmel.

Ledige bevillinger opslås af sundhedssty-

1) I Sverige blev afløsningen af salgbare apotekprivilegier besluttet allerede i 1873.

reisen i Statstidende og faglige tidsskrifter. Farmaceutisk Tidende indeholder i forbindelse hermed en summarisk beskrivelse af apotekets omsætningsforhold, personalesammensætning m.v. Apoteksansøgere har ikke krav på - og normalt også kun begrænsede muligheder for - at modtage mere detaljerede oplysninger om apotekets forhold.

Ansøgningerne forelægges et *forfremmelsesråd* på 2 medlemmer, der for 3 år ad gangen vælges af henholdsvis Danmarks Apotekerforening og Dansk Farmaceutforening. Forfremmelsesrådet afgiver til sundhedsstyrelsen en begrundet udtalelse om de 5 efter rådets skøn bedst kvalificerede ansøgere i nummerorden. Samtidig offentliggøres en liste indeholdende samtlige ansøgernes navne i de faglige tidsskrifter.

Efter en vurdering af ansøgernes faglige kvalifikationer afgiver sundhedsstyrelsen herefter til indenrigsministeriet en begrundet udtalelse om de efter styrelsens skøn mest egnede ansøgere i nummerorden og sender forfremmelsesrådets indstilling med. Samtidig offentliggøres navnene på de tre af sundhedsstyrelsen først indstillede i alfabetisk rækkefølge.

Efter loven er indenrigsministeren ikke forpligtet til at følge hverken sundhedsstyrelsens eller forfremmelsesrådets indstilling, men i praksis sker det kun yderst sjældent, at ministeren ikke udpeger den farmaceut, som er indstillet som nummer et af forfremmelsesrådet og sundhedsstyrelsen. Kun i undtagelsestilfælde er forfremmelsesrådets to medlemmer uenige om en indstilling, og det forekommer endvidere yderst sjældent, at sundhedsstyrelsen har indstillet en anden farmaceut som nummer et end forfremmelsesrådet.

I realiteten er det således forfremmelsesrådet, d.v.s. de faglige organisationer, der bestemmer, hvilken kreds af farmaceuter der skal have de ledige bevillinger tildelt. Ifølge forfremmelsesrådets praksis indstilles farmaceuter, hvis livsgerning har været knyttet til apotekervæsenet i snævreste forstand. Som sådan anses ansættelse som provisor på apotek og sygehusapotek, ansættelse som farmaceutisk visitator under sundhedsstyrelsen, ansættelse under sundhedsstyrelsen og i apotekervæsenets faglige organisationer ved administrativt, organisationsmæssigt arbejde i forbindelse med provisoransættelse, dog kun i den udstrækning den pågældende ansættelse forhindrer dem i at være ansat som provisor på et apotek.

Fra Dansk Farmaceutforening har der været fremført ønske om en vis yderligere indskrænkning i den personkreds, der bør komme i betragtning til apotekerbevillinger. Foreningen har ønsket, at farmaceuter ved sundhedsstyrelsens farmaceutiske laboratorium og ved DAK-laboratoriet samt sygehusapoteker på længere sigt ikke skulle kunne indstilles til apotekerbevilling.

Bedømmelsen af de faglige kvalifikationer sker på grundlag af et af forfremmelsesrådet (de faglige organisationer) opstillet pointsystem. Et hovedformål med dette system synes at være, at kun den foran beskrevne kreds af farmaceuter kommer i betragtning.

Siden der ved lovændringer i 1962 skete en forbedring i landapotekernes vilkår såvel økonomisk som arbejdsmæssigt har organisationerne anset det for mindre påkrævet at indstille forflyttelser. Før dette tidspunkt var det meget almindeligt, at apotekere ved mindre givtige og afsides beliggende apoteker som en slags avancement kunne opnå bevilling til større og bedre apoteker. Sundhedsstyrelsen har tilsluttet sig organisationernes ændrede praksis ud fra faglige grunde, idet styrelsen har fundet, at en apoteker, der bliver forflyttet på et tidspunkt, hvor han f.eks. kun har 10 års funktionstid tilbage, ikke i samme grad som en yngre apoteker kan forventes at foretage rationaliseringer af driften på et nyt apotek.

Apotekerloven indeholder i § 8 betingelserne for at opnå apotekerbevilling, herunder at ansøgeren ikke er fyldt 50 år, medmindre han allerede er apoteker, samt at. den pågældende farmaceut skal have gjort fuld tjeneste i 2 år som provisor på dansk apotek eller sygehusapotek. Medens der under særlige omstændigheder kan ske fravigelse fra sidstnævnte regel er der ikke hjemmel til at dispensere fra aldersbetingelsen.

I gennemsnit udnævnes 15-18 apotekere årligt, men det årlige udnævnelsesantal kan variere betydeligt. Gennemsnitsalderen for opnåelse af apotekerbevilling har i de senere år været 46-47 år.

Antallet af forflyttelser er meget beskedent, i 1967 1, i 1968 3, i 1969 2, i 1970 2, i 19710, i 1972 0 og i 1973 3.

Apotekerbevillinger meddelt i henhold til 1954-loven bortfalder med udgangen af den måned, hvori indehaveren fylder 70 år. Endvidere kan en apoteker til enhver tid efter ansøgning fritages for bevillingen. Herudover indeholder apotekerlovens § 9 nogle bestemmelser, i det væsentlige af ordensmæssig karakter, om bevillingens bortfald, ligesom der efter lovens §§ 19 og 20 kan ske frakendelse af bevillingen på grund af legemlige eller psykiske mangler.

Ved forflyttelse eller fratræden efter ansøgning eller på grund af alder er en apoteker berettiget og forpligtet til at drive apoteket, indtil den ny bevillingshaver kan overtage driften, dog ikke ud over et år. Den ny apoteker er berettiget til at overtage driften straks og forpligtet hertil inden 6 måneder efter bevillingens dato. Denne frist kan dog forlænges.

I andre tilfælde af bevillingens bortfald og i tilfælde, hvor et apotek i forbindelse med ledighed skal nedlægges, bestemmer indenrigsministeren, hvorledes der midlertidigt skal forholdes med apotekets drift. Apoteket kan i disse tilfælde drives for apotekerfondens regning. I praksis sker dette ofte, når der verserer sag om nedlæggelse.

2.2. *Eneret på lægemiddelforhandling i detailleddet. Distributionsformer*

2.2.1. Hovedtræk af udviklingen

Privilegiesystemet har dels skullet sikre, at fremstilling og forhandling af lægemidler blev forbeholdt personer med særlige faglige kvalifikationer, dels at der ikke blev for mange apoteker. Forordningen af 1672 forbød materialister, urtekræmmere og lignende at handle med medikamenter og materialer, »som egentlig til apoteket henhører«. Dette forbud blev opretholdt ved næringsloven af 1857, i henhold til hvilken det ved administrative anordninger blev bestemt, hvilke medicinalvarer det var forbeholdt apotekerne at forhandle en detail. Den gældende anordning om de apotekerne forbeholdte lægemidler af 1929 er udstedt i medfør af apotekerloven af 1913.

Der har ikke i den forløbne tid været alvorlige overvejelser om at gå over til fri apotekernæring, således at enhver farmaceut uden videre kunne nedsætte sig som forhandler af lægemidler.

Apoteksoprettelser har navnlig fundet sted under hensyntagen til servicemæssige behov, og der er samtidig blevet lagt vægt på, at det pågældende apotek har kunnet give apotekeren en rimelig indtægt. 1 tiden fra 1843 til 1908 blev antallet af apoteker forøget med ca. 150 nyoprettede apoteker, hvoraf 17 var »hjælpeapoteker«, d.v.s. mindre og ringere udstyrede (uden laboratorium) apoteker, som ikke var selvstændige, men blev ledet af en farmaceutisk uddannet bestyrer. Hensigten med de siden 1873 oprettede hjælpeapoteker var for en rimelig udgift at lette befolkningens medicinforsyning på steder, hvor der ikke var økonomisk grundlag for selvstændigt apotek. Hjælpeapotekinstitutionen mødte meget stor modstand fra farmaceuternes organisation, og medicinalkommissionen af 1908 mente, at hjælpeapotekerne kun i ufuldkommen grad havde kunnet imødekomme kravet om befolkningens lette adgang til medicin, og at de hyppigt havde været betragtet som middel til at skaffe moderapotekets indehaver øgede indtægter.

Hjælpeapotekinstitutionen blev derfor ophævet ved apotekerloven af 1913, og da der samtidig blev givet regler om tilskud fra apotekerfonden til mindre landapoteker (subventionsapoteker), blev antallet af apoteker væsentligt forøget i årene op til 1954-loven (fra ca. 235 i 1913 til 350 i 1954).

I apotekerlovkommissionen af 1947 overvejede man spørgsmålet om oprettelse af farmaceutbetjente apoteksudsalg, hvorfra der skulle finde ekspedition af receptordinerede lægemidler sted, men forslag herom blev ikke optaget i kommissionens lovudkast. I lovforslaget, som blev udarbejdet i indenrigsministeriet på grundlag af kommissionsbetænkningen,

blev der imidlertid indsat en bestemmelse af det nævnte indhold. I overensstemmelse hermed indeholder den gældende apotekerlovs § 42 en hjemmel for indenrigsministeren til at pålægge apotekerne at oprette disse udsalg.

Danmarks Apotekerforening og Dansk Farmaceutforening har – navnlig ud fra faglige hensyn - tidligere givet udtryk for stor skepsis ved disse udsalg. I de senere år er denne modvilje dog blevet mindre udtalt. Det er imidlertid samtidig blevet fremhævet, at det gældende afgiftssystem bevirker, at driften af udsalgene betyder en alvorlig økonomisk belastning for moderapoteket.

Indenrigsministeriet benyttede ikke den nævnte hjemmel i årene op til 1972. Efter 1972 er der i ganske få tilfælde - navnlig i forbindelse med nedlæggelse af landapoteker - blevet oprettet apoteksudsalg med receptekspedition.

2.2.2. *Gældende regler*

2.2.2.2. *Enerettens indhold*

Apotekerbevillingen giver indehaveren ret til i apoteket at fremstille og fra apoteket at forhandle lægemidler, sygeplejeartikler, hygiejniske og kosmetiske artikler m.v., jfr. apotekerlovens § 32.

Detailhandel med lægemidler er som hovedregel forbeholdt apotekerne, jfr. § 34. For så vidt angår en nærmere diskussion af problemerne omkring lægemiddelhandel uden for apotekerne henvises til betænkning nr. 663/1972 om lægemidler, side 42-44.

Eneretten til detailforhandling er forbundet med en pligt for apoteket til at være forsynet med eller omgående søge fremskaffet ethvert lægemiddel, der ordineres ved recept, og som lovligt må forhandles her i landet, jfr. § 28.

Bortset fra medicinske specialiteter må forarbejdede lægemidler, i det omfang disse ikke tilberedes på apoteket selv, kun indkøbes fra et andet dansk apotek eller fra kontrolleret laboratorium[1]).

Som modstykke til monopolet på detailforhandling af lægemidler kan der pålægges apotekerne en række forpligtelser af servicemæssig karakter, f.eks. oprettelse af apoteksudsalg. Herudover indeholder apotekerloven regler om indgående offentlig indseende med apotekerne og en i visse henseender detailleret regulering af apotekernes drift.

De væsentligste elementer i reguleringen er den offentlige fastsættelse af prisen på lægemidler ved salg til forbrugerne, udligningsmekanismen (afgiftssystemet) og regnskabsgennemgangen, det offentligt fastlagte indhold af apotekspersonalets uddannelse og reglerne om, hvilke lægemidler, der kun må udleveres efter recept. Endelig er der i medfør af apotekerlovens §§ 21, 41 og 25 udfærdiget regler om apotekernes indretning og drift og om åbningstider.

I sundhedsstyrelsens regler om apotekers og sygehusapotekers indretning og drift af 1. december 1964 med senere ændringer er det bl.a. bestemt, at planer til nybygning og indretning af nye apoteker og ombygning og udvidelse af bestående skal forelægges sundhedsstyrelsen til godkendelse. Tilsvarende gælder for farmaceutbetjente apoteksudsalg. Reglerne indeholder bestemmelser om minimumskrav til lokaler og inventar samt vedrørende opbevaring og fremstilling af lægemidler m.v., og de er fastlagt efter den distributions- og produktionsstruktur, som var gældende først i 1960-erne, hvor der fandt produktion af en ikke ubetydelig størrelse sted på så godt som alle apoteker. Der kan gives dispensation, såfremt det skønnes, at gennemførelsen af bestemmelserne vil volde særlig store vanskeligheder eller uforholdsmæssige bekostninger. Der er givet en række dispensationer fra bestemmelserne og også fra bestemmelsen i apotekerlovens § 24, stk. 2, om, at der på ethvert apotek skal være ansat mindst 1 provisor.

Regler om apotekernes åbningstid og vagttjeneste fastsættes af indenrigsministeriet. De gældende regler findes i indenrigsministeriets bekendtgørelse af 30. januar 1974. Tendensen er stadig gået i retning af indskrænket åbningstid og vagt. Ved fastlæggelse af vagttjeneste uden for den almin-

1) Jfr. apotekerlovens § 67 og nedenfor afsnit 4.1.

delige åbningstid (nattevagt) er princippet, at der i alle egne af landet inden for en radius af ca. 25 km skal være ét apotek, der er tilgængeligt om natten.

Medens der ved administrationen af reglerne om apotekernes indretning og drift overvejende tages faglige og sikkerhedsmæssige hensyn, idet projekter, der måtte forekomme overdimensionerede med hensyn til størrelse, standard og dermed omkostninger, ikke forkastes af sådanne grunde, tages der ved fastsættelse af reglerne om åbningstid og vagt i betydelig grad økonomiske hensyn. De meget store lønomkostninger ved en lang åbningstid og vagt afvej es mod det akutte behov for forsyning med lægemidler om aftenen og natten. Det mest akutte behov løses ved vagtlægernes forsyning af deres patienter med medicin, indtil et apotek åbner.

Eftersyn af apotekerne foretages af de farmaceutiske visitatorer, der sammen med vedkommende embedslæge mindst en gang årligt skal tilse ethvert apotek og sygehusapotek. Mindst hvert andet år skal visitator efterse håndkøbsudsalg. Forefundne mangler indberettes til sundhedsstyrelsen, der påser, at de snarest afhjælpes.

2.2.2.2. *Detaildistribution*

Antallet af *apoteker* i Danmark[1]) nåede et maksimum i foråret 1961 med 354. Siden da er der oprettet 6 apoteker og nedlagt 26, således at antallet af apoteker pr. 1. september 1974 er 334. Af de 26 nedlagte apoteker var de 14 beliggende i København og Frederiksberg kommuner, hvis befolkningstal er gået kraftigt tilbage siden 1950-erne. 4 nedlagte apoteker lå i byer (tidligere købstæder), og 8 var egentlige landapoteker.

Af de 6 oprettede apoteker (i 1966-1968) er de 3 beliggende i københavnske forstæder, 2 i forstæderne til større provinsbyer og et i en mellemstor provinsby.

5 af de nedlagte landapoteker er erstattet med farmaceutbetjente apoteksudsalg, benævnt A-udsalg, der servicemæssigt ikke adskiller sig væsentligt fra et konventionelt apotek (filialapotek).

Herudover er der i 1973 oprettet et A-udsalg i et storcenter i Århus' udkant og et med deltids farmaceutbetjening i et landområde.

Til apotekerne er derudover knyttet op mod 900 apoteksudsalg, heraf er ca. 50 *B-udsalg,* d.v.s. udsalg der drives for et apoteks regning og i lokaler lejet eller ejet af apotekeren, med faglært, men ikke farmaceutisk personale. Der er knap 850 såkaldte *C-udsalg,* d.v.s. traditionelle håndkøbsudsalg, fordelt på ca. 225 apoteker. De fleste af disse udsalg drives af almindelige næringsdrivende i forbindelse med deres forretning, men ca. 200 drives af private uden næringsbrev. Fra B-udsalgene og C-udsalgene kan der kun finde selvstændig ekspedition af håndkøbsvarer sted, men der modtages recepter til ekspedition på apoteket og senere udlevering af medicinen fra udsalget.

Endelig er der rundt i landet ca. 370 *medicinafleveringssteder,* d.v.s. steder, hvor recepter kan indleveres, og hvor medicinen bagefter kan afhentes.

Medicindistribution varetages også af *distribuerende læger og dyrlæger.* Der er ca. 190 distribuerende læger, som kan distribuere medicin fra et bestemt apotek i henhold til tilladelse af indenrigsministeriet. Disse tilladelser er — med ganske få undtagelser - under generel inddragelse for tiden. Alle dyrlæger har tilladelse til at distribuere medicin indkøbt i færdig stand på et dansk apotek.

Sygehusapotekerne, hvoraf der er 11, må ikke forhandle medicin en detail; i øvrigt

1) Lægemiddelforsyningen på Færøerne varetages af Tjaldur apotek med tilknyttede udsalg m.v. Apotekervæsenet er i henhold til hjemmestyreloven overtaget som særanliggende. I Grønland er der intet apotek. Al medicin til Grønland leveres for tiden fra apoteket på Københavns amts sygehus i Gentofte, der ekspederer leverancerne til hvert enkelt sygehus. Alle distriktslæger distribuerer medicin. Håndkøbsmedicin kan købes i Den kongelige Grønlandske Handels butikker.

henvises om sygehusapoteker til afsnit 3.3.

Gennemsnitlig er der i Danmark et apotek pr. ca. 15.000 indbyggere, men det gennemsnitlige befolkningsunderlag er stærkt svingende i de forskellige dele af landet. Lavest ligger Københavns og Frederiksberg kommuner, Storstrøms og Viborg amter med et apotek pr. ca. 11.500 indbyggere, højest Frederiksborg, Roskilde og Københavns amter med et apotek pr. 20-27.000 indbyggere.

Umiddelbart kan der ikke af disse summariske tal siges noget om et områdes lægemiddelforsyningsmæssige service, som jo lettes af forskellige former for apoteksudsalg, apotekernes udbringning af varer m.v. Mange komponenter indgår i bedømmelsen af, om befolkningen har en *rimelig* let adgang til medicinforsyning. Udover bl.a. det betragtede områdes størrelse, grad af bymæssig bebyggelse, samfærdselsforhold, indkøbsvaner m.v. må ved enhver oprettelse eller nedlæggelse af en lægemiddelforsyningsenhed indgå et hensyn til den økonomiske bæredygtighed. Som det vil fremgå af beskrivelsen af den måde, hvorpå detailpriserne på medicin fastsættes, vil en meget tæt dækning af apoteker - under iagttagelse af gældende krav til indretning, personale og drift - indebære høje driftsudgifter til lægemiddelforsyning med dyrere medicin til følge.

Efter apotekerlovens § 6 må apoteker kun oprettes eller nedlægges i henhold til kgl. resolution, og i almindelighed kan apoteker kun oprettes, når det må antages, at apoteket ved normal drift ikke vil blive berettiget til tilskud efter § 48[1]). I praksis anses normal drift af indtræde 3-4 år efter åbningen.

Inden for det område, som er angivet i den kgl. resolution, hvorved apoteket er oprettet (»rayonen«) må apoteket flyttes med indenrigsministeriets godkendelse. En flytning uden for rayonen kræver ny kgl. resolution. I realiteten bestemmer en apoteker selv, hvor apoteket skal ligge. Han vil være interesseret i en god beliggenhed i forhold til andre forretninger, parkering, lægekonsultationer m.v. Denne interesse vil han afveje mod størrelsen af den husleje, der skal betales, hvis der skal flyttes ind i nye lokaler. I byer med kun ét apotek spiller beliggenheden mindre rolle for apotekeren.

Myndighederne kan ikke pålægge en apoteker at overtage et andet apotek eller at flytte apoteket, og der kan som tidligere nævnt ikke i bevillingen pålægges forpligtelser eller tages forbehold, som ikke har direkte lovhjemmel. Ved apoteksovertagelser kan den nye indehaver kun under visse nærmere betingelser pålægges at købe den hidtidige apoteksejendom, jfr. apotekerlovens § 23, stk. 2. I praksis bringes sådanne pålæg ikke i anvendelse.

Der har indtil sidst i 1960-erne været et meget statisk syn på et apoteks beliggenhed i retning af at sikre dets fortsatte forbliven på et bestemt sted. Dette synspunkt har bl.a. givet sig udslag i, at der ved en ændring af apotekerloven i 1962 blev givet hjemmel for, at apotekerfonden kunne købe apoteksejendomme, jfr. § 63, stk. 2. I medfør af denne bestemmelse har apotekerfonden under henvisning til det ønskelige i at sikre et apoteks beliggenhed et givet sted købt 30 ejendomme, navnlig i årene 1967-1970.

I de seneste år er denne opfattelse ændret noget. Det er nu ikke ualmindeligt, at en tiltrædende apoteker benytter sin ret til i 2 år at leje de hidtidige lokaler, jfr. § 23, stk. 3, og derefter indretter nyt apotek - enten i lejede lokaler eller i en ny ejendom, som han selv bygger — efter sin egen plan fremfor at bekoste en, ofte meget dyr, ombygning af eksisterende, eventuelt upraktiske apoteksej endomme.

Den omstændighed, at en apoteker indtil 70-års alderen har *ret* til at drive sit apotek

1) §48 omhandler nettoafgift/tilskud d.v.s. nettotilskud ydes, hvis apotekets regnskabsmæssige overskud med fradrag af grundafgift og omsætningsafgift eller med tillæg af omsætningstilskud er mindre end lønnen til en statstjenestemand i lønramme 35 med særligt tillæg på 600 kr.

på det hidtidige sted og gennem afgiftssystemets indtægtsudligning tillige økonomiske muligheder herfor, selvom apoteket ikke ud fra driftsøkonomiske synspunkter er bæredygtigt, er en væsentlig hindring for en strukturrationalisering i form af nedlæggelse, sammenlægning eller flytning af apoteker.

Mulighederne for en sådan strukturrationalisering begrænses herved til de tilfælde, hvor en bevilling er ledig på grund af alder, sygdom eller dødsfald og de relativt sjældent forekommende tilfælde, hvor en apoteker har søgt og opnået bevilling til et andet apotek (forflyttelse) eller af andre grunde ønsker at opgive sin bevilling. Som foran nævnt var forflyttelse indtil begyndelsen af 1960-erne ret hyppigt forekommende, men siden har myndighederne og de faglige organisationer — efter lettelse i vagtforpligtelserne og en tilstræbt bedre indkomstudligning ved lovændringen i 1962 - fulgt den linie, at apotekere kun undtagelsesvis skulle forflyttes.

Mulighederne for rationalisering ved nedlæggelse og sammenlægninger indsnævres yderligere af en betydelig lokalpolitisk og fagpolitisk (fra provisorernes organisation) modstand.

Under disse omstændigheder har der ikke kunnet ske nogen reel planlægning af distributionsstrukturen i detailleddet. Der har højst kunnet blive tale om en vis tilpasning ud fra den givne viden om, at et konkret apotek senest vil blive ledigt på en bestemt dato op til 25 år ude i fremtiden.

Hertil kommer, at der heller ikke findes konkurrencemekanismer, som af sig selv kan medføre en strukturtilpasning, således som det er tilfældet inden for andre erhvervsområder, hvor konkurrencen især i de senere år har fremtvunget kraftige ændringer i distribution og produktion og derunder i antallet af virksomheder i de enkelte brancher.

Det må fremhæves, at denne forskel fra andre erhvervsområder[1]) må ses i sammenhæng med lægemiddelforsyningens særstilling, herunder navnlig sikkerhedskravene og kravet om en høj servicegrad og ens priser overalt i landet, og at den fastlåste struktur kun vedrører detaildistributionen. Der er såvel i engrosdistributionen som i apoteksproduktionen sket væsentlige strukturforskydninger.

Den *manglende planlægning* i apoteksektoren har med mellemrum været taget op til behandling, og det har fra tid til anden været forsøgt at udarbejde en samlet plan for nedlæggelse og oprettelse af apoteker m.v.

Indenrigsministeriets *apotekerlovudvalg* af 1969 nedsatte et særligt underudvalg, *distributionsudvalget*, til at fremkomme med forslag bl.a. om, hvor mange apoteker der skulle nedlægges, efter hvilke kriterier nedlæggelse skulle ske og hvilke distributionsmuligheder, der skulle sættes i stedet.

Distributionsudvalget afgav en redegørelse til apotekerlovudvalget, men da „potekerlovudvalget efter anmodning standsede sit arbejde med afgivelse af betænkning om lægemidler, blev distributionsudvalgets redegørelse ikke overvejet i en større sammenhæng.

Distributionsudvalget påpeger, at der ikke hidtil har eksisteret en samlet plan over oprettelser og nedlæggelser af apoteker, hvilket dels skyldes det eksisterende bevillingssystem, dels vanskelighederne med at kompensere nedlæggelser gennem oprettelse af andre former for distributionsenheder.[2])

Udvalget fandt, at hjemmelen til at oprette farmaceutbetjente udsalg skulle udnyttes, og at der i loven skulle være en almindelig bestemmelse om, at der skulle være et vist økonomisk grundlag til stede for at oprette udsalg. Udvalget foreslog, at ca. 80 apoteker skulle nedlægges ved ledighed. Nogle af disse blev foreslået erstattet af apoteksudsalg af forskellig type. Gennemførelse af en sådan plan ville under de eksisterende forhold vare ca. 20 år, men denne tid skulle dog kunne halveres, såfremt en del af de berørte apotekere søgte - og fik - førtidspension eller forflyttelse. Der er ikke i betænkningen peget på de praktiske muligheder for at gennemføre noget sådant inden for det eksisterende bevillingssystems rammer. Den egentlige planlægning og styring af den fysiske distributionsstruktur foreslog udvalget varetaget af et styringsnævn, hvor apotekernes og provisorernes organisationer skulle være repræsenteret.

1) Der henvises nærmere til afsnit 2.7.
2) Som tidligere omtalt har der siden 1954 eksisteret en hjemmel for indenrigsministeren til at oprette farmaceutbetjente apoteksudsalg (filialapoteker).

Distributionsudvalget fandt uden nogen nærmere argumentation, at der ikke var nogen anledning til at foreslå bevillingssystemet ændret. Der findes således i betænkningen ingen diskussion af, hvilken betydning gældende regler om, at en apoteker er berettiget til at drive sit apotek på dets hidtidige plads indtil 70-års alderen, har for mulighederne for gennemførelse af en strukturrationalisering samt for en ændret placering af apoteker efter befolkningens behov for lægemiddelforsyning.

I distributionsudvalgets betænkning er det afgørende kriterium for en vurdering af et apoteks berettigelse fundet i apotekets arbejdsmængde udtrykt ved antallet af receptordinationer. Det nævnes, at ca. 60.000 receptordinationer årlig er en rimelig mindste arbejdsmængde for et personale på en apoteker, en provisor, tre teknikere, tre elever og to ikke-faglærte. Dette personale var efter distributionsudvalgets mening det mindste, hvormed et apotek kunne drives på en faglig forsvarlig måde.

Distributionsudvalget har på basis af materiale fra Danmarks Apotekerforening - væsentligst udarbejdet efter de senest oprettede apotekers faktiske forhold - opstillet en række standarder for forskellige distributionstyper og hertil hørende økonomiske beregninger. Disse modeller bygger stort set alle på forudsætninger om, at følgende traditionelle principper opretholdes: Det gældende bevillingssystem, det gældende afgiftssystem, det gældende takstsystem, uændret varesortiment og en vis produktion på alle apoteker.

Selvom distributionsudvalgets betænkning ikke har været offentliggjort og dens konklusioner ikke været behandlet i indenrigsministeriet, har redegørelsen rent faktisk haft en betydelig indflydelse i de senere år. Dels er der — som nævnt — nedlagt et antal apoteker, navnlig efter 1972, dels indgår de opstillede standarder og normer i sundhedsstyrelsens vurdering af planer til indretning af apoteker m.v.

Gruppen har i bilag 3 foretaget en gennemgang og vurdering af betænkningen.

2.3. *Priser ved salg til forbrugerne*

2.3.1. Hovedpunkter i udviklingen

Allerede i de først kendte bevillinger nævnes apotekernes pligt til at sælge medikamenterne til »skjellig Værd«, og det blev tidligt påbudt de læger, der på det offentliges vegne kontrollerede apotekerne, at påse dette påbuds overholdelse og at udarbejde prisregler - takster. I 1619 udgives den første egentlige takst, d.v.s. regler om, hvorledes prisen skal beregnes for lægemidler, som sælges af apotekerne. Forordningen af 1672 bestemmer, at apotekerne skal rette sig efter »den takst, som nu gjort er«.

Reglerne for prisfastsættelsen udviklede sig dog langt senere derhen, at sundhedskollegiet, senere sundhedsstyrelsen, en gang årlig udfærdigede en medicintakst og en takst for arbejdsprocesser og rekvisitter, d.v.s. der blev fastsat regler om, hvilke beløb der kunne lægges til de indkøbte varer for forarbejdning, emballering m.v. med henblik på at skaffe apotekeren en rimelig avance. Priserne ved salg *t i* receptpligtige lægemidler har været både minimums- og maksimumstakst, da store og velkonsoliderede apoteker ikke skulle kunne udkonkurrere mindre velstillede kolleger. Disse regler har først og fremmest skullet sikre, at der ikke blev slækket på kvaliteten ved fremstillingen.

De oprindelige principper for takstfastsættelsen kan i det væsentlige genfindes i gældende lovgivning, både hvad angår apotekserfremstillede lægemidler og medicinske specialiteter. For medicinske specialiteter har sundhedsstyrelsen siden apotekerloven af 1932 haft til opgave at påse, at prisen til apotek var rimelig.

2.3.2. *Gældende regler*

Ifølge apotekerlovens § 30 fastsættes prisen for salg af lægemidler til forbrugerne i en takst, der stadfæstes ved kgl. resolution. Efter loven må der hverken tages højere eller lavere betaling, end taksten bestemmer.

Via medicintaksten fastlægges apotekernes gennemsnitlige indkomst (»udbyttet« d.v.s. overskud til apotekeren selv efter betaling henholdsvis modtagelse af apotekerfonds af gifter/ tilskud). Afgørende for om der skal ændres i medicinpriserne (apoteksavancerne) er en bedømmelse af, om apotekerne på grundlag af gældende priser, omkostninger og omsætningsforhold m.m. kan forventes at få det af indenrigsministeren fastlagte gennemsnitlige udbytte i et kalenderår, eventuelt over en lidt længere periode betragtet som en helhed.

I begyndelsen af 1960-erne tilstræbtes gennemsnitsudbyttet lagt på niveau, med lønnen i statens 29. lønklasse (departementschef , højesteretsdommer etc.). Efter tjenestemandsreformen i 1969 er apotekernes gennemsnitlige udbytte på niveau med lønnen til en tjenestemand i 37. lønramme (overlæge, professor etc.) incl. generelt tillæg og et specielt tillæg på 1.200 kr. Dette

beløb var for 1974 167.000 kr.

Grundlaget for beregningerne af udbyttet er det autoriserede regnskabsskema, jfr. nedenfor afsnit 2.4.2. For at finde frem til det forventede gennemsnitsudbytte udarbejder apotekerforeningen til brug for sundhedsstyrelsen — sædvanligvis i maj måned, når regnskabstal fra det foregående år og omsætningstal m.v. fra første kvartal i kalenderåret foreligger - en prognose, hvori indgår beregninger over apotekernes omsætning, driftsudgifter og afgifter/tilskud til apotekerfonden.

Ved beregningen af omsætningen anlægges et skøn ud fra kendskab til udviklingen i tidligere år, og der kan tages hensyn til særlige forhold. Den pr. 1. april 1973 stedfundne ændring af medicintilskudsreglerne bevirkede således — i øvrigt tilsigtet - en noget langsommere omsætningsstigning end sædvanlig i de senere år. Skønnet kontrolleres løbende udfra apotekernes månedlige indberetninger til sundhedsstyrelsen om omsætningen.

Ved beregningen af driftsudgifterne anlægges for hver post et skøn ud fra konstaterede procentvise stigninger i de senere år. Ved beregningen anlægges derimod ikke nogen vurdering af det berettigede eller nødvendige i at afholde de prognostiserede udgifter. Denne metode indebærer, at myndighederne afskæres fra at gennemføre en budgetmæssig styring af driftsudgifterne for apotekervæsenet gennem opstilling af generelle rammer herfor.

Sluttelig foretages i prognosen beregning af apotekerfondsafgifter og tilskud, d.v.s. grundafgift, omsætningsafgift (÷ tilskud), nettoafgift (÷ tilskud) og tilskud og refusioner efter apotekerlovens §§ 49 og 50, jfr. i øvrigt nærmere under afsnit 2.5. Siden 1973 er der taget hensyn til de efterhånden ret betydelige ekstraordinære tilskud, som ydes af apotekerfonden. Efter systemet tages der ikke hensyn til, hvilke indtægter apotekerfonden skal have **for** at dække de udgifter (lægemiddelkontrol, pensioner m.v.), som loven pålægger den at afholde.

Generelt har der ved prognoserne i hvert fald indtil 1973 været en tendens til at undervurdere omsætningsstigning og forventet udbytte.

Sundhedsstyrelsen udsender årligt en ved kgl. resolution stadfæstet medicintakst, hvis opbygning og grundlag har været stort set uændret siden 1958. Den *nuværende medicintakst,* hvorfra de nedenfor anførte tal er hentet, er gældende fra 15. oktober 1974. Taksten består af 5 afsnit:

Afsnit I handler om beregning af forbrugerprisen på *apoteksfremstillede lægemidler,* d.v.s. lægemidler, som ikke er medicinske specialiteter. Til råvareprisen, der beregnes af sundhedsstyrelsen ud fra grossisternes priser, lægges avance og en arbejdsgodtgørelse gradueret efter arbejdsoperationernes art, samt eventuelt en efter emballagetaksten udfundet emballagepris. Hertil lægges et procenttillæg på 39 %, der i princippet skal dække øvrige omkostninger + moms, og det fremkomne beløb betegnes som registerprisen. Til denne kan komme eventuelle recepturgebyr og gebyr for andre særlige ydelser, jfr. nedenfor om afsnit IV.

Den andel af apotekernes salg af receptmedicin, som er omfattet af disse prisbestemmelser, har udvist en stadig faldende tendens, såvel i antal ordinationer som i beløb. I 1972 udgjorde de apoteksfremstillede lægemidler 28 % af antallet af receptordinationer til enkeltpersoner (i 1940 63 %>, i 1965 36 %), medens de beløbsmæssig udgjorde 15 % af den samlede omsætning af receptmedicin til enkeltpersoner (1940 50 %, 1965 18 %).

I takstens *afsnit II* er der regler om beregning af forbrugerprisen på *medicinske specialiteter.*

Reglerne fastlægger apotekets avance, der er 40 % + 70 øre, dog højst 70 %, af indkøbsprisen (AIP) på en pakning, hvis indkøbspris er 20 kr. eller derunder. Pakninger til indkøbspris over 20 kr. tillægges en avance på 8,70 kr. + 30 % af det beløb, hvormed indkøbsprisen overstiger 20 kr. For visse præparater, insulin, leverpræparater m.fl. er avancen kun 10 %. Der tillægges (som ved apoteksfremstillede lægemidler) et procenttillæg på 27 %, der inkluderer moms, hvorved registerprisen fremkommer. Ændringer i indkøbsprisen skal anmeldes til sundhedsstyrelsen senest 8 dage før ikrafttræden.

Indkøbsprisen (AIP) fastsættes af fabrikanter og importører. Ifølge apotekerlovens § 78 skal prisen på medicinske specialiteter være rimelig. Ved afgørelsen heraf skal der tages hensyn til omkostninger ved fremstilling og forhandling af de pågældende eller beslægtede varer i virksomheder, der arbejder med efter forholdene tidsvarende materiel, og som drives på normal teknisk og kommerciel hensigtsmæssig

måde. I prisen kan indregnes en rimelig andel af virksomhedens udgifter til forskning. Priskontrollen udøves af sundhedsstyrelsen, der har adgang til regnskaber, jfr. § 79. Reelt må den betragtes som en formalitet, idet der ikke i praksis foretages en vurdering af de af fabrikanter og importører anmeldte priser[1]).

Salg af medicinske specialiteter udgjorde i 1972 72 % af antallet af receptordinationer til enkeltpersoner (1940 38 %>, 1965 64 %) og beløbsmæssig 86 % af apotekernes salg af receptordineret medicin (1940 50 %, 1965 82 «/o).

Takstens *afsnit HI* omhandler *recepturgebyr og gebyr for særlig pakningsstørrelse.* Der lægges herefter 2,05 kr. til de i henhold til afsnit I og II fundne priser, hvis der er tale om en receptekspedition. Gebyret lægges til prisen for hvert lægemiddel, selv om der måtte være flere ordinationer på en recept.

Til apoteksfremstillede lægemidler, der efter sundhedsstyrelsens regler normalt kun udleveres i standardpakninger, lægges 2,30 kr. pr. pakning, såfremt de udleveres i afvigende pakningsstørrelse.

Afsnit IV fastsætter *tillæg for særlige ydelser,* telefonreceptgebyr 1,00 kr., vagtgebyr 1,15 kr. og 2,30 kr. og indpakningsgebyr på 60 øre ved forsendelse direkte til enkeltperson.

Takstens *afsnit V* omhandler den i apotekerlovens § 30 forudsatte *rabat,* der ydes til:

a. Den offentlige sygesikring, for medicin til enkeltpersoner med 1,5 % af den del af forbrugerprisen, der skal afholdes endeligt af sygesikringen.

b. Kommuner, for medicin til enkeltpersoner med 5 % af den del af forbrugerprisen, som afholdes endeligt af vedkommende kommune. Tilsvarende rabat ydes på medicin til enkeltpersoner for en statsinstitutions regning.

c. Distribuerende læger, med 10 % af forbrugerprisen + yderligere 5 %, hvis lægen indkasserer beløbet hos patienten.

d. Distribuerende eller dispenserende dyrlæger, med 10 %

e. Til sygehuse og kommunale institutioner samt enkeltpersoner, med 10 %, hvis apotekets årlige leverancer til den pågældende institution beløber sig til mindst 10.000 kr.

Undtaget fra rabat er »livsvigtige« lægemidler med avance på kun 10 % og lægemidler udleveret fra statens seruminstitutter.

I 1972 udgjorde ydede rabatter 3,1 % af bruttoomsætningen eller i alt 30,6 mill. kr., fordelt med 27,4 mill. kr. på recepturomsætning og 3,3 mill. kr. på håndkøbsomsætning (i det væsentlige rabat - 10-15 % - til bestyrere af håndkøbsudsalg). Ydede rabatter fratrækkes bruttoomsætningen, inden omsætningsafgift til apotekerfonden beregnes.

I flere år har spørgsmålet om afskaffelse af recepturrabat været overvejet. I forbindelse med ikrafttræden den 1. april 1973 af den nye sygesikringslov og de nye medicintilskudsregler, blev det påny drøftet at lade i hvert fald sygekasserabatten, der på daværende tidspunkt beløb sig til godt 11 mill, kr. årligt, bortfalde. Ved en ændring af medicintaksten pr. 1. april 1973 blev rabatten til den offentlige sygesikring nedsat fra 5 % til 1,5 % af regningsbeløbet excl. moms. Til gengæld blev flere lægemiddeludleveringer efter overenskomsten mellem apotekerforeningen og amtskommuner m.fl. omfattet af rabataftalen end før. I finansåret 1973/74 påregnes rabatbeløbet til den offentlige sygesikring at udgøre 5-6 mill. kr.

I praksis sker den inddækning af apotekernes forøgede driftsudgifter, der skal til for at opnå det tilsigtede gennemsnitlige udbytte, ved at ændre forskellige af takstens gebyrer og procentsatser, hyppigst recepturgebyret. Indstilling herom foretages af sundhedsstyrelsen, der bistås af 4 takstkonsulenter, der er udpeget af henholdsvis Industrirådet, Danmarks Apotekerforening, monopoltilsynet og Den offentlige sygesikrings Forhandlingsudvalg.

Under de senere års pris- og avanceregulerende love har dispensationer for opretholdelse af apotekerlovens prissystem været nødvendige, og de har været givet for at opretholde systemet med ens priser i hele landet. Derimod gav monopoltilsynet ikke i 1971 generel undtagelse fra bestemmelserne i pris- og avanceloven af 2. april 1971 for prisfastsættelsen af lægemidler og frihandelsvarer. Takstforhøjelser blev i de enkelte tilfælde forelagt monopoltilsynet til udtalelse om forslagenes overensstemmelse med de bestemmelser i loven, der tillod prisforhøjelse. Afgørelsen, om at takstfastsættelsen var omfattet af pris- og avanceloven, og afslaget om generel dispensation fra denne lov blev imidlertid af Danmarks Apotekerforening indbragt for monopolankenævnet, der i maj 1973 fandt, at apotekervæsenet var omfattet af pris- og avanceloven, men meddelte generel dispensation fra denne lov for så vidt angik lægemidler, hvis priser er fastsat i medicintaksten, jfr.

1) I forbindelse med forslag til lov om lægemidler vil priskontrollen blive foreslået overført til monopoltilsynet.

apotekerlovens § 30.

Fordelingen af takstforhøjelser - på henholdsvis apoteksfremstillede lægemidler og medicinske specialiteter - har navnlig tidligere givet anledning til betydelige uoverensstemmelser mellem takstkonsulenterne. En nøjere vurdering har været hæmmet af mangel på relevant materiale vedrørende omkostningernes fordeling.

Det har igennem en årrække været hævdet fra medicinindustriens side, at salg af medicinske specialiteter subventionerer ulønsom apoteksproduktion i enkelte apoteker, og at konkurrencen sker på ulige vilkår. Dette skyldes efter industriens mening både den hævdede subvention og den konkurrenceforvridning, som en sammenblanding af apotekerne som monopoliseret detailled og som lægemiddelproducent indebærer.

En lignende debat kendes fra de øvrige nordiske lande, hvilket i Sverige førte til, at apotekernes egenproduktion, der i øvrigt var af mindre omfang end i Danmark, i 1940-erne blev koncentreret til nogle få distriktslaboratorier. Disses personale og omkostninger blev adskilt fra den egentlige distributionsfunktion. I forbindelse med statsovertagelsen pr. 1. januar 1971 af de svenske apoteker blev den tidligere apoteksproduktion under ACO-mærket inkorporeret i den statslige lægemiddelkoncern, KABI-gruppen. I Norge er størstedelen af apotekernes egenproduktion i løbet af 1960-erne blevet koncentreret til nogle få apoteker, og er nu planlagt varetaget af en af Norges Apotekerforening oprettet fabrik. Produktionen vil - også prismæssigt - blive undergivet samme vilkår som industriens.

Indenrigsministeriets apotekerlovudvalg gennemførte i 1970 en undersøgelse til belysning af omkostningerne og avancen ved henholdsvis produktion og distribution. Undersøgelsen blev foretaget som en stikprøveundersøgelse af 19 apoteker, der var udvalgt så repræsentativt som muligt. Undersøgelsen skulle på baggrund af regnskabsmateriale for 1968 belyse apotekernes økonomiske resultater ved produktion og salg af forskellige varearter, og den skulle nå frem til omkostningsspecifikationer og avanceberegninger vedrørende apotekernes salg af

1. Lægemidler udleveret efter recept
   a. Specialiteter
   b. Apoteksfremstillede varer.
2. Varer i håndkøb
   a. Specialiteter
   b. Apoteksfremstillede varer
   c. Mærkevarer.

En planlagt undersøgelse af omkostninger ved fremstilling af analoge præparater i henholdsvis industri og på apoteker måtte opgives, da industrien ikke ønskede at medvirke hertil.

Det viste sig ikke ved den gennemførte undersøgelse muligt at udskille en gruppe apoteker helt uden egenproduktion. Undersøgelsen kan således ikke tjene til belysning af de med selve egenproduktionen forbundne særlige omkostninger og opnåede avancer.

Med de vanskeligheder, som mangel på entydige og indiskutable fordelingsnøgler medfører, giver undersøgelsen udtryk for samme tendens som tidligere – mere summariske - undersøgelser har vist: Salget af apoteksfremstillede håndkøbsvarer og mærkevarer giver ikke overskud, men sandsynligvis underskud. Salg af apoteksfremstillede recepturvarer bidrager kun i meget ringe omfang til overskuddet, der i alt væsentligt hidrører fra salg af specialiteter.

Ud fra undersøgelsen kunne der således drages den konklusion, at takststigninger ud fra proportionalitetshensyn i større omfang end hidtil skulle falde på håndkøbs- og frihandelsvarer og på apoteksfremstillede lægemidler i det hele.

Procentvis har apotekernes avance ved salg af medicinske specialiteter udvist stigende tendens i de senere år. Apoteksavancen i Danmark synes i øvrigt at ligge på højere niveau end i visse andre lande, bl.a. Norge og England, hvilket må tilskrives den omstændighed, at i disse lande har apotekerne en beskeden eller ingen egenproduktion, et lavere lønniveau og - i hvert fald for Englands vedkommende - en generel lavere standard i udstyr m.v. og et lavere uddannelsesniveau af de personer, der forestår lægemiddelekspedition.

Det har traditionelt været hævdet, at apoteksproduktionen har en stærk prisregulerende virkning trods denne produktions aftagende betydning. Der er næppe tvivl om, at apoteksfremstilling har kunnet finde sted med anvendelse af relativt beskedne omkostninger, da den ikke var belastet med udgifter til forskning og mar-

kedsføring, som for medicinske specialiteter udgør en væsentlig andel af prisen. I de senere år har der imidlertid fundet en stadig stigende virksomhed sted ved produktudvikling og markedsføring centreret omkring DAK-laboratoriet, der drives af Danmarks Apotekerforening, og som finansieres bl.a. over forskellige udgiftskonti på apoteksregnskaberne (løn og apotekerforeningskontingenter).

2.4. Apoteksomsætning, regnskab og finansiering

2.4.1. Apoteksomsætningen i Danmark[1])

2.4.1.1. Apoteksomsætningens størrelse

Bruttoomsætningen er det fulde beløb, der er solgt for på de private apoteker uden fradrag af rabat og uanset om beløbene er indgået.

Bruttoomsætningen var i 1972 962 mill. kr.[2]) excl. moms, og den fordeler sig ifølge apotekernes regnskabsskema som vist i tabel II.1.

Handel og fabrikation, der drives som selvstændig virksomhed, og som ikke ved-

1) Som tidligere nævnt forsynes Grønland med medicin fra Københavns amts sygehus i Gentofte. Leverancerne til Grønland var i 1973 ca. 4,4 mill. kr. og indgår i tallet for sygehusapotekernes omsætning.
2) Alle tal i dette afsnit hidrører fra de årlige undersøgelser over apotekernes driftsforhold, som udgives af apotekerfonden (»Det grå hæfte«). Det bemærkes, at bruttoomsætningen i 1973 udgjorde godt 1 mia. kr., en stigning på ca. 6 % i forhold til 1972.

Tabel II. 1. Omsætningsfordeling på apotekerne, 1972.

	1972 mill. kr.	%
1. Recepturomsætning	743,0	77,2
2. Håndkøb	208,3	21,7
3. Salg til andre apoteker[1])	10,7	1,1
Bruttoomsætning	962,0	100,0
Rabat	30,6	3,1
Nettoomsætning	931,4	96,9

1) Dette salg vedrører i alt væsentligt et apoteks salg af egne fremstillede varer til et andet apotek. Den købende apoteker opfører indkøbsprisen som vareforbrug og ved den regnskabsmæssige registrering af bruttoomsætningen tæller denne omsætning således med 2 gange, jfr. nærmere nedenfor.

rører apoteket, indgår ikke i apoteksregnskabet. Som helhed har dette ingen betydning.

Bruttoomsætning, receptsalg til enkeltpersoner, antal receptordinationer og gennemsnitspris pr. receptordination til enkeltpersoner, håndkøbssalg og receptsalgets andel af bruttoomsætningen samt den procentvise stigning i forhold til året før fremgår af tabel II.2.

Sygehusapotekernes omsætning indgår ikke i de ovennævnte beløb eller i tallene i »Det grå hæfte«. Den var i 1972/73 ca. 120 mill. kr. excl. moms.

Omsætningen på apotekerne og på sygehusapotekerne udgør nu ca. 0,9 % af den samlede mængde varer og tjenester, der er til rådighed til forbrug og investering (fra-

Tabelll. 2. Bruttoomsætning, receptsalg (antal og gennemsnitspris), håndkøbssalg og receptsalgets procentvise andel af bruttoomsætningen.[1])

	Bruttoomsætning		Receptsalg til enkeltpersoner		Antal ordinat. til enkeltpersoner		Gennemsnitspris pr. ordinat. til enkeltperson		Håndkøbssalg		Receptsalg i alt
	mill. kr.	stign. i %[2])	mill. kr.	stign. i %[2])	mill. stk.	stign. i %[2])	kr.	stign. i %[2])	mill. kr.	stign. i %[2])	i % af bruttoomsætningen
1962	308,0	14,0	172,6	14,5	22,4	2,1	7,70	12,1	109,0	15,0	64,6
1968	616,7	9,7	385,8	11,8	28,0	3,3	13,77	8,2	162,1	4,2	73,7
1969	686,5	11,3	435,2	12,8	28,9	3,2	15,05	9,3	172,4	6,4	74,9
1970	747,0	8,8	477,1	9,6	29,2	1,0	16,31	8,4	179,5	4,1	76,0
1971	844,0	13,0	543,1	13,8	29,8	2,1	18,19	11,5	197,0	9,7	76,7
1972	962,0	14,0	623,6	14,8	31,0	4,0	20,11	10,6	219,0	11,2	77,2

[1]) Kilde: „Det grå hæfte".
[2]) Procentvis stigning i forhold til forudgående år.

regnet indirekte skatter, reparation og vedligeholdelse samt beregnede afskrivninger). I 1950 udgjorde det samlede apotekssalg ca. 0,7 % af rådighedsbeløbet. En svagt stigende del af de samlede ressourcer anvendes altså til lægemidler m.v.

Målt i løbende priser er apotekernes bruttoomsætning steget med ca. 700 % fra 1950 til 1972. Antallet af receptordinationer er i samme periode steget fra 19 mill, til 31 mill. stk., det vil sige med ca. 65 %. En del af forklaringen på denne stigning må søges i, at antallet af præparater, der kun kan sælges på recept eller efter lægerekvisition (f.eks. p-piller) er øget væsentligt de sidste 20 år.

2.4.1.2. Omsætningens fordeling på apoteker

Den gennemsnitlige bruttoomsætning pr. apotek udgjorde i 1972 2,8 mill. kr. Der er imidlertid meget store udsving omkring dette gennemsnit. Højeste bruttoomsætning i 1972 var 16,1 mill kr., næsthøjeste 8,5 mill. kr., medens den laveste omsætning var godt 0,5 mill kr. Godt 2/3 af omsætningen faldt på halvdelen af apotekerne, medens den resterende halvdel havde en omsætning på knap 1/3 af den samlede apoteksomsætning.

I hovedstadsområdet (Københavns og Frederiksberg kommune, samt Københavns amt) var apoteksomsætningen i 1972 257 mill. kr., svarende til 2,9 mill. kr. i gennemsnit pr. apotek (88 apoteker), i provinsbyerne 504 mill. kr., svarende til 3.3 mill, kr. i gennemsnit (152 apoteker) og på landapoteker 201 mill. kr., svarende til godt 1,8 mill. kr. i gennemsnit (108 apoteker).

Omsætningsfordelingen i 1962 og 1972 fremgår af figur II.1., afsnit 2.5.3.

2.4.1.3. Bruttoomsætningens sammensætning

Recept - håndkøb

Godt 77 % af apotekernes bruttoomsætning skyldes salg af recepturvarer, og recepturomsætningen udviser en stadig stigende procent af apotekernes bruttoomsætning, jfr. tabel II.2.

Antallet af receptordinationer til enkeltpersoner var i 1972 31,0 mill. og den dertil svarende omsætning 623,6 mill. kr. Som det ses er stigningen i antallet af recepter langt mindre end stigningen i de solgte beløb. Dette gælder også, selv om der korrigeres for stigninger i priserne. Dette skyldes en stadig forrykkelse i forbruget til fordel for nye og dyrere præparater.

Den øvrige recepturomsætning er leverancer til sygehuse uden eget apotek og til dyrlæger. Leverancerne var i 1972 på i alt 119,4 mill. kr., fordelt med 73,6 mill. kr. til sygehuse og 45,8 mill. kr. til dyrlæger. Leverancerne svarer til ca. 16 % af den samlede recepturomsætning. De er af ret ringe betydning i hovedstadsområdet, men har betydeligt omfang i det øvrige land. Gennemsnitsprisen pr. receptordination for disse leverancer var henholdsvis 29,00 kr. og 53,46 kr.

Fordelingen af håndkøbssalget mellem lægemidler og frihandelsvarer eller mellem specialiteter, mærkevarer og apoteksfremstillede varer registreres ikke. Ifølge en af apotekerlovudvalget gennemført stikprøveundersøgelse på 19 apoteker i en uge i 1970 fordelte håndkøbssalget sig med 25 % på specialiteter, 45 % på apoteksfremstillede præparater (incl. Cosmea) og 30 % på mærkevarer. Det antages, at de såkaldte frihandelsvarer udgør ca. 6 % af den samlede bruttoomsætning, d.v.s. i 1972 ca. 58 mill. kr., eller ca. 27 % af håndkøbsomsætningen, der som nævnt i 1972 var 219 mill. kr. Af håndkøbsomsætningen skyldes ca. 10 %, eller ca. 20 mill. kr., leverancer til sygehuse m.v.

Specialiteter - apoteksproduktion

Specialitetsomsærningen omfatter stort set kun fabriksfremstillet medicin, jfr. apotekerlovens § 70. Gennemførelse af forslag til lov om lægemidler vil bl.a. medføre, at hovedparten af apotekernes egenproduktion af lægemidler kommer ind under reglerne om specialiteter.

Af den samlede specialitetsomsætning er ca. halvdelen fremstillet på danske fabrikker, ca. halvdelen er importeret. Langt den største del af omsætningen af dansk fremstillede specialiteter hidrører fra de ni MEFA-virksomheder, der i øvrigt eksporterer en meget stor del af produktionen, jfr. nedenfor afsnit 5.2.

I 1972 omfattede specialiteterne 72,4 % af antallet af receptordinationer til enkeltpersoner, medens 27,6 % vedrørte apoteksfremstillede receptpligtige lægemidler. Beløbsmæssig var fordelingen 85,5 % til specialiteterne og 14,5 % til apoteksfremstillingen. Forskydningen hen mod større salg af specialiteter synes ikke at være standset.

Af den totale apoteksomsætning udgør apoteksfremstillede lægemidler ca. 25 % efter værdi. Målt efter volumen (antallet af pakninger) udgør apoteksfremstillede varer ifølge Danmarks Apotekerforening ca. 40 %.

Salg til andre apoteker

Dette salg vedrører i alt væsentligt apotekernes mellemhandel, d.v.s. salg af egne varer til et andet apotek. Dette salg, der i 1972 udgjorde godt 10 mill. kr., eller 1,1 % af bruttoomsætningen er stærkt stigende som følge af den stedfindende koncentration af apoteksproduktionen på et færre antal apoteker. De apoteker, der efter nærmere aftale med

Danmarks Apotekerforening og på vilkår fastsat af foreningen fremstiller de produktionskoncentrerede lægemidler, leverer disse produkter i bulk til andre apoteker, hvor de pakkes i forbrugerpakninger, gennem Bang & Tegner A/S, hvori apotekerforeningen ejer aktiemajoriteten. Denne produktion ventes at stige betydeligt i de kommende år, og medregning i bruttoomsætningen af disse lægemidler vil derfor give et stadig mere misvisende billede af bruttoomsætningen, idet detailsalget registreres på det apotek, der sælger til forbrugeren. Salget fratrækkes i øvrigt det beløb, hvoraf omsætningsafgift til apotekerfonden beregnes. Under salg til andre apoteker medtages også salg af vacciner m.v. uden avance. Beløbsmæssigt har dette ingen større betydning.

2.4.2. *Apotekernes regnskabsaflæggelse*

2.4.2.1. Almindeligt

Ved lov af 13. april 1894 om afgifter af personlige apoteker blev alle indehavere af apoteksprivilegier pålagt at indsende årlige opgørelser over bruttoomsætningen til justitsministeriet. Indehaverne af de personlige bevillinger blev yderligere pålagt at føre autoriserede regnskabsbøger til brug ved fastsættelse af afgift. Indehaverne af de salgbare apoteksprivilegier var indtil afløsningen i 1932 ikke regnskabspligtige.

Opgørelse af apotekernes omsætning, driftsudgifter og overskud finder sted årligt på grundlag af indberetninger fra de enkelte apotekere til sundhedsstyrelsen, jfr. apotekerlovens § 37. Princippet i regnskabsskemaet er, at det skal udvise det overskud, som apoteksvirksomheden afkaster uafhængigt af finansieringen. Allerede dette samt det forhold, at apoteksregnskaberne kun skal anvendes til at beregne de i apotekerloven fastsatte afgifter (tilskud) gør, at disse regnskaber ikke er egnede som grundlag for en mere almindelig vurdering af apotekernes regnskabsforhold. Hertil kommer, at der ikke fra det offentlige generelt kræves årlige statusopgørelser. For 2/3 af apotekerne kræves ganske vist visse statusoplysninger til apotekerfonden, men disse har udelukkende til formål at belyse sikkerheden for apotekerfondens udlån og vil næppe være tilstrækkelige til andre formål.

Apotekerfonden udgiver en vejledning til brug ved opgørelsen og udfærdigelsen af regnskabet. Vejledningen revideres med mellemrum og hvert år udsendes tillæg hertil. I mange henseender må vejledningen anses som værende utilstrækkelig til formålet.

Opgørelserne foretages ved udgangen af hvert kalenderår på et af indenrigsministeriet godkendt skema, jfr. bilag 2, som er udfyldt med de samlede regnskabstal fra 1972. Reglerne for regnskabsaflæggelse har været uændret gennem en lang årrække. Opgørelserne danner grundlag for beregning af afgifter til og tilskud fra apotekerfonden, jfr. apotekerlovens §§ 46-54, og for de årligt af apotekerfonden offentliggjorte undersøgelser over apotekernes driftsforhold, Det grå hæfte. Regnskabsresultaterne indgår i forhandlingerne om prisniveauet for lægemidler og om fastsættelse af apotekernes gennemsnitsafkastning, jfr. apotekerlovens § 30 og sundhedsstyrelsens medicintakst. Som tidligere nævnt indgår sygehusapotekernes omsætning og udgifter ikke i »Det grå hæftes« tal.

Regnskabsskemaets *indtægter* omfatter det fulde beløb, der er solgt for uden fradrag af rabat, og uanset om beløbene er indgået. Dog fragår tab på udestående fordringer (beløb, der er afskrevet som tabt, ÷ beløb, der er indgået på tidligere afskrevne beløb). Størrelsen af tabene er ca. 200.000 kr. årligt. Alle beløb er excl. moms.

Ved at fratrække rabatten fra bruttoomsætningen fås nettoomsætningen, som danner grundlag for afgiftsberegningen. Inden afgiften beregnes fratrækkes yderligere omsætningen vedrørende salg af lægemidler med lav avance (insulin m.v.) og salg til andre apoteker m.v.

Regnskabsskemaets *udgifter* og *overskud* fordelte sig i 1972 som anført i tabel II.3.

Det fremgår, at de tungest vejende omkostningsarter er vareforbrug og lønninger; tilsammen udgjorde disse poster over 80 % af bruttoomsætningen. Herefter kommer andre driftsudgifter, rabatter, forrentning og

Tabel II. 3. Udgifter og overskud **iflg. regnskabsskemaet**, 1972.

	1972 348 apoteker[1])	
	mill. kr.	%
Forrentning af anlægskapital	24,8	2,6
Afskrivning af inventar	5,8	0,6
Indretning og vedligeholdelse	7,6	0,8
Husleje	18,9	2,0
Brændsel og lys	3,4	0,3
Forsikring	1,8	0,2
Lønninger	213,4	22,2
Vareforbrug	564,4	58,7
Inkasso	0,2	0,0
Andre driftsudgifter	31,7	3,3
Rabatter	30,6	3,1
Udgifter i alt	902,6	93,8
Samlet overskud	59,4	6,2
Heraf til apotekerne	45,9	4,8
Heraf netto til apotekerfonden	13,5	1,4
Bruttoomsætningen	962,0	100,0

1) Antal apoteker ved begyndelsen af 1972. 6 apoteker er nedlagt i årets løb, således at der ved udgangen af 1972 var 342 apoteker.

husleje, der udgjorde fra 3,3 til 2,0 % af bruttoomsætningen. Det bemærkes, at udgiftsbeløbene for enkelte omkostningsarter er beregnede og ikke nødvendigvis svarer til apotekernes faktiske omkostninger; dette er bl.a. tilfældet for forrentning af anlægskapital og afskrivning på inventar.

Regnskabsskemaet specificerer driftsudgifterne ved apoteksdrift, men giver intet grundlag for opdeling af udgifterne i »distributionsvirksomhed« og »produktionsvirksomhed«. Det har ikke hidtil været muligt til bunds at undersøge, hvorledes de to former for virksomhed udgiftsmæssigt forholder sig til hinanden.

2.4.2.2. Gennemgang af regnskabsskemaet

1°. *Forrentning af anlægskapitalen*

Anlægskapitalen skal ifølge regnskabsskemaet opgøres som summen af posterne inventar, varelager og udestående fordringer. For så vidt hører også indretningsudgifter hjemme under anlægskapitalen, og indretningskonto optages da også i Det grå hæfte i beskrivelsen af apotekernes anlægskapital. Kontoen er en blandet forrentnings- og afskrivningskonto. Det må fremhæves, at anlægskapital på apoteksregnskabet afviger fra den gængse opfattelse af begrebet[1]).

Inventarkontoen omfatter det samlede beløb, der er anvendt til overtagelse og anskaffelse af det til driften af apoteket hørende inventar, herunder det for apotekets regning anskaffede inventar til håndkøbsudsalg, med fradrag af tidligere afskrivninger. Der afskrives 8 % af bogført værdi ved årets begyndelse og 20 % af det i årets løb anskaffede inventar, jfr. nærmere nedenfor.

Varelagerkontoen udviser værdien af det kurante varelager såvel på apoteket som i håndkøbsudsalg. Også værdien af eventuelle konsignationslagre (hos distribuerende læger) medregnes. Varelageropgørelse, hvis værdigrundlag i princippet er kostpris (excl. moms), finder sted i overensstemmelse med nærmere af sundhedsstyrelsen fastsatte beregningsregler.

Detaljeret varelageropgørelse foretages herefter ordinært en gang om året og optællingsresultatet anføres i regnskabsskemaet. Den i regnskabsopgørelsen til forrentning opførte lagerværdi (pr. 1. januar) fremkommer - medmindre varelageropgørelsen undtagelsesvis foretages 31. december - ved at korrigere resultatet af nærmest foregående detaljerede varelageropgørelse i overensstemmelse med de i tidsrummet fra opgørelsen og indtil årsskiftet registrerede købs- og salgsbeløb samt en valgt vareforbrugsprocentsats.

Kontoen for udestående fordringer omfatter det beløb, som apoteket i den pågældende driftsperiode i gennemsnit har haft udestående som tilgodehavende. Medens de to førstnævnte poster under anlægskapitalen opgøres pr. 1. januar, opgøres beløbet for udestående fordringer som gennemsnit af nettotilgodehavenderne ved hvert kvartals slutning.

Summen af de tre poster udgør som nævnt apotekets *regnskabsmæssige anlægskapital*, og den på regnskabsskemaet opførte udgift til forrentning af denne kapital beregnes som en procentdel heraf. Forrentning beregnes med apotekerfondens udlånsrente, fra 1. januar 1973 $10^1/2$ % p.a. og fra 1. maj 1974 13 % p.a. Er der helt eller delvis betalt en højere rente, kan denne faktisk betalte rente påføres opgørelsen. I praksis er højere forrentning hidtil kun forekommet ganske undtagelsesvist.

I tilfælde, hvor anlægskapitalen i årets løb er blevet væsentligt forøget, kan apotekerfonden efter ansøgning endvidere tillade, at forøgelsen opføres til forrentning fra udgangen af det kvartal, hvor udgiften er afholdt.

Begrundelsen for at opgøre forrentningen af anlægskapitalen på den beskrevne måde er den, at overskuddet ved apoteksdriften bør holdes adskilt fra apotekernes private indtægts- og formueforhold. Den apoteker, der har investeret i anlægskapitalen af

1) I gængs terminologi forstår man ved begrebet anlægskapital værdien af en virksomheds faste aktiver (fast ejendom, maskiner og inventar).

egne midler, skal således have disse forrentet over anlægskontoen (ikke som i andre virksomheder over overskuddet), idet han ved at holde sin private formue uden for apoteksdriften ville have kunnet opnå en forrentning af nogenlunde tilsvarende størrelse. Målet har været, at apotekere med og uden formue og egenkapital skulle stilles ens.

Betragtningen om at tillade apotekeren forlods forrentning af den kapital, han selv har sat i apoteket, gav ikke anledning til større problemer på det tidspunkt, da systemet blev fastlagt. Men billedet ser i dag noget anderledes ud, navnlig som følge af de rentefri varekreditter, som har en ganske anden økonomisk betydning i dag end for 40 år siden jfr. nærmere afsn 2.4.4. om apotekernes finansieringsforhold og bilag 4 om leverandørkreditter. I løbet af 1960-erne og indtil nu er varekreditten gradvist blevet udvidet, hvilket også har bevirket, at grossistmarginalen trods rationaliseringer i grossistleddet som omtalt nedenfor er noget højere end f.eks. i Sverige.

Af de tre anlægsposter frembyder *inventarkontoen* stort set kun de med al vurdering forbundne vanskeligheder, det vil først og fremmest sige problemer ved fastlæggelsen af et relevant værdigrundlag. Ganske vist anvendes primobeløb som udtryk for den gennemsnitlige i inventar investerede kapital, hvilket vil kunne medføre en regnskabsmæssig undervurdering af kapitalen, særlig i tilfælde af store nyanskaffelser i årets løb. Denne fejlkilde er dog formentlig af begrænset omfang, og i hvert fald i det førstnævnte tilfælde består den mulighed med apotekerfondens tilladelse at opføre større inventarkøb til forrentning allerede fra udgangen af det kvartal, hvori anskaffelsen har fundet sted.

Ved *varelager op gøreisen* foreligger ingen mulighed for korrektion af regnskabsopgørelsens primoværdi. Hertil kommer, at opgørelsesmetoden kan tilskynde apotekerne til inden for visse bl.a. af likviditetsmæssige hensyn bestemte grænser at holde et særlig stort varelager ved årsskiftet; herved øges det beregnede rentebeløb, der kan føres som udgift på regnskabsskemaet (»statuskøb«).

Sidstnævnte forhold modvirkes dog af, at apotekernes omsætning og lagerværdi øges gennem tiden; som nævnt er den samlede apoteksomsætning i de senere år steget med 10-13 %, og omsætningstallene udviser kun en svag sæsonsvingning. Så længe denne udvikling fortsætter, vil en primo-vurdering for så vidt systematisk undervurdere den af varelageret i gennemsnit over hele året repræsenterede værdi. På den anden side er varelageret ikke procentvis steget så meget som omsætningen; varelageret primo 1972 var således 9,8 % af bruttoomsætningen, i 1960 15,0 % og i 1940 23,9 %. Varelagerstigningen har i de senere år ikke udvist nogen klar stigningsprocent, bl.a. fordi det ved udgangen af det »skattefrie« år 1969 lå ca. 10 % under varelageret 1968.

For opgørelsen af varelageret ved årets slutning foreligger yderligere det problem, at vareforbrugsprocenten fra den detaljerede opgørelse og til 31. december er skønnet. Desuden kan den rentefri varekredit tilskynde til store indkøb ved årets slutning, de før nævnte »statuskøb«. Spørgsmålet om størrelsen af det med varelageret forbundne faktiske kapitalbehov behandles nedenfor i afsnittet om apotekernes finansiering.

Kontoen for *udestående fordringer* opgøres som gennemsnittet af nettotilgodehavendet ved hvert kvartals slutning og må således antages med god tilnærmelse at vise det faktiske med kreditsalg forbundne kapitalbehov. Det er dog anført, at beregningsmåden normalt vil undervurdere den faktiske investering, idet de største debitorer, sygekasser (nu sygesikring) og sygehuse, i almindelighed indbetaler skyldige beløb inden udgangen af den efter leveringsmåneden følgende måned. Det fremkomne gennemsnit skulle herefter nærmest kunne betragtes som gennemsnittet af investeringen i varedebitorer, når denne investering er mindst. Hertil må bemærkes, at apotekerne i nogen grad er herrer over de udestående fordringers udsving, idet ikke alle apotekere er lige præcise med at sende regninger til debitorerne. Rabatterne er betinget af, at der betales inden 30 dage. Efter 1. april 1973 skulle de udestående fordringer kunne formindskes noget, dels fordi de ny medicintilskudsregler bevirker, at patientandelen, som betales kontant, er større, dels fordi der ikke længere skal afregnes med enkelte små sygekasser, men med amtskommunerne, som må formodes at være mere punktlige betalere.

2°. *Afskrivning af inventar*

Den bogførte værdi af inventaret samt inventaranskaffelserne i årets løb afskrives med faste procentsatser, der i 1962 blev forhøjet fra 5 til 6. Siden 1. januar 1967 har afskrivningsprocenten været 8, dog således at nyanskaffet inventar afskrives med 20 % af anskaffelsessummen i det kalenderår, anskaffelsen har fundet sted. Den særlige 20 % afskrivning kan dog fordeles over 3 år (10 % og 2 X 5 %), hvis inventaranskaffelser ved nyetablering, ombygning og flytning har medført særligt store udgifter. Fra 1. januar 1971 suppleredes yderligere med en til de skattemæssige afskrivningsregler svarende regel om, at anskaffelser af inventargenstande med en anskaffelsessum på 1.200 kr. eller derunder kan udgiftsføres med fulde beløb over driften (konto 10) i anskaffelsesåret. I 1971 og 1972 udgjorde sådanne inventaranskaffelser henholdsvis 645.000 kr. og 758.000 kr.

Umiddelbart skulle det på apoteksregnskabet ligesom på skatteregnskabet som hovedregel være en fordel at kunne afskrive hurtigst muligt, idet hurtigere afskrivninger vil betyde mindre nettoafgifter.

Ganske vist vil sådanne hurtige afskrivninger betyde, at afgiften senere bliver højere, men det må naturligvis anses for en fordel at kunne disponere over likvide midler i den mellemliggende periode. Da der som oftest foretages løbende investeringer, vil en større eller mindre del af »lånet« kunne vare hele apotekerens funktionsperiode. Imidlertid holder parallellen til skatteregnskabet ikke fuldt ud på grund af de særlige forrentningsregler. De hurtigere afskrivninger betyder, at inventarsaldoen og hermed den beregnede forrentning bliver mindre, således at apotekeren kommer til at betale for at disponere over den sparede afgift. Yderligere regnskabsmæssig afskrivning på f.eks. 10.000 kr. betyder, at apotekeren vil kunne disponere over 4.000 kr. mere, nemlig 40 % af de 10.000 kr., som følge af den mindskede afgift. Men samtidig vil den mindre inventarkonto betyde, at den beregnede renteudgift falder, således at afgiften som følge heraf stiger. Er rentesatsen 13 %, vil den årlige afgift alt andet lige stige med 40 % af 13 % af 10.000 kr. = 520 kr. Apotekerne må altså betale 520 kr. om året for at kunne disponere over de 4.000 kr. Rentesatsen for »afskrivningsgevinsten« er med andre ord også 13 %. Hvis 13 % er en rimelig rentesats skulle spørgsmålet, om der anvendes en lidt højere eller lavere afskrivningssats ikke øve nogen nævneværdig indflydelse på apotekernes økonomi efter apoteksregnskabet.

I praksis kompliceres forholdet dog af en række faktorer. Hvis der sker en generel forbedring af afskrivningsvilkårene, har det hidtil haft den følge, at apotekernes gennemsnitlige indtjening formindskes, og at medicintaksten derfor forhøjes i det første år, hvor der anvendes en større afskrivningsprocent. En forøgelse af den nuværende afskrivningsprocent fra 8 til f.eks. 20, vil således i det første år udløse en takstforhøjelse på 6-7 mill. kr., hvis apotekernes regnskabsmæssige gennemsnitsudbytte ikke skal forringes. Hvis apotekerne ikke over medicintakstens tilsigtede gennemsnitsudbytte skal have øjeblikkelige fordele af bedre afskrivningsregler, må medicintaksten beregnes under forudsætning af uændrede afskrivningsregler.

En komplicerende faktor er det også, at der ikke ved indehaverskift svares afgift af de for meget afskrevne beløb. Særligt store afskrivninger kan således ikke med de nuværende regler betragtes som et lån. Det bør for øvrigt i den forbindelse bemærkes, at selv med de nuværende afskrivningsregler bliver inventaret som hovedregel afhændet til en pris, der i gennemsnit ligger ca. 10 % over den bogførte værdi. Sålænge der rent faktisk handles til en pris, der ligger lidt over bogført værdi, er det noget vanskeligt at argumentere for de gældende afskrivningsreglers utilstrækkelighed, selv om det er rigtigt, at sådant inventars almindelige handelsværdi ligger betydeligt lavere. Forbedring af afskrivningsregler i et så servicebetonet fag som apotekervæsenet må i øvrigt vurderes i sammenhæng med den risiko for fejlinvestering og tilskyndelse til »standardglidning«, som højere afskrivningssatser kan medføre. Afgiftsfritagelsen for fortjeneste ved afhændelse i forhold til den bogførte værdi forekommer i øvrigt ikke velmotiveret.

Hvis det offentlige ønsker at tilskynde apotekerne til inventarinvesteringer, ville det nok være mere hensigtsmæssigt at gøre ønskede inventaranskaffelser refusionsberettigede. Spørgsmålet om nødvendigheden af en særlig bonus er dog diskutabelt, idet der er tale om forbedringer på indehaverens personlige arbejdsplads. Den kombinerede virkning af indkomstskatter og nettoafgift indeholder i sig selv et kraftigt incitament til at foretage sådanne investeringer.

3°. *Indretning og vedligeholdelse*

Kontoen for *indretning* er en blanding af anlæg, forrentning og afskrivning, og de ikke afskrevne indretningsudgifter er som nævnt også i »Det grå hæfte« medtaget under apotekernes anlægskapital.

Indretningskontoen omfatter udgifter, der fremkommer ved oprettelse, flytning, ændring og ombygning af et apotek, og som ikke tilfører apotekets inventar eller apoteksejendommen forøget værdi.

I praksis opstår navnlig problemer om fordeling af bygningsudgifter mellem indretningskonto, inventarkonto og ejendomskonto i de tilfælde, hvor apotekeren ejer ejendommen. Hovedsynspunktet er, at udgifter til foranstaltninger, der medfører forøgelse af ejendommens værdi eller vedrører vedligeholdelse, henføres til ejendommens regnskab og derfor i princippet - jfr. dog nedenfor vedrørende husleje - er apoteksopgørelsen uvedkommende. I øvrigt kan en del forskellige udgifter ved nyoprettelse, flytning eller udvidelse af apotek henføres til indretningskontoen.

Der er adgang til fuld afskrivning af indretningsudgifter i det år, hvori de er afholdt. Pligtig mindste-afskrivning er 15 % af det oprindeligt afholdte beløb samt forrentningsbeløbet af indretningskontoen ved årets begyndelse. Renten er fondens rentesats. I 1972 udgjorde forrentningen af indretningskontoen 500.000 kr. Der blev afskrevet 4,5 mill. kr.

Den pligtige mindsteafskrivning eliminerer en indretningsudgift på ca. 7 år. I praksis sker afskrivningen som regel noget hurtigere.

Såfremt der er afskrevet beløb udover de pligtige, vil dette indgå i overvejelserne om eventuel ydelse af ekstraordinært tilskud til en apoteker, idet der ikke er adgang til 100 % afskrivning og samtidig fuldt ekstraordinært tilskud.

Af de opførte udgifter til indretning og vedligeholdelse refunderes 20 %, også selv om der er afskrevet mere end 15 %. Refusion af indretning og vedligeholdelse udgjorde i 1972 1,5 mill. kr.

På *vedligeholdelseskontoen* opføres udgifter til sædvanlig vedligeholdelse eller reparation af lokaler og inventar. Udgifter til fornyelse kan sædvanligvis ikke opføres på denne konto. Vedligeholdelsesudgifter vedrørende ejendomme, der ejes af apotekerne, er apoteksregnskabet uvedkommende. Udgifterne til vedligeholdelse var i 1972 3,1 mill. kr.

De særlige regler for afskrivning og refusion af indretningsudgifter har formentlig været medvirkende til, at den almindelige indretnings- og vedligeholdelsesstandard på de danske apoteker må anses for høj, navnlig når henses til de efterhånden noget ændrede apoteksfunktioner.

4.° *Husleje*

De på apoteksregnskabet opførte huslejeudgifter, i 1972 knap 19 mill. kr. eller 2,0 % af bruttoomsætningen, vedrører dels leje af apotekslokaler, dels leje af lokaler til apoteksudsalg, der drives for apotekets regning (A- og B-udsalg).

Af de ved begyndelsen af 1972 eksisterende 348 apoteker havde 193 til huse i ejendomme ejet af apotekeren, medens 155 boede i lejede lokaler.

Den udgift, der opføres som husleje på apoteksregnskabet er for så vidt angår *lejede lokaler* den faktisk betalte husleje i henhold til lejekontrakten. Lejekontrakter indgås under forbehold af apotekerfondens godkendelse.

I 1972 udgjorde huslejen i lejede lokaler godt 9,2 mill. kr. Huslejeudgifterne er fra 1965 til 1969 steget med godt 50 %> og fra 1969 til 1972 med ca. 40 °/o. Fra 1970 til 1971 steg lejen med godt 16 % og fra 1971 til 1972 med godt 8 °/o

Den opførte udgift til husleje i *ejendomme, der ejes af apotekeren,* er en beregnet størrelse.

Indtil 1966 beregnedes huslejen for apotekslokaler, som ejendomsværdi X fondens udlånsrente tillagt $1^1/_2$ °/o + skatter — lejeindtægter. For bygninger med apotek og bolig for apotekeren fordeltes resultatet i forholdet 3:1.

Efter 13. alm. vurdering i 1965 lod man stigningen i ejendomsværdierne fra 1960 til 1965 slå gradvis igennem i alle de tilfælde, hvor ejendommen ikke havde skiftet ejer. Beregningen blev knyttet til såvel ejendomsværdi (købesum) som apotekerfondens udlånsrente. Fra 1965 til 1969 steg huslejeudgifterne i de apotekerejede ejendomme fra 3,3 mill. kr. til 6,2 mill. kr. eller med ca. 90 %.

Efter 14. alm. vurdering i 1969 forlod man (fra og med 1970-regnskabet) princippet med at knytte huslejeberegningen til ejendomsværdien og fondens udlånsrente for de ejendomme, der ikke havde skiftet ejer; stigningerne i begge komponenter ville yderligere få disse huslejer til at fjerne sig fra lejeværdien af lokalerne og lejen i andre erhvervslejemål. Den almindelige lejestigning for erhvervslejemål i København skønnedes at være op mod 7,5 % årlig i perioden 1966 til 1974 i forhold til lejen i 1965. Fra og med 1970 har apotekerfondens huslejeberegning været 1969-lejen + en årlig stigning på 7,5 % + forholdsmæssig anpart af skattestigninger på ejendommen. Dette princip gælder indtil 1. januar 1974.

For nyerhvervede ejendomme er lejen almindeligvis ansat til købe- eller opførelsessum X fondens udlånsrente tillagt $1^1/_2$ °/o + skatter — lejeindtægter. Året efter er den almindelige 7,5 °/o stigning tillagt. Der har ikke ved ansættelsen af købesummen kunnet indregnes et eventuelt kurstab.

I 1972 udgjorde huslejen for apoteker, hvor apotekeren ejer ejendommen, godt 9,7 mill. kr. Den beregnede lejeværdi for disse lokaler steg som nævnt med ca. 90 % fra 1965 til 1969 og fra 1969 til 1972 har stigningen været ca. 40 °/o.

Det ses, at stigningerne for de apotekslokaler, der ligger i ejendomme, der ejes af apotekeren, siden 1965 har været væsentlig større end i lejede lokaler. Det må dog her tages i betragtning, at udgifter til ombygninger af lejede lokaler som regel afholdes af apotekeren, og at de på apoteksregnskabet udgiftføres over indretningskontoen. Ombygningsudgifter vedrørende lokaler i ejendomme, der ejes af apotekere, udløser lejeforøgelse med fondens udlånsrente tillagt $1^1/_2$ % af de udgifter, som kan henføres til ejendommens konto.

Ejendomsværdierne af de apotekerejede ejendomme steg fra 73 mill. kr. ved 13. alm. vurdering i 1965 til 103 mill. kr. ved 14. alm. vurdering i 1969, d.v.s. med 43 °/o for sammenlignelige ejendomme. Ved 15. alm. vurdering er de apotekerejede ejendomme vurderet til 145 mill. kr. Hvis der korrigeres for ikke sammenlignelige ejendomme, er stigningen ca. 28,5 %>. Ved både 14. og 15. vurdering er ejendommenes vurderingssummer steget mere end den gennemsnitlige stigning for andre erhvervsejendomme. Det ses også, at den procentvise stigning i huslejerne har været større end den procentvise stigning i vurderingssummerne.

Indtil 1969-1970 var det hovedreglen, at en nyudnævnt apoteker lånte midler i apotekerfonden til køb af forgængerens ejendom. Ejendommen var som regel ikke - eller kun i meget begrænset omfang – prioriteret. Den lette finansiering har utvivlsomt været medvirkende årsag til, at apoteksejendommene er blevet vurderet meget højt, idet en apoteker før sin fratræden var interesseret i højest mulige vurdering, medens det på den anden side for den tiltrædende apoteker ikke var særligt afgørende, om købssummen eventuelt var i overkanten. Dels kunne købesummen lånes i apotekerfonden, dels kunne han i løbet af kort tid opnå en indtægt til sig selv via de forannævnte huslejeberegningsmetoder. Siden 1970 har apotekerfonden kun i ganske enkelte tilfælde udlånt midler til køb eller opførelse af ejendomme. Normal prioritering og finansiering af apo-

teksejendomme kan måske medføre en bremsende virkning på vurderingssummerne.

Da apotekerfondens udlånsrente i hvert tilfælde i de sidste 6-8 år i gennemsnit har ligget nogenlunde på niveau med almindelig markedsrente - fra 1. maj 1974 er den 13 % p.a. - har den et indbygget inflationsdækningselement af betydelig størrelse. Til brug ved huslejeberegning opereres med et kapitalbegreb, der i vidt omfang er baseret på aktuelle og ikke historiske værdier[1]). Da huslejeudgifterne indgår som et almindeligt omkostningselement ved beregningen af medicintaksten, belaster inflationen i ejendomspriserne medicinpriserne to gange. Ikke blot dækkes ved køb og opførelse omkostningerne ved renter af lån og forrentning af eventuel indskudt egenkapital, men indtil 1969 har kapitalen løbende været a jourført i takt med stigningen i ejendomspriserne (som har været væsentlig stærkere end den almindelige inflation), og efter 1969 har den årlige a jourføring været 8-10 %>. I forhold til apotekernes indskudte egenkapital, der som hovedregel har været helt ubetydelig og risikofri, har ejernes gevinst hidtil været endog meget betydelig. For ganske enkelte kan gevinsten være blevet reduceret, såfremt den tiltrædende apoteker ikke har villet købe forgængerens ejendom, ofte på grund af prisforlangendets størrelse. Nedlægges et apotek, ydes erstatning af apotekerfonden til ejeren, såfremt ejendommen sælges under værdiansættelsen ved seneste ejendomsvurdering.

Det kan herefter *konkluderes,* at der i forbindelse med huslejeberegningen for godt halvdelen af landets apoteker har været tale dels om en voksende årlig indtjening, der ikke er anset for regnskabsmæssigt overskud, dels ved fratræden om betydelige konjunkturgevinster, som via efterfølgeren indregnes ved fastsættelsen af medicinpriserne.

I 1972 var gennemsnitshuslejen i apoteker i lejede lokaler ca. 60.000 kr., i apotekerejede ejendomme ca. 50.000 kr. Denne forskel skyldes bl.a., at størstedelen af apotekerne i hovedstadsområdet og en væsentlig del af de senest indrettede apoteker har til huse i lejede lokaler.

Det samlede antal kvadratmeter, som apotekerne optager kendes ikke nøjagtigt. Det er formentlig i størrelsesordenen ca. 130.000 m^2, svarende til 400 m^2 pr. apotek i gennemsnit. Dette kvadratmetertal må bedømmes som relativt stort, og det vil formentlig ikke være urealistisk at tilstræbe det nedbragt noget i takt med faldet i apotekernes egenproduktion.

I henhold til apotekerlovens § 50, stk. 2, ydes *refusion* med 30 % af særlig store udgifter til husleje. Huslejerefusion i medfør af denne bestemmelse udgjorde i 1972 584.000 kr., i 1971 534.000 kr. og i 1970 357.000 kr.

1) De beregninger af landbrugets arbejdsfortjeneste og lønningsevne, som foretages af landøkonomisk driftsbureau, regner med en rentebelastning på 7 % p.a. af den investerede kapital, d.v.s. et kapitalbegreb, der må siges at være historisk.

5°. *Brændsel, gas og elektricitet*

Disse udgifter opføres i overensstemmelse med de registrerede forbrug i henhold til foreliggende regninger (hvor apotekerbolig er i samme ejendom foretages fordeling, som regel i forholdet 85-15 %). De samlede udgifter på denne konto udgjorde 3,4 mill, kr. i 1972, svarende til 0,3 % af bruttoomsætningen.

6°. *Forsikring*

Denne konto omfatter udgifter til forsikring af apotekets inventar, varelager, regnskabsbilag, drift og personale. Udgift til andre forsikringer, f.eks. ophørende livsforsikringer tegnet som sikkerhedsstillelse for lån til apotekerfonden eller i pengeinstitutter, kan medtages, når der af apotekerfonden på forhånd er meddelt tilladelse hertil. De samlede forsikringsudgifter udgjorde i 1972 1,8 mill. kr., svarende til 0,2 % af bruttoomsætningen.

7°. *Lønninger*

På apoteksregnskabets lønningskonto opføres alle lønudgifter, herunder gratialer, tantieme, gaver og lignende samt værdien af eventuelle naturaludelser. Også udgifter til arbejdsgiverbidrag til arbejdsmarkedets tillægspension, dagpengefond m.v. opføres på lønningskontoen, medens udgifter til revision opføres på konto 10, andre driftsudgifter. Skyldige feriepenge er i et vist omfang opført på lønningskontoen. Ved ombygning eller flytning af apoteker kan heraf forårsagede merudgifter til lønninger med apotekerfondens godkendelse omposteres til indretningskontoen (hvor der gives 20 % refusion).

De på apoteksregnskaberne optagne lønningsudgifter beløb sig i 1972 til 213,4 mill. kr., svarende til 22,2 % af apotekernes bruttoomsætning. I forhold til 1971 steg lønningsudgifterne med 16,2 %. Den gennemsnitlige lønstigning pr. beskæftiget var herved lidt større end de tilsvarende lønstigninger inden for det øvrige arbejdsmarked. Antallet af ansatte på apotekerne steg med 1,2 % fra 1971 til 1972[1]).

I henhold til overenskomster mellem Danmarks Apotekerforening på den ene side og Dansk Farmaceutforening, Danske Apoteksassistenters Forening og Danske Apoteksdefektricers Forening på den anden side består ordninger med en central lønafregning over for disses medlemmer, og betaling af lønafgifter pr. beskæftiget på apotekerne. Den overenskomstmæssige løn til personale, der er omfattet af

1) Der henvises til afsnit 2.6., tabel 11.13.

disse ordninger, udredes herefter ikke direkte af de enkelte apoteker, men indirekte gennem særlige lønfonde eller lønkasser. Disse fonde og kasser er fælles for apotekerne, der månedlig indbetaler faste af apotekerforeningens bestyrelse fastsatte afgifter pr. beskæftiget til de respektive fonde. For deltidsbeskæftigede indbetales en til deltidsansættelsen svarende brøkdel af lønafgiften. Der er således for farmaceuter, apoteksassistenter og apoteksdefektricer ingen direkte forbindelse mellem et apoteks lønomkostninger (summen af lønafgiftsbeløb) og de ansattes lønindtægter (summen af lønanvisninger fra de centrale lønfonde).

Efter overenskomsten mellem Danmarks Apotekerforening og Dansk Farmaceutforening nedsættes den ugentlige arbejdstid for provisorer, der er fyldt 55 år og har mere end 20 års anciennitet, efter nærmere fastsatte regler, uden at der sker en tilsvarende lønnedgang for de pågældende. Til finansiering heraf indbetaler apotekerne et bestemt beløb pr. ansat provisor til en særlig fond, løntilskudsfonden, hvorfra der overføres et beløb svarende til den nævnte arbejdstidsforkortelse til den centrale lønreguleringsfond for farmaceuter.

De på apoteksregnskaberne opførte lønningsudgifter vedrører imidlertid ikke alene udgifter til løn til det apoteksansatte personale. Via det nævnte lønafgiftssystem og udredning af løn over de centrale lønkasser opkræves også afgifter til dækning **af** løn til farmaceuter på DAK-laboratoriet og apoteksassistentskolen og til ordningernes administration, d.v.s. lønninger til de i apotekerforeningens centrale lønadministration beskæftigede, til honorarer og til EDB-udgifter m.v.

En egentlig opstilling over de faktiske lønudgifter vedrørende det på apotekerne beskæftigede personale kan derfor kun foretages ved hjælp af Danmarks Apotekerforenings regnskaber for de centrale lønkasser suppleret med Dansk Farmaceutforenings regnskab vedrørende løntilskudsfonden, og udgifterne kan kun beregnes skønsmæssigt. Beregningen vanskeliggøres af, at de forskellige fonde og kasser i et vist omfang har forskellige regnskabsår.

I tabel II.4. er der ved hjælp af disse regnskaber (der omkring maj hvert år offentliggøres i Archiv for Pharmaci og Chemi) foretaget en sådan opstilling og beregning.

Idet de med *) mærkede udgifter i tabel 4 holdes udenfor, og idet lønnen til »andet personale« findes som lønudgiften ifølge apoteksregnskabernes post 7, for 1972 213,4 mill. kr. — indbetalte afgifter til de 4 kasser, i 1972 153,7 mill. kr., nås til den opstilling over lønninger på apotekerne, som fremgår af tabel II.5.

Som omtalt finansieres lønudgifterne vedrørende DAK-laboratoriet, assistentskolen og Danmarks Apo-

Tabel II. 4. Indtægter og **udgifter i Danmarks Apotekerforenings** lønkasser og **-fonde for 1972.**

Mill. kr.	Lønregulerings-fonden (farmaceuter)	Lønkassen for ap.assistenter	Lønkassen for ap.defektricer	Løntilskudsfonden (farmaceuter)	Samtlige lønkasser og -fonde
Indtægter					
Lønafgifter	62,6	42,5	39,0	2,6	146,7
Vagttilskudsafgift	7,0	–	–	–	7,0
Svangerskabsløner statning, renter m. v.	0,5	0,5	0,6	0,1	1,7
I alt	70,1	43,0	39,6	2,7	155,4
Udgifter					
Løn + løntilskud til apoteksansatte	55,7	37,2	36,2	2,7	131,8
Vagttilskud til farmaceuter	6,9	–	–	–	6,9
Syge-svangerskabsløn, ferieløn, efterløn, rejsevikarer m. v.	1,5	1,1	1,0	–	3,6
Løn- og pensionsbidrag DAK-farm. *)	3,1	–	–	–	3,1
Løn- og pensionsbidrag Ap.ass.skole *)	1,1	0,3	–	–	1,4
Afgiftsfritagelse for kurser m. v. *)	0,3	–	–	–	0,3
Bidrag til arbejdsløshedskasse	0,2	0,1	0,1	–	0,4
Bidrag til ap.ass. og ap.defek. pens.ks.	–	3,7	1,4	–	5,1
Administration *)	0,8	0,5	0,6	–	1,9
Bidrag til ap.undersøttelsesfond*)	0,3	–	–	–	0,3
Årets overskud *)	0,2	0,1	0,3	–	0,6
I alt	70,1	43,0	39,6	2,7	155,4

Tabel II.5. Apotekernes samlede beregnede lønudgifter fordelt på personalegrupper, 1972.

	Farmaceuter	Apoteksass.	Apoteksdefektr.	Andre	I alt
Lønudg. (mill. kr.)	67,0	42,1	38,7	59,7	207,5
Antal ansatte[1])	1072	1215	1465	2922	6674

1) Jfr. tabel II.13.

tekerforenings administration over forskellige konti på apoteksregnskaberne.

Disse lønudgifter kan på grundlag af apotekerforeningens regnskaber opstilles således:

1972	1.000 kr.
DAK-laboratoriet	5.312
Apoteksassistentskole	2.224
Danmarks Apotekerforenings administration m.v.	3.254
I alt	10.790

Heraf indgår i apotekernes lønkonto 6 mill. kr., medens de resterende 4,8 mill. kr. indgår i kontiene for apotekerforeningskontingenter, undervisning og varelageropgørelse.

Lønafgiftssatserne for farmaceuter, apoteksassistenter og apoteksdefektricer fastsættes som nævnt af apotekerforeningen. Afgifterne har i 1972 udgjort følgende beløb pr. ansat omregnet i fuldtidsstillinger.

Tabel II. 6. Lønafgiftssatser for farmaceuter, apoteksassistenter og apoteksdefektricer, 1972.

	1972 kr. pr. måned pr. 1/5	pr. 1/11	1972 i alt
Farmaceuter	7.400	7.800	88.520[1])
Apoteksassistenter	3.720	3.860	44.320
Apoteksdefektricer	3.020	3.140	35.880

1) Dette beløb svarer - bl.a. på grund af lønudgifter til ikke-apoteksansatte farmaceuter ikke til farmaceuternes gennemsnitsløn. Det kan til belysning heraf anføres, at månedslønnen for en heltidsansat farmaceut med 12 års anciennitet pr. 1/5 1972 udgjorde 63.100 kr. (excl. betaling for vagt m.v.).

Det ses, at lønudgiften pr. farmaceut er ca. dobbelt så stor som pr. assistent, og det fremgår, at den gradvise forsvinden af apoteksdefektricer - alt andet lige - vil bevirke stigende lønudgifter på apotekerne. Når lønprocenten, d.v.s. lønudgifternes andel af bruttoomsætningen alligevel har ligget ret konstant på omkring 21 i de sidste 20–30 år (dog nu med stigende tendens) skyldes det, at tilvæksten i personalet har fundet sted inden for de mindre omkostningskrævende personalegrupper, d.v.s. assistenter, defektricer og andre, medens antallet af farmaceuter regnet i fuldtidsbeskæftigede er stagnerende eller nærmest viser faldende tendens.

Over apotekerforeningens centrale lønadministration afregnes i øvrigt *al* løn til apotekspersonalet. Der er kun ganske enkelte apoteker (ca. 5), der ikke lader lønafregningen foregå centralt, men også disse medlemmer er pligtige til at indbetale lønafgiftsbeløb. For andre ansatte end farmaceuter, assistenter og defektricer indbetales den faktiske løn, de pågældende skal have udbetalt, ligesom personlige tillæg til alle personalegrupper indbetales med det faktiske beløb. Kildeskattetræk, feriepenge m.m. ordnes af lønadministrationen.

Det fremgår af foranstående, at det er kompliceret at gennemskue sammensætningen af lønningsudgifterne. Det centrale lønafregningssystem indebærer mange fordele for den enkelte apoteker og er dermed en rationaliserende faktor i systemet. Den nuværende opbygning af lønsystemet gør imidlertid dette uoverskueligt og åbner store muligheder for opsamling af kapital og afholdelse af udgifter, som det kan være vanskeligt for den enkelte apoteker at overse, og som endvidere uden godkendelse eller orientering af det offentlige inddækkes over medicinpriserne via lønafgifter eller via apotekerforenings kontingent, betaling af skolepenge, betaling for taksation m.v.

8°. *Vareforbrug*

Apotekernes varekøb omfatter dels varer, der modtages på apoteket i færdig forbrugerpakning, navnlig medicinske specialiteter, dels varer, der hjemkøbes i bulk og før salg pakkes på apoteket, samt endelig råvarer, som hjemkøbes med henblik på egentlig apoteksproduktion.

Vareforbruget i procent af bruttoomsætningen har i de senere år ligget ret konstant omkring 59 %. I 1972 udgjorde vareforbruget 564,4 mill. kr. eller 58,7 % af bruttoomsætningen. Vareforbrugsprocenten var i 1940 48,4, i 1950 56,4 og i 1960 58,8. Den stigende vareforbrugsprocent afspejler forskydningen i salget fra apoteksfremstillede lægemidler til salg af medicinske specialiteter.

Vareforbruget varierer stærkt fra produkt til produkt, men er gennemgående størst for medicinske specialiteter, hvor forbruget kan være 75 % eller mere af varens salgspris. Avancen for medicinske specialiteter er fastsat i medicintaksten § 9, stk. 5, jfr. foran afsnit 2.3.2. Avancen er således faldende - og vareforbrugsprocenten derfor stigende - for dyre medicinske specialiteter og for salg af store pakninger. Laveste vareforbrugsprocenter viser den egentlige apoteksproduktion (fremstilling til eget salg), hvor vareforbruget kan ligge helt nede på

nogle få procent. Ved bedømmelsen af et konkret apoteks vareforbrug, må det derfor vurderes, i hvilket omfang der forekommer egenproduktion og hvorledes salget er sammensat, f.eks. vil store leverancer til dyrlæger påvirke vareforbrugsprocenten i opadgående retning.

Vareforbruget er den dominerende post på apoteksregnskabet, og det er derfor af stor betydning, hvorledes forbruget opgøres. Udgiften beregnes efter varelagerets værdi ved årets begyndelse med tillæg af vareindkøb i årets løb og med fradrag af værdien af varelageret ved årets slutning der er den værdi, der fremkommer ved anvendelse af de på dette tidspunkt gældende priser og regler for varelageropgørelse.

Regler for varelageropgørelse er fastsat af sundhedsstyrelsen i cirkulære af 15. december 1967 med senere ændringer. I reglerne fastsættes, at detaljeret varelageropgørelse skal foretages en gang årligt samt ved en apotekers død, indehaverskifte, indsættelse af bestyrer og ved bestyrerskifte. Der er ikke regler om, hvem der skal foretage opgørelsen, men efterhånden lader de fleste apotekere den årlige varelageropgørelse foretage af de af apotekerforeningen ansatte taksatorer.

Der finder ikke nogen indberetning sted til sundhedsstyrelsen af detaljerne i varelageropgørelserne. Skønsmæssigt må lageret af specialiteter, mærkevarer og lignende antages at udgøre 45-50 % af varelagrene, medens apotekernes egne påfyldninger og tabletter i bulk udgør 25-30 %. Råvarer, andre galenika og emballage m.v. udgør 20-30 % af varelagrene.

Den - omend i langsommere tempo end før - fortsatte forskydning af lægemiddelforbruget i retning af forbrug af medicinske specialiteter og koncentreringen af apotekernes produktion vil - alt andet lige - medvirke til stigning i vareforbrugsprocenten.

9°. *Inkasso*

Regnskabsskemaets udgifter til inkasso udgjorde i 1972 259.000 kr., svarende til ¼ ‰ af bruttoomsætningen. At dette beløb er anført særskilt i regnskabet, skyldes den gældende refusionsordning for udgifter til inkasso og rabat, jfr. 11°.

10°. *Andre driftsudgifter*

Kontoen for andre driftsudgifter er opdelt på en lang række poster. For 1972 androg disse driftsudgifter ifølge det grå hæfte 31,6 mill. kr., eller 3,3 % af apotekernes bruttoomsætning. Udgifterne er sammensat som vist i tabel II.7.

Til posterne bemærkes:

Apotekerforeningskontingenter omfatter både kontingenter til hovedforeningen, der ifølge regnskabet for 1972 havde 12,2 mill. kr. i kontingentindtægter, og bidrag til lokale kredsforeninger med ca. 160.000 kr.

Tabel II. 7. Fordelingen af andre driftsudgifter, 348 apoteker, 1972.

	1.000 kr.	%
Apotekerforeningskontingenter incl. kredsforeningsbidrag	12.331	39,0
Generalforsamling – kredsmøder	117	0,4
Kørsel med egne befordringsmidler	2.165	6,8
Undervisning, kurser	2.429	7,7
Telefon, kontorhold m. v.	3.626	11,5
Vask m.v.	2.067	6,5
Opgørelse af varelager	1.300	4,1
Porto, der ikke refunderes (bl. a. budkørsel)	1.551	4,9
Traktement af personalet under arbejdet	1.063	3,4
Repræsentation	892	2,8
Revisorhonorar	1.912	6,0
Anskaffelse af inventargenstande til 1.200 kr. eller mindre	758	2,4
Øvrige driftsudgifter	1.450	4,5
Andre driftsudgifter, i alt	31.661	100,0

Vedrørende apotekerforeningens kontingenter henvises nærmere til afsnit 8.1.

Apotekerforeningskontingenterne udgør ca. *1[1]14* % af bruttoomsætningen og næsten 40 % af »andre driftsudgifter« på apoteksregnskabet.

Fra 1969 til 1970 steg apotekerforeningskontingentet med 62 % som følge af vedtagelse på foreningens generalforsamling; fra 1970 til 1971 steg kontingentet med 6 % og fra 1971 til 1972 med 12,8 %>.

Kontoen for *kørsel med egne befordringsmidler* opføres normalt efter statens regler for befordringsmidler, og i så fald kan særlig afskrivning og forrentning af varevogn ikke opføres. Det kan dog vælges for varevogne at føre særligt kørselsregnskab, således at der anføres forrentning, afskrivning og driftsudgifter efter de af skattevæsenet anerkendte regler.

Kontoen for *undervisning og kurser* består dels af udgifter til undervisning af elever, (jfr. indtægtskontoen på 1,6 mill. kr. på apoteksassistentskolen i Hillerød, Danmarks Apotekerforenings regnskab 1972, bilag 4), dels af udgifter ved faglige kurser her i landet for apotekere og personale.

Kontoen for *opgørelse af varelager* omfatter udgifter til de detaljerede varelageropgørelser, jfr. ovenfor under 8°. Som hovedregel forestås opgørelsen af en af de af apotekerforeningen ansatte taksatorer. Taksationshonoraret fastsættes af apotekerforeningen og indbetales hertil. Lønningsudgifterne ved taksationsarbejde ifølge apotekerforeningens regnskab udgjorde i 1972 777.000 kr. I taksationshonorarer indgik 734.000 kr., jfr. regnskabet. De

øvrige ca. 566.000 kr. er medgået til betaling af »optællere«, fortæring m.v. Gennemsnitsudgiften ved varelageropgørelser var således i 1972 ca. 3.700 kr. pr. apotek.

Repræsentation kan opføres maksimalt med 1.800 kr. + 1 °/oo af bruttoomsætningen, men langt fra alle udnytter dette beregningsgrundlag fuldt ud.

Traktement til personale under arbejde svarer til 152 kr. årligt pr. beskæftiget.

Revisorhonorarer svarer til ca. 5.500 kr. pr. apotek. En halv snes revisionsfirmaer har ca. 95 % af apotekerne som kunder.

11°. *Rabat*[1])

Rabatkontoen omfatter enhver reduktion af medicintakstens priser ved leverancer til de i apotekerlovens § 30, stk. 2, omhandlede personer og institutioner, jfr. medicintakstens § 13. Endvidere omfatter rabat prisreduktioner ved leverancer til håndkøbsudsalg, der ikke drives for apotekets regning. Reduktion af priser ved leverancer af ikke-lægemidler kan ikke medregnes som rabat, men salget medtages under omsætningen med nettobeløbet.

I 1972 blev der ydet rabat til i alt 30,6 mill. kr., svarende til 3,1 % af bruttoomsætningen.

Recepturrabatten for 1972 27,4 mill. kr., eller 3,7 °/o af den samlede recepturomsætning, er ydet dels til sygekasser og kommuner (indtil 1/4 1973 5 °/o af forbrugerprisen excl. moms af visse ved overenskomst nærmere aftalte udleveringer), til distribuerende læger og dyrlæger (10 °/o af regningsbeløb excl. moms) og til kommunale institutioner og sygehuse (10 % af regningsbeløb excl. moms forudsat årlig leverance på mindst 10.000 kr.).

Rabat på håndkøbsvarer var i 1972 3,3 mill. kr., eller 1,5 % af årets håndkøbsomsætning. Dette rabatbeløb er i det væsentligste den betaling, som ydes til de personer, der bestyrer håndkøbsudsalg.

Al rabatydelse er betinget af, at betaling finder sted månedsvis og senest 1 måned efter regningsmodtagelse.

Rabatudgifterne er meget ujævnt fordelt blandt landets apoteker.

Ifølge apotekerlovens § 50, stk. 1, yder apotekerfonden 30 % refusion af særlig store udgifter til rabat og inkasso. I 1972 udgjorde de samlede refusionsbeløb 320.000 kr., i 1970 506.000 kr.

2.4.3. Regnskabsmæssigt overskud

Det samlede apoteksoverskud udgjorde i 1972 ca. 59,4 mill. kr., eller 6,2 °/o af apotekernes bruttoomsætning. Heraf tilgik netto 13,5 mill. kr., eller 1,4% af bruttoomsætningen, apotekerfonden (som forskellen mellem opkrævede afgifter på 19,9 mill. kr. og ydede tilskud og refusion på 6,4 mill, kr.); resten, 45,9 mill. kr., svarende til 4,8 °/o af bruttoomsætningen, udgjorde apotekernes andel af overskuddet.

Apotekernes gennemsnitlige overskud var i 1972 133.000 kr. (beregnet efter 344 $^{11}/_{12}$ apoteker; det tilsigtede gennemsnitsudbytte var for 1972 131.600 kr.). Derudover er der af apotekerfonden udbetalt knap 1,2 mill. kr. som ekstraordinære tilskud i henhold til apotekerlovens § 51, stk. 3, til 52 apotekere, d.v.s. godt 22.000 kr. i gennemsnit til de modtagende apotekere, eller ca. 3.400 kr. i gennemsnit for samtlige apotekere[1]).

Selvom afgifts- og tilskudsordningen[2]) medfører en vis udligning af overskuddet apotekerne imellem, er disses udbytte af apoteksdriften dog højst ulige fordelt. Ser man bort fra de ekstraordinære tilskud og pensionsretten, viser regnskabsopgørelserne, at godt halvdelen af de 348 apotekere i 1972 havde årsoverskud mellem 80.000 kr. og 160.000 kr., medens 14 apotekere havde et overskud på mindre end 20.000 kr. og 32 apotekere et overskud på mere end 220.000 kr., jfr. i øvrigt tabellerne i afsnit 2.5.

Af de store forskelle i apotekernes eget overskud har nogle — ud over forskelligheder i omsætningens størrelse - relation til forhold af mere objektiv art. Det gælder således fordelingen på varearter, jfr. foran under 8° (størrelsen af leverancer til sygehuse og dyrlæger), og apotekets beliggenhed og indretning. Endelig er huslejernes størrelse af stor betydning. Men tilbage står en række forskelle, som kun vil kunne forklares ud fra mere subjektive forhold, her-

1) Der henvises endvidere til pkt. 2.3.2.

1) I vurderingen af disse beløb må endvidere indgå værdien af den pensionsret, som apotekerfonden nu afholder udgifter til, idet egetbidrag bortfaldt i 1971. I 1972/73 er af apotekerfonden udbetalt 8,7 mill. kr. i pension til afgåede apotekere, efterlevende ægtefæller og børn.

2) Der henvises til afsnit 2.5. om afgiftsystemet og de der angivne tabeller og figurer.

under den enkelte apotekers specielle forudsætninger for at lede apoteket.

Der kan videre være grund til at nævne, at det forhold, at lægemiddelpriserne skal være ens i hele landet bevirker, at den bruttoavance, som fastlægges ved takstfastsættelsen, må ligge så højt, at et apotek af gennemsnitlig størrelse, omsætningsfordeling, indretning og ledelse skal have dækket dets omkostninger. I 1972 var bruttoavancen (incl. nettoindbetaling til apotekerfonden og med rabat) 70,6 % af vareindkøbene. Bl.a. som følge af stordriftsfordele, stiger gennemsnitsomkostningerne imidlertid med noget mindre end 70 kr. for hver 100 kr.s stigning i vareindkøbet; store takstforhøjelser vil således medvirke til yderligere forskelle i apotekernes eget overskud.

Nedenstående tabel belyser forholdet mellem grænsen for nettotilskud/afgift, (jfr. apotekerlovens § 48; grænsen var indtil 1970 lønnen til en statstjenestemand i den daværende 26. lønklasse, fra 1970 lønnen i lønramme 35 + et specielt tillæg på 600 kr.) og antal apoteker med udbytte under denne grænse.

Der er betydelige forskelle mellem apotekernes overskud ifølge apoteksregnskaberne og de skattepligtige indkomster. For 1970 var gennemsnitsudbyttet ifølge apoteksregnskaberne ca. 98.000 kr. (tilstræbt gennemsnitsudbytte 107.600 kr.); incl. ekstraordinære tilskud var gennemsnitsudbyttet ca. 103.000 kr. Den gennemsnitlige skattepligtige indkomst (d.v.s. efter ligningsmæssige fradrag) pr. apoteker var i 1970 136.900 kr[1]). Heri er medregnet indtægter ved andre hverv, medhjælpende ægtefællers indtægter i det omfang, de ikke beskattes hos ægtefællen, og renter af formue m.m. Endvidere indgår indtægter fra apoteksdriften, der ikke registreres som overskud på apoteksregnskabet, herunder de nedenfor omtalte rentefrie varekreditter og de foran omtalte fordele ved huslejeberegningen. Det må herved erindres, at der på skatteregnskaberne kan afskrives væsentlig større beløb end på apoteksregnskaberne.

2.4.4. *Apotekernes finansieringsforhold*

2.4.4.1. Almindeligt

Ved apotekerloven af 1932 forudsattes det, at apotekerfonden kunne udlåne af sin formue til at finansiere nyudnævnte apotekeres overtagelse af apotek. Tidligere var den kontante betaling af det fra forgængeren overtagne inventar og varelager (og undertiden apoteksej endom) ofte finansieret af apotekets vareleverandører, som regel ved egentlige lån. Dette afhængighedsforhold ønskedes bragt til ophør.

Efter at afløsningen af de salgbare apotekprivilegier var afsluttet i 1940, begyndte fondens udlåns virksomhed, og i 1951 var

1) Kilde: Statistisk Tabelværk 1973: IV Indkomster og formuer ved slutligningen for 1970.

Tabel II. 8. Oversigt over antallet af apotekere, der er berettigede til nettotilskud.[1])

	Grænse for nettoafgift/ tilskud § 48 Kr.	Antal apotekere med udbytte[2]) under denne grænse	Heraf med udbytte[2]) 25 % lavere end § 48 grænsen	Heraf med udbytte[2]) 50 % lavere end § 48 grænsen	Antal apotekere der modtog ekstra ordinært tilskud
1962	39.184	47	15	3	2
1968	68.137	101	49	27	55
1969	69.734	77	41	18	46
1970	89.370	170	89	40	88
1971	96.750	153	63	33	63
1972	104.468	109	62	41	52

1) Kilde: De årlige undersøgelser over apotekernes driftsforhold („Det grå hæfte") og materiale i apotekerfonden.
2) Overskud efter modtagelse af tilskud eller ydelse af afgift, men excl. ekstraordinært tilskud.

252 af 346 apotekere helt eller delvis finansieret af apotekerfonden. Udlånene var 33,9 mill. kr. af fondens samlede formue på 62,7 mill. kr.

Ingen apoteker har været pligtig at låne hos apotekerfonden til overtagelse af apotek. I de sidste 10 år forud for den 1. april 1974, hvor fondens udlånsvirksomhed er standset, jfr. nedenfor, har ingen apoteksovertagelse imidlertid fundet sted uden, at apotekeren har fået lån i apotekerfonden.

Indtil 1969 var det almindeligt, at såvel overtagelse af varelager, inventar og finansiering af udestående fordringer som ejendomskøb, indretningsudgifter og løbende udvidelse af driftskapitalen blev finansieret ved fondslån.

Fra 1. april 1969 kom apotekerfonden (og andre fonde) imidlertid ind under finanslovens rammebevillingssystem, hvilket kom til at betyde en indskrænkning i fondens udlånsvirksomhed, der herefter i princippet kun omfattede nyudnævnte apotekeres lån til overtagelse af apoteket, jfr. apotekerlovens § 23. Dette medførte, at Danmarks Apotekerforening på indenrigsministeriets opfordring tog initiativ til etablering af supplerende finansieringsmuligheder. En kreditformidling (»kreditformidlingsafdeling A«) baseret på gensidige kautionserklæringer og med sikkerhedsstillelse fra foreningen blev etableret med Den danske Landmandsbank, og herigennem er indtil 1. januar 1974 formidlet lån til i alt ca. 12,6 mill. kr.[1]).

Efter 1. april 1969 betingede apotekerfonden sig, at der før ejendomslån fra fonden blev optaget størst mulige offentlige lån. I øvrigt blev lån til erhvervelse og opførelse af fast ejendom efterhånden sjældnere; i 1972 udvirkede apotekerforeningen, at apoteksassistenternes og apoteksdefektricernes pensionskasser kunne låne ud til disse formål. Pr. 1. januar 1974 er der formidlet lån på ca. 1,2 mill. kr. hertil[1]).

Ved finansloven for 1973/74 blev apotekerfondens udlånsbevilling nedskåret fra 21,4 til 11,4 mill. kr. som led i de almindelige sparebestræbelser. Herefter kunne fonden ikke længere finansiere apoteksovertagelser som hidtil, og resultatet blev, at fonden fra 1. april 1973 alene finansierede varelagerovertagelser og enkelte andre overtagelsesudgifter, medens apotekerforeningen udvidede sin kreditformidling med en såkaldt »B-ordning«, hvorigennem indtil 1. januar 1974 var formidlet lån til ca. 1,7 mill. kr.[1]); en del af de i 1973/74 udnævnte apotekere optog lån i lokale pengeinstitutter.

Ved finansloven for 1974/75 bortfaldt apotekerfondens bevilling til nye lån helt. Ved tekstanmærkning til finansloven blev der samtidig etableret en ordning, hvorefter staten (apotekerfonden) inden for en beløbsramme på 25 mill. kr. som selvskyldnerkautionist kan garantere for overtagelseslån samt lån til etablering af nye apoteker og apoteksdrevne udsalg.

Den reelle effekt af de omtalte ændringer på finansloven begrænser sig til en — helt forsvindende - påvirkning af penge- og kreditforholdene i samfundet, hvorimod ændringerne ikke kan siges at have haft nogen virkning for så vidt angår afholdelse af de udgiftdispositioner, der tidligere blev finansieret af apotekerfonden. Ændringerne har imidlertid betydet, at en vis styringsmekanisme med hensyn til apoteksindretning m.v. ikke længere er til rådighed for det offentlige.

2.4.4.2. *Betingelser for lån hos apotekerfonden*

Lånevilkårene er således:

Lån til	Årligt afdrag %
Varelager	0
Varevogn	20
Inventar, udestående fordringer m.v.	5
Ejendom	3—5
Ombygninger, der ikke forøger pantets værdi	15

1) Archiv for Pharmaci og Chemi, 1974 s. 383.

Lånene forrentes fra 1. maj 1974 med 13 % p.a.

Lånene sikres ved pant i løsøre og/eller fast ejendom. Lån til udestående fordringer kan ikke pantsikres, hvorfor der stilles krav om supplerende sikkerhed i form af livsforsikringspolicer, pantebreve i fast ejendom eller obligationer.

Alle lån forfalder til betaling, når debitor fratræder apoteket, uanset årsagen. Til gengæld skal efterfølgeren eller apotekerfonden købe inventar og varelager mod kontant betaling.

Ved en overtagelse af et gennemsnitsapotek var kapitalbehovet (excl. ejendom) i 1972 ca. 800.000 kr.

2.4.4.3. *Fondsudlånenes andel af anlægs- og driftskapitalen*

Pr. 1. januar 1972 var apotekernes anlægskapital[1]) bortset fra fast ejendom, jfr. »Det grå hæfte« 1972 opgjort således:

	I 1.000 kr.	I % af bruttoomsætningen
Inventar	49.246	5,1
Indretningsudgifter (ultimo 1972)	6.116	0,6
Varelager	94.046	9,8
Udestående fordringer (årets gennemsnit	74.200	*7,7*
I alt	223.608[2])	23,2

2) Tallet er i »Det grå hæfte«, side 16 fejlagtigt opgivet til 228.608.000 kr.

Af den samlede anlægskapital på 224 mill. kr. var 110 mill. kr. eller ca. 49 % finansieret ved lån fra apotekerfonden.

Ejendomslånene var pr. 1. november 1971 45,4 mill. kr., pr. 1. november 1973 40,7 mill. kr. Ejendomme ejede af apotekerne var ved 14. alm. vurdering i 1969 vurderet til 110 mill. kr., ved 15. alm. vurdering 145 mill. kr. (der er ikke taget hensyn til årsomvurderinger). I 1969 var ejendomslånene ca. 40 % af vurderingssummerne, i 1973 28 %.

Ved udløbet af finansåret 1972/73 udgjorde fondens udlån 175,8 mill. kr., fordelt med 133,9 mill. kr. i løsørelån, heraf varelagerlån 61,3 mill. kr., og 41,9 mill, kr. i ejendomslån. Varelagerlånenes andel af varelageret belyses af nedenstående oversigt:

Tabel II. 9. Varelagerlånenes andel af varelager **ved** årets slutning, 1965-73[1]).

	Varelagerlån Vii mill. kr.	Varelager 31/12	Lån i % af varelager
1973	60,6	101,5	57,6
1972	53,7	102,4	52,4
1971	50,5	94,0	53,7
1970	48,7	89,6	54,4
1969	46,6	76,4	61,0
1968	43,4	83,5	52,0
1967	42,0	73,4	55,8
1966	38,5	68,2	56,4
1965	35,3	60,9	57,9

1) Kilde: „Det grå hæfte" samt materiale i apotekerfonden.

2.4.4.4. *Andre finansieringsformer*

Som nævnt har apotekerforeningen indtil 1. januar 1974 formidlet i alt ca. 15,5 mill, kr. i udlån.

Efterhånden er de fleste apoteksejendomme i et vist omfang belånt enten ved realkreditforeningslån eller sparekasselån. De samlede tal kendes ikke. Endvidere er der i et vist omfang kassekreditter, fastere bank- eller sparekasselån eller private lån. Endelig er en del af apotekernes drifts- og anlægskapital finansieret ved egenkapital. Som tidligere omtalt påvirkes det for apoteksdriften opgjorte overskud imidlertid ikke af, om finansieringen er sket ved fremmed- eller egenkapital.

I det omfang anlægskapitalen er finansieret af apotekerfondslån, er der fuld overensstemmelse mellem de faktiske renteudgifter (til fonden) og beregnede renteudgifter på regnskabsskemaets post vedrørende udgifter til forrentning af anlægskapital. Samme overensstemmelse består for andre

1) Der henvises til noten foran side 26.

former for fremmed kapital, forudsat rentesatserne svarer til fondens satser.

Af nok så stor betydning for finansieringen som de i dette afsnit nævnte finansieringsformer er imidlertid de *rentefri varekreditter*. Apotekerfondens udlånsvirksomhed, som oprindelig bl.a. var begrundet i ønsket om at mindske apotekernes afhængighed af leverandørerne, har ikke standset leverandørernes kreditydelse, der er et af de få konkurrencemidler, som disse råder over.

Som der nærmere er redegjort for i bilag 4 har apotekernes rentefrie varekreditter hos leverandørerne (grossisterne) en gennemsnitlig varighed af 3 måneder.

Ifølge »Det grå hæfte« for 1972 udgjorde varelageret pr. 31. december 1971 9,8 %, eller godt 94 mill. kr., af årets samlede bruttoomsætning på 962 mill. kr. Pr. 31. december 1972 var varelageret godt 102 mill. kr.

Indkøbsværdien af salget i 1972 udgjorde 564 mill. kr., svarende til 58,7% af bruttoomsætningen. Lageret er herefter omsat gennemsnitligt 5,6 gange i løbet af året, svarende til en gennemsnitlig lageromsætningshastighed på 65 dage og svarende til, at det samlede varelager i gennemsnit kan finansieres ved ca. 5 ugers omsætning.

Forudsat en varekredit på 3 måneder og et jævnt forløbende indkøb udgør den af vareleverandørerne ydede rentefri kredit en fjerdedel af årskøbet, eller i alt 140 mill. kr.[1])

Disse 140 mill. kr. er at ligne med indskud af rentefri fremmedkapital. Dette, at disse kreditter er rentefri, afspejler sig umiddelbart kun i det faktiske overskud ved apoteksdriften, men *ikke* i det regnskabesmæssigt opgjorte overskud, der som nævnt bygger på beregnede udgifter til kapitalforrentning. Hertil kommer, at varekreditterne betyder en lettelse af finansieringen af apoteksdriften. De 140 mill. kr. kan ikke alene finansiere varelageret på ca. 100 mill. kr., men kan også bidrage til finansieringen i øvrigt, og muliggør i princippet apoteksdrift med negativ egenkapital, navnlig da varelageret ofte vil kunne være finansieret på anden måde, f.eks. gennem apotekerfonden. Der er nemlig ikke nogen sammenhæng mellem ydelse af leverandørkredit og opnåelse af varelagerlån (indtil 1. april 1974 fra apotekerfonden, nu i pengeinstitutter mod statsgaranti). Fonden har i overtagelsessituationer altid ydet fuldt lån til det overtagne varelager, og fonden har aldrig helt nøjagtigt haft kendskab til størrelsen af de rentefri varekreditter, som også navnlig tidligere har været noget forskellig fra apotek til apotek.

Pr. 31. december 1972 var skyldige beløb til vareleverandører på status til apotekerfonden for 263 apoteker opført til 97,6 mill. kr.[1]). Omregnet til de da eksisterende 342 apoteker giver det ca. 127 mill, kr., d.v.s. ca. 25 mill. kr. mere end det faktiske varelager.

På grundlag heraf kan følgende stærkt forenklede status, hvori bl.a. likvide beholdninger, fast ejendom og andre lån ikke indgår, tegnes pr. 31. december 1972:

mill. kr.

Aktivværdier (varelager, udestående fordringer, indretning og inventar) . .	233
Passiver:	
Lån apotekerfonden	116
Varekreditorer	127
Egenkapital	÷10

Den opstillede status er så usikker og så forenklet, at det er umuligt at afgøre, om egenkapitalen er positiv eller negativ. Men under alle omstændigheder er egenkapitalen meget lille i forhold til aktivværdierne.

2.5. Afgiftssystemet

2.5.1. Historie og udvikling

Privilegiesystemet med den indbyggede eneret og

1) I »Beretning om distribution af medicinske specialiteter« afgivet af Arbejdsudvalget vedrørende medicindistribution august 1973 opgøres varedebitorposten for samtlige lægemiddelgrossister til knap 140 mill. kr.

1) Det fremgår ikke klart af dette materiale, i hvilket omfang moms er indregnet i beløbet.

forpligtelse til at forhandle lægemidler til priser, der er fastsat eller kontrolleret af det offentlige og er ens i hele landet, og systemet med afgifter og tilskud til at udligne forskelligheder i apotekernes indtægter betragtes i dag som led i et integreret system. Der gik imidlertid ca. 350 år fra den første kgl. apotekerbevilling blev givet, til det første tilløb til et afgiftssystem med udligningsmuligheder så dagens lys.

Efter 1842 blev der ikke længere oprettet reelle apoteksprivilegier, d.v.s. privilegier, der kunne gå i arv og sælges. De apoteker, der blev oprettet efter den kgl. resolution af 23. december 1842, som nærmere er omtalt i afsnit **2.1.1,** blev personelle, d.v.s. bevillingen til et konkret apotek blev givet til en bestemt person for hans levetid.

Som tidligere nævnt blev afløsning af de salgbare apoteksprivilegier med jævne mellemrum taget op til debat. Opsamling af en formue, der kunne danne grundlag for en afløsning af de salgbare apoteker var et væsentligt motiv til de love af 1894 og 1895, som dels pålagde personelle apotekere at udrede en årlig afgift efter nettoindtægtens størrelse, dels oprettede en apotekerfond, hvori afgifterne indgik. Først ved 1932-loven blev afløsningen bestemt. Denne gennemførtes ved hjælp af fondens formue, som i 1932 var på 7 mill. kr. Afløsningen, der medførte udbetaling af et samlet erstatningsbeløb på 26,4 **mill.** kr. var afsluttet i 1940.

De afgifter, der indbetaltes til apotekerfonden i medfør af 1894-loven, blev ikke anvendt til udligning, men opsparet. Først ved apotekerloven af 1913 blev der givet bestemmelser om subvention i form af tilskud fra apotekerfonden til landapotekere med personligt privilegium, hvis apotek gav dem en årlig nettoindtægt under 3.000 kr. Det blev pålagt den kommune, hvori subventionsapoteket lå, at refundere $^{1}/_{k}$ af det ydede tilskud.

Både subventionsbestemmelsen og bestemmelsen om afgift af nettoindtægten blev videreført i 1932-loven. Afgiftssystemet blev udbygget med en omsætningsafgift, der søgte sin begrundelse i den opfattelse, at afgiftens størrelse ikke alene burde afhænge af det driftsresultat, som den enkelte apoteker faktisk præsterer (nettoafgiften), men også af de indtjeningsmuligheder, som en apoteker af gennemsnitlig dygtighed kunne opnå på det pågældende apotek. Som mål herfor valgtes omsætningens størrelse.

De tidligere salgbare apoteker blev i forbindelse med afløsningen pålagt en amortisationsydelse, d.v.s. en årlig ydelse af erstatningssummen i et tidsrum (amortisationstiden), der i hvert enkelt tilfælde blev fastsat af indenrigsministeriet. Disse apoteker blev til gengæld fritaget for omsætningsafgift.

1932-lovens afgiftsbestemmelser og -grænser blev ændret adskillige gange i 1930-erne og 40-erne, fordi det kort tid efter enhver ændring viste sig, at de forudsætninger og forventninger, man havde opstillet, ikke holdt stik. Navnlig fik apotekerne i de større provinsbyer en indtægt, der var betydeligt større, end man ved lovens udfærdigelse havde forudsat.

Apotekerlovkommissionen af 1947 stilede mod en afgiftsordning, der kunne øge apotekernes interesse i rationel apoteksdrift og afhjælpe konstaterede mangler ved det hidtidige system.

Indtjeningsmulighederne for apotekerne under ét kan generelt reguleres gennem medicintaksten, men de enkelte apotekeres økonomiske forhold er så uensartede, at der opstår meget stor spredning omkring det tilsigtede indtægtsniveau. Dette er bl.a. en følge af, at der af hensyn til befolkningens adgang til medicinforsyning må opretholdes apoteker, hvis beliggenhed og kundekreds medfører mindre tilfredsstillende økonomiske vilkår.

Et kommissionsflertal mente, at formålet med apotekerafgiften måtte være at inddrage den særlige værdi (»privilegieværdien«), der er knyttet til driften af visse apoteker som følge af, at der ikke indenfor apotekervæsenet er fri næring og fri prisdannelse, således at apotekerne opnår særlige indtjeningsmuligheder, som ikke findes i erhverv, hvor der er fri konkurrence og fri adgang til etablering. Kommissionsflertallet fandt, at et apoteks afkastningsevne ikke altid stod i samme forhold til omsætningen, navnlig fordi der til præstering af en omsætning af en bestemt størrelse ofte medgår forskellige omkostninger på områder, som den enkelte apoteker havde ringe eller ingen indflydelse på. Omsætningsafgiften led derfor efter flertallets opfattelse af den fejl, at den ikke var afpasset efter de enkelte apotekers afkastningsevne. Følgelig anså flertallet, at »den faste afgift« (omsætningsafgiften og for de tidligere salgbare apoteker amortisationsydelsen) udgjorde for ringe en del af den privilegieværdi, der skulle inddrages. Den heraf nødvendiggjorte forøgelse af nettoafgiften havde medført, at den samlede afgift i for høj grad var fordelt på apotekerne i forhold til faktisk fortjeneste og ikke i forhold til afkastningsevne, og at fordelingen af apotekerindtægterne i for ringe grad skete i forhold til dygtighed.

Fra 1. januar 1957 indførtes herefter følgende former for afgift, tilskud, refusion m.v.:

a. En fast grundafgift beregnet til 5 % af det beløb, hvormed et apoteks gennemsnitlige nettoomsætning i 1948-50 har oversteget 150.000 kr. De tidligere salgbare apoteker svarer en amortisationsydelse, men overgår efterhånden til grundafgift (den sidste amortisationsydelse udløber i 1976).
b. Omsætningsafgift på 4 % på grundlag af apotekets bruttoomsætning med visse fradrag.
c. Progressiv nettoafgift af overskuddet med tillæg af udgifter til indretning og vedligeholdelse samt omsætningstilskud og huslejetilskud og efter fradrag af grundafgift eller amortisationsydelse samt

omsætningsafgift.
Højeste sats for progressionen var 50 %.

d. Omsætningstilskud til apoteker, hvis nettoomsætning var mindre end halvdelen af samtlige apotekers gennemsnitlige nettoomsætning i foregående kalenderår. Tilskuddet, hvorover der blev sat et loft, beregnedes til 10 % af det beløb, som apotekets nettoomsætning er mindre end halvdelen af gennemsnitsomsætningen. Den kommunale deltagelse i subventionen bortfaldt.
e. Huslejetilskud med halvdelen af merudgiften, såfremt et apoteks husleje udgjorde en højere procent af apotekets nettoomsætning end gennemsnitsprocenten for samtlige apoteker.
f. Refusion af halvdelen af udgifter til vedligeholdelse af indretning.
g. Afgiftslempelse eller tilskud for et år ad gangen, når særlige forhold på apoteket talte herfor (ekstraordinært tilskud).

Hovedsigtet med denne afgiftsordning var således at opnå en mindre spredning af apotekernes udbytter og at øge apotekernes økonomiske interesse i rationel apoteksdrift og forbedring af indretnings- og vedligeholdelsesstatus. Efter de beregninger, som blev opstillet over virkningerne af forslaget, skulle der kunne opnås en betydelig økonomisk forbedring for de små apoteker og en tilsvarende reduktion af udbytterne for de store apoteker. En tanke om en konjunkturregulator af det faste fradrag før beregning af omsætningsafgiften blev ikke gennemført.

Denne afgiftsordning bevirkede, at apotekerfondens indtægter voksede ganske betydeligt, og at apotekerfondens overskud var af betragtelig størrelse, således i 1960/61 over 9 mill. kr.

2.5.2. *Gældende regler*

Den i 1957 gennemførte afgiftsordning viste sig imidlertid ret hurtigt at måtte revideres. Forventningen om en mindre spredning i apoteksudbytterne blev ikke opfyldt og apotekerfondens indtægter oversteg, hvad der fandtes nødvendigt for at dække de udgifter, som fonden skulle afholde. Det blev anset for ønskeligt at anvende en del af indtægterne til at nedbringe medicinpriserne eller til at kompensere forventede prisstigninger som følge af forøgede driftsudgifter på apotekerne. Udviklingen viste også, at en afgiftsordning, der byggede på faste tal ansat efter omsætningsforhold og lønniveau i 1949, hurtigt blev forældet.

Ved lov af 16. maj 1962 gennemførtes en revision af afgiftsordningen. Hovedpunkterne i den ny ordning var, at progressionen, der havde hvilet på nettoafgiften, blev overført til omsætningsafgiften, medens nettoafgiften blev proportional og fastsat til 40 % af det beløb, hvormed overskud oversteg en »nettoafgiftsgrænse«. Som noget nyt blev der indført nettotilskud, der skulle ydes uanset omsætningens størrelse og udgøre 40 % af forskellen mellem nettoafgiftsgrænsen og overskuddet. Det gældende afgiftssystem består herefter af følgende:

a. Grundafgift (§ 46) Afgiften betales af ca. 85 % af apotekerne med et fast årligt beløb, der varierer fra 200 kr. til ca. 30.000 kr. Der er nu kun ganske få amortisationsydelser tilbage.
b. Omsætningsafgift (§ 47) - efter fradrag af salg til andre apoteker og salg af lægemidler med særlig lav avance - baserer sig på samtlige apotekers gennemsnitlige nettoomsætning. Apoteker, hvis nettoomsætning overstiger den gennemsnitlige nettoomsætning på samtlige apoteker, betaler omsætningsafgift på 3 % af beløb indtil halvdelen af samtlige apotekers gennemsnitlige nettoomsætning. Af beløb derudover betales 9 %.
c. Nettoafgift (§ 48) betales med 40 % af det beløb, hvormed et apoteks overskud - med fradrag af grundafgift eller amortisationsydelse og med fradrag af omsætningsafgift eller tillæg af omsætningstilskud - overstiger slutlønnen i statens lønramme 35 incl. generelt tillæg og med et særligt tillæg på 600 kr. Ved valget af afgiftsprocentsatsen, 40, af det beregnede overskud, ønskedes alle apoteker gjort 60 % interesseret i bedst muligt driftsresultat, samtidig med, at procenten anses for tilstrækkelig høj til at virke udjævnende på de store forskelle, der var fremkommet i apotekernes udbytter. Lønrammen er fastsat under hensyn til niveauet for den gennemsnitlige slutløn — incl. gennemsnitlige tillæg —

for en apoteksansat farmaceut.

d. Omsætningstilskud (§ 47) til apoteker, hvis nettoomsætning er mindre end samtlige apotekers gennemsnitlige nettoomsætning, ydes med 3 % af forskelsbeløbet.

e. Nettotilskud (§ 48) ydes til apoteker, hvis overskud med de under pkt. c nævnte fradrag og tillæg er mindre end lønnen i lønramme 35 plus særligt tillæg på 600 kr. i grundbeløb, med 40 % af forskelsbeløbet.

f. Refusion af udgifter til indretning og vedligeholdelsesudgifter (§ 49) ydes med 20 %. Herved tilsigtedes yderligere stimulans til forbedring af indretning og vedligeholdelse.

g. Udgifter til rabat og inkasso (§ 50, stk. 1) indgår ikke i omsætningsberegningen, og kun apoteker med særligt store udgifter hertil kan få særskilt refusion heraf. Der ydes refusion med 30 % af forskelsbeløbet, hvis et apoteks udgifter til rabat og inkasso har udgjort en højere samlet procent af apotekets nettoomsætning end gennemsnitsprocenten for samtlige apoteker forhøjet med halvdelen.

h. Huslejerefusion (§ 51, stk. 2) ydes med 30 % af forskelsbeløbet til apoteker, hvis udgift til husleje udgør en højere procent af apotekets nettoomsætning end gennemsnitsprocenten for samtlige apoteker forhøjet med halvdelen.

i. Afgiftslempelse eller tilskud, ekstraordinære tilskud (§ 51, stk. 3) kan ydes for et år ad gangen. Apotekerloven indeholder ingen regler om, hvordan disse tilskud skal beregnes. I de senere år har der været fulgt den praksis, at der på grundlag af ansøgninger fra de enkelte apoteker ydes ekstraordinært tilskud med 40 % af forskellen mellem udbyttet i et år og det for dette år tilstræbte gennemsnitsudbytte, dog med den begrænsning, at tilskudet ikke kan blive større end at det samlede udbytte bringes op på et beløb, der fastsættes hvert år, oprindelig nogenlunde svarende til lønnen i statens tidligere 25. lønklasse. Ved indstilling om ekstraordinært tilskud korrigeres for foretagne afskrivninger udover de pligtige og for høje lønudgifter og eventuelt andre særlige beløb.

2.5.3. *Talmæssige oplysninger. Spredning i omsætning og overskud. Apotekerfondens økonomi*

Ved det i 1962 gennemførte afgiftssystem tilsigtedes en udligning mellem apotekernes indtægter samtidig med en bevarelse af de enkelte apotekeres interesse i god og rationel drift, og i lovbemærkningerne antydedes, at der ved dette afgiftssystem kunne tages hensyn til apotekerfondens indtægtsniveau, jfr. citat fra lovbemærkningerne: ». . . i højere grad end nu vil blive muligt at foretage ændringer i medicintaksten under hensyntagen til såvel apotekernes som apotekerfondens indtægtsniveau, uden at der samtidig sker forskydning af forholdet mellem de forskellige apoteksudbytter«.

Nedenstående tabeller og figurer belyser udviklingen siden 1962.

Det bemærkes, at lovgivning om avancebegrænsninger m.v. medførte, at det tilstræbte gennemsnitsudbytte blev begrænset i 1968-69, og at 1969 var det såkaldte skattefrie år.

Størrelsen af de til apotekerfonden indbetalte afgifter, de udbetalte tilskud og refusioner fra fonden og de ekstraordinære tilskud, der ydes over en særlig finanslovkonto (§ 13.30.62.01., hvorover iøvrigt også erstatning for nedlagte apoteker ydes) fremgår af tabel 11.11.

Det antal apotekere, som betaler afgift, modtager ordinære tilskud, samt modtager ekstraordinære tilskud, fremgår af tabel 11.12.

Omsætningsfordeling og fordeling af apotekernes udbytte - excl. ekstraordinære tilskud - i 1962 og 1972 fremgår af figur II.l og II.2.

Tabel II. 10. Apotekernes bruttoomsætning og apotekerlovens »grænsebeløb«.[1])

	Antal apoteker ved årets begyndelse	Brutto-omsætning	Gennemsnitlig brutto-omsætn. pr. apotek	Tilstræbt gennemsnitsudbytte	Faktisk gennemsnitsudbytte[2])	Grænse for netto-afg./tilskud[3])	Grænse for ekstraordinært tilskud
		Mill. kr.	1.000 kr.	Kr. pr. ap.	Kr. pr. ap.	Kr.	Kr.
1962	352	308.0	875	53.000	61.600	39.184	–
1968	353	616.7	1.756	86.341	92.200	68.137	60.000
1969	353	686.5	1.949	91.293	106.700	69.734	62.000
1970	352	747.0	2.130	107.570	97.600	89.370	78.000
1971	349	844.0	2.423	122.000	112.800	96.750	84.000
1972	348	962.0	2.789	131.600	131.900	104.468	91.000

1) Kilde: „Det grå hæfte" og materiale i apotekerfonden. Beløb excl. moms.
2) Excl. ekstraordinære tilskud
3) Apotekerlovens § 48

Tabel II. 11. Apotekerlovens afgifter, tilskud og refusioner.[1])

1000 kr.	Gr. afg. + am. yd.	Omsæt. afg.	Omsæt. tilsk.	Netto-afgift	Netto-tilskud	Refusion [2])	Netto-indt. f. apotekerfonden	Ekstraord. tilskud
1962	2.975	2.406		5.223		1.072	9.532	11
1968	2.981	6.693	2.726	6.550	1.772	1.448	10.278	789
1969	2.953	7.752	2.919	9.322	1.634	1.578	13.896	851
1970	2.978	7.979	3.285	4.966	4.165	1.821	6.652	1.800
1971	2.984	9.961	3.259	6.189	3.713	1.945	10.217	1.500
1972	2.977	11.563	3.575	5.362	413	2.423	13.491	1.165

1) Kilde: „Det grå hæfte" og materiale i apotekerfonden
2) Refusion af udgifter til indretning og vedligeholdelse § 49, huslejetilskud, § 50, stk. 2, og tilskud til udgifter til rabat og inkasso, § 51, stk. 1.

Tabel II. 12. Antal apoteker, der betaler/modtager afgift/tilskud.

	Grund-afgift	Omsætnings-afgift	Omsætnings-tilskud	Netto-afgift	Netto-tilskud	Ekstraordinært tilskud
1968	306	175	177	245	108	55
1969	304	174	179	268	85	46
1970	303	169	181	168	184	88
1971	302	178	169	195	155	63
1972	306	178	170	214	134	52

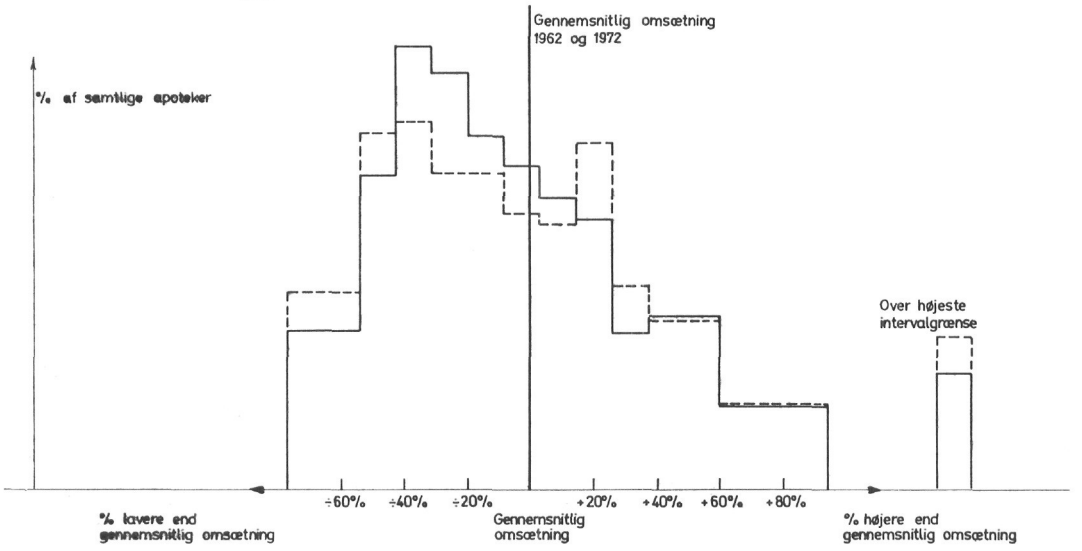
I figur II.1. er vist omsætningsfordelingen i 1962 og 1972. De oprindelige oplysninger vedrørende 1972 er omgrupperet og omregnet, således at omsætningsfordelingen lettere kan sammenlignes med det grå hæftes tal for 1962, der danner basis for intervalinddelingen i figuren.

Det fremgår af figuren, at spredningen i omsætningen er blevet lidt mindre i løbet af de 10 år. Dette hænger naturligvis i nogen grad sammen med det forhold, at det begrænsede antal nedlæggelser først og fremmest har omfattet de mindre apoteker.

Figur II.2. er tegnet efter samme prin-

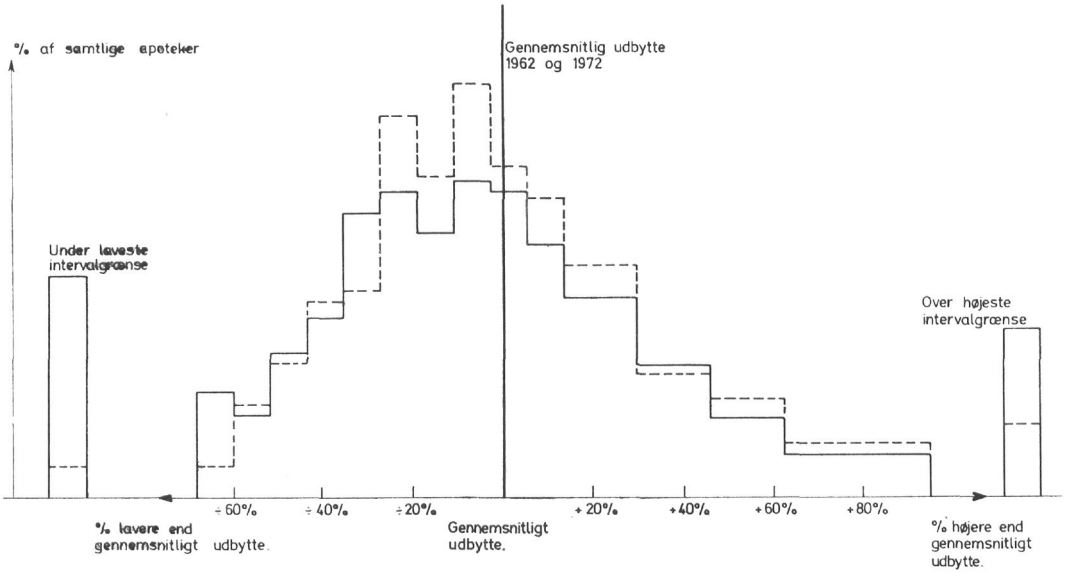
Figur II.1. Omsætningsfordeling 1962 og 1972. 1962: 1972:

= 1% af samtlige



Figur II.2. Udbyttefordeling 1962 og 1972. 1962: 1972:

= 1% af samtlige.



cipper som figur II. 1. Af figuren fremgår, at der på trods af reduktionen af omsætningsspredningen er sket en vis øgning af spredningen i udbytterne, d.v.s. det samlede overskud ÷ afgift + refusioner og tilskud (dog excl. ekstraordinære tilskud).

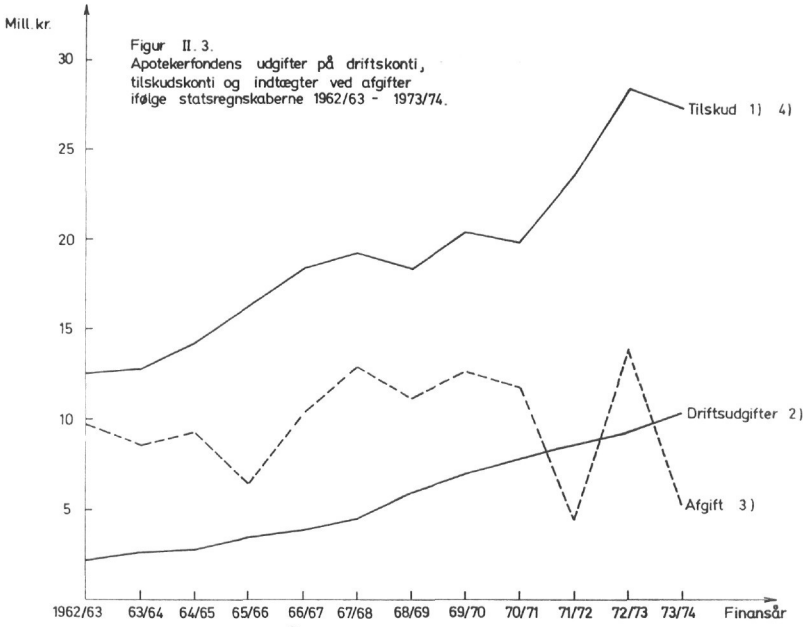
Denne stigning hænger formentlig først og fremmest sammen med det forhold, at såvel overskuddet som apotekernes udbytte i gennemsnit udgjorde en noget større andel af omsætningen i 1962 end i 1972. For overskuddets vedkommende er andelen faldet fra 10,4 % til 6,2 % og for udbyttet har der været tale om et fald fra 7,0 % til 4,8 %.

Når udbyttet kun udgør en lille andel, vil udsving i salget eller omkostningerne naturligvis resultere i procentvis større ændringer i udbyttet end tilfældet ville være, hvis udbytteprocenten var høj.

Den stigende inflationsrate har formentlig også bidraget til den større spredning i udbytterne. Udgifterne til husleje, indretning og inventar vil med en kraftig inflation virke meget tyngende for nyindrettede apoteker. Dette kan være en af grundene til den markante stigning i antallet af apoteker med meget lille udbytte.

Endelig må man formentlig også regne med, at den teknologiske udvikling, bl.a. de stigende krav til apparatur og lignende, er en relativt større byrde for de små end for de store apoteker. Medens det samlede overskud for de mindste apoteker i det grå hæfte i 1962 lå 0,7 procentpoint under gennemsnittet for samtlige apoteker, var overskuddet i den mindste gruppe 2 procentpoint under gennemsnittet i 1972.

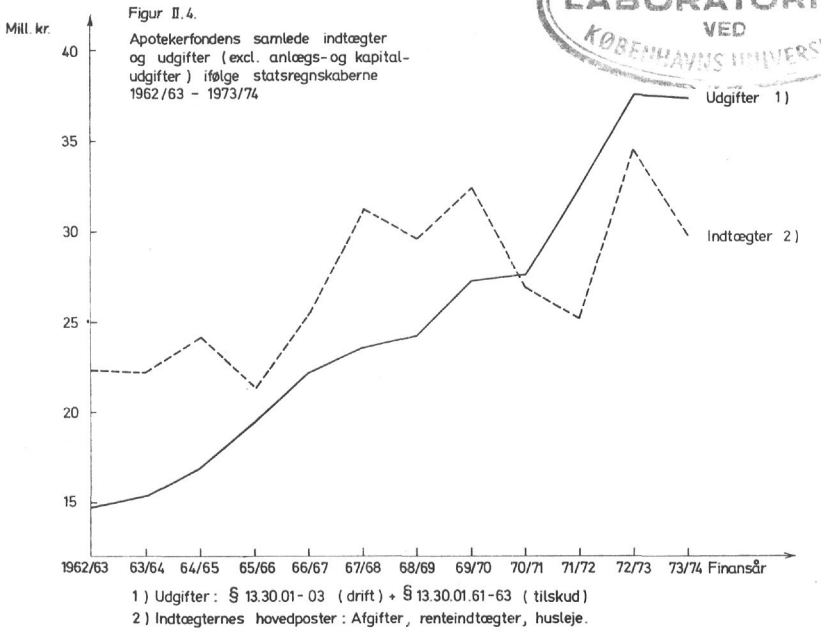
Figurerne II.3. og 4. viser apotekerfondens udgifter på driftskonti, tilskudskonti og indtægter ved afgift samt samlede indtægter og udgifter de sidste 10 år. Det ses, at afgifterne udgør en stadig faldende del af indtægterne, og at udgifterne viser stærk stigende tendens. Dette skyldes navnlig pensionsudgifterne.



Figur II. 3.
Apotekerfondens udgifter på driftskonti, tilskudskonti og indtægter ved afgifter ifølge statsregnskaberne 1962/63 - 1973/74.

1) Tilskud: Finanslovkonto § 13.30.01.61-63.
2) Driftsudgifter: § 13.30.01., 02. og 03.
3) Afgifter: § 13.30.01.94.
4) Incl. tilskud til nedbringelse af prisen på afsnit I medicin m.v. Tilskudet udgjorde indtil 1968/69 ca. 6 mio. kr. årligt, derefter godt 3mio. kr. årligt indtil 1/4-1973, hvor tilskudet bortfaldt.

DET JURIDISKE LABORATORIUM VED KØBENHAVNS UNIVERSITET



2.5.4. Foreløbig vurdering af afgiftssystemet

Det gældende afgiftssystem bygger på en målsætning, hvori indgår flere hensyn: indtægtsudligning, sikring af den enkelte apotekers interesse i økonomisk og hensigtsmæssig drift, udligning af særlige omkostninger (husleje, rabat m.v.), sikring af den faglige standard *og* sikring af et rimeligt indtægtsniveau for apotekerfonden.

Det kan i hvert fald konstateres, at sidstnævnte mål ikke har kunnet opfyldes. Når medicinpriserne ikke forhøjes så meget, at apotekerfondens indtægter kommer til at svare til udgifterne, skyldes det bl.a., at takstforhøjelser i første række kommer de bedst stillede apoteker til gode og altså øger den i forvejen betydelige spredning i apoteksudbytterne.

Anses indtægtsudligning for det fornemste mål med afgiftssystemet, bør procentsatsen for nettoafgiften - 40% af den del af overskuddet (med visse fradrag) der overstiger en i loven fastlagt grænse - forøges væsentligt[1]). En forøgelse af denne procentsats vil formindske apotekernes interesse i økonomisering på apoteket. Det er hidtil blevet afvist at fravige det princip, at apotekerne skal være interesseret i apotekets drift med mere end halvdelen[2]).

Det er imidlertid et meget væsentligt spørgsmål, om indtægtsudligning bør prioriteres så højt i et privat system. De højere marginalskatter medfører i dag en helt anden faktisk indtægtsudligning end i 1962.

Erfaringer fra Sverige og Norge viser, at et afgiftssystem, der i sig skal tilgodese en lang række formål, er meget vanskeligt at realisere og administrere, og det afgiftssystem, der i praksis - og over en årrække - kan opfylde alle formål, er endnu ikke udtænkt. I Sverige opgav man at arbejde videre i sådanne baner; i Norge har man - tilsyneladende uden større utilfredshed - fundet sig til rette med et ganske enkelt og let håndterbart afgiftssystem, der i det væsentlige overlader indtægtsudligningen til

1) Fuldstændig indkomstudligning kan naturligvis (kun) ske i et system med fast løn til apotekerne, ydet i offentligt eller privat ansættelsesforhold.
2) Om svenske erfaringer med høje afgifter af overskuddet henvises til kapitel III, afsnit 2.2.

den almindelige beskatning.

Visse forenklinger og større effektivitet i afgiftssystemet er blevet overvejet, bl.a. i apotekerlovudvalget, hvis overvejelser herom dog ikke var tilendebragt, da udvalget standsede sit arbejde.

2.6. Apotekspersonalet

2.6.1. Uddannelse

Kgl. forordning om medicis og apotekere af 4. december 1672 bestemte i § 11, at »de som sig herefter agter at nedsætte og holde apotek i nogen by eller sted i de kongelige riger og lande, skal, førend de bestallingsbrev derpå bekomme, eksamineres af Facultatis Medicae doctoribus og apotekerne i København, og, om de dertil findes dygtige, skal de derpå tage et attestatum, som dem uden betaling skal meddeles.«

Efterhånden som antallet af apoteker steg og privilegierne blev genstand for salg, meldte sig til eksamination ikke blot de, som umiddelbart stod foran erhvervelse af apotek, men også andre. Ved forordning af 1828 blev det bestemt, at farmaceutisk eksamen skulle afholdes to gange årligt.

Om apotekspersonalet bestemte 1672-forordningen, at enhver apoteker skulle have dygtige og forfarne svende, som - før antagelse i apoteket - skulle fremvise deres vidnesbyrd for det medicinske fakultets dekan eller for embedslægen (stadsfysikus) og samtidig love, at de »flittig og trolig vil præparere« de recepter, som lægerne udskrev. Læredrenge skulle kunne latin, men måtte ikke præparere medicin alene. Apotekerdrenge (disciple) skulle bl.a. oplæres i botanik og i at samle og opbevare planter og urter.

Apotekerhvervet var således et håndværksfag, og oplæringen skete efter et mesterlæreprincip. Det var helt overladt til apotekeren at bestemme, om og når han ville give en læredreng svendebrev. I 1811 blev amtmændene og Københavns magistrat anmodet om at træffe foranstaltninger til, at apotekernes medhjælpere i stedet blev eksamineret af stedets embedslæge, som herefter udstedte duelighedsattest, hvorefter medhjælperne betragtedes som udlærte. I 1849 blev der givet nærmere regler om denne såkaldte fysikateksamen.

I 1882 indførtes en samlet eksamensordning, og i 1892 blev Den farmaceutiske Læreanstalt oprettet.

Efter anordning af 1942 om Danmarks farmaceutiske Højskole og den farmaceutiske uddannelse bestod uddannelsen af 1) en praktisk og en teoretisk undervisning i apoteksgerning ved tjeneste som discipel på apotek i mindst 2½ år afsluttende med medhjælpereksamen. Den pågældende bar herefter betegnelsen exam, pharm, og kunne tage ansættelse som apoteksmedhjælper med fulde ekspeditionsbeføjelser, men uden ret til at lede apoteket eller blive apoteker, og 2) et videnskabeligt studium på Danmarks farmaceutiske Højskole i 2 år, afsluttende med kandidateksamen (cand. pharm.).

I tidens løb opstod på apotekerne en gruppe af tekniske medhjælpere, apoteksdefektricerne, hvis oplæring i 1941 blev anset hørende ind under lærlingeloven, og i 1942 blev der fastsat regler for lærlingeuddannelse inden for defektricefaget.

Apotekerlovkommissionen af 1947 mente på den ene side, at en stor del af det praktiske arbejde på apotek kunne betros til mere teknisk betonet personale, og på den anden side, at den fagligt-videnskabelige udvikling havde medført, at personale med medhjælpereksamen ikke kunne behandle adskilligt farmaceutisk arbejde med den sikkerhed og indsigt, som måtte kræves.

Efter kommissionens forslag blev den farmaceutiske uddannelse efter 1954 ændret til en 5-årig enhedsuddannelse, bestående af en 2-årig praktisk undervisning på apotek (afsluttende med discipeleksamen) og et 3-årigt studium på Danmarks farmaceutiske Højskole, afsluttende med kandidateksamen; exam, pharm'erne forsvandt hermed af uddannelsessystemet. Den sidste exam pharm. tog eksamen i 1958.

I 1958 indførtes efter apotekerlovkommissionens forslag en uddannelse til apoteksassistent, jfr. apotekerlovens § 14. Den, der havde bestået discipeleksamen, var uden videre apoteksassistent, og ved den egentlige assistentuddannelse, som varede fra 3 til 4 år afhængig af forudgående uddannelse, tilstræbtes, at den også kunne danne basis for det 3-årige farmaceutiske studium på Højskolen. Det blev også tilstræbt, at defektricerne kunne videreuddanne sig til apoteksassistenter. Apotekerlovkommissionen fandt i øvrigt, at den lærlingemæssige defektriceuddannelse var af for begrænset værdi og efterhånden burde udgå.

I 1969 blev den farmaceutiske uddannelse ændret; discipeltiden blev erstattet af en 15 måneders praktikanttid, og også syge-

husapotekerne anerkendtes nu som praktikantsteder. Studiets 1. del består herefter af 3 måneder på Højskolen, 15 måneder i praktikantplads og 6 måneders undervisning på Højskolen før 1. dels eksamen. Antallet af praktikantpladser på apoteker og sygehusapoteker udgør fortsat en adgangsregulator, hvis praktiske betydning er forøget dels som følge af apoteksnedlæggelser, dels på grund af den stedfindende strukturændring på apotekerne (produktionskoncentreringen).

Den praktiske uddannelse af assistenteleverne foregår på apotekerne, medens størstedelen af den teoretiske uddannelse og eksamen foregår på apoteksassistentskolen, der drives af apotekerforeningen i dennes kursusejendom i Hillerød. Skolepenge afholdes af apotekerne; afholdelse af eksamen forestås af apoteksassistentnævnet og betales af apotekerfonden. Som regel er uddannelsestiden 3 år.

Antagelse af defektriceelever standsedes i 1970.

Pr. 1. september 1974 var der immatrikuleret 627 studerende ved Danmarks farmaceutiske Højskole. Den årlige kandidatproduktion er ca. 80. Den procentvise andel af kvindelige kandidater er stadig stigende og udgør for tiden over 60.

Siden assistentuddannelsens etablering er der indtil 1. april 1974 uddannet ca. 2400 apoteksassistenter. Den årlige antagelse af elever har været stadig stigende og er for tiden godt 400. Pr. 1. april 1974 er ca. 1150 assistentelever under uddannelse.

I foreningsregi er etableret videreuddannelse af alle personalegrupper. Der kan navnlig være grund til at nævne PUF (Det permanente udvalg for fortsættelseskurser), hvis virksomhed finansieres af Danmarks Apotekerforening og Dansk Farmaceutforening, og hvori også sundhedsstyrelsen, Danmarks farmaceutiske Højskole og Danmarks Farmaceutiske Selskab er repræsenteret.

2.6.2. *Personalets sammensætning og lønforhold*

Farmaceutiske kandidater er på apotekerne beskæftiget som apotekere og som provisorer. Ved udgangen af 1972 var der 342 apotekere og ca. 850 provisorer beskæftiget på apotekerne. Antallet af apoteksmedhjælpere var 190. Kun disse 3 personalekategorier har ret til at ekspedere receptmedicin. Apotekeren har ifølge apotekerlovens § 24 ansvaret for, at elevers antagelse og uddannelse sker efter de fastsatte regler. Efter samme bestemmelse skal der på ethvert apotek og sygehusapotek være ansat mindst én provisor. Fra denne bestemmelse kan sundhedsstyrelsen dispensere. For tiden er der 17 apoteker (hovedsaglig mindre landapoteker), hvor der ikke er ansat provisor.

Apoteksassistenter og defektricer beskæftiges i skranke, receptur og laboratorium og har under opsyn af farmaceuter overtaget en stor del af det praktiske arbejde på apotekerne.

Øvrige personalegrupper er overvejende ikke-faglært arbejdskraft til påfyldningsarbejde, laboratoriearbejde, rengøring og budtjeneste. Gruppen af egentligt kontorpersonale er efterhånden ret beskeden, da apoteksassistenter varetager en del bogholderiarbejde m.v., og da så godt som al lønudbetaling foregår centralt over apotekerforeningens lønadministration.

Sammensætningen af personalet har skiftet karakter i de sidste 20 år. Antal ansatte farmaceuter[1]) har ligget konstant mellem 1000 og 1100 siden 1950, men deltidsansættelse (på alle brøker fra Vio til $^{9}/_{10}$) er meget udbredt.

Personalets sammensætning fremgår af nedenstående tabel 11.13.

Først i de senere år er der foretaget omregning af antal ansatte til heltidsstillinger. Omregningen angives i tabel 11.14.

I tiden 1950-1973 er antallet af perso-

1) Cand. pharm. + exam, pharm.

Tabel II. 13. Personale på danske apoteker, fordelt efter uddannelse.[1])

	Apotekere	Farmaceuter (provisorer, apotekshjælpere og vikarer) [2])	Apotekspassistenter	Defektricer	Apotekspassistentelever	Defektriceelever	Disciple (fra 1969 praktikanter)	Andre	I alt
1950	346	1041 (166)	.	1410[3])	.	...	247	...	3044
1955	351	1077 (264)	.	2015[3])	.	...	232	...	3675
1958	354	1083 (363)	5	2339[3])	75	...	254	...	4110
1960	351	1051 (414)	101	1224	311	912	302	1249	5501
1962	354	1040 (426)	202	1226	369	954	280	1324	5749
1963	353	1048 (446)	256	1243	374	977	254	1247	5752
1964	353	1048 (458)	292	1262	365	1035	269	1331	5955
1965	351	1033 (458)	316	1277	344	1039	283	1373	6016
1966	352	1033 (476)	349	1303	494	948	281	1430	6190
1967	353	1031 (490)	407	1027	704	768	231	1450	5971
1968	353	1029 (511)	504	1504	882	585	221	1469	6547
1969	352	1028	660	1559	957	457	215	1480	6708
1970	349	1069	842	1555	1004	372	116	1436	6743
1971	348	1077	1065	1517	1008	297	125	1497	6934
1972	342	1072	1215	1465	1017	146	103	1656	7016
1973	337	1066	1378	1391	1081	65	114	1698	7130

1) Kilde: Oplysninger i Archiv for Pharmaci og Chemi. Tallene er opgjort ved årets udgang og viser det faktiske antal ansatte uden hensyn **til,** om de pågældende er heltids- eller deltidsansatte.
2) Tallene i parentes er antal deltidsansatte, includeret i det samlede antal.
3) Incl. elever og kassererske r m.v.

Tabel II. 14. Antal apoteksansatte farmaceuter, apoteksassistenter og apoteksdefektricer omregnet i heltidsstillinger.[1])

	Farmaceuter		Apoteksassistenter		Defektricer	
	Antal	Omregnet til 1/1 stilling [2])	Antal	Omregnet til 1/1 stilling	Antal	Omregnet til 1/1 stilling
1969	1028	797	660	...	1559	...
1970	1069	822,9	842	...	1555	...
1971	1077	820,9	1065	895,4	1517	1094,6
1972	1072	836,4	1215	1060,7	1465	1080,2
1973	1066	826,4	1378	1183,4	1391	988,7

1) Kilde: Oplysninger i Archiv for Pharmaci og Chemi.
2) Vikarer optalt som Vi stilling.

ner beskæftiget på apotekerne mere end fordoblet, medens antal receptordinationer i samme periode kun er steget med 65 %>.

Ved vurderingen af denne udvikling må *på den ene side* fremhæves, at apotekernes åbningstid og vagttjeneste i den nævnte periode er indskrænket betydeligt. Endvidere udgør medicinske specialiteter en stadig stigende del af receptsalget, ligesom en stadig større del af de øvrige receptordinationer, d.v.s. apoteksfremstillede lægemidler, er standardiseret både med hensyn til fremstilling og pakning. De magistrelle ordinationers andel har i perioden været aftagende og er nu højst 5 %. Den produktionskoncentrering, som Danmarks Apotekerforening har iværksat, og som må forventes accellereret i de kommende år, har sammen med den stadige forskydning i forbruget hen imod en større anvendelse af medicinske specialiteter bevirket, at produktionen på de enkelte apoteker har ændret karakter

og visse steder næsten er hørt op.

I den nævnte periode er *på den anden side* arbejdstiden nedsat til godt 40 timer ugentlig og ferien er udvidet til 4 uger årlig. Karakteristisk for omsætningsudviklingen på apotekerne har endvidere været recepturomsætningens øgede andel af bruttoomsætningen. Endelig har apotekspersonalet fået større arbejde med undervisning, kontrol og indberetning med udlevering af narkotika m.v. Også tendensen i retning af en øget varetagelse af informationsfunktioner på apotekerne betyder øget arbejde for apotekspersonalet.

Med hensyn til apotekernes indtjening henvises til afsnit 2.4.3.

Ansættelses- og lønforhold for provisorer og apoteksmedhjælpere fastlægges i overenskomst mellem Danmarks Apotekerforening og Dansk Farmaceutforening. Overenskomsterne er 2-årige.

Slutlønnen til en farmaceut på apotek efter overenskomsten var pr. 1. november 1973 94.872 kr. Hertil kommer særlige regler for vagtbetaling m.v. I meget vidt omfang ydes derudover personlige tillæg, gratialer m.v. til lønnen. Ifølge Dansk Farmaceutforenings lønstatistik for 1973[1]) udgjorde disse former for tillæg 9.449 kr. årligt i gennemsnit pr. mandlig provisor med fuld tjeneste, og 4.060 kr. pr. mandlig apoteksmedhjælper med fuld tjenestetid. De tilsvarende gennemsnit for kvinder med fuld tjenestetid var 3.567 og 3.884 kr.

I henhold til særlig overenskomst mellem Danmarks Apotekerforening og Dansk Farmaceutforening har der siden 1943 eksisteret en særlig ordning gående ud på at sikre ældre farmaceuter, som ikke er blevet apotekere, fortsat beskæftigelse og en nedtrapning af arbejdstiden uden løntab. Eiter ordningen får provisorer, som har 28 års tjenestealder, og som er fyldt 50 år, dels et løntillæg på 70 kr. månedlig, og ved det fyldte 55. og 60. år af trappes arbejdstiden til henholdsvis 36 og 32 timer ugentlig uden lønreduktion. Til at udrede det nævnte løntillæg og forskellen mellem fuld løn og lønnen efter den reducerede arbejdstid er oprettet en særfond — løntilskudsfonden - som administreres af udvalget for Farmaceuternes Arbejdsløshedskasse (Dansk Farmaceutforening), og hvortil apotekerne indbetaler 259 kr. månedlig for hver fuldtidsansat farmaceut på apoteket. For deltidsansatte betales forholdsmæssigt bidrag. Til ordningen bidrager alle ansatte farmaceuter med 15 kr. månedlig.

Apoteksassistenter og apoteksdefektricer ansættes og aflønnes efter overenskomst med Danmarks Apotekerforening. Pr. 1. november 1973 var bruttoløn for en apoteksassistent på slutløn (17. år) 59.052 kr. årlig, for en apoteksdefektrice (15. år) 48.576 kr. Der ydes også i et ikke ubetydeligt omfang personlige tillæg til disse grupper.

2.6.3. Pensionsforhold

2.6.3.1. Historie

Allerede i forordningen af 4. december 1672 var det accepteret, at det offentlige som en slags modydelse for den lovfæstede regulering af apoteker hvervet havde særlige sociale forpligtelser over for den næringsdrivende apoteker og hans efterladte. Dette gav sig udtryk i bestemmelser om, at enker og børn kunne blive ved apoteket og om antagelse af bestyrer.

Spørgsmålet om pension til fratrædende apotekere blev først aktuelt ved kgl. resolution af 1842, hvorved det bestemtes, at bevillingen til fremtidigt oprettede apoteker ikke skulle kunne gøres til genstand for overdragelse.[1]) Med baggrund i resolutionen blev der fastsat en ret for hustruen til indehaveren af et personligt privilegium til at fortsætte driften efter ægtefællens død.

Ved apotekerloven af 1913 blev det bestemt, at der fra den i 1895 oprettede apotekerfond kunne ydes sygdoms- og alderspension til personelle apotekere. Endvidere blev enkers ret til at fortsætte driften af apoteket ophævet, og det blev bestemt, at alle indehavere af personlige privilegier skulle være bidragydende medlemmer af en af ministeriet auto-

1) Farmaceutisk Tidende, 1974, s. 480.

1) Det må erindres, at pension i form af efterløn først indførtes i 1850-erne og kun for kgl. udnævnte embedsmænd.

riseret enkeforsørgelseskasse, hvortil apotekerfonden ydede tilskud.

For farmaceuternes og apoteksmedhjælpernes vedkommende udfoldedes forskellige initiativer på privat basis til tilvejebringelse af en pensionsordning. Således oprettedes Det pharmaceutiske Understøttelsesselskab, hvis fundats blev stadfæstet i 1830. Endvidere søgte den i 1873 oprettede Pharmaceutisk Medhjælperforening (senere Dansk Farmaceutforening) omkring 1890 at medvirke til oprettelse af en pensionskasse for apotekere og apoteksmedhjælpere; disse tanker indgik senere i beslutningen om oprettelse af apotekerfonden i 1895.

I 1913-loven indføjedes der en løfteparagraf, der på betingelse af, at der oprettes en forsørgelseskasse for apoteksmedhjælpere og disses enker og børn, bemyndigede ministeriet til at yde et årligt bidrag til kassen af apotekerfondens midler. Farmaceuternes Pensionskasse blev oprettet i 1918.

Med apotekerloven af 1932 indførtes en generel pensionsordning for apotekere og disses enker begrundet med afløsningen af de salgbare apoteker og med indførelse af en aldersgrænse for apotekernes funktionstid; reglerne for pension til statens tjenestemænd blev i tillempet form anvendt på ordningen.

Da der ved samme lov indførtes en aldersgrænse for farmaceuters forfremmelse til apoteker og formentlig under indtryk af, at personalestrukturen ved apotekerne efterhånden var sådan, at et betydeligt antal farmaceuter ikke kunne ventes forfremmet, påbød loven apotekerne at yde arbejdsgiverbidrag til Farmaceuternes Pensionskasse. Derudover bestemtes, at apotekerfonden skulle garantere pensioner til farmaceuter af næsten samme størrelse som til apotekerne og med en lignende regulering.

I 1932 mente man ikke, at apotekerfondens garanti ville koste noget videre. Man forventede, at Farmaceuternes Pensionskasse - bl.a. fordi der ikke ydedes udtrædelsesgodtgørelse - snart ville være i stand til at yde pensioner over det garanterede minimum. Det var formentlig på grund af disse forventninger, at man gik ind i denne ordning, uden at der blev gennemført nogen egentlig diskussion af det rimelige i, at det offentlige engagerede sig så stærkt i sikringen af et privat erhvervs beskæftigede.[1])

Da løn- og prisniveauet imidlertid udviklede sig stærkere end forudset, og da en højesteretsdom - på baggrund af ændret lovgivning om pensionskasser – pålagde Farmaceuternes Pensionskasse at yde udtrædelsesgodtgørelser, holdt forventningen om apotekerfondens begrænsede forpligtelser ikke stik. Pensionsordningerne blev derfor - og også fordi der i 1946 var gennemført ny tjenestemandslovgivning - et væsentligt punkt for apotekerlovkommissionen af 1947, hvis arbejde danner grundlag for den gældende apotekerlov.

Selv om apotekerloven præges af en accept af apotekervæsenet som en halvoffentlig institution, gennemførte 1947-kommissionen dog heller ingen diskussion af det rimelige i, at det offentlige bidrager så stærkt til pensionssikringen af de inden for det private apotekervæsen beskæftigede.

2.6.3.2. Gældende regler

Ved 1954-loven blev der etableret en fælles pensionsordning for apotekere og apoteksansatte farmaceuter (incl. farmaceuter på sygehusapotekerne) og andre med en snævrere tilknytning til apotekervæsenet (ansatte i sundhedsstyrelsen, på Danmarks farmaceutiske Højskole, i Danmarks Apotekerforening og i Dansk Farmaceutforening[2]). En betingelse for medlemskab af pensionsordningen er, at de pågældende er ansat med mindst Vio arbejdstid. Er denne forudsætning opfyldt, gælder der efter loven en forpligtelse til at være medlem af ordningen. Samtidig med oprettelsen af pensionsordningen blev Farmaceuternes Pensionskasse ophævet, og den del af formuen, der vedrørte de medlemmer, der blev omfattet af den ny ordning, blev overført til apotekerfonden.

Apotekervæsenets pensionsordning bygger på det princip, at medlemmerne får

1) Jfr. citat fra indstilling af 3. oktober 1947 fra et udvalg om pensionsforhold til apotekerlovkommissionen af 1947 angående midlertidig ordning for pensionering af apotekerenker samt apoteksmedhjælpere og disses enker: »Den gældende apoteksordning betragter ikke apotekeren som embedsmand, men som næringsdrivende; vilkårene for den pension, der er garanteret apotekerne, er på mange punkter afvigende fra tjenestemændenes pensionsordning, og der er ved fastsættelsen taget hensyn til, at apotekerstanden har adgang til at skaffe sig indtægter, som betydeligt overstiger tjenestemandslønningers niveau og giver mulighed for en supplerende selvpensionering, og i hvert fald indtil de sidste år i meget stort omfang har kunnet udnytte denne adgang.«

2) En ved loven etableret ekstraordinær pensionsordning, der var oprettet med henblik på at lette vekselvirkning mellem ansatte på apoteker og i medicinindustrien, blev lukket for tilgang ved lovændring i 1970. Ordningen, der var rent forsikringsmæssig, fik ikke den tilsigtede betydning.

alders-, svageligheds-, enke- og børnepension beregnet og reguleret efter regler svarende til statstjenestemændenes pensioner. Apotekernes pension beregnedes indtil 1970 efter reglerne i daværende 24. lønklasse, farmaceuternes efter 19.-24. lønklasse. Der var ikke fastsat arbejdsgiverbidrag for andre end de på sygehusapotekerne ansatte farmaceuter, hvilket må ses i lyset af, at sygehusapotekerne ikke betaler apotekerfondsafgifter.

Efter tjenestemandsreformen i 1969 blev principperne i tjenestemandspensionsloven overført til apotekervæsenets pensionsordning. Pensionsmæssigt er apotekerne nu placeret i 34. lønramme, farmaceuterne i de akademiske lønrammer 16, 21, 29 og 31. Der betales ikke længere egetbidrag til pensionsordningen.

Apotekervæsenets pensionsordning forestås af en bestyrelse bestående af en af indenrigsministeren udpeget formand og 3 medlemmer indstillet af henholdsvis finansministeriet og apotekernes og provisorernes organisationer. Ordningen administreres af direktoratet for apotekervæsenet.

2.6.3.3. *Omfanget af apotekervæsenets pensionsordning*

Pr. april 1974 var der 1450 aktive medlemmer af apotekervæsenets pensionsordning og 743 pensionister, tabel II 15 og 16.

Den gennemsnitlige nettotilgang af aktive medlemmer har i de seneste 5 år været ca. 25, hovedsagelig som følge af personaleudvidelser på sygehusapotekerne, i sundhedsstyrelsen, Danmarks Apotekerforening og på Danmarks farmaceutiske Højskole.

I 1973/74 var nettotilgangen af pensionister 43, og den gennemsnitlige nettotilgang har i de seneste år været ca. 30. En af årsagerne hertil er, at der i de senere år er nedlagt en række apoteker.

Samtidig er tilgangen præget af en skæv aldersfordeling for både apoteker og farmaceuter.

Højeste egen- og ægtefællepension for en apoteker var pr. 1. april 1974 henholdsvis 67.581 og 49.431 kr., for en provisor henholdsvis 62.248 og 45.876 kr. (excl. samordningsfradrag).

I de senere år har regnskabstallene for løbende pensionsudbetalinger (d.v.s. excl. udtrædelsesgodtgørelser m.v.) været som vist i tabel 11.17.

Virkningen af samordningsfradraget, indført 1. april 1970, blev den gang anslået til ca. 2,4 mill. kr. årligt (i ordningens favør). Denne virkning er relativt hurtigt indhentet.

Aktuarmæssig opgørelse af apotekerfondens pensionsforpligtelser er senest foretaget pr. 1. april 1968. Det blev herved konstateret, at den præmiereserve, der skulle være til stede for selvstændigt at modsvare pensionsforpligtelserne beløb sig til knap

Tabel II. 15. Antal aktive medlemmer pr. april 1974 fordelt efter beskæftigelse.[1])

Beskæftigelse	Antal	Bidrag til **ordningen** 1000 kr.
Apotekere	331	–
Sygehusapotekere	8	80
Farmaceuter ansat på apoteker	845	-
Farmaceuter ansat på sygehusapoteker	78	750
Farmaceuter ansat i og under sundhedsstyrelsen	33	-
Farmaceuter ansat på Danmarks farmaceutiske Højskole og på farmakologiske institutter	91	-
Farmaceuter ansat i og under Danmarks Apotekerforening	63	-
Farmaceuter ansat i Dansk Farmaceutforening	1	-
I **alt**	1450	830

1) Materiale i apotekervæsenets pensionsordning.

Tabel II. 16. Antal[1]) pensionister pr. 31. marts **1974.**

	Apoteker-pensioner	Farmaceut-pensioner	lait
Egenpensioner	124	276	400
Ægtefællepensioner	179	138	**317**
Børnepensioner	6	20	26
I alt	309	434	**743**

1) Kilde: Materiale **i** apotekervæsenets pensionsordning.

Tabel II. 17. Løbende pensionsudbetalinger fra apotekervæsenets pensionsordning.[1])

1000 kr.	68/69	69/70	70/71	71/72	72/73	73/74
Pensionsudbetalinger:	14.668	15.812	15.402	17.305	19.567	22.871
Indbetalte pensionsbidrag:	3.274	3.499	3.402	2.128	839	874

1) Kilde: Statsregnskaberne og materiale i apotekervæsenets pensionsordning.

400 mill. kr. Heroverfor udgjorde apotekerfondens kapitalkonto pr. 31. marts 1968 201 mill. kr., d.v.s. at kun ca. halvdelen af den aktuarmæssige beregnede præmiereserve for pensionsforpligtelsen kunne dækkes. Pr. 31. marts 1974 udgør apotekerfondens kapitalkonto 192 mill. kr.

2.6.3.4. Private pensionskasser

Af private pensionskasser findes følgende:

a. Danmarks Apotekerforenings Pensionskasse, oprettet i 1972 efter at egetbidrag for medlemmer af apotekervæsenets pensionsordning var bortfaldet. Dens formål er at yde tillægspension til pensionen fra apotekervæsenets pensionsordning. Medlemskab er frivilligt og kan kun omfatte apotekere. Præmien kan ikke opføres som driftsudgift på apoteksregnskabet. Den årlige præmieindtægt udgør knap 1 mill. kr. I 1973 blev der udbetalt 123.000 kr. i pension til 90 pensionister.

b. Dansk Farmaceutforenings Pensionsordning, stiftet i 1962. Ordningen administreres og varetages af Pensionsforsikringsanstalten A/S.

Den omfatter farmaceuter, som ikke har kunnet optages i apotekervæsenets pensionsordning. Der er ca. 200 medlemmer.

c. Danske Apoteksdefektricers Pensionskasse. Pensionskassen er under afvikling.

d. Apoteksassistenternes Pensionskasse stiftet i 1965. Kassen har sin baggrund i overenskomsten mellem Danmarks Apotekerforening og Dansk Apoteksassistenters Forening. Ultimo 1972 var der 1316 aktive og 386 passive medlemmer. Præmieindtægten (5 % egetbidrag og 10 % arbejdsgiverbidrag) er ca. 6,5 mill. kr. årligt. Kassen administreres af Danmarks Apotekerforening.

e. Apoteksdefektricernes Pensionskasse, stiftet i 1967. Kassen er i lighed med den under d. nævnte oprettet efter overenskomst med apotekerforeningen. Den afløser den under c. nævnte kasse. Ultimo 1972 var der 1022 aktive og 334 passive medlemmer. Præmieindtægten (3 % egetbidrag og 6 % arbejdsgiverbidrag) er ca. 2,3 mill. kr. årligt. Også denne kasse administreres af Danmarks Apotekerforening.

2.7. Sammenligning af apoteksdistributionen med anden detaildistribution, de tjenesteydende erhverv og den offentlige sektor

2.7.1. Indledning

Detailhandelens struktur her i landet har i de seneste 10–15 år gennemgået store ændringer, i det væsentlige karakteriseret ved koncentration, brancheglidning og opståen af nye virksomhedstyper.

Koncentrationen på større og færre virksomheder har haft karakter af såvel horisontal som vertikal integration. Brancheglidningen har ført til virksomheder med en gennemgående større bredde i varesortimentet, og mange detailforretninger er overgået til en større eller mindre grad af selvbetjening eller andre former for serviceindskrænkning. Trods udbygningen af mange-filialvirksomheder har den »butiksdød«, der navnlig har ramt de mindre, privatejede detailforretninger, medført et forringet serviceudbud såvel i mange af landets tyndt befolkede områder som i byernes boligområder, hvor indkøbscentre af forskellig art har udkonkurreret traditionelle boligorienterede detailforretninger.

Den stedfundne udvikling afspejler ændringer i det omgivende samfund, først og fremmest den almindelige velstandsstigning. De stigende realindkomster og i forbindelse hermed vandringerne fra land til by har ændret befolkningens adfærd. Husholdningernes øgede efterspørgsel har rettet sig mod et bredere udvalg af varer og ydelser, også som følge af ændret husstandsstørrelse, hyppigere udearbejde for gifte kvinder samt længere ferier, og den tekniske udvikling har gjort det muligt at tilfredsstille mange nye forbrugerønsker. Endvidere har den med udbredelsen af private motorkøretøjer følgende øgede mobilitet tilladt forbrugerne at vælge friere mellem forskellige udbudsformer.

Også på udbudssiden har udviklingen sat sig spor. De stigende indkomster har givet sig udtryk i stærkt stigende lønomkostninger og dermed øvet indflydelse på virksomhedernes omkostningsforhold. Stigningen i lønomkostningerne har i de senere år været betydelig større end stigningen i de øvrige omkostningsfaktorer, hvilket har været en medvirkende årsag til en række af de nævnte omlægninger inden for detaildistributionen. Som eksempel herpå kan anføres, at en række tidligere udvalgsvarer efter en vis standardisering, der har gjort dem egnede til massesalg, er overflyttet til dagligvaresektoren,

hvorved det stadig stigende omkostningsniveaus indflydelse på forbrugerpriserne er blevet begrænset. - Sidstnævnte forklarer i øvrigt, at selv om »butiksdød« formentlig er et mere udbredt fænomen i dagligvarehandelen end i specialhandelen har udviklingen dog medført, at hele specialvarebrancher er i færd med at forsvinde.

Det må i denne forbindelse erindres, at distributionskæden i sin fulde udstrækning rækker fra den oprindelige producents færdigvarelager til den endelige forbrugers bopæl. Traditionelle erhvervsled i denne kæde er producent/importør, grossist og detaillist. Samtlige disse led er berørt af den stedfundne strukturændring, idet det i vid udstrækning gælder, at omlægninger inden for et led påvirker de øvrige led i kæden.[1])

2.7.2. *Apoteksdistribution specialvarehandel*

Den del af den øvrige detaildistribution, det falder naturligst at sammenligne apoteksdistributionen med, er specialvarehandelen eller faghandelen. På begge områder hører kravene til fagkundskab, kundevejledning og serviceydelser til de strukturbestemmende hovedfaktorer. Ligesom apoteksdistributionen er udviklet ud fra en oprindelig ren produktionsorienteret virksomhed, er en stor del af den øvrige specialhandel opstået med udgangspunkt i bestemte håndværksgrene. Andre af de karakteristika, man plejer at fremhæve i forbindelse med specialvarehandelen, er ligeledes til stede i apoteksdistributionen. Det relativt snævre vareområde dækker over et stort antal varianter inden for den samme vareart — et forhold der normalt betegnes ved begreberne ringe sortimentsbredde, men stor sortimentsdybde. Der er i specialhandelen endvidere tale om forretninger, som den enkelte kunde relativt sjældent besøger, hvilket har været bestemmende for, at forretningerne fortrinsvis er lokaliseret i byernes centrale forretningsstrøg og (endnu) kun i mindre grad i boligkvarterer uden for bycentrene.

Sammenhængende med disse forhold må nævnes, at specialvarehandelen i almindelighed karakteriseres ved en relativ høj bruttoavance pr. omsat enhed, nødvendiggjort af de med et relativt stort lager og en normalt ringe lageromsætningshastighed forbundne lager- og finansieringsomkostninger.

Endnu et forhold, man plejer at fremhæve i forbindelse med specialhandelen er, at mærkevareproducenter i mange tilfælde vil se deres interesse i at forbeholde salget af deres mærker for specialhandelen for herved at skabe en kvalitetspræget ramme omkring afsætningen. For apoteksdistributionens vedkommende er der naturligvis kun grund til at nævne dette med hensyn **til** den del af omsætningen, der ikke er lægemidler. Forholdet er her velkendt fra annoncer af typen »fås kun på apoteket«. Samtidig er det imidlertid karakteristisk, at apotekerne også på dette område er gået ind med egne mærker, svarende til hvad man f.eks. kan iagttage i større detailhandelskæder og varehuse.

2.7.3. Apoteksdistribution-dagligvarehandel

Modsætningen til specialhandelen er dagligvarehandelen[1]), hvor »forretningsprofilen« i tiltagende grad præges af massedistribution ved anvendelse af stordriftsformer, baseret på finansiel og indkøbsmæssig styrke og driftsmæssig effektivitet. Fagkundskab, kundevejledning og service spiller her en mindre væsentlig rolle. Vareudvalget præges af stor sortimentsbredde, men kun begrænset sortimentsdybde. Integration mellem fabrikations-, engros- og detailleddet er meget udbredt og kan f.eks. for engrosleddets vedkommende tage form af grossistorganiserede detailhandelskæder eller detaillistejede engrosforretninger. Gennem brancheglidning eller -blanding sker der en ophævelse af tidligere eksisterende brancheopdelinger, og hele udviklingen præges gennemgående af en betydelig grad af priskonkurrence.

1) Ud fra et samfundsmæssigt synspunkt bør det enkelte distributionsled derfor ikke betragtes isoleret, men vurderes som et led i den samlede distributionskæde.

1) Det er derudover gængs at udskille en tredje hovedgruppe af detailhandelsforretninger: udvalgsvarehandel som møbler, tæpper, beklædning etc. Denne gruppe synes dog efterhånden i høj grad at antage enten specialhandelens eller dagligvarehandelens karakteristika.

2.7.4. *Konklusion vedrørende sammenligning til anden detaildistribution*

Når gruppen har fundet det relevant at inddrage de nævnte distributionsøkonomiske sondringer i analysen af apoteksvæsenet, skyldes det, at de rummer en vis informationsværdi med hensyn til såvel branchestruktur som omkostningsstruktur i apoteksdistributionen.

Mange af de rationaliseringsformer m.v., der er taget i anvendelse i anden detailhandel og ganske særligt i dagligvarehandelen, står ikke til rådighed i apoteksdistributioiien. Uanset hvilke ændringer, der kan tænkes gennemført i den økonomiske struktur - med eller uden ændringer i ejerforholdene - vil branchens rent *»interne« struktur* vidtgående være bestemt af, at apoteksbranchen er og nødvendigvis må være en branche med fuld kundebetjening med særlig kvalificeret arbejdskraft på grund af sikkerhedskravene. I forhold til andre områder, hvor der endnu er fuld kundebetjening, er der endda tale om en stærkt udvidet betjening: streng kontrol med de udleverede varer, døgnvagt i visse apoteker, udbringning og ret omfattende administration i forbindelse med tilskudsreglerne etc.

Men hensyn til mulighederne for strukturrationalisering, d.v.s. ændringer i antal forretningsenheder og disses størrelsesforhold, samarbejde og integration med leverandørleddene etc., er der ligeledes slående forskelle i sammenligning med anden detaildis tribution, først og fremmest som følge af kontrolforpligtelsen og forpligtelsen til at forsyne også landets tyndt befolkede områder[1]).

Apotekprivilegierne er i Danmark det eneste tilbageværende eksempel på etableringskontrol i detailhandelen. Privilegiesystemet udelukker uønsket konkurrence både fra andre tilsvarende butikker og gennem brancheblanding som ovenfor nævnt. Systemet udelukker dernæst en koncentration på færre virksomheder gennem opkøb og sammenlægning m.v. af hidtil selvstændige apoteker. Gennem det bestående indtægtsudligningssystem modvirkes også »butiksdød« som følge af svigtende kundeunderlag, eventuelt svigtende effektivitet m.v. (Dette viser sig i stedet ved stigende vanskeligheder ved at få afgifts/tilskudssystemet til at fungere). Nedlæggelse af et apotek som selvstændig driftsenhed finder som nævnt i praksis kun sted, når en bevilling er ledig på grund af indehaverens alder eller sygdom, idet der kun meget sjældent sker forflyttelser. Det følger videre af privilegiesystemet, at fabrikanter og grossister er afskåret fra at skaffe sig indflydelse på forholdene i detailleddet ved direkte finansielle forbindelser, etablering af egne udsalgssteder etc. Derimod tillader systemet en sådan »vertikal integration« i modsat retning, d.v.s. at apotekerne har mulighed for at opnå indflydelse i producent- og engrosleddet.

1) For at forebygge misforståelser kan det måske være på sin plads at nævne, at det på lægemiddelområdet ville være helt uacceptabelt, om et utilstrækkeligt befolkningsunderlag etc. førte til »butiksdød«, som det sker efter en rent liberalistisk model. Hensynet til en så vidt muligt ensartet lægemiddelservice for hele befolkningen er et af de rent fysiske strukturkrav til denne sektor, på linie med kravet om fuld kundebetjening. For en nærmere diskussion heraf henvises til kapitel IV.

2.7.5. *Apoteksdistribution-tjenesteydende erhverv*

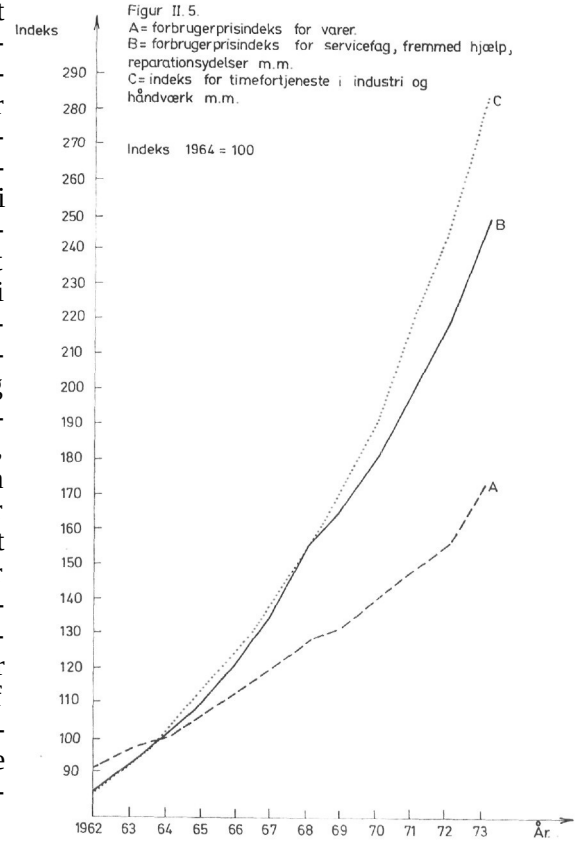
De i sammenligning med andre brancheområder væsentligt ringere muligheder for rationalisering, herunder ikke mindst nødvendigheden af et relativt stort og særligt kvalificeret personale, bevirker, at man må regne med en tendens til, at der til stadighed vil ske en relativ fordyrelse af lægemidler i sammenligning med andre varer[1]) [2]).

1) Som fremhævet i andre sammenhænge er det ikke sikkert, at dette vil komme til udtryk i prisindeksberegninger, hvilket imidlertid beror på principielle og praktiske problemer ved sådanne beregninger.

2) Ved siden af de her fremdragne årsager til relativ fordyrelse af lægemiddelpriserne må det fremhæves, at også apotekernes indkøbspriser viser tendens til at stige stærkere end andre varepriser. Det

Prisudviklingen for lægemidler er for så vidt mere beslægtet med prisudviklingen for *tjenesteydelser*, der kort skal omtales i det følgende. Paralleliseringen med tjenesteydelser og derunder den offentlige sektor må naturligvis endvidere ses på baggrund af, at apoteksdistributionen er et integrerende led i den samlede sundhedstjeneste. I nedenstående figur er der givet en grafisk oversigt over dels den gennemsnitlige lønudvikling i industrien 1962-1972, dels den gennemsnitlige vareprisudvikling ifølge forbrugerprisindekset i samme periode og endelig prisudviklingen for et udsnit af forbrugerprisindeksets tjenesteydelser (servicefag, fremmed hjælp, reparationsydelser). Det kan til sammenligning nævnes, at et indeks for gennemsnitsprisen pr. receptordination i det betragtede tidsrum viser en udvikling, der er næsten sammenfaldende med den viste prisudvikling for tjenesteydelser. Selv om gennemsnitsprisen pr. receptordination ikke er et entydigt begreb, idet det er påvirket af kvalitetsforbedringer m.v., ligger der alligevel i det anførte forhold en vis yderligere illlustration af de i dette afsnit omtalte problemer og udviklingstendenser.

Figur II. 5.
A= forbrugerprisindeks for varer.
B= forbrugerprisindeks for servicefag, fremmed hjælp, reparationsydelser m.m.
C= indeks for timefortjeneste i industri og håndværk m.m.



Kilder: Statistisk Tiårsoversigt 1973, løbende numre af Statistiske Efterretninger samt Dansk Arbejdsgiverforenings lønstatistik for 1973.

er karakteristisk, at den samlede apoteksomsætning i de senere år er steget med 12-13 % pr. år eller i en takt, der svarer nogenlunde til den årlige stigning i lønniveauet. Under denne udvikling har både apotekernes vareindkøbsprocent (vareindkøb i procent af omsætningen) og deres lønprocent vist fortsat stor konstans. Dette indebærer, at både de gennemsnitlige indkøbspriser og apotekernes lønomkostninger, der er den helt dominerende omkostningspost i distributionen, er steget i en takt, svarende til lønudviklingen. Dermed stiger også forbrugerpriserne (incl. den offentligt betalte andel heraf) i nogenlunde samme takt som lønniveauet, medens det normale for andre varepriser er, at de procentvise prisstigninger i kraft af produktivitetsstigninger er lavere end de procentvise lønstigninger. Som årsager til denne udvikling i apotekernes gennemsnitlige indkøbspriser kan bl.a. nævnes forskydninger i lægemiddelforbrugets sammensætning over mod nyere og dyrere produkter sammenholdt med det forhold, at der er tale om forsknings-intensive og dermed lønintensive produkter. De monopolistisk prægede forhold i produktionsleddet kan ligeledes antages at spille en rolle for den nævnte udvikling.

Det ses af figuren, at prisudviklingen for tjenesteydelser har været markant stærkere end vareprisudviklingen og nogenlunde parallel med lønudviklingen. Denne forskel i prisudviklingen for henholdsvis tjenesteydelser og varer er et karakteristisk træk i alle industrilande. Den afspejler forskelle i produktivitetsudviklingen i henholdsvis varefrembringende og de tjenesteydende erhverv. I de frembringende erhverv sker der, bl.a. som følge af den teknologiske udvikling, en hastig produktivitetsstigning. I tjenestesektoren, de tertiære erhverv, er der ikke tilsvarende muligheder for produktivitetsfremskridt. Med nogenlunde ensartede lønninger og lønbevægelser inden for de to områder må denne forskel give sig udslag i en sta-

dig, relativ fordyrelse af tjenesteydelserne[1]).

Den offentlige sektor har som bekendt disse problemer tæt inde på livet med accellerende omkostningsstigninger inden for ikke mindst sygehus- og uddannelsesområdet som fremtrædende eksempler. Da offentlige ydelser typisk er gratisydelser, kommer problematikken her til udtryk ved, at den relave fordyrelse af tjenesteydelser i sig selv er en hovedårsag til den stærke stigning i skattetrykket[2]).

Det kan som afslutning på denne korte sammenligning med anden detaildistribution og med de tjenesteydende erhverv nævnes, at udviklingen muligt kan forløbe mere upåagtet i apoteksbranchen end i de fleste andre brancher. I apoteksbranchen opvejes den relative omkostningsudvikling mere eller mindre af, at også efterspørgslen er voksende, samtidig med at efterspørgslens prisfølsomhed er begrænset. Betragtet som kollektiv må apoteksvæsenet antages til enhver tid at have gode muligheder for via takstfastsættelsen at opnå omkostningsdækning, incl. den tilstræbte forrentning af den investerede kapital og det tilstræbte aflønningsniveau for indehaverne. Det er på den anden side en kendsgerning, at takstforhøjelser i det nuværende system øger problemerne i forbindelse med den store spredning i apoteksindtjeningen og dermed udligningsproblematikken. Under en fortsat økonomisk vækst må det påregnes, at denne problematik vil blive skærpet.

Det må samtidig fremhæves, at der i betalingen for apoteksvæsenets ydelser indgår et betydeligt moment af offentlig udgiftsdækning. En relativ fordyrelse af disse ydelser - som man under alle omstændigheder må regne med, uafhængigt af ejerforhold og strukturændringer - betyder derfor også mere eller mindre automatisk en udgiftsstigning for det offentlige. Man må også af denne grund regne med, at spørgsmålet om apoteksdriftens indretning vil tiltrække sig en voksende samfundsmæssig interesse.

3. Sygehusenes lægemiddelforsyning

3.1. Almindelige bemærkninger

Landets sygehuse, klinikker, sanatorier m.v. blev oprindeligt alle forsynet med medicin fra apotekerne. På sygehusene foregik der samtidig på en læges ansvar en form for lægemiddelfremstilling, idet mange af de indkøbte præparater blev opløst, fortynder, blandet m.v.

I 1863 oprettedes ved Københavns kommunehospital en dispensationsanstalt, hvor lægemidler blev dispenseret (omhældt) og produceret af en farmaceut, men under en læges ansvar. Denne anstalt er den første forløber for de senere sygehusapoteker, som der blev givet regler om ved apotekerloven af 1913. Ifølge disse regler blev lederne ligestillet med indehaverne af apotekerbevillinger med hensyn til fagligt ansvar for lægemidlers anskaffelse, tilvirkning og distribution.

Ved apotekerloven af 1932 indskrænkedes sygehusenes adgang til afvejning, fortynding m.v. af lægemidler. Reglerne herom blev i forbindelse med udarbejdelse af 1954-loven underkastet en kritisk revision, der resulterede i bestemmelser om, at sygehuse uden eget apotek ikke må foretage nogen form for medicinfremstilling.

Efter apotekerlovens § 11 har statens og kommunernes sygehuse samt private sygehuse, der modtager offentlig støtte, eller på hvilke patienter indlægges for offentlig regning, ret til at oprette sygehusapotek, for så vidt de er indrettet med mindst 500 sengepladser eller indenrigsministeren under

1) Undertiden omtales dette som tjenestesektorens »costdisease« Jfr. eksempelvis Baumol & Oates: »The Cost-Disease of the Personal Services and the Quality of Life«, Skandinaviske Enskilda Bankens Kvartalsskrift 1972 nr. 2.

2) Der kan i tilknytning hertil være grund til at nævne, at i diskussionen om offentlig udgiftsbegrænsning har bl.a. spørgsmålet om en reduktion af standarder og normer for indretning af offentlige ydelser spillet en stor rolle. I apoteksdistributionen synes der at foreligge en vis parallel hertil, idet der i apoteksindretning m.v. kan iagttages en klar tendens til en standardglidning. Der er næppe tvivl om, at dette har sammenhæng med, at de i andre brancher virkende konkurrencemekanismer er vidtgående begrænset i apoteksbranchen.

hensyn til sygehusets karakter skønner, at indretning af sygehusapotek er hensigtsmæssig[1]).

Sygehusapotekerne ansættes af sygehusejerne og skal opfylde betingelserne for at blive apoteker. Ansøgninger til en stilling som sygehusapoteker forelægges for sundhedsstyrelsen til udtalelse om ansøgernes egnethed. Sundhedsstyrelsen forelægger sagen for forfremmelsesrådet.

Apotekerlovens § 33 — som ændret **ved** lov nr. 165 af 16. maj 1962 - omhandler sygehusapotekernes fremstillings- og udleveringsret og begrænsningerne heri. Bestemmelsen fastslår bl.a., at sygehus apoteket kun kan forsyne institutioner beliggende inden for samme kommune som sygehusapoteket. Reglen er begrundet i hensyn til de private apoteker. Leverancer til et fjerntliggende sygehus skulle efter dette synspunkt ikke kunne finde sted, idet sådanne leverancer burde tilkomme et af apotekerne i sygehusets naturlige opland. Udlevering af varer er begrænset til patienter, der behandles på sygehusets afdelinger, og det faste personale.

Antallet af sygehuse er ca. 140, hvoraf ca. 120 ejes og drives af de 16 sygehuskommuner (14 amtskommuner og Københavns og Frederiksberg kommuner), 13 af staten, heraf er de 11 statens hospitaler for sindslidende, og ca. 10 er private sygehuse. Der findes i alt 11 sygehusapoteker.

Sygehusenes medicinforbrug i 1971/72 kan anslås til ca. 230 mill. kr. incl. moms (sygehusapoteker 120 mill. kr., receptmedicin fra apoteker til sygehuse 63 mill. kr. og håndkøbsvarer 15-20 mill. kr., alt excl. moms), eller ca. 5 % af sygehusenes driftsudgifter.

1) I lovbemærkningerne til § 11 siges det, at kommissionen ved udformningen af disse bestemmelser, som svarer til apotekerlovens § 22 (1932-loven), har anset det for formålstjenligt under hensyn til den faglige og videnskabelige indsats, der ydes af sygehusapotekerne — i højere grad end efter den gældende lov - at sidestille sygehusapotekerne med de almindelige apoteker. Kommissionen har for at begrænse oprettelsen af sygehusapoteker til de tilfælde, hvor der er baggrund for deres faglige og videnskabeligt indsats, foreslået, at sygehusapoteker normalt kun må oprettes ved store sygehuse, idet det samtidig forudsættes, at disse sygehusapotekers omsætning er tilstrækkelig stor til, at der på apotekerne kan beskæftiges 1 apoteker og mindst 1 provisor.

3.2. Lægemiddelforsyningen til sygehusene

Det største antal sygehuse forsynes med medicin fra de almindelige apoteker, medens de sygehuse, der forsynes fra sygehusapotek, repræsenterer ca. halvdelen af sygehussengene.

I 1972 var leverancen af receptmedicin fra apotekerne til sygehuse m.v. 73,6 mill. kr. excl. moms, fordelt med 6,6 mill. kr. i hovedstadsområdet, 54,8 mill. kr. i provinsbyerne og 12,2 mill. kr. i landdistrikterne[1]). Af apotekernes håndkøbssalg på 219 mill, kr. i 1972 må ca. 20 mill. kr. antages at udgøre leverancer til sygehuse m.v. På leverancer til sygehuse ydes en rabat på 10 %.

Sygehusleverancerne er fordelt på ca. 75 af landets apoteker, og på enkelte apoteker udgør sygehusleverancer over halvdelen af apotekets omsætning. I nogle provinsbyer er leverancen til det lokale sygehus enten delt eller går på skift mellem byens apoteker. Sådanne ordninger må anses for uhensigtsmæssige, både af hensyn til apoteket og sygehuset.

På sygehusene er ofte indrettet et medicindepot, som står under opsyn af en læge, en sygeplejerske eller af en farmaceut ansat på sygehusets centrallaboratorium. Ifølge sundhedsstyrelsens forskrifter af 1958 for sygehuse m.v. for indkøb, rekvirering og opbevaring af lægemidler, herunder vejledning for indretning af medicinskabe, skal der foretages et årligt eftersyn af medicinskabene af en provisor.

Sygehusenes lægemiddelforsyning fra de almindelige apoteker kritiseres ofte med henvisning til, at der mange steder ikke ydes sygehuset tilstrækkelig farmaceutisk service, uden dog at denne mangel altid kan tilskri-

1) Jfr. »Det grå hæfte«, side 10.

ves det leverende apotek, men lige så vel kan skyldes mangel på forståelse for en sådan services værdi hos sygehusets læger og sygeplejersker.

3.3. Sygehusapoteker

Der er som nævnt 11 sygehusapoteker, hvoraf 2 er statslige, Rigshospitalets og Finseninstituttets apoteker, medens 9 findes på følgende kommunale sygehuse: Københavns kommunehospital, Bispebjerg hospital, Frederiksberg hospital, Københavns amts sygehus i Gentofte, Holbæk centralsygehus, Odense sygehus, Randers centralsygehus, Århus kommunehospital (ejes af Århus amt) og Ålborg sygehus Nord (tidligere Ålborg kommunehospital).

To af sygehusapotekerne varetager specielle forsyninger: apoteket på Randers centralsygehus har leverancen til forsvarets vestlige infirmerier, medens apoteket på amtssygehuset i Gentofte leverer til de østlige infirmerier og varetager al medicinleverance til Grønland, hvor der ikke er noget apotek. Grønlandsleverancen beløber sig til ca. 4,4 mill. kr.

De af sundhedsstyrelsen i medfør af apotekerlovens § 21 udfærdigede driftsregler omfatter både sygehusapoteker og almindelige apoteker, og der er i det hele tilstræbt en faglig ligestilling mellem disse. Sygehusapoteker betaler ikke afgift til apotekerfonden; derimod er sygehusapoteker og farmaceuter ansat på sygehusapoteker medlemmer af apotekervæsenets pensionsordning. Sygehusejerne betaler arbejdsgiverbidrag på 13 %, hvilket svarer til ca. 800.000 kr. pr. år eller i gennemsnit 73.000 kr. pr. sygehusapotek.

Sygehusapoteker har kun ret til at levere medicin til behandling af patienter på sygehusets afdelinger og af sygehusets faste personale. Lovteksten hindrer således medicinforsyning af ambulante og hjemsendte patienter. Det er en kendt sag, at der i vidt omfang faktisk sker udlevering af medicin til ambulante patienter. Denne medicinforsyning må imidlertid under den gældende ordning karakteriseres som ulovlig.

Den gennemsnitlige liggetid på sygehus er nedbragt betydeligt over en årrække, og de ambulante behandlinger og undersøgelser på sygehusene er vokset væsentlig stærkere end antallet af indlæggelser. Det kan derfor give anledning til uhensigtsmæssige løsninger for patienterne samt til en betydelig administration for det offentlige, at lovteksten ikke giver mulighed for udlevering fra sygehusapoteker til ambulante patienter, men henviser disse til køb af medicin mod sygesikringsrefusion (50 eller 75 %, eventuelt 0), medens medicinbehandlingen ville have været gratis, hvis patienten fortsat opholdt sig på sygehuset (hvor udgiften pr. sygedag er mindst 500 kr.). Visse præparater er registreret med den klausul, at de kun må anvendes på sygehus, og en patient, der en tid skal fortsætte behandling med sådanne præparater, skal således have dispensation fra sundhedsstyrelsen til køb heraf, og sådanne præparater vil ikke være optaget på listen over tilskudsberettigede lægemidler, hvorfor der i mange tilfælde skal søges om støtte til køb heraf.

Sygehusapotekerne indkøber hovedsageligt medicinske specialiteter direkte fra fabrikant og importør, og får således kun i begrænset omfang disse leveret gennem de 4 grossister på lægemiddelområdet. Ud over en rabat nogenlunde svarende til grossistrabatten, i gennemsnit ca. 10 %, får sygehusapotekerne ofte yderligere rabatter (særrabatter) hos fabrikanter og importører, vel navnlig begrundet i store indkøb i store pakninger, men ofte tilbydes disse særrabatter som et led i en fabrikants markedsføringsvirksomhed. Særrabatterne varierer betydeligt.

Den under afsnit 4.3. omtalte aftale mellem brancheorganisationerne vedrørende medicindistribution indebar, at leverancerne til sygehusapotekerne skulle varetages af grossistfirmaerne og adgangen til levering uden om disse ophøre. Til gengæld for en kortere kredit til sygehusapotekerne (løbende måned + 30 dage) end til de almindelige apoteker (90 dages kredit) skulle sygehusapotekerne fortsat have rabat, men lavere end de hidtidige 10-11 % + særrabatter. Denne del af aftalen, der ville medføre øgede udgifter for sygehusapotekerne, blev ikke effektueret, jfr. nærmere afsnit 4.3.4.

Sygehusapotekernes indkøb af specialiteter androg i 1973 45-50 mill. kr. regnet i AIP (apotekets indkøbspris).

Sygehusapotekerne kan i medfør af apotekerlovens § 38 forpligtes til efter regnskabsårets udløb at indsende oversigt over deres leveringer og driftsudgifter til sundhedsstyrelsen.

Sådanne oplysninger er imidlertid først indhentet for nylig. De indsendte oplysninger er ikke alle umiddelbart sammenlignelige, og det er ikke muligt at opstille en til de almindelige apoteker svarende oversigt over omsætning og overskud[1]).

Med visse forbehold kan omsætningen på de 11 sygehusapoteker i 1971/72 opgives til 123 mill. kr. *excl.* moms og i 1972/73 til godt 140 mill. kr. ligeledes *excl.* moms. Antal ansatte på de enkelte sygehusapoteker varierer fra 16 til knap 70. I alt er der på de 11 sygehusapoteker ansat ca. 450. Personalet består som på de almindelige apoteker af en apoteker, provisorer, apoteksassistenter, defektricer og ufaglært arbejdskraft. I tallet er ikke medregnet praktikanter, d.v.s. farmacistuderende, hvis praktiske uddannelse (15 måneders praktikanttid) delvis kan foregå på sygehusapotekerne, eller assistent- og defektriceelever, som praktisk talt ikke uddannes på sygehusapotekerne.

Almindeligvis ligger sygehusapotekernes vareforbrug i størrelsesordenen 50-55 % af omsætningen og lønningsudgifterne på 14-20 %. De største sygehusapoteker har de procentvis mindste udgifter til vareforbrug og lønninger, og på disse kan der være mellem 30-38 % af omsætningen til dækning af andre udgifter og overskud[1]).

1) Det kan bl.a. nævnes, *at* sygehusapotekerne - ligesom andre afdelinger på sygehusene - registrerer alle indkøb m.v. med moms, *at* udgifter til husleje, forrentning og afskrivninger er yderst skønsmæssige, *at* der kan være vanskeligheder med en korrekt angivelse af personale og dermed lønninger og endelig *at* en del af de relativt mindre udgifter fordeles efter den fulgte norm for sygehusets almindelige omkostningsfordeling.

4. Engrosdistribution af lægemidler

4.1. Historisk udvikling - Lovgrundlaget

Først omkring år 1900 tog industrialiseringen af lægemiddelfremstillingen fart. De virksomheder, som fremstillede og forhandlede råvarer til apotekernes lægemiddelfremstilling, overtog en del af konfektioneringen, og ved apotekerloven af 1913 indførtes regler om kontrollerede laboratorier, hvorfra apotekerne kunne hjemkøbe forarbejdede lægemidler, for hvis fremstilling farmakopeen gav forskrifter. Baggrunden for bestemmelsen var ønsket om kontrol med de virksomheder, som så småt fik del i apotekernes hidtidige faktiske eneret til lægemiddelfremstilling. Ansvaret for de fra de kontrollerede laboratorier indkøbte forarbejdede lægemidlers kvalitet og renhed var apotekernes.

Efterhånden som handelen med fabriksfremstillede lægemidler blev forøget, blev engrosforhandling med medicinske specialiteter hovedvirksomheden for de kontrollerede laboratorier.

Ved gennemførelsen af 1954-loven regnede man med, at en eventuel centralisering af apoteksproduktionen ville finde sted ved, at de kontrollerede laboratorier overtog denne produktion. Da man samtidig skærpede kravene til indretning og teknisk ledelse, ændredes ansvarsreglen derhen, at apotekerne blev fritaget for ansvaret for, at varer indkøbt i original emballage fra et kontrolleret laboratorium svarer til betegnelsen og er i besiddelse af den foreskrevne renhed og kvalitet.

Virksomheder, der er godkendt som kontrollerede laboratorier, jfr. apotekerlovens § 67, er forpligtet til at kunne levere alle de i farmakopeen m.v. beskrevne *forarbejdede* lægemidler. Som sådanne er godkendt 3,

1) Visse økonomiske oplysninger og oplysninger om produktionsforhold m.v. er givet i Dansk Farmaceutforenings publikationer »Sygehusfarmaci i Danmark 1970« og »Sygehusfarmaci i Danmark 1973« samt i »Oprettelse af Sygehusapoteker«, Rapport afgivet i marts 1974 af en af amtsrådsforeningen nedsat arbejdsgruppe. Der henvises til gennemgangen af sidstnævnte rapport i bilag 5.

hvoraf to tillige er engrosforhandlere af specialiteter, jfr. nedenfor.

Efter apotekerlovens § 68 kan danske engrosvirksomheder godkendes som kontrollerede leverandører til apoteker af *uforarbejdede* lægemidler, der er prøveholdige i henhold til farmakopeforskrifter. Der stilles ved sådan godkendelse ikke krav om leveringspligt af alle uforarbejdede lægemidler, og der er heller ikke bestemte krav til ledelse og indretning, men virksomhederne kontrolleres af sundhedsstyrelsen. Betydningen af § 68 er, at apotekernes ansvar for indkøb af råvarer fra kontrollerede engrosvirksomheder lettes, jfr. § 29, stk. 2. Ca. 10 virksomheder, heriblandt de 4 engrosforhandlere af specialiteter og DAK-laboratoriet, er godkendt efter § 68.

4.2. Nuværende struktur

Bortset fra leverancer af medicinske specialiteter til sygehusene, der helt overvejende sker direkte fra producenter og importører, varetages den indenlandske engrosdistribution af fabriksfremstillede lægemidler samt af råvarer til apotekernes egenproduktion næsten fuldt ud af følgende fire medicinalgrossister:

Mecobenzon A/S, der har afdelinger i København, Odense, Århus, Ålborg og Kolding

Nordisk Droge- & Kemikalieforretning A/S, der har afdelinger i København, Odense, Århus og Ålborg

K. V. Tjellesen, København

A/S Max Jenne, Åbenrå og Vejle.

En femte virksomhed, *Otto Müllers Eftf.* A/S med afdelinger i København, Odense, Ålborg, Haderslev og Randers, har indstillet handelen med lægemidler pr. 1. april 1974.

Apotekernes indbyrdes distribution af apoteksfremstillede lægemidler samt distribution af råvarer til den centraliserede apoteksproduktion sker via *Bang & Tegner* A/S, hvori Danmarks Apotekerforening ejer aktiemajoriteten. Som omtalt nedenfor har der tidligere været planer om at lade engrosdistribution af medicinske specialiteter ske gennem Bang & Tegner. Disse planer er imidlertid ikke blevet realiseret.

Af de fire tilbageværende, egentlige medicinalgrossister er de to førstnævnte (Mecobenzon og Nordisk Droge) godkendt som kontrollerede laboratorier, jfr. apotekerlovens § *67.* Alle fire er godkendt som råvareleverandører, jfr. § 68. Selve specialitetsforhandlingen i engrosleddet er almindelig fri næring, som ikke er omfattet af særskilte godkendelses- eller kontrolbestemmelser. Baggrunden for denr.e forskel er bl.a., at de medicinske specialiteter leveres forbrugsfærdige, derunder i færdigpakning til forbrugeren, fra fabrikkernes side. Sikkerhedshensynene bliver her varetaget gennem kontrollen, der følger af varernes registrering som specialiteter, hvilket er en betingelse for, at de kan markedsføres.

Den tilvirkningsvirksomhed, der finder sted på de to nævnte kontrollerede laboratorier, har for visse produkters vedkommende karakter af en industriel fremstillingsvirksomhed, nemlig med hensyn til galenika som f.eks. tabletter og injektionsvæsker. Der er samtidig tale om en produktion, som den egentlige medicinalindustri har været afskåret fra at gå ind i under den hidtidige lægemiddellovgivning, jfr. kap. V. Derimod har der i de senere år — efter den indledte koncentration af apoteksproduktionen — udviklet sig et konkurrenceforhold mellem denne del af medicinalgrossisternes virksomhed og den koncentrerede apoteksproduktion. Da der desuden vil blive givet industrien mulighed for at tage en tilsvarende produktion op ved gennemførelse af forslaget til ny lægemiddellov, må man forudse en betydelig »trængsel« på området og formentlig en deraf følgende overkapacitet.

Såfremt dette eventuelt medfører, at de to kontrollerede laboratorier skulle vælge at trække sig helt eller delvist ud af færdigvare- og råvaremarkedet, må der forudses betydelige vanskeligheder for og under **alle**

omstændigheder en væsentlig fordyrelse af bl.a. sygehusapotekernes råvareforsyning[1]).

Med kun fire virksomheder i den egentlige medicinengroshandel, og ydermere med en relativt stærk koncentration af omsætningen hos de to største af grossisterne, ville man normalt forvente en høj grad af markedsbeherskelse eller monopolstilling. I det foreliggende tilfælde må eventuelle monopoltendenser imidlertid vurderes i lyset af, at branchen som sådan er kraftigt klemt mellem producent/importørleddet på den ene side og apoteksleddet på den anden side, jfr. nærmere i det følgende. Dette afspejler sig da også i, at en femte medicinalgrossist som nævnt har afviklet denne del af sin virksomhed.

For *medicinske specialiteter*, der udgør den dominerende og stadig voksende del af omsætningen, er grossisternes funktion endvidere stort set begrænset til selve den fysiske varehåndtering (lagerhold, ordremodtagelse fra og vareudkørsel til apoteker) samt en ganske vist meget vidtgående kreditgivningsfunktion over for apotekerne. Grossisterne har ingen indflydelse på deres udsalgspriser til apotek og kan ej heller påvirke deres egne indkøbspriser. Grossisternes udsalgspriser (= apotekernes indkøbspriser, almindeligvis benævnt AIP) fastsættes af fabrikanter og importører, formelt under sundhedsstyrelsens kontrol[2]); Af disse priser tilfalder der grossisten en vis andel, den såkaldte grossistrabat eller grossistmarginal, til dækning af omkostninger og avance. Denne grossistrabat har i de senere år været faldende fra omkring 12-13% i 1970 til godt 10% i 1973. Grossisterne udøver ikke nogen egentlig salgsindsats med hensyn til specialiteter. Salgsarbejdet varetages direkte af fabrikanter og importører. (Det er særlig intensivt over for lægerne, jfr. at op mod 80 % af lægemiddelomsætningen er receptmedicin).

Som følge af disse forhold foregår konkurrencen mellem grossisterne, hvad angår de medicinske specialiteter, især som en konkurrence på leveringshyppighed og leveringsbetingelser — derunder i særdeleshed kredittid, jfr. det følgende. Også et forhold som den daglige åbningstid spiller en vis rolle som konkurrencemiddel grossisterne imellem.

På *råvareområdet*, som kun de to største virksomheder beskæftiger sig med i større målestok, er der derimod tale om en traditionel grossistfunktion: indkøb i store partier og med aktiv prispåvirkning i et konkurrencepræget marked og tidligere tillige en høj grad af priskonkurrence ved videresalget til apoteker og sygehuse m.v. Blandt andet synes konkurrence på råvaretilbud tidligere at have spillet en rolle som middel til at knytte det enkelte apotek til sig for så vidt angår specialitetsomsætningen. Med tilbagegangen i råvaresalget bl.a. som følge af det stigende salg af fabriksfremstillede lægemidler, (og i takt med, at Bang og Tegner har overtaget distributionen af visse råvarer til den centraliserede apoteksproduktion), er betydningen af dette konkurrencemiddel dog aftaget og en neutralisering af priskonkurrencen indtrådt, også hvad angår råvarer. Dette har dog ikke ændret ved den situation, at bruttoavancerne på råvarer og halvfabrikata er lave, ikke mindst set på baggrund af den omkostningskrævende sikkerheds- og identitetskontrol, der må opretholdes for denne del af omsætningen. Ved de nuværende priser og kreditbetingelser må rentabiliteten af denne del af engrosomsætningen isoleret set nok anses for ringe.

Med den iværksatte produktionskoncen-
i ration på apotekerne er der som nævnt

1) Der henvises til MEGROS' skrivelse til folketingets udvalg angående forslag til lov om lægemidler. Skrivelsen er optaget som bilag 19 til udvalgets beretning af 15. juli 1974.

2) Det er som tidligere nævnt gruppens opfattelse, at denne særlige priskontrol stort set er en formalitet. Dette indtryk stemmer overens med erfaringer under det svenske system før statsovertagelsen. For en nærmere diskussion heraf kan bl.a. henvises til den som led i den s.k. koncentrationsutredning afgivne svenske betænkning om lægemiddelindustrien, S.O.U. 1969:36, side 91 ff.

samtidig opstået en speciel konkurrencesituation for visse af de farmakopélægemidler, som de to kontrollerede laboratorier traditionelt har været leverandører af. Disse varer fremstilles nu også - eller påregnes fremstillet - hos de nye, industrialiserede produktionsapoteker. Den heraf følgende konkurrence må forventes yderligere intensiveret ved gennemførelse af den nye lægemiddellov, der formentlig vil få til konsekvens, at også den egentlige lægemiddelindustri tager disse produktioner op.

4.3. De senere års udviklingstendenser inden for engrossektoren

I de sidste tre–fire år er det kommet til en række stærke brydninger i engroshandelen, forsøg på etablering af nye distributionsmønstre samt i nogen grad en *eksistenskamp* for de bestående virksomheder. I det følgende skal der forsøges givet et overblik over nogle af de hovedspørgsmål, der har foreligget i forbindelse med denne ændring fra et tidligere nogenlunde stabilt distributionsmønster til en situation, der næppe endnu har fundet sin endelige afklaring, og hvor allerede denne specifikke udvikling måske kan gøre det påkrævet — i forlængelse af apotekerloven - at gennemføre særlige lovregler om engrosdistributionen.

Følgende meget grove rubricering kan måske tjene som udgangspunkt for et sådant forsøg på at skabe overblik over et stærkt kompliceret hændelsesforløb:

1) Bestræbelser for øget producent- og importørindflydelse i engrosleddet (fremadrettet integration - d.v.s. integrationsbestræbelser der retter sig mod et følgende led i produktions- og distributionssystemet).
2) Tilsvarende bestræbelser fra apotekernes side for øget indflydelse i engrosleddet, her altså som bagudrettet integration (integrationsbestræbelser rettet mod et forudgående led i systemet).
3) Initiativer inden for engroshandelen selv, derunder også »udbrudsforsøg«.
4) Stabiliseringsforsøg, mere eller mindre omfattende hele medicinalbranchen.

Denne rubricering følges dog ikke snævert i det følgende. Dels kan man ikke så skarpt, som det er gjort her, holde de forskellige initiativer ude fra hinanden. Dels må visse af de hovedspørgsmål, der har været drøftet i forbindelse med de senere års udvikling i branchen, behandles på tværs af denne opdeling.[1]) Oversigten kan imidlertid være hensigtsmæssig som en indledende orientering om den nævnte udvikling. Punkt 1) og 2) er samtidig belysende for engrosleddets placering som et relativt svagt mellemled mellem en monopoliseret detailhandel på den ene side og på den anden side et producent- og importørled, hvor de monopolistiske islæt ligeledes er meget udtalte. Specielt under de senere års hændelsesforløb er denne grundstruktur trådt meget tydeligt frem.

Der kan måske i tilknytning til oversigten være grund til at nævne, at integrationsbestræbelser som nævnt under punkt 1) og 2) er velkendte fra en lang række andre brancher. Medicinengroshandelens stilling er imidlertid særegen derved, at grossistleddets muligheder for selv at gå aktivt ind i en sådan integrationspolitik er begrænsede i forhold til, hvad der er tilfældet på andre områder. Privilegiesystemet for apotekerne afskærer grossisterne fra indflydelse på detaildistributionen, hvorimod det omvendte ikke er tilfældet.

4.3.1. Integration mellem producenter og grossister

Der synes at have været flere i tid sammenfaldende årsager til, at *medicinindustrien* (for den udenlandske industris vedkommende repræsenteret ved importørerne) i de senere år har vist øget interesse for spørgsmålet om engrosdistributionens tilrettelæggelse. Med markedernes stigende internationalisering og skærpet offentlig årvågenhed omkring prisdannelsen for medicinalvarer har producenterne efter alt at dømme lagt stigende vægt på at undgå for store prisforskelle for deres produkter i de forskellige aftagerlande. De er dermed også i øget grad kommet ind på at sammenligne distributionsomkostningernes størrelse i de forskellige lande. I denne henseende synes ikke mindst sammenligninger med forholdene i Sverige at have spillet en central rolle. Som det fremgår af redegørelsen om Sverige i kap. III, er niveauet for grossistrabatterne i svensk medicindistribution i de senere år reduceret ret væsentligt. — Endelig skal nævnes, at medicinindustriens øgede interesse for tilrettelæggelsen af engrosdistribu-

1) Dette gælder navnlig spørgsmålet om de ekstraordinært lange rentefri kreditter, apotekerne har opnået, og diskussionen om énkanal- contra flerkanaldistribution, jfr. det følgende.

tionen muligvis også kan have sammenhæng med, at tempoet i produktfornyelsen er faldet væsentligt i løbet af den sidste halve snes år. Da industrien traditionelt har inddækket en forholdsvis stor del af sine samlede omkostninger gennem salget af nyudviklede produkter — bl.a. også gennem prisberegningen for disse - vil det være nærliggende, om man søger at kompensere for en sådan udvikling ved bl.a. at søge grossistrabatterne reduceret.

4.3.2. Integration mellem apoteker og grossister

I *apotekernes* bestræbelser for at påvirke forholdene i engroshandelen synes to hovedhensyn at have været særlig afgørende: apotekernes ønske om at bevare de meget lange rentefri kreditter, det er blevet kutyme for grossisterne at yde til apotekerne, samt hensynet til sikring af apotekernes råvareindkøb. Sidstnævnte hensyn kan bedst forklares på baggrund af en gennemgang af et af de hovedspørgsmål, der har været fremme under de senere års drøftelser: flerkanal- eller énkanaldistribution, jfr. herom umiddelbart nedenfor. Spørgsmålet om de lange *rentefri kreditter* er omtalt i flere andre sammenhænge i nærværende betænkning, bl.a. i tilknytning til gennemgangen af apotekernes regnskabsskema. En detaljeret gennemgang og vurdering findes i bilag 4. Her skal derfor alene nævnes, at lægemiddelgrossisterne siden ikrafttrædelsen i 1955 af den gældende apotekerlov har udvidet den periode, hvori der ydes apotekerne rentefri kredit, således at det nu er blevet almindeligt at yde rentefri kredit i ca. 3 måneder mod tidligere ca. en måned. Denne merkredit har for apotekerne alt andet lige betydet en væsentlig indtægt uden for regnskabsskemaet — og dermed en indtægt ud over det tilsigtede gennemsnitsudbytte — som for 1970 er opgjort til ca. 31.000 kr. pr. apoteker, og som i dag må skønnes at være væsentlig større[1]).

4.3.3. Énkanal—flerkanaldistribution

Som nævnt har spørgsmålet om *énkanal-contra flerkanaldistribution* indtaget en central placering under den uro, som i de senere år har præget engroshandelen. Der er tale om en speciel brancheterminologi, hvor man ved énkanalsystem forstår, at én bestemt forhandler har eneforhandlingsret for hele landet med hensyn til den pågældende medicinske specialitet, medens det samme præparat under et flerkanalsystem forhandles gennem flere grossister.

Den hidtidige engroshandel har med enkelte undtagelser været baseret på det sidstnævnte princip, idet hovedreglen har været, at samtlige engrosvirksomheder har forhandlet (og lagerført) samtlige i Danmark registrerede medicinske specialiteter. For apotekerne har dette betydet, at de normalt har kunnet nøjes med én å to leverandører. Et rent énkanalsystem forudsætter derimod, at apotekerne står i løbende forretningsforbindelse med samtlige grossister, der hver fører sin del af det samlede registrerede sortiment. Dette ville indebære en vis forøgelse af omkostningerne i apoteksleddet: større omkostninger til ordreafgivelser, hjemtagelse, regnskab etc. Det er imidlertid en almindelig antagelse, at der for det samlede distributionssystem skulle kunne opnås en omkostningsbesparelse ved overgang til énkanaldistribution. Besparelsesmulighederne er særlig klare hvad angår lageromkostninger, idet lagerbeholdningerne reduceres, når hver enkelt grossist i modsætning til nu kun skal lagerføre en del af det samlede specialitetsudbud. Derudover har været nævnt, at énkanaldistribution skulle rumme besparelsesmuligheder i kraft af større muligheder for forenkling af ordrerutiner, ekspedition m.v., hvorimod kørselsomkostningerne måtte påregnes forøget.

Mere generelt kan der peges på en forskel i grossistens konkurrencesituation under de to distributionssystemer, som er af betydning for distributionsomkostningernes højde. Ved et flerkanalsystem retter grossisternes konkurrence sig mod apoteksleddet. Foruden i konkurrence på kreditgivning giver den sig udslag i en udstrakt service med hensyn til hyppigheden af vareudbringning etc., hvorved denne servicevirksomhed måske bliver større end sam-

1) Ved en samlet økonomisk vurdering heraf må der dog tages hensyn til, at apotekerne ligeledes uden for det ved takst- og afgiftsfastsættelsen m.v. anvendte regnskabsskema afholder en række udgifter. Efter apotekerforeningens opfattelse svarer disse udgifter nogenlunde til den nævnte rentefordel. Efter gruppens opfattelse kan de pågældende udgifter kun opveje en mindre del af rentefordelen, jfr. nærmere bilag 4.

fundsmæssigt optimalt. I den konkurrencesituation grossisterne imellem, som foreligger ved énkanaldistribution, retter konkurrencen sig i højere grad imod producent- og importørleddet. Det bliver her et hovedkonkurrencemiddel at kunne tilbyde producenten/importøren et rationelt distributionssystem med lave totale distributionsomkostninger.

Spørgsmålet énkanal- contra flerkanaldistribution har imidlertid flere andre aspekter end nævnt indtil nu.

Eneforhandlingssystemer udgør normalt et integreret led i en producents samlede markedsføringssystem og konkurrencepolitik. I reglen bygger et eneforhandlingssystem ikke kun på en ensidig, men på en gensidig eksklusivitet, således at eneforhandleren (énkanalselskabet) ikke blot har eneret på at føre en bestemt virksomheds produkter, men også har afskåret sig fra at føre konkurrerende virksomheders produkter. Systemet medfører herved ikke blot en beskyttet stilling for eneforhandleren, men også for producenten. Bl.a. kan det være vanskeligt for nye producenter (såvel indenlandske) at komme ind på et marked, hvor distributionen er baseret på sådanne eksklusivaftaler. Dette har da også været en af årsagerne til, at monopolmyndighederne har afvist hidtidige forslag til en nyordning af forholdene i den danske medicinalengroshandel.

Ved bedømmelsen af spørgsmålet énkanal-/flerkanaldistribution må der videre tages hensyn til de konsekvenser, en vidtgående omlægning til énkanalsystemer kan få for apotekernes og måske specielt *sygehusapotekernes råvareforsyning.* Det er tidligere fremdraget, at de hidtidige prisvilkår for råvarerne har været betinget af, at der forelå en omsætningsmæssig sammenkædning med specialitetsomsætningen. En ændret fordeling af specialitetsomsætningen eller indførelse af helt nye systemer, som medfører at dette omsætningsunderlag reduceres, vil derfor nødvendiggøre væsentlige pris- og avanceforhøjelser for råvarerne.

4.3.4. Initiativer til strukturomlægning inden for branchen

De *omtalte brydninger* inden for branchen synes at være begyndt med, at de daværende fem grossister i en fællesskrivelse af 1. juli 1970 med virkning fra 1. januar 1972 bebudede en indskrænkning af den rentefri kredittid til »løbende måned + 15 dage«. Danmarks Apotekerforening tog skarpt afstand fra denne indskrænkning og erhvervede i begyndelsen af 1971 aktiemajoriteten i selskabet Bang & Tegner (leverandør af sygeplejeartikler) med henblik på eventuelt at etablere egen engrosdistribution af medicinske specialiteter. Foreningen førte samtidig forhandlinger til flere sider om genetablering af de hidtidige leverings- og betalingsbetingelser. Disse drøftelser førte til en samarbejdsoverenskomst med den største af grossisterne, Mecobenzon A/S, om opretholdelse af en udvidet kredittid, betinget af nærmere fastsatte købsandele for det enkelte apotek hos Mecobenzon, og for apotekerne under ét et samlet køb hos Mecobenzon på mindst 60 % af apotekernes totale omsætning af medicinske specialiteter.

Over for denne gensidige binding reagerede de fire øvrige grossister ved stiftelsen af to indbyrdes nært samarbejdende énkanalselskaber, der opnåede eneforhandlingsret hos en række importører og producenter med den konsekvens, at de pågældende importører og producenter standsede leverancerne til Mecobenzon[1]).

Samtlige i sagen implicerede parter indgav klager over hinanden til monopoltilsynet, som pålagde den nævnte gruppe af importører og producenter at fortsætte leverancerne til Mecobenzon, men samtidig krævede ophævelse af den centrale bestemmelse om betingelser for udvidet rentefri kredit i samarbejdsaftalen mellem Mecobenzon og Apotekerforeningen. Ved en senere kendelse fra monopolankenævnet blev det pålagt parterne at ophæve denne samarbejdsaftale i sin helhed.

I tilknytning til de trufne afgørelser afgav monopoltilsynet i henhold til monopollovens § 14 en særlig redegørelse til handelsministeriet om leveringsforholdene i medicinalbranchen. Der er her tale om en relativt sjældent benyttet bestemmelse i monopolloven, sigtende på sådanne konkurrencebegrænsnings- og erhvervsfrihedsproblemer, der dårligt kan løses inden for monopollovens rammer.

Efter de trufne afgørelser etableredes igen et samarbejde mellem de fem grossistvirksomheder. De etablerede kanalselskaber opløstes, og grossisterne indgik en aftale om ensartede distributionsbetingelser. Samtidig arbejdede imidlertid en gruppe af leverandører bestående af 2 fabrikker og 5 importører - den såkaldte Novo-gruppe med i alt ca. 1/4 af specialitetsomsætningen - med planer om oprettelse af en fælles fordelingscentral, der uden om grossisterne skulle distribuere gruppemedlemmernes varer direkte til apotek. Det blev anslået, at dette kunne ske til distributionsomkostninger på 5 1/2–6 % af AIP-priserne mod en gennemsnitlig grossistavance for specialiteter på ca. 10 1/2 % (tidligere ca. 13 %).

Novo-gruppens initiativ førte på sin side - efter et mellemspil hvorunder Mecobenzon opsagde aftalen med de 4 øvrige grossister og tilbød distribution til 8 3/4 % - til forstærkede bestræbelser i øvrige dele af branchen for bevarelse af den eksisterende branchestruktur. Et arbejdsudvalg bestående af repræsentanter for MEFA (Foreningen af danske Medicinfabrikker), MEDIF (Medicinimportørforeningen) ME-

1) Gennem længere tid forud havde der været forhandlet mellem samtlige grossistvirksomheder om overgang til énkanalsystem, herunder et centraliseret system hvor al distribution skete gennem ét fælles grossistselskab. Der kunne imidlertid ikke opnås enighed herom.

GROS (Foreningen af Medicingrossister), Danmarks Apotekerforening samt en konsulent i distributionsspørgsmål - men uden repræsentation fra sygehusapotekerne - udarbejdede i sommeren 1973 en beretning med forslag til en ny brancheordning, som det blev besluttet at lade træde i kraft pr. 1. december 1973. En række leverandører gav dog kun en betinget tilslutning til ordningen.

Et hovedpunkt i ordningen var, at alle leverandører skulle yde grossisterne rabat efter en fælles skala, inddelt efter varernes omsætningshastighed, emballeringsform m.v. og med en beregnet gennemsnitlig rabat for den samlede specialitetsomsætning på 9,6 %, med andre ord en nedsættelse på op mod et procentpoint. Et andet hovedpunkt var, at grossisterne skulle overtage distributionen til sygehusapotekerne, hvilket skulle være en hovedforudsætning for rabatreduktionen. Hidtil havde sygehusapotekerne som nævnt i indledningen helt overvejende købt direkte hos producenter og importører og til priser, der taget under ét var væsentlig lavere end AlP-priserne.[1]) Selv om sygehusapotekerne fremdeles skulle kunne opnå kvantumsbestemte rabatter på AlP-priserne var det dog et klart led i den aftalte brancheordning, at priserne til sygehusapotekerne skulle hæves væsentligt.

Som en vigtig konsekvens af den påtænkte brancheordning skal endelig nævnes, at leverandører, der ikke tiltrådte ordningen i sin helhed, ville blive afskåret fra at få deres varer distribueret gennem grossisterne.

Ved monopoltilsynets behandling af den foreslåede nyordning blev det sidstnævnte forhold erklæret for uforeneligt med monopollovens § 11, stk. 1, som indebærende en urimelig indskrænkning i den frie erhvervsudøvelse. Den vedtagne ændring af leveringsforholdene over for sygehusapotekerne blev ligeledes betragtet som medførende en urimelig ulighed i vilkårene for sygehusapotekerne. Under monopolrådets drøftelse af sagen blev der endvidere lagt vægt på, at branchen - såfremt der arbejdedes videre med planerne om en nyordning - foretog en tilbundsgående undersøgelse af de virkninger, som ordningen ville få for de forskellige omsætningsled, og at der fremlagdes dokumentation for ordningens rationaliserende konsekvenser for alle omsætningsled. I denne forbindelse blev det med hensyn til rabatskalaens udformning tilkendegivet over for branchen, at der måtte lægges vægt på, at rabatsatserne fastsættes ud fra omkostningshensyn, således at hensynet til rimelige og rationelle indkøbs- og leveringsforhold bliver bestemmende for de enkelte præparaters placering i rabatsystemet. Endelig blev der af monopolrådet givet udtryk for ønskeligheden af, at der foretages en undersøgelse af, hvilke omkostningsbesparelser der vil kunne opnås for leverandører, grossister og sygehusapoteker ved, at leverancerne til sygehusapotekerne eventuelt overgår til grossisterne.

Samtidig med denne udvikling blev arbejdet i den tidligere omtalte leverandørgruppe (Novo-gruppen) fortsat. De 7 leverandører bag denne plan om oprettelse af en fælles fordelingscentral (uden om grossisterne) stiftede i august 1973 foreningen Medicindistributionen, der dog først skulle træde i funktion, når man havde opnået bindende tilslutning fra et større antal leverandører. Den virksomhed, der er påtænkt optaget gennem foreningen, kan sidestilles med producentkooperation. Det var hensigten, at foreningen gennem et ekspeditionskontor skulle arrangere fælles ordreoptagelse hos apotekerne med påfølgende fællesekspedition via et centrallager og tre »provinslagre« og med anvendelse af egen kørselsafdeling. Omkostningerne ved fællesekspeditionen samt ved visse statistikfunktioner (bl.a. med sigte på salg og reklame), som foreningen ligeledes skulle kunne påtage sig, skulle fordeles ud på medlemmerne efter en nærmere fastsat fordelingsnøgle, der principielt tilsigtede at fordele omkostningerne i forhold til værdien af de modtagne ydelser.

En gennemførelse af denne ordning ville for de implicerede parter betyde, at grossistfunktionen blev ophævet som selvstændigt handelsled og på kooperativ basis integreret i producent- og importørleddet. Foreningens virksomhed kan således ikke sidestilles med énkanaldistribution. Principielt skulle salget ske direkte fra de pågældende producenter/importører til apoteker, sygehusapoteker, laboratorier m.v., og kun selve ordreoptagelsen, varehåndteringen og de nævnte statistikfunktioner skulle varetages af foreningen. Priser og rabatter skulle være foreningen uvedkommende, og den kredit, der blev ydet apotekerne skulle finansieres af fabrikanter/importører. På centrallageret og de nævnte ekspeditionslagre skulle varerne henligge i konsignation, d.v.s. som leverandørernes ejendom.

På grund af den seneste udvikling på grossistområdet, jfr. nedenfor, blev tankerne bag stiftelsen af foreningen Medicindistributionen dog ikke ført ud i livet som planlagt, men foreningen fandt det hensigtsmæssigt indtil videre at udskyde etableringen af den påtænkte fordelingscentral.

Som følge af monopoltilsynets underkendelse blev den af brancheorganisationerne foreslåede nyordning heller ikke sat i kraft.[1]) I stedet besluttede de daværende 5 grossister, der var enige om ikke at af-

1) Dette forhold må dels ses i sammenhæng med, at sygehusapotekerne aftager store kvanta ad gangen. Men det må som nævnt også ses som led i producenternes markedsføringspolitik, idet det er vigtigt for afsætningen af et præparat, at det vinder indpas på hospitalerne.

1) Det er oplyst over for gruppen, at det af brancheorganisationerne nedsatte fælles arbejdsudvalg stadig består og fortsætter sine overvejelser med henblik på rationalisering af distributionskæden.

vente en helhedsløsning af rabat- og distributionsforholdene, at tilbyde samtlige medicinleverandører at distribuere deres præparater til de rabatsatser, der indgik i det tidligere fremsatte forslag.

I forbindelse med monopoltilsynets behandling af denne nye aftale fremhævede grossisterne, at der nu til forskel fra den tidligere foreslåede brancheordning alene var tale om en aftale mellem grossisterne og kun vedrørende rabatterne. De aftalte rabatter var et tilbud til leverandørerne, der således var frit stillet med hensyn til, om de ville tilslutte sig ordningen. De leverandører, der ikke ønskede dette, kunne få distribueret deres præparater gennem grossisterne på samme vilkår som hidtil. Leverandørernes direkte levering til sygehusapotekerne ville således ikke blive berørt af ordningen, men ville kunne finde sted som hidtil.

Som en afgørende motivering fra grossisternes side for at gå ind for nyordningen anførtes, at samtlige leverandører herved ville blive stillet lige med hensyn til rabatvilkår, idet omsætningen af det enkelte varenummer efter den foreslåede ordning bestemmer rabatgrupperingen, medens det hidtil havde været leverandørernes totalomsætning, der var afgørende for rabattens størrelse. Herved opnåedes tillige et incitament for leverandørerne til at koncentrere deres markedsføring om det færrest mulige antal varenumre (pakkestørrelser).

Endvidere fremhævedes det fra grossisternes side, at den foreslåede ordning ville medføre en reel nedsættelse af rabatten, idet den reduktion i den gennemsnitlige grossistrabat, som den opstillede rabatskala betinger, ikke længere ville blive opvejet af overtagelsen af leverancerne til sygehusapotekerne.

Under hensyn til de fremhævede forhold, herunder at aftalen ikke indførte et for hele branchen ensartet rabatsystem, at aftalen ikke forhindrede direkte leverancer til sygehusapotekerne eller medførte en ensidig reduktion af rabatterne til disse, samt at aftalen ikke indebar en boykot over for leverandører, der ønskede at holde sig uden for ordningen, fandt monopoltilsynet ikke anledning til at gribe ind over for grossisternes aftale. Aftalen, der er indført i tilsynets register, trådte i kraft den 1. maj 1974. Det tilføjes, at anmeldelse kun blev foretaget af 4 af de hidtidige 5 medicinalgrossister, idet Otto Mullers Eft. A/S som allerede nævnt indstillede sin handel med medicinske specialiteter og medicinske mærkevarer med virkning fra den 1. april 1974.

5. Fremstilling af lægemidler

5.1. Udvikling

Indtil dette århundredes begyndelse blev praktisk talt al brugsfærdig medicin fremstillet på apotekerne, i hvis laboratorier droger og kemikalier blev forarbejdet til færdige lægemidler i forskellige former, piller, pulvere, mixturer, salver m.v. Fremstillingsmetoderne var igennem århundreder håndværksmæssig, og fremstillingen var derfor helt naturligt fordelt på alle landets apoteker.

Fremstillingsforskrifter m.v. for lægemidler er lige så gamle som apotekervæsenet. Allerede i 1658 kom den første danske farmakope, hvori blev givet regler for lægemidlers fremstilling, og forskrifter for fremstilling af brugsfærdige lægemidler. Siden 1893 har der været en permanent farmakopekommission til at holde farmakopeen i overensstemmelse med udviklingen og udarbejde tillæg til farmakopeen. Formålet er ifølge forordet til den gældende fælles nordiske farmakope (af 1963) »at fastsætte standard for sådanne stoffer og droger, som skønnes at have betydning for behandlingen og diagnosticeringen af sygdomme samt at fastsætte bestemmelser vedrørende fremstillingen af galeniske præparater.«

Ved *officielle formelsamlinger* forstås samlinger indeholdende monografier (d.v.s. farmakopemæssige beskrivelser af stoffer) over enkeltstoffer til lægemiddelfremstilling og/eller over brugsfærdige lægemidler (galenika) med fremstillingsforskrift, som enten er udsendt af et under sundhedsstyrelsen fungerende organ (farmakopekommissionen) eller som har opnået sundhedsstyrelsens godkendelse (efter udtalelse fra farmakopekommissionen). Udover farmakopeen (Pharmacopea Nordica, Ed. Dan. med tillæg) har Dispensatorium Danicum 1963 og DAK-præparater 1963 status som officielle formelsamlinger.

Den fra slutningen af forrige århundrede accelererende industrialisering greb også ind i lægemiddelfremstillingen, og kom til at betyde omvæltninger i apotekernes arbejder, dels fordi forskellige maskiner, navnlig tabletmaskiner, vandt indpas på apotekerne, men navnlig fordi råstofproducenter og -forhandlere selv udnyttede maskinerne til at færdiggøre produktet til forhandling til forbrugerne. En forskning kom igang, der efterhånden førte til syntetisering af naturprodukter og andre lægemidler.

Salg af industrielt fremstillede lægemidler tog som nævnt fart ved begyndelsen af dette århundrede, men på det tidspunkt var det udelukkende udenlandsk fremstillet fabriksmedicin, der blev solgt her i landet. Fra omkring 1910 stiftedes imidlertid en række medicinfabrikker, og efterhånden kom *dansk fremstillet fabriksmedicin* til at udgøre en betydelig del af dette salg.

Den kraftige stigning i salget af fabriksfremstillede præparater skyldes flere forhold. Af stor betydning var således den markedsføring, som fabrikkerne udviklede, bestående i anvendelse af korte og mundrette betegnelser (særnavne) og i en reklameindsats over for de ordinerende læger.

Væsentligere var det imidlertid, at fabrikkerne gennem deres stadigt voksende forskningsindsats udviklede en række præparater af vidtrækkende betydning i sygdomsbehandlingen, præparater som

de almindelige apoteker ofte havde vanskeligt ved at fremstille.

For apotekerne medførte denne udvikling en frygt for en fuldstændig omkalfatring af det traditionelle arbejdsområde, og med starten i 1922 af *DAK-hevægelsen* søgte apotekerne at føre så meget som muligt af arbejdet med fremstilling af brugsfærdige lægemidler tilbage til apotekerne.

DAK skulle ved et fælles produktudviklingsarbejde give den enkelte apoteker en sådan viden, at han blev i stand til at tage konkurrencen op med fabrikkerne.

Også *lovgivningen* har bremset en fuldstændig overførelse af medicinproduktionen til fabriksproduktion. Ved apotekerloven af 1932 blev der indført en regel om, at stoffer og præparater, der var beskrevet i farmakopeen eller i almindeligt tilgængelige monografisamlinger og håndbøger eller som efter sundhedsstyrelsens skøn i hovedsagen svarer til disse, ikke måtte bringes i handelen som medicinske specialiteter, og således ikke måtte forhandles under særnavne. På baggrund af denne bestemmelse udvikledes efterhånden den praksis, at en fabrikant eller en importør - forinden en specialitet blev bragt i handelen - forelagde sundhedsstyrelsen sagen for på forhånd at få en udtalelse om, at den pågældende specialitet ikke stred mod den refererede bestemmelse. Disse sager blev behandlet af farmakopekommissionens specialitetsudvalg.

Apotekerlovkommissionen af 1947 drøftede indgående spørgsmålet om apoteksproduktionen af lægemidler. Flertallet mente ikke, at der burde ske en fuldstændig flytning af lægemiddelfremstillingen fra apotekerne til fabrikkerne, idet det ansås for betydningsfuldt at opretholde en høj faglig standard på apotekerne og idet flertallet mente, at apoteksdriften blev billiggjort ved opretholdelse af produktionen, således at den kapacitet, som under alle omstændigheder skulle være på apotekerne, blev udnyttet. Men det erkendtes også, at medicinfabrikkerne var et nødvendigt led i lægemiddelfremstillingen, dels fordi en lang række lægemidler ikke kunne fremstilles på apoteket, dels fordi forskningen med hensyn til nye lægemidler væsentligst foregår på fabrikkerne. Hele kommissionen var enig om det ønskelige i konkurrence imellem apoteker og fabrikker og om, at det af beredskabsmæssige hensyn var af betydning at have produktionssteder fordelt over hele landet.

Resultatet af disse overvejelser blev, at der i *apotekerloven af 1954* indførtes regler om godkendelse af specialiteter og om optagelse i et specialitetsregister som betingelse for forhandling, og apoteksproduktionen blev yderligere favoriseret. Dette har imidlertid ikke været til hinder for en stadig forrykkelse af lægemiddelsalget fra apoteksfremstillede lægemidler til medicinske specialiteter. Fra medicinindustriens side erkendes det vel også nu, at 1954-loven ikke medførte de ringe vilkår, som industrien dengang frygtede. Om de seneste initiativer vedrørende koncentrering af apotekernes produktion til et fåtal af apoteker og den stærkt intensiverede markedsføringsvirksomhed for apotekspræparaterne, jfr. nedenfor, vil ændre forskydningen af salget, må foreløbig stå hen som et åbent spørgsmål.

5.2. Industriel lægemiddelproduktion

Den forskningsintensive medicinindustri har tre hovedfunktioner: forskning med henblik på udvikling af produkter og metoder[1]), den kemiske og farmaceutiske produktion med tilknyttet kvalitetskontrol og markedsføringen med tilhørende information og reklame.

Selve fremstillingsprocessen består dels af basisproduktion (kemisk syntese, fermentering og organekstraktion), dels af farmaceutisk produktion og pakning (konfektionering).

Forskningen er kapitalkrævende og risikobetonet i den forstand, at der skal gennemføres en meget stor indsats med mange »spild«, før der nås et resultat, som kan anvendes i den endelige konfektionering og bringes på markedet.

Af de medicinske specialiteter, som blev bragt i handelen i 1920-erne og 1930-erne, er der kun ganske få tilbage. I dag er en specialitets gennemsnitlige »levetid« omkring 10 år, således at den kapital, som er investeret i frembringelsen, skal afskrives over denne periode.

1) Ifølge kapitel XI. i patentloven, jfr. lov nr. 479 af 20. december 1967 kan produktpatent på opfindelser af lægemidler indtil videre ikke meddeles. Efter gældende ret kan der derimod meddeles patent på fremgangsmåde til fremstilling af lægemidlet. Patent kan ikke blot meddeles, hvor nyheden ved opfindelsen af et lægemiddel ligger i selve fremstillingsmetoden (patent på »fremstillingsmåde«), men også hvor et nyt præparat, der fremstilles i overensstemmelse med tidligere kendte fremgangsmåder, viser uventede og værdifulde egenskaber (patent på »analogifremgangsmåde«). Ved denne praksis ydes der en patentbeskyttelse, der i et vist omfang kan sammenlignes med den beskyttelse, der ville opnås ved et egentligt produktpatent.

Det er en almindelig erfaring både her og i udlandet, at antallet af præparater, der søges registreret som medicinske specialiteter, og som repræsenterer egentlige terapeutiske nyskabelser, har vist en faldende tendens i de senere år[1]).

Denne tendens kan næppe tilskrives dalende forskningsindsats, men snarere de stadig voksende krav til sikkerhed og dokumentation for, at bivirkninger ikke står i misforhold til den tilstræbte medicinske effekt, som både de offentlige kontrolmyndigheder og industrien selv opstiller. Kravene er navnlig blevet skærpet efter talidomidkatastrofen i begyndelsen af 1960-eme.

Faldet i innovationshastigheden kan få betydelige konsekvenser for medicinindustrien. Det har således i mange år været almindeligt, at præparater bragt på markedet holdt prisen uændret, idet bl. a. industriens omkostninger ved fortsatte forskningsaktiviteter blev indregnet i priserne på nye præparater, efterhånden som disse blev markedsført. Med den dalende innovationstakt og en inflationær udvikling vil denne prispolitik næppe fuldt ud kunne opretholdes. Hertil kommer, at forskningsindsatsen på industrivirksomheder måske vil koncentrere sig om udarbejdelse af nye farmaceutiske formuleringer eller forbedring af eksisterende præparater frem for udvikling af helt nye produkter.

Specielt i Danmark kan en konsekvens blive, at industrien vil gøre en indsats for at erobre en del af det lægemiddelsortiment, hvis fremstilling efter de endnu gældende regler er forbeholdt apotekerne.

Det er endvidere - især i udlandet - meget almindeligt, at medicinindustrien også producerer tekniske og kosmetiske artikler i stor målestok. Også i den danske lægemiddelindustri fremstilles sådanne produkter, men de fleste fabrikker satser dog fortrinsvis på lægemiddelfremstilling.

Som tidligere omtalt udgør salget af medicinske specialiteter over 72 % af recepturomsætningen i Danmark i antal af receptordinationer til enkeltpersoner og godt 85 % beløbsmæssigt.

Omkring halvdelen af specialitetssalget vedrører importerede lægemidler.

Den øvrige halvdel er specialiteter fremstillet på danske lægemiddelfabrikker, hvoraf 9 er organiseret i Foreningen af danske medicinfabrikker (MEFA). Disse 9 fabrikker har ifølge egne oplysninger[1]) mere end 90 % af den samlede danske medicinproduktion.

Den væsentligste del af den øvrige danske produktion af medicinske specialiteter hidrører fra 10—15 virksomheder, som er tilsluttet Brancheforeningen af Farmaceutiske Industrivirksomheder i Danmark. MEFA-virksomhederne (indtil 1. januar 1973 8) beskæftigede i 1972 ca. 4.400.

Den samlede danske industrielle medicinproduktion og -eksport samt eksport og import af medicinske specialiteter fremgår af Tabel 11.18.

Den danske lægemiddeleksports største aftager er Sverige, derefter følger Vesttyskland og Norge.

Tabel 11.19 viser personale- og omkostningsfordelingen for MEFA-virksomhederne for 1968.

1) Jfr. nedenstående oversigt over nye produkter bragt på markedet i USA, gengivet i Financial Times 18/10 1974:

1) Jfr. Medicinsk Forum, 1973, side 85-97.

New product marketing in the U.S.

Type of product	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Newly synthesised drugs	45	41	28	18	17	23	13	25	14	11	16	14	11	19
Duplicate single products	64	33	47	43	34	23	16	26	36	26	52	50	36	40
Combination products	202	191	180	152	111	73	53	32	51	34	42	30	20	18
New dosage forms	98	106	84	52	41	22	26	14	21	12	23	30	30	17
Total new products and new dosage forms	409	371	339	265	203	141	108	97	122	83	133	124	97	94

Tabel II. 18. Dansk produktion, eksport og import af medicin.[1])

Mill. kr.	1968	1972	1973
Dansk medicinproduktion	485	760	875
Eksport i alt (incl. bulk)	370	559	648
Eksport af medicinske specialiteter	234	362	423
Import af medicinske specialiteter	134	205	226

1) Kilde: MEFA's årsberetning«:.

Tabel II. 19. MEFA-virksomhedernes personale og omkostninger, 1968..[1])

	Personale		Omkostninger	
	antal	%	beløb mill. kr.	%
Forskning	712	17	35	10
Produktion	2.411	58	169	50
Kontrol	221	5	8	3
Salg	428	10	61	18
Administration	421	10	21	6
Øvrige omkostninger + fortjeneste	.	.	44	13
I alt	4.193	100	338	100

1) Kilde: Medicinsk Forum, 1973 s. 85-97.

5.3. Apoteksproduktion

Som nævnt har apoteksproduktionens andel af lægemiddelsalget været stadig faldende.

I forhold til den under 5.2. nævnte produktion har apoteksproduktionen været karakteriseret ved, at der ikke på det enkelte apotek finder forskning og basisproduktion sted, og at markedsføringsfunktionen har været forsvindende lille. Produktionen har altså hovedsagelig bestået i den farmaceutiske konfektionering af råvarer og stoffer, hvis virkning og anvendelighed allerede var kendt. Apotekerne har i øvrigt også en betydelig produktion af ikke-lægemidler, først og fremmest Cosmea-serien.

I løbet af 1960-erne er der imidlertid sket en ændring af den hidtidige kurs. Danmarks Apotekerforening har gennem DAK-laboratoriet opnået en række aftaler, således at der kan anvendes patenterede lægemiddelsubstanser i nye apoteksfremstillede lægemidler. Stofferne fremskaffes især fra udenlandske syntesefabrikker.

De enkelte apoteker køber disse stoffer, eventuelt via DAK-laboratoriet, der for visse af stofferne har opnået godkendelse som kontrolleret engrosvirksomhed, jfr. apotekerlovens § 68.

I den videre planlægning af nye produkter for apoteksfremstilling satses navnlig på farmaceutisk-teknisk videreudvikling af allerede kendte lægemidler, f.eks. vedrørende lægemidlernes apsorbtionsforhold.

Endvidere er markedsføringsfunktionen i DAK-laboratoriets regi udbygget væsentligt i de senere år.

I 1972 gennemførtes første del af en produktionskoncentrering, hvorefter 11 apoteker i henhold til indgåede aftaler med apotekerforeningen producerer nærmere aftalte lægemidler på vilkår, som er fastsat af apotekerforeningen.

De apoteker, som ikke indgår i produktionskoncentreringsaftalerne, har ret til at producere de af aftalerne omfattede lægemidler til eget salg, men ikke til salg til andre.

Der er flere typer af aftaler, hvis indhold refereres og vurderes nærmere i kapitel V.

Beslutningen om at gennemføre koncentrationen må først og fremmest ses på baggrund af forventede krav til øget kontrol ved en ny lov og i erkendelse af stordriftsfordele. Men efter alt at dømme skyldes beslutningen også en formening om, at de kontrollerede laboratorier ville foretage udbygninger med henblik på at søge de i apotekerlovkommissionens betænkning af 1952 udtrykte forudsætninger om centralisering på disse laboratorier realiseret.

Det er ikke apotekerforeningens hensigt at koncentrere al produktion til et fåtal apo-

teker, bl.a. mener foreningen ikke, at det er økonomisk fordelagtigt at koncentrere produktionen af mange væsker (hostesafter og lignende), da distributionsomkostningerne for disse produkter anses for høje. Den egentlige magistrelle produktion har apotekerforeningen så vidt vides ingen planer om at koncentrere på færre apoteker.

6. Lægemiddelreklame og information[1])

6.1. Almindelige bemærkninger

Det er vanskeligt klart at trække en grænse mellem begreberne reklame og information, hvad enten virksomheden er rettet mod forbrugerne eller de mellemled, der på lægemiddelområdet er skudt ind mellem producent og konsument, nemlig læger, tandlæger, dyrlæger og til en vis grad apotekspersonalet.

Almindeligvis vil man under et snævert informationsbegreb henføre den mere objektive, eventuelt på sammenligninger byggede oplysningsvirksomhed, der ikke tilsigter øget salg eller forbrug. Et af formålene med oplysningerne kan tværtimod være at modvirke, hvad der opfattes som overforbrug. Heroverfor står reklame, der vel også kan omfatte formidling af information, men som primært sigter til foranstaltninger med snævert afsætningsfremmende formål.

I praksis er grænsedragningen imidlertid ikke helt så simpel; f.eks. er lægemiddelfabrikanterne tilbøjelige til at henføre al udadrettet virksomhed under informationsbegrebet, selv om formålet - parallelt med alle andre fabrikanters tilsvarende virksomhed — er salgsfremmende.

De almindelige regler for reklamering - markedsføringslovens bestemmelser om loyal konkurrence og redelig forretnings skik — suppleres på lægemiddelområdet med særligt restriktive bestemmelser samt en almindelig regel om, at der ikke må reklameres med, at varer, som ikke er lægemidler, kan helbrede sygdomme. Disse regler er givet af hensyn til forbrugerne, som ikke må forledes til selvmedicinering eller afholdes fra at søge nødvendig lægehjælp, og som må beskyttes mod et pres til forbrug af inaktive eller ineffektive varer i sygdomsforebyggelsen eller -behandlingen. Endelig antages forbrugerne ikke at kunne vurdere reklamering for lægemidler eller varer, som angives at være sygdomsbekæmpende.

På det receptbelagte lægemiddelområde er der i forhold til andre vareområder den forskel, at der mellem fabrikant og forbruger er indskudt et mellemled, som på forbrugernes vegne foretager forbrugsvalget. Derfor består fabrikanternes interesse først og fremmest i at reklamere og informere over for læger, tandlæger og dyrlæger.

En gennemgang af reglerne for lægemiddelreklame skal ikke foretages her[1]). I det den 16. oktober 1974 genfremsatte forslag til lov om lægemidler er reglerne om adgang til en vis forbrugeroplysning liberaliseret, medens den fri adgang til reklamering over for receptudstedere er foreslået opretholdt, omend med visse skærpelser.

6.2. Formidling af reklame og information

Reklame- og informationsvirksomheden varetages i dag af lægemiddelfremstillerne, herunder apotekerne. Det har været et af kendetegnene for fremstillerne af medicinske specialiteter, at disse har benyttet sig af metodiske og moderne markedsføringsfunktioner, medens apoteksproduktionen så at sige solgte sig selv, dels fordi der var tale om officielle præparater, hvis sammensætning og virkning var almindelig kendt, dels formentlig også fordi apotekerne anså en egentlig markedsføringsfunktion som liggende uden for deres naturlige opgaver. Dette er imidlertid ændret betydeligt i de sidste 5-10

1) Ved information forstås i dette afsnit en mod brugerne rettet oplysningsvirksomhed, ikke indsamling af oplysninger til central bearbejdelse og vurdering.

1) Der henvises til betænkning nr. 663/72 om lægemidler, side 46-49.

år, og apotekerne, d.v.s. Danmarks Apotekerforening, anvender i dag markedsføringsmetoder på linie med specialitetsfabrikkerne.

Endelig har det, navnlig fra importør/fabrikant side været hævdet, at den omstændighed, at det monopoliserede detailled - apotekerne - selv fremstillede lægemidler, gav konkurrencemæssige forvridninger, idet apotekerne selv var i stand til at påvirke receptudstedere og publikum til køb af egne fremstillinger. Den konkurrencemæssige forvridning er blevet brugt som et af argumenterne for, at apotekernes egenproduktion burde afvikles.

I den seneste tid har navnlig Danmarks Apotekerforening og Dansk Farmaceutforening drøftet spørgsmålet om apotekernes informationsfunktioner. Disse drøftelser har dels vedrørt information af forbrugerne, dels af medicinalpersoner, eventuelt gennem deltagelse i lægemiddelkomiteer m.v.

I 1973 indgik Danmarks Apotekerforening, MEDIF og MEFA aftale om udgivelse af et fælleskatalog og om etablering af et nævn for medicinsk informationsmateriale, der fører tilsyn med reklameforanstaltningerne over for medicinalpersoner m.fl. De årlige udgifter ved nævnet er anslået til ca. 270.000 kr. og udgivelsen af 1. udgave af et lægemiddelkatalog til ca. 1,3 mill. kr.

I øvrigt kan vedrørende lægemiddelinformation m.v. henvises til *redegørelse af maj 1974 om statslig informationsvirksomhedha,* et af sundhedsstyrelsen nedsat udvalg. I redegørelsen er opstillet 3 modeller for det offentliges tilvejebringelse og distribuering af informationsmateriale. Den dyreste af disse modeller vil koste ca. 1,5 mill. kr. årlig, hvilket svarer til ca. 2,1 % af det nedenfor under 6.3. beregnede beløb på 70 mill, kr. årligt for lægemiddelfabrikanternes udgifter til reklame og information.

Den statslige indsats, som foreslås i redegørelsen, tilsigter at forbedre lægers grundlag for optimal lægemiddelordination, herunder opfyldelse af lægers pligt til at udvise økonomiske hensyn ved ordination af medicin, jfr. lægelovens § 6, men den foreslåede virksomhed tilsigter ikke nogen indskrænkning af lægers fri ordinationsret.

Almindeligvis ordinerer den enkelte praktiserende almenlæge eller speciallæge et begrænset antal præparater, vel ofte i størrelsesordenen 100-150. Det er givet, at der er betydelige rationaliseringsgevinster at hente, hvis der opnås et vist overblik over ordinationsvaner, og hvis der kan ske et samarbejde på dette felt mellem de praktiserende læger, sygehusene og apotekerne. Et sådant samarbejde vil formentlig have de bedste muligheder på det lokale plan.

På flere sygehuse, navnlig på sygehuse, der har sygehusapotek, er der etableret lægemiddelkomiteer, som består af læger og farmaceuter, og som udarbejder lister over anbefalede lægemidler. Sigtet er, at såvel sygehusapotekets som den enkelte afdelings medicindistribution skal blive mere overskuelig og dermed mere sikker og mere effektiv i økonomisk henseende. Der er ikke tale om en egentlig ophævelse af lægernes fri ordinationsret, men dog om en vis styring af lægernes ordinationsvaner.

Fra lægemiddelindustriens side er disse bestræbelser for at effektivisere og billiggøre sygehusenes medicinforbrug blevet mødt med nogen skepsis, idet det hævdes, at den information, som fabrikanterne tilbyder, har meget vanskeligt ved at trænge ind bag sygehusets mure. Da sygehusene er uddannelsessted for kommende praktiserende læger, og da sygehusenes anvendelse af lægemidler øver indflydelse på lægemiddelvalget i almen praksis, er de sygehusansatte læger et særligt ønsket objekt for lægemiddelinformation og reklame.

6.3. Udgifter til reklame og information

Der findes ingen offentlig statistik over de beløb, der anvendes til reklame og information om lægemidler i Danmark.

I apotekerlovkommissionens betænkning fra 1952 anføres, at MEFA-virksomhedernes udgifter til informationsvirksomhed, lægeservice og propaganda i årene 1949 og 1950

udgjorde ca. 1 mill, kr., eller ca. 2 % af den inden- og udenlandske omsætning.

Over for apotekerlovudvalget oplyste MEFA og MEDIF at have anvendt henholdsvis 16,0 og 20,8 mill. kr. til salgs- og informationsomkostninger vedrørende medicinske specialiteter på det danske marked i 1969. For de daværende 8 MEFA-virksomheder var dette 11,4 % af specialitetsomsætningen i pris ab fabrik. For MEDIF's vedkommende var omsætningen ikke angivet, men da den danske import af færdige lægemidler i 1969 beløb sig til 153 mill, kr., svarer beløbet til 13,6 % heraf. Mellem 40 og *55* % af reklame- og informationsudgifterne vedrørte informationsbesøg (lægebesøgere).

Ifølge MEFA's årsberetning for 1973 udgjorde Mefa-virksomhedernes udgifter til reklame og information 22,1 mill. kr. i 1973, svarende til knap 9% af de 9 MEFA-virksomheders omsætning på det danske marked målt i pris ab fabrik. Overfor folketingsudvalget angående forslag til lov om lægemidler har MEDIF oplyst, at foreningens 45 medlemmer i 1973 har opgjort salgs- og informationsomkostningerne til 42,1 mill. kr. svarende til 17 % af omsætningen opgjort efter salgspris ab importør. Dersom de danske specialitetsfabrikker, som ikke er medlem af MEFA, antages at have anvendt 1-2 mill. kr. til markedsføring, kan reklame- og informationsomkostninger vedrørende medicinske specialiteter i 1973 anslås til i hvert fald ca. *66* mill. kr.

Reklame- og informationsudgifterne vedrørende apoteksfremstillede lægemidler kendes ikke. I Danmarks Apotekerforenings regnskab for 1973 er under udgifterne ved DAK-arbejdet opført knap 1,7 mill. kr. **til** informationsudgifter og lægestuderendes apoteksbesøg. I disse udgifter indgår ikke lønudgifter vedrørende markedsføringsfunktion[1]), men da de samlede lønudgifter ved DAK-laboratoriet beløb sig til *6.5* mill. kr. i 1973, må det være rimeligt at ansætte den samlede udgift til reklame og information til 2,5-3,0 mill. kr. Hertil kommer visse mindre på apoteksregnskabet opførte udgifter.

Herefter kan udgifterne til reklame og information vedrørende lægemidler i 1973 anslås til at være i størrelsesordenen mindst 70 mill. kr.

1) På DAK-laboratoriet er efter ansættelse af en marketingschef i 1969 etableret en marketingfunktion med 3 afdelinger.

Det fremgår af tabel 11.19. foran afsnit 5.2. at MEFA-virksomhedernes salgsomkostninger i 1968 udgjorde 61 mill. kr., svarende til 18 % af omsætningen ab fabrik. Den der omtalte omsætning inkluderede en eksport på ca. 63 % af omsætningen.

I den svenske betænkning Läkemedelsindustrien (SOU 1969:36) er der i kapitel 7 redegjort for de svenske lægemiddelfabrikkers omkostninger ved information og reklame for lægemidler, og der er en omtale af de tilsvarende omkostninger på det engelske marked.

Markedsføringsomkostningerne i Sverige antoges i 1965 at udgøre ca. 80 mill. sv. kr.; apoteksomsætningen var i dette år ca. 670 mill. Sv. kr. Udgifterne på det nordiske marked findes for de 5 største svenske lægemiddelfabrikkers vedkommende til 16 % af prisen ab fabrik.

Udgifterne på det engelske marked i 1965 var ifølge tabel 7:8 i den svenske betænkning i gennemsnit 14 %.

7. Lægemiddelforbruget og dets finansiering

7.1. Lægemiddelforbrug

Den samlede omsætningsfordeling i 1972 på apotekerne fremgår af tabel 11.20.

I dette beløb indgår sygehusapotekernes omsætning ikke. På sygehusapotekerne omsattes i 1972/73 ca. 140 mill. kr. Heri indgår også varer, som ikke er lægemidler. Endvidere er der fra statens seruminstitut og statens veterinære serumlaboratorium

Tabel 11.20. Omsætningsfordeling på apotekerne, 1972.

Alle beløb excl. moms	
Receptordinationer til enkeltpersoner	623 mill. kr.
- - sygehuse	74 - -
- dyr	46 - -
Håndkøbssalg	208 - -
Anden handel og fabrikation	11 - -
I alt	962 mill. kr.

1) Kilde: Det grå hæfte.

solgt og udleveret for i alt ca. 20 mill. kr. i 1972/73. De fleste af disse præparater passerer ikke apoteker eller sygehusapoteker, men udleveres direkte til læger, sygehuse og dyrlæger. Endelig forhandles radioaktive lægemidler ikke gennem apotekerne. Forbruget heraf var i 1972 på 2-3 mill. kr.

Selv om det ikke er muligt helt nøjagtigt fra apotekernes og sygehusapotekernes samlede omsætning at udskille det beløb, som er omsætning af ikke-lægemidler (sygeplejeartikler m.v.), kan den samlede lægemiddelomsætning i 1972 anslås til godt 1 mia. kr. excl. moms.

Officielle statistikker over lægemiddelsalgets fordeling på præparatgrupper, på terapeutiske hovedgrupper og lignende findes ikke. Sundhedsstyrelsen indhenter løbende oplysninger fra fabrikanter og importører om salget af enkelte præparater, f.eks. p-piller, og i foreningsregi — hos Danmarks Apotekerforening, hos MEDIF/MEFA statistik - findes naturligvis en stor mængde oplysninger om salgets sammensætning, som bruges bl.a. i markedsføringsfunktionen.

Socialministeriets udvalg vedrørende tilskud til lægemidler gennemførte en undersøgelse af samtlige recepter til enkeltpersoner, der blev ekspederet på apotekerne den 28. september 1971. Resultatet af denne undersøgelse fremgår af bilag 1 til udvalgets betænkning nr. 659 af september 1972. På denne ene dag var de største gruppers andel af salget: Psykofarmaka ca. 17 %, midler mod infektioner og parasitære sygdomme ca. 11 %, midler mod endocrine lidelser ca. 11 %, hud- og slimhinde midler ca. 8 % og smertestillende midler knap 8 %.

Ifølge oplysninger fra MEDIF/MEFA statistik[1]) var de største hovedgrupper af salget af medicinske specialiteter i 1972 (ialt 485 mill. kr. opgjort i apoteksindkøbspris): antibiotika 12 %, neurosemidler 9 %, hormonpræparater 8 %, diuretika 7 % og neuroleptika og antidepressiva 7 %. Det bemærkes, at opdelingen i hovedgrupper (terapeutiske grupper) ikke er den samme som ved undersøgelsen af 28. september 1971.

I »Det grå hæfte« gives endelig oplysning om apotekssalgets fordeling mellem landsdelene. Det fremgår heraf, at der er betydelige forskelle mellem omsætningen pr. indbygger i forskellige dele af landet.

I overvejelserne omkring information om lægemidler, om tilskud fra den offentlige sygesikring til lægemidler og i vurdering af indhentede oplysninger om lægemidlernes bivirkninger samt i andre overvejelser af lægemiddelpolitisk karakter, føles et savn af oplysninger om lægemiddelforbrugets sammensætning og fordeling på befolkningsgrupper og om lægernes ordinationsvaner.

Igennem det offentliges overtagelse af sygesikringsordningen pr. 1. april 1973 er der skabt forbedrede muligheder for at indhente de savnede oplysninger.

Selvom en central afregning af sygesikringstilskuddet og registrering af oplysninger fra de recepter, som er grundlaget for afregning, ikke vil give et totalt billede af lægemiddelforbruget i Danmark, ville sådanne oplysninger dog repræsentere et betydeligt fremskridt i forhold til i dag, og de ville give grundlag for et bedre overblik over lægemiddelforbrugsmønsteret.

Danmarks Apotekerforening har igennem nogen tid arbejdet med planer om i foreningens regi at etablere en central afregning med den offentlige sygesikring af tilskuddet til medicin. En samlet præsentation og vurdering af planerne og de dermed forbundne omkostninger har ikke fundet sted, og fra de kommunale myndigheder, som forestår administrationen af den offentlige sygesikring, er der foreløbigt kun givet en vis principiel tilslutning til skitsen og under forudsætning af, at disse myndigheder

1) Jfr. Medicinsk Forum nr. 2, 1973.

inddrages aktivt i planlægningsarbejdet, udnyttelsen og kontrollen, herunder driften af systemet.

En anden praktisabel mulighed for at indhente oplysninger om lægemiddelsalget består i at få informationen fra engrosleddet. Der henvises herved til kapitel III afsnit 3.3. vedrørende det statsdrevne Norsk Medisinaldepots lægemiddelforbrugsstatistikker.

I december 1973 nedsatte sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe til at undersøge de tekniske problemer ved tilvejebringelse af oplysninger om lægemiddelforbruget. Gruppen, der har repræsentation fra Danmarks Apotekerforening, MEDIF/MEFA statistik, Københavns og Frederiksberg kommuner og Amtsrådsforeningen har ikke afsluttet sit arbejde.

Den i øjeblikket eneste anvendelige fremgangsmåde hvorved man gennem løbende statistiske opgørelser kan komme til oplysninger om lægemiddelforbruget, består i at indsamle oplysninger om salget.

Det anses imidlertid for temmelig sikkert, at det egentlige lægemiddelforbrug er mindre end salget, men der eksisterer ingen sikre oplysninger om forholdet mellem salg og forbrug[1]). Ubrugte lægemiddelbeholdninger i hjemmene kan være udtryk for et »underforbrug« d.v.s., at folk undlader at følge lægens ordination eller for, at lægen ordinerer for store mængder. En del af de sandsynligvis ret store lægemiddelbeholdninger i hjemmene repræsenterer ressourcespild og giver endvidere anledning til sikkerhedsmæssige og forureningsmæssige problemer.

Der kan således spores en voksende interesse for at få kendskab til lægemiddelforbruget, hvilket også giver sig udslag i artikler om emnet. Af nyere kan nævnes: overlæge dr. med. A. Harrestrup Andersen og cand. pharm. Peter Johansen »Medicinforbruget i Danmark, baseret på receptundersøgelsen den 28/9 1971«, Ugeskrift for Læger 1974, side 2204, provisor Birte Damsgård Hansen »Lægemiddelforbrug«, Farmaceutisk Tidende 1974, side 901, og læge Jens Hilden »Fordelingen af forbrug af tilskudsberettiget medicin«, Ugeskrift for Læger 1974, side 2539.

7.2. Det offentliges betaling af lægemidler

Efter lov om offentlig sygesikring, der trådte i kraft 1. april 1973, udsender socialministeriet efter indstilling fra sundhedsstyrelsen en fortegnelse, der løbende revideres, over lægemidler, som der ydes tilskud til fra den offentlige sygesikring. Kun lægemidler, der er ordineret af en læge, eventuelt tandlæge, omfattes af tilskudsreglerne.

Efter reglerne skal sundhedsstyrelsen i sine indstillinger tage økonomiske hensyn, og der indstilles ikke tilskud til præparater, hvis pris er særlig høj i forhold til kemisk identiske eller analoge præparater, medmindre der kan dokumenteres en sådan særvirkning af præparatet, at det kan begrunde tilskud.

Der er to tilskudsgrupper: Til *afsnit I* medicin (hvortil henføres særlig værdifulde lægemidler, som ordineres til behandling af alvorlige akutte eller kroniske lidelser, og hvor misbrug ikke antages at være aktuel) ydes tilskud på *75* %. Til *afsnit II* medicin (hvortil henføres lægemidler, hvis terapeutiske betydning er mindre afgørende eller hvis behandlingsmæssige betydning er underkastet nogen usikkerhed samt midler hvor det findes forsvarligt at søge tendensen til overforbrug mindsket ved mindre tilskud) ydes 50 % tilskud. En række præparater ydes der ikke tilskud til, enten fordi midlernes virkning ikke er veldokumenteret eller er af simplere art, eller fordi forbruget af lægelige grunde ønskes begrænset mest muligt. Der kan dog gives dispensation (af

1) Af spredte undersøgelser kan nævnes Lægemiddelforbruget i Danmark, Ugeskrift for Læger 1970, side 2037 og Beholdning af lægemidler i danske hjem, Ugeskrift for Læger 1970, side 1637. Begge artikler bygger på resultater fra en pilotundersøgelse i Helsingør fra marts 1969.

sundhedsstyrelsen) til enkeltpersoner for tilskud til præparater, der ikke er på tilskudslisten. Af amtskommunernes udgifter til medicintilskud refunderer staten indtil 1/4 1975 35 % i henhold til sygesikringsloven.

Afsnit I medicin udgør ca. 48 % af apotekernes omsætning af receptmedicin til enkeltpersoner, afsnit II medicin ca. 40 %, medens receptmedicin uden tilskud udgør de resterende ca. 12 %.

I 1972 udgjorde sygekassernes udgifter til medicintilskud 396 mill. kr. (incl. moms) og i 1973/74 udgjorde den offentlige sygesikrings udgifter hertil 414 mill, kr. Det er på indeværende tidspunkt ikke muligt nøje at vurdere de økonomiske virkninger af de fra 1. april 1973 ændrede tilskudsregler, men det kan nævnes, at der efter de tidligere regler, hvor patienternes betaling altid var 25 % af den tilskudsberettigede medicin, var budgetteret med en sygesikringsrefusion på 514 mill. kr.[1]).

Efter sociallovgivningen ydes der ret betydelige tilskud til navnlig folke- og invalidepensionisters medicinindkøb. De nøjagtige beløb kendes ikke, men anslås ifølge oplysninger i betænkning nr. 659 om tilskud til lægemidler til ca. 20 mill. kr. i 1970/71.

Indtil den 1. april 1973 ydedes af apotekerfonden tilskud til ikke-sygekassemedlemmers køb af afsnit I medicin (såkaldt »livsvigtig medicin«). Tilskuddet udgjorde i 1972/73 knap 4 mill. kr.

Apotekernes leverancer til sygehuse, i 1972 73,6 mill. kr. excl. moms, må anses for en 100% offentlig udgift. Hertil kommer omsætningen på sygehusapotekerne, der også fuldt ud finansieres af det offentlige.

1) Om den afmatning i apoteksomsætningens årlige stigningstakt, der er konstateret siden 1973, udelukkende kan tilskrives de ændrede tilskudsregler, er et åbent spørgsmål. Sandsynligvis er der også tale om en vis ændring i lægernes ordinationsvaner som følge af den megen tale om medicinmisbrug.

Med korrektioner for moms og med skøn for tilskuddene efter sociallovgivningen kan de offentlige kassers udgifter til medicin leveret fra apotekerne (excl. sygehusapoteker) i 1972 beregnes til ca. 450 mill. kr. excl. moms, svarende til ca. 60 % af apotekernes recepturomsætning på 743 mill. kr. excl. moms i 1972.

Af det samlede salg af lægemidler her i landet, 1,1-1,2 mia. kr. incl. moms i 1972, er således ca. halvdelen, 550-600 mill. kr. incl. moms, eller finansieret af det offentlige.

Det skal endelig nævnes, at fortsættelsessygekasserne som ikke modtager offentlige tilskud, men hvortil kontingentet er fradragsberettiget på selvangivelsen, i 1971 afholdt 18,8 mill. kr. af medlemmernes medicinudgifter og i 1973/74 3,2 mill. kr.

8. Faglige organisationer

8.2. *Danmarks Apotekerforening*

Tilløb til en fælles optræden blandt københavnske apotekere kendes fra tiden før 1800 tallet, men behovet for en fastere organisation - og den fornødne enighed - var ikke til stede. I 1838 stiftedes en forening af københavnske apotekere.

Da sundhedskollegiet i 1843 overvejede en revision af medicintaksten, og da der i apotekerkredse var ængstelse for, at en generel takstnedsættelse skulle blive resultatet, tog Københavns Apotekerforening initiativ til en henvendelse fra apotekere i hele landet til sundhedskollegiet. Dette initiativ vakte gehør, og en opfordring til stiftelse af en forening af apotekere med det formål at »befordre standens opsving inden og uden til«, førte til, at foreningen holdt konstituerende møde 4. september 1844 i København. En medvirkende årsag til interessen for dette initiativ har formentlig også været forordningen af 1842, hvor det bestemtes, at bevillinger til fremtidig oprettede apoteker ikke kunne overdrages. Fra januar 1844 blev bladet »Archiv for Pharmaci« (senere »Archiv for Pharmaci og Chemi«) udgivet.

Væsentlige formål for den nye forening var de årlige sammenkomster (generalforsamlinger), bogcirkulationen blandt medlemmerne og undervisningsspørgsmål.

I 1894 skete en afgørende kursændring i foreningens virke. Fra at være en nærmest faglig-videnskabelig sammenslutning blev foreningen en arbejdsgiverforening. Denne kursændring understregedes ved, at kun apotekere efter dette tidspunkt kunne

være aktive medlemmer af foreningen. I 1894 blev apoteker Alfred Benzon foreningens formand, og hans formandsperiode kom til at vare 32 år. Under Alfred Benzons magtfulde ledelse af foreningen gennemgik faget og »væsenet« en stærk udvikling, og foreningen befæstedes som en stærk og meget indflydelsesrig faktor.

En vigtig begivenhed fra denne periode var oprettelsen af DAK-virksomheden. Baggrunden herfor var den stigende bekymring i apotekerkredse for de stadig hyppigere forekommende arkana (lægemidler, hvis sammensætning blev hemmeligholdt) samt den øgede betydning af medicinske specialiteter. Apotekerne så herved deres traditionelle stilling som lægemiddelfremstillere truet. I 1922 stiftedes derfor Danmarks Apotekerforenings Kompositionsudvalg (DAK), som skulle undersøge de forskellige specialpræparater og offentliggøre resultatet for læger og for apotekere, således at disse kunne vide, at når præparaterne bar DAK-stemplet, kunne de trygt forhandles. DAK-virksomheden fik et nært samarbejde med farmakopekommissionen, der i dag godkender DAK-monografierne som officiel formelsamling.

I 1930 fik foreningen et egentligt kontor med sekretær og medhjælp, og den daglige ledelse blev overdraget til et forretningsudvalg.

Udover faste kontingenter og undertiden kontingenter til særlige formål, blev der fra 1927 opkrævet årlige ekstraordinære kontingenter på oprindelig 1½ °/oo af nettorecepturomsætningen. Disse ekstrakontingenter blev med indenrigsministeriets indforståelse opført som driftsudgift på de årlige opgørelsesskemaer.

Efter de for Danmarks Apotekerforening for tiden gældende love er formålet at varetage den danske apotekerstands og farmaciens interesser samt vedligeholde kollegialt samvirke.

Foreningens bestyrelse består af 17 medlemmer, hvoraf 5 er valgt af og blandt foreningens aktive medlemmer og 12 er de i foreningens kredse valgte kredsformænd. Formand og næstformand vælges af bestyrelsen blandt de 5 landsvalgte bestyrelsesmedlemmer.

Danmarks Apotekerforening har i de senere år taget en række opgaver op:

En af foreningens store og ressourcekrævende opgaver er fortsat driften af DAK-laboratoriet, der i de senere år er udbygget væsentligt. Laboratoriet beskæftiger nu over 80 medarbejdere, og driftsudgifterne var i 1972 9,7 mill. kr.[1]) Indtægter ved salg m.v. var 2,2 mill. kr. Af nettoudgifterne finansieredes 4,5 mill. kr. over apotekernes kontingentbetalinger, medens udgifterne til farmaceutlønninger, i 1972 godt 3 mill, kr., finansieredes over apotekernes lønafgifter, jfr. foran afsnit 2.4.2.2.7°. De stærkt voksende udgifter til DAK-laboratoriet skyldes ikke mindst den stedfundne produktionskoncentrering og delvis i forbindelse hermed de forøgede markedsføringsopgaver samt den målsætning som DAK-udvalget formulerede i begyndelsen af 1960-erne: » . . at bidrage til bevarelse af så megen produktion på apotekerne som muligt«.

I begyndelsen af 1970-erne erhvervede apotekerforeningen som nævnt aktiemajoriteten i Bang & Tegner, som distribuerede sygeplejeartikler. Bang & Tegner anvendes som distributionsapparat for den centraliserede apoteksproduktion.

I 1970 indviede Danmarks Apotekerforening en kursusejendom i Hillerød, der også anvendes til teoretisk kursus (med ophold på skolen) for apoteksassistentelever.

Skolens driftsudgifter beløb sig i 1972 til godt 6,4 mill. kr., hvoraf ca. 1,6 mill. kr. blev betalt via apotekernes indbetaling af skolepenge, ca. 1,4 mill, kr. opkræves over lønafgifterne m.v., medens ca. 3,4 mill. kr. afholdtes over apotekerforeningens kontingentindtægter.

Som følge af indskrænkningerne i apotekerfondens udlånsmuligheder har apotekerforeningen på indenrigsministeriets opfordring siden 1970 samarbejdet med et privat pengeinstitut om ydelse af lån til medlemmerne.

Foreningen udgiver en række takster, herunder specialitetstaksten, hvori er optaget samtlige præparater, som findes i sundhedsstyrelsens specialitetsregister.

Apotekerforeningen har ansat nogle taksatorer til at foretage årlige varelageropgørelser på apotekerne og til at bistå ved apoteksovertagelser. Udgifterne ved taksationsarbejdet beløb sig i 1972 til godt 844.000 kr., hvoraf 733.000 kr. betaltes af apotekerne over driftsregnskabet.

Siden ca. 1920 har apotekerne indbetalt en afgift pr. beskæftiget farmaceut til lønreguleringsfonden. I 1960-erne blev lignende ordninger etableret for apoteksassistenter og defektricer. Herved muliggjordes etablering af en central lønafregning, der finansieres over de indbetalte afgifter. Udgifterne, incl. EDB-udgifter, beløb sig i 1972 til ca. 1,9 mill. kr.

I 1972 stiftedes Danmarks Apotekerforenings Pensionskasse. Foreningen administrerer en række fonds, særlige kasser m.v., nogle i samarbejde med Dansk Farmaceutforening.

Apotekerforeningen har i 1973 sammen med MEFA og MEDIF indgået et samarbejde om udgivelse af et lægemiddelkatalog og oprettelse af nævn til udøvelse af selvjustits vedrørende medicinsk informationsmateriale.

Apotekerforeningen er repræsenteret i flere af de på lægemiddel- og apoteksområdet fungerende nævn og råd, nedsat af indenrigsministeriet, bl.a. »takstnæv-

1) Alle tal i det følgende er fra Danmarks Apotekerforenings regnskaber 1972, jfr. Archiv for Pharmaci og Chemi 1973, side 309 ff.

net«, apoteksassistentnævnet og forfremmelsesrådet.

Apotekerforeningens udgifter til foreningens sekretariat, hvor der er ansat ca. 40, beløb sig i 1972 til godt 2,2 **mill.** kr., hvortil kommer udgifter til lønafregning m.v. I 1972 blev der over driftsregnskabet henlagt 1 mill. kr. til bygge- og lokalefond.

Ifølge apotekerforeningens love fastsættes kontingenterne for 1 år ad gangen på den ordinære generalforsamling. I de sidste år har kontingenterne været fastsat således: 60 kr. i ordinært kontingent, hvortil kommer ekstraordinært kontingent udregnet som 1½ % af nettoomsætningen i det foregående år (excl. moms, »livsvigtig medicin« og »salg til andre«) -r- halvdelen af apotekets håndkøbsvareomsætning samt 4 % **af det** indtjente **nettoprovenu.** For apotekerne under ét udgør kontingentet ca. 1¼ % af bruttoomsætningen, i 1972 12,2 mill. kr.

Udover kontingentet opkræves en del andre beløb over apotekernes driftsregnskab - og dermed over medicinpriserne - til finansiering af foreningens aktiviteter. For 1972 er følgende beløb opkrævet:

	Mill. kr.
Kontingent	12,2
Lønkassernes administration	1,9
Taksation	0,7
DAK-farmaceutlønninger	3/1
Assistentskolen, lønninger	1,4
Køb af varer, analyser m.v. DAK	2,2
Skolepenge m.v.	1,6
	23,1

I øvrigt henvises til bilag 6 om myndigheder og organisationer på området.

8.2. Dansk F ar maceut forening

Det første tilløb til en forening af de på apotekerne beskæftigede medhjælpere blev taget i 1844 som et modtræk mod den netop stiftede apotekerforening. »Den pharmaceutiske Forening« fik imidlertid ingen reel betydning.

Skuffelsen over, at den kgl. resolution af 23. december 1842 ikke kom til at betyde væsentlig bedre forfremmelsesvilkår, udstedelse af »enkebevillinger« og en resolution af 1873 om oprettelse af hjælpeapoteker var de væsentligste årsager til, at de konditionerende farmaceuter organiserede sig. Den 11. oktober 1873 stiftedes Pharmaceutisk Medhjælperforening med det formål at værne og fremme **de** farmaceutiske medhjælperes interesser.

Først fra 1890 - i hvilket år foreningens medlemsorgan »Farmaceutisk Tidende« - begyndte at udkomme, voksede organisationens betydning og indflydelse. I 1897 fik foreningen sin første overenskomst med Danmarks Apotekerforening.

Ifølge de gældende love for Dansk Farmaceutforening er formålet at varetage medlemmernes sociale og faglige interesser samt virke til gavn for farmacien og dens udvikling.

Aktive medlemmer af foreningen er dels provisorer og apoteksmedhjælpere, der gør tjeneste på apotek (A-medlemmer), dels farmaceuter ansat efter overenskomst mellem Dansk Farmaceutforening og staten, amtskommuner og kommuner, samt farmaceuter ansat i de faglige organisationer (B-medlemmer). Herudover kan privat ansatte farmaceuter optages som passive medlemmer. Foreningens medlemstal var pr. 1. marts 1973 2.255, heraf var 1.063 A-medlemmer, 391 B-medlemmer.

Farmaceutforeningen administrerer en række fonds, nogle i samarbejde med apotekerforeningen, og en pensionsordning i samarbejde med Pensionsforsikringsanstalten A/S. Foreningen medvirker ved efteruddannelse af farmaceuter og har aktiviteter på en række andre områder.

Foreningens medlemmer betaler et årligt kontingent på små 2.000 kr. for et fuldtidsbeskæftiget A-medlem. Foreningens driftsregnskab for 1972 (excl. diverse fonds) var på knap 2 mill. kr.[1]) I foreningens sekretariat er der ansat ca. 12 medarbejdere.

Dansk Farmaceutforening er repræsenteret i flere af de mange offentlig nedsatte nævn og råd, bl.a. forfremmelsesrådet.

8.3. *MEFA*

Den første danske medicinfabrik blev stiftet af apoteker Alfred Benzon for 125 år siden. I 1908 grundlagde apoteker August Kongsted Løvens Kemiske Fabrik, og andre danske medicinfabrikker startede i 1920-erne.

Efter apotekerloven af 1932, der gav regler for fabriksfremstillede lægemidler, var der behov for en brancheorganisation, som kunne repræsentere den danske medicinindustri i forhandlinger med myndigheder mil.

MEFA, Foreningen af danske medicinfabrikker, er stiftet 1. december 1933. Foreningen består nu af 9 danske medicinfabrikker A/S Alfred Benzon, A/S Dumex, A/S Ferrosan, A/S Gea, H. Lundbeck & Co. A/S, Løvens Kemiske Fabrik, Novo Industri A/S, Pharmacia A/S og A/S Syntetic MEFA er tilsluttet Industrirådet.

Foreningens formål er nationalt og internationalt at varetage de af den danske sundhedsstyrelse godkendte og på selvstændig videnskabelig basis arbejdende danske medicinfabrikkers fællesinteresser.

Foreningen ledes af et forretningsudvalg bestående af foreningens formand og to viceformænd. Foreningen har eget sekretariat.

MEFA udgiver et tidsskrift, Medicinsk Forum, der udkommer 6 gange om året.

Der udgives en årlig fortegnelse - MEFA-katalog – over medicinske præparater fremstillet af de danske medicinfabrikker tilsluttet MEFA.

1) Farmaceutisk Tidende 1973, nr. 13-14-15.

MEFA er gennem Industrirådet repræsenteret i offentligt nedsatte nævn m.v., bl.a. udpeger foreningen en takstkonsulent og et medlem af reklamenævnet.

MEFA samarbejder med MEDIF om statistikspørgsmål. De to foreninger udarbejder MEDIF/MEFA statistik på grundlag af medlemmernes leveringer til grossisterne.

8.4. *MEDIF*

I 1938 stiftedes en »Brancheforening for importører af medicinalvarer og medicinske specialiteter«. Foreningens navn er nu MEDIF (Medicinalimportørforeningen).

Formålet er at varetage de interesser, der knytter sig til importen af medicinske specialiteter og andre medicinalvarer og til deres forhandling i Danmark.

MEDIF har ca. 45 medlemmer, hvoraf ca. 30 firmaer er datterselskaber af udenlandske fabrikker. Foreningen er tilknyttet Grosserersocietetets Komite. Foreningen har i 1974 etableret et egentligt sekretariat.

Gennem Grosserersocietetet er MEDIF repræsenteret i reklamenævnet, og foreningen har i øvrigt en del samarbejde med MEFA. Sammen med Danmarks Apotekerforening og MEFA deltager MEDIF i et lægemiddelinformationssamarbejde.

8.5. Øvrige organisationer

Som nævnt under 8.2. er de industriansatte farmaceuter ikke aktive medlemmer af Dansk Farmaceutforening. Mange er medlemmer af *Industrifarmaceutforeningen,* der udgiver et medlemsblad, men som ikke har forhandlingsret eller egentlige fagpolitiske opgaver.

Dansk Apoteksassistentforening har ca. 2.400 apoteksassistenter som medlemmer. Foreningen forhandler overenskomst med Danmarks Apotekerforening. Det samme gælder for *Danske Apoteksdefektricers Forening,* der har ca. 1.800 medlemmer. De to foreninger udgiver sammen medlemsbladet Laboremus.

Ca. 15 af de danske medicinfabrikker, som ikke er medlemmer af MEFA, har i 1972 stiftet *Brancheforeningen af farmaceutiske industrivirksomheder i Danmark.* Foreningen er tilsluttet Industrirådet.

I 1969 stiftedes foreningen *MEGROS,* som består af 7 danske grossistvirksomheder, der forsyner apotekerne med medicinske specialiteter, uforarbejdede og forarbejdede lægemidler.

Udover de nævnte findes en række faglige sammenslutninger, fraktioner m.v.

9. Administration og styring af lægemiddel- og apoteksområdet

9.1. Historisk rids over den administrative organisation

Lægemiddel- og apoteksområdet har politisk og administrativt altid været varetaget sammen med det øvrige sundhedsvæsen. En historisk redegørelse og en karakteristik af området vil derfor til en vis grad være sammenfaldende med det øvrige sundhedsvæsens, om end der på væsentlige punkter er afvigelser, navnlig fordi den kommunale indflydelse på det centralt administrerede apotekervæsen har været ubetydelig. Med indførelsen af ministerialsystemet i 1848 og efter enevældens afskaffelse i 1849 blev det kgl. sundhedskollegium henført under den politisk ansvarlige minister.

Da det kgl. sundhedskollegium efter over 100 års virke blev ophævet og sundhedsstyrelsen oprettet ved lov af 30. april 1909 om sundhedsvæsenets centralstyrelse, skete for så vidt ingen ændringer i opgaverne[1]) (bortset fra at retsmedicinske erklæringer blev afgivet til det nyoprettede retslægeråd), ligesom ophævelsen af den kollegiale styreform ikke trængte helt igennem og ikke kom til at berøre apotekervæsenet, som fortsat henhørte under apotekerrådet.

Apotekerloven af 1913 udvidede de administrative opgaver, der blev varetaget af sundhedsstyrelsen, og loven betød en skærpelse af det faglige tilsyn, som blev udøvet af embedslægen og de farmaceutiske visitatorer. Opgaverne for den i 1895 oprettede apotekerfond blev udvidet ved det mere udbyggede system med afgifter og tilskud og ved pensionsregler.

Apotekervæsenet sorterede sammen med det øvrige sundhedsvæsen indtil 1924 under justitsministeriet, men har siden 1929 - efter en kortere periode med et sundhedsministerium - sorteret under indenrigsministeriet.

Apotekerloven af 1932 medførte en udvidelse af sundhedsstyrelsens kontrolopgaver, således med de medicinske specialiteter, ligesom afgiftsreglerne og pensionsreglerne blev væsentligt udbygget. Også administrativt betød loven en udvidelse af opgaverne for sundhedsstyrelsen, og loven indførte et forfremmelsesråd til at afgive udtalelse om ansøgere til

1) Det kgl. sundhedskollegiums virksomhed faldt i tre dele, 1) deltagelse i centraladministrationens arbejde ved råd og henstillinger til ministerierne, 2) egen administration, navnlig ledelse af embedslægernes virksomhed og indberetninger, tilsyn med disse samt sundhedsvæsenets øvrige personale, overtilsyn med sygehuse, apotekervæsen m.v., rådgivning og vejledning til kommuner m.fl. samt visse statistiske opgaver og 3) afgivelse af retsmedicinske erklæringer til domstolene.

apotekerbevilling. Til at forestå afløsningen af de salgbare apoteker blev der nedsat en særlig bestyrelse, som i 1940 blev anmodet om at varetage den nu påbegyndte udlånsvirksomhed af apotekerfondens midler.

Ved apotekerloven af 1954 — med senere ændringer i 1959 og 1962 - blev sundhedsstyrelsens tilsyns- og kontrolopgaver yderligere forøget, og »knopskydningsprincippet« medførte, at yderligere en række indstillende og rådgivende nævn (bl.a. reklamenævn, apoteksassistentnævn og takstkonsulentordningen) blev etableret.

Først ved en ændring af centralstyrelsesloven i 1965 blev de sidste rester af det kollegiale styre i sundhedsstyrelsens apotekerafdeling ophævet, og afdelingen - nu lægemiddelafdelingen - blev struktureret og ledet som styrelsens øvrige afdelinger.

1954-loven medførte også en forøgelse af apotekerfondens formue og opgaver, og til at bestyre den nye apotekervæsenets pensionsordning blev nedsat en særlig pensionsbestyrelse. Apotekerfondens daglige administration blev varetaget af ansatte i indenrigsministeriet på honorarbasis, indtil der ved normeringslov for 1968/69 oprettedes et direktorat for apotekervæsenet, der dels fungerer som sekretariat for bestyrelserne for apotekerfonden og apotekervæsenets pensionsordning, dels har nogle opgaver delegeret fra indenrigsministeriet.

I begyndelsen af 1950-erne fik statens laboratorier for lægemiddelkontrol (kontrollaboratoriet for medicinske specialiteter, farmakopekommissionens laboratorium, de farmaceutiske visitatorers laboratorium) til huse på Frederikssundsvej 348, Brønshøj, og kontrollen blev udbygget. Efter omorganisering i 1968 blev etableret ét laboratorium, sundhedsstyrelsens farmaceutiske laboratorium (SFL), som dels varetager laboratoriemæssig kontrol af lægemidler, dels fungerer som sekretariat for specialitetsnævn, farmakopekommission og det samme år etablerede bivirkningsnævn.

Efter en ombygning i 1971-73 er laboratoriet yderligere udbygget og samme sted er etableret et isotopapotek til at kontrollere, distribuere og delvis fremstille radioaktive lægemidler. Isotopapoteket fungerer som en afdeling af sundhedsstyrelsen.

9.2. Sammenfatning og karakteristik

Øverste myndighed på området er *indenrigsministeriet*, som dels har de overordnede opgaver vedrørende planlægning af den fremtidige udvikling inden for området, fastlæggelse af en generel lægemiddelpolitik og udformning af lovgivning og administrative forskrifter, dels har de administrative beføjelser i medfør af lovgivningen, i det omfang beføjelserne ikke er henlagt til andre myndigheder, hvilket navnlig vil sige til sundhedsstyrelsen. De mere overordnede opgaver forberedes i meget vidt omfang i ad hoc nedsatte udvalg eller grupper; de lægemiddelpolitiske overvejelser m.v. foregår i realiteten i permanente nævn og råd og i sundhedsstyrelsen. De administrative afgørelser træffes som regel efter indstilling fra sundhedsstyrelsen og/eller direktoratet for apotekervæsenet.

Sundhedsstyrelsens opgaver er i medfør af centralstyrelsesloven at føre overtilsynet med apotekervæsenet og være rådgiver for det offentlige i alle forhold, der kræver apotekerkyndig indsigt. På apoteks- og lægemiddelområdet er sundhedsstyrelsens administrative opgaver og beføjelser imidlertid væsentlig større end på andre områder inden for sundhedsvæsenet. Grunden hertil er den centraliserede offentlige administration. Kommuner og amtskommuner har - bortset fra drift af sygehusapoteker - ingen beføjelser i medfør af apotekerlovgivningen. Sundhedsstyrelsens opgaver er dels af godkendende og kontrollerende art, dels er de begrundet i faglige og servicemæssige hensyn.

Sundhedsstyrelsen bistås af *de farmaceutiske visitatorer*, der fungerer som styrelsens udsendte kontrollanter, af *sundhedsstyrelsens farmaceutiske laboratorium*, der fagligt sorterer under styrelsen, men i budget- og personalemæssig henseende under indenrigsministeriet med apotekerfonden (som afholder udgifterne ved visitatorernes og laboratoriets virksomhed) som mellemled, og endelig af en række permanente *råd og nævn*. Nogle af disse, f.eks. specialitetsnævnet, består udelukkende af eksperter med en viden, som ikke rummes inden for sundhedsstyrelsens egen organisation. Andre har repræsentation af branche- og interesseorganisationer, f.eks. reklamenævnet og forfremmelsesrådet; sidstnævnte består kun af to medlemmer, udpeget af henholdsvis Danmarks Apotekerforening og Dansk Farmaceutforening. En særlig institution er takstkonsulentord-

ningen, jfr. apotekerlovens § 30, hvor 4 takstkonsulenter udpeget af henholdsvis Danmarks Apotekerforening, Industrirådet (MEFA), Den offentlige sygesikrings forhandlingsudvalg og monopoltilsynet bistår sundhedsstyrelsen ved indstilling til indenrigsministeriet i takstspørgsmål.

Apotekerfondens bestyrelse og *bestyrelsen for apotekervæsenets pensionsordning* og disses sekretariat, *direktoratet for apotekervæsenet,* varetager den administration, der vedrører den økonomiske udligning mellem apotekerne, apotekernes finansieringsforhold og pensionsforpligtelserne. Bestyrelsen for apotekerfonden har ingen repræsentanter for interesseorganisationer; to af medlemmerne udpeges efter indstilling fra sundhedsstyrelsen, den ene skal være apoteker. Pensionsbestyrelsen har repræsentation fra Danmarks Apotekerforening og Dansk Farmaceutforening.

Der er ansat ca. 110 personer i det offentlige på apoteks- og lægemiddelområdet (incl. 70 ansatte på laboratoriet og på isotopapoteket). De på området fungerende nævn og råd har ca. 60 medlemmer. I øvrigt henvises til bilag 6 om de i administrationen m.v. af apotekerloven involverede myndigheder og organisationer.

Reglerne om tilskud fra den offentlige sygesikring henhører under *socialministeriet* med bistand af *sikringsstyrelsen.* Overenskomster indgås af sygesikringens centrale forhandlingsudvalg, jfr. sygesikringslovens § 26, hvis sekretariat er i amtsrådsforeningen, og reglerne administreres i vidt omfang af *Amtsrådsforeningen* i Danmark og *Københavns og Frederiksberg kommuner.* Reglerne om tilskud til medicin udfærdiges efter indstilling fra sundhedsstyrelsen og sundhedsstyrelsens medicinudvalg.

Som det fremgår af foranstående, er mange myndigheder involveret i fastlæggelsen af en kurs eller politik på området. Uanset at der — modsat sundhedsvæsenet iøvrigt — er tale om en rent statslig forvaltning, er området og dets administration karakteriseret ved en lidt tilfældig og mindre hensigtsmæssig opgavefordeling mellem de mange myndigheder og råd og nævn. Området er meget ekspertbetonet og præget af stor indflydelse fra branche- og interesseorganisationer, hvilket dels må tilskrives den omstændighed, at det kollegiale styre i sundhedsstyrelsen indtil 1965 rent faktisk gav organisationerne en ret stor indflydelse i administrationen, dels repræsentationen i de mange råd og nævn.

KAPITEL III

Lægemiddeldistributionen i Sverige, Norge og England

1. Indledning

Med henblik på en nærmere belysning af forskellige i praksis anvendte systemer til distribuering af lægemidler har gruppen aflagt studiebesøg i Sverige, Norge og England. Man har under disse besøg haft drøftelser med repræsentanter for handels- og producentled, for personaleorganisationer samt for offentlige styrelser, der har til opgave at administrere lovgivningen om produktion af og handel med lægemidler i de nævnte lande.

I det følgende er først redegjort for lægemiddeldistributionen i Sverige — først og fremmest for forholdene i forbindelse med oprettelsen i 1970 af et statsligt-domineret selskab til overtagelse af de svenske apoteker. I et følgende afsnit er dernæst givet en omtale af lægemiddeldistributionen i Norge - hvor interessen især har samlet sig om det i 1957 i et statsmonopol centraliserede engrosled. Endelig er der givet en karakteristik af sider af engelsk lægemiddellovgivning og lægemiddeldistribution. Denne gennemgang må ses på baggrund af dels at det er internationalt anerkendt, at de engelske lægemiddel-indkøbspriser ab fabrik er blandt verdens laveste, dels at lægemiddeldistributionen i England bygger på et system med bl.a. fri etableringsret, hvad der igen har muliggjort omfattende kædedannelser, brugsforeningsej ede apoteksudsalg m.v. samt udbredt integration mellem produktion, engroshandel og detailhandel.

2. Lægemiddeldistributionen i Sverige

2.1. Indledning

I henhold til en i maj 1970 vedtagen lov blev de svenske apoteker pr. 1. januar 1971 overtaget af et blandet statsligt-privat selskab, Apoteksbolaget AB, i hvilket staten ejer $^{2}/_{3}$ af aktiekapitalen, medens den resterende trediedel ejes af en fond (stiftelse) oprettet af apotekernes (tidligere) centralorganisation, Apotekarsocieteten.

Forud herfor havde den svenske stat erhvervet aktiemajoriteten og siden hele aktiekapitalen i medicinalfabrikken Kabi AB med tilhørende datterselskaber, der herefter kan betegnes som en statslig lægemiddelkoncern. Samfundsovertagelsen af apotekerne betød endvidere et statsligt engagement i engroshandelen, idet Apotekarsocieteten i 1959 havde opkøbt lægemiddelselskabet Vitrum, der både drev produktions- og grossistvirksomhed. Engagementet i engroshandelen med lægemidler styrkedes yderligere meget væsentligt, da Apoteksbolaget kort tid før det begyndte sin virksomhed den 1. januar 1971 opkøbte den næststørste grossistvirksomhed på området: Apotekarnes Droghandel AB (ADA). Vitrums og ADA's grossistvirksomhed er nu slået sammen.

Den svenske stat er således i dag direkte engageret i alle led af produktion og distribution af lægemidler i Sverige, bortset fra importleddet. Der er imidlertid gennemført en strikte opdeling mellem produktions- og distributionssiden. Således er den industrielle produktion af prisbillige basislægemid-

ler, der tidligere foregik på apotekernes distriktslaboratorier, udskilt fra Apoteksbolaget og overført til Kabi-koncernen. Det samme gælder Vitrum's produktion.

Den statslige lægemiddelkoncern, der har Kabi AB som moderselskab, indgår sammen med en lang række andre selskaber, hvoraf nogle af de mest kendte er mineselskabet LKAB, Tobaksbolaget og en statslig hotel- og restaurationskæde, i gruppen Statsföretag AB, der ressortmæssigt hører ind under Industridepartementet. Apoteksbolaget og de hertil knyttede engrosselskaber er ledelsesmæssigt og på anden måde helt adskilt herfra. Ressortmæssigt hører Apoteksbolaget under Socialdepartementet.

Gennem den foretagne opdeling virkeliggøres en målsætning, der blev angivet allerede ved Apoteksbolagets oprettelse i 1970, nemlig at den industrielt betonede fremstillingsvirksomhed inden for apotekskollektivet skulle udskilles fra Apoteksbolaget, og at der skulle dannes en statslig lægemiddelkoncern. Sigtet hermed er, at Apoteksbolaget som eneforhandler i detailleddet skal være neutralt i forhold til alle leverandører. Ligeledes har man ønsket at imødekomme en kritik, gående ud på at der tidligere via apoteksdriften (distributionsfunktionen) skete en subventionering af apotekernes egenproduktion, idet man fra industriens og importørernes side ikke mente, at denne produktion blev belastet med samtlige de omkostninger, den forårsagede.

I det følgende omtales alene hovedtrækkene i distributionsstrukturen - derunder visse sider af engroshandelen med lægemidler - før og efter statsovertagelsen.

2.2. *Apotekskollektivet før statsovertagelsen*

Apotekssystemet i Sverige var allerede før statsovertagelsen meget stærkt centraliseret. I den række af betænkninger om apoteksforhold og lægemiddellovgivning m.v., der foreligger fra 50'erne og 60'erne, kan man derfor gang på gang se systemet betegnet som apotekskollektivet. Under gruppens studiebesøg i Sverige blev det således også fra apotekerside oplyst over for gruppen, at den offentlige interesse og statslige udredningsvirksomhed i stigende grad havde presset Apotekarsocieteten frem som et kollektiv, der kunne formidle omfattende rationaliseringsforanstaltninger.

Illustrerende for centraliseringen er, at der inden for rammerne af Apotekarsocieteten efterhånden var vokset en centraladministration op med omkring 200 ansatte. Societetens direktion havde vidtgående ledelsesfunktioner i forhold til det enkelte apotek. Det påhvilede således direktionen at følge de enkelte apotekers økonomiske drift og ved behov gribe ind med råd og anvisninger samt om fornødent udstede pålæg til apoteket om iværksættelse af foranstaltninger til forbedret drift. Dette modsvaredes af en forpligtelse for medlemmerne (medlemskab af Apotekarsocieteten var obligatorisk) til selv at »vedtage eller tåle« de foranstaltninger med hensyn til apotekets økonomiske drift, som direktionen med hjemmel i vedtægterne fandt det påkrævet at foreskrive.

Det synes at have været et selvstændigt motiv til beslutningen om statsovertagelse, at apoteksindehaverne på den ene side var offentligt udnævnte, og at apoteksindehavernes såvel som de apoteksansattes aflønninger blev fastlagt under medvirken af det offentlige, der tillige regulerede priserne på lægemidler, medens det offentlige på den anden side var uden indflydelse på apoteksindehavernes centrale organisation, der efterhånden havde fået en meget stærk stilling.

Et andet forhold, der fik betydning for statsovertagelsen, var, at det afgiftssystem, man benyttede sig af for at udjævne driftsresultaterne apotekerne imellem og for - trods de stærkt varierende forudsætninger - at opretholde ens lægemiddelpriser i hele landet, i tidens løb var blevet stadig mere kompliceret og urationelt. Der var tale om afgifter på op til 91 % af et apoteks nettooverskud d.v.s. et overordentligt progressivt afgiftssystem. Den enkelte apoteksindehaver havde således kun et meget ringe økonomisk incitament til gennemførelse af omkostningsbesparelser. De meget høje afgifter medførte, at indehaveren af en meget effektivt drevet apoteksvirksomhed havde stort set samme indtjeningsmulighed som indehaverne af mindre effektivt drevne apoteker.

Spørgsmålet om en gennemgribende reform af afgiftssystemet var genstand for en særskilt udredning i årene 1953-59,[1]) men der kunne ikke under den efterfølgende debat opnås enighed om et system, der på samme tid kunne virke indtægtsudlignende for apotekerne og tilgodese samfundets øvrige målsætninger på området. Betænkningen beskæftigede sig derudover med to andre hovedemner: spørgsmålet om begyndende strukturændringer i engroshandelen og spørgsmålet om øget offentligt indseende med Apotekarsocieteten. På tidspunktet for be-

1) S.O.U. 1959:5.

tænkningens afgivelse tiltrak det første af disse spørgsmål sig særlig opmærksomhed, aktualiseret ved Apotekarsocietetens køb af lægemiddelvirksomheden Vitrum AB, jvfr. herom ovenfor.

Til karakteristik af det tidligere apotekskollektivs egenartede stilling kan videre nævnes, at lønningerne til praktisk taget hele apotekspersonalet blev fastlagt ved kollektive aftaler, indgået mellem *staten* (statens avtalsverk) på den ene side og de ansattes organisationer på den anden side. Lønningerne blev med andre ord fastsat efter samme procedure som for de statsansatte og i praksis med snæver binding til statens lønninger. Apotekarsocieteten var ikke selv forhandlingspart. Al lønudbetaling skete imidlertid centralt fra apotekernes centrale lønkontor inden for Apotekarsocieteten og finansieredes via afgifter fra apotekerne. (Der var ingen snæver sammenhæng mellem det enkelte apoteks afgiftsbetaling og den udbetalte løn til de ansatte på det pågældende apotek).

De her fremdragne forhold har sammen med bl.a. ønsket om bedre koordinering af den offentlige kontrol med lægemiddelområdet *spillet en rolle* for statsovertagelsen. Det er imidlertid næppe muligt at pege på noget bestemt økonomisk eller organisatorisk årsagskompleks, som har været *afgørende* for statsovertagelsen. Denne synes snarere at måtte anskues som resultat af en politisk beslutningsproces, efter at spørgsmålet om socialisering af apotekerne havde været til diskussion med jævne mellemrum igennem en lang årrække.[1]) Dette afspejler sig også i, at det oprindelige kommissorium (fra 1963) for den udredning »Läkemedelsförsörjning i Samverkan«,[2]) som kom til at danne grundlaget for statsovertagelsen, i 1969 blev ændret fra en udredningsopgave til en forhandlingsopgave: forhandling om formerne og vilkårene for afløsning af det daværende apotekssystem.

I det oprindelige kommissorium indgik, at man som led i en nyordning af detailhandelen med lægemidler burde overveje at lade de svenske landsting (amter) overtage ansvaret for distributionen og derved knytte denne nøje til sygehusvæsenets opbygning. Man var herved også inde på overvejelser om to parallelorganisationer: det eksisterende private system og et system af sygehusapoteker, der kunne virke som et konkurrencemoment. Tanken om en sådan »dobbeltdækning« blev dog hurtigt opgivet igen, og det samme gjaldt tanken om et rent amtsligt system, bl.a. fordi det ville være vanskeligt at fastholde den grad af centralisering, der var opnået under det hidtidige system og som bl.a. muliggjorde ens priser i hele landet. Endvidere synes landstingenes oprindelige interesse for at overtage apoteksdriften at være kølnet, bl.a. fordi deres funktioner som hovedansvarlige for sygehusvæsenet havde vist sig mere omfattende og omkostningskrævende end oprindeligt ventet.

I forhandlingsfasen indgik endvidere overvejelser om at sammenslutte apotekerne i et privat aktieselskab. Tanken herom strandede tilsyneladende bl.a. på finansieringsproblemer, men gruppen har i øvrigt under studiebesøg i Sverige dannet sig det indtryk, at et rent privat selskab i det hele taget næppe har været betragtet som et realistisk alternativ til det nuværende Apoteksbolaget.

1) I 1951 blev der af en ekspertgruppe, der havde haft et stærkt bundet direktiv afgivet en betænkning om statsovertagelse. Betænkningen blev mødt med en næsten enstemmig og meget kraftig kritik, bl.a. også fra den svenske medicinalstyrelse.

2) S.O.U. 1969:46.

2.3. Hovedtræk af den nuværende distributionsstruktur i detailleddet

2.3.1. Apoteksbolagets hovedkontor

I spidsen for den nye organisation står en *styrelse* — hvor formandsposten er et heltidshverv - og en *verkställande direktör*. Centralledelsen, hvis grundstamme udgøres af den fra Apotekarsocieteten overtagne administrative hovedafdeling, er opdelt i 6 sektorer med hver sit ansvarsområde:

Driftssektoren, der har ansvar for planlægning og drift af apotekerne.
Farmacisektoren, hvis funktionsområde er kvalitetskontrol, kvalitetsudvikling og farmaceutisk information.
Markedssektoren, der varetager sortimentarbejde, indkøbs virksomhed, distribution og prisfastsættelse.
Den *administrative* sektor med ansvar for budgetlægning, finansiering, regnskab, databehandling og administrativ rationalisering.
Personalesektoren, som forestår personalepolitik, intern uddannelse og information, løn- og pensionsforhold, spørgsmål i forbindelse med samarbejdsforhold etc.
Sygehusfarmaceutisk sektor, der varetager kontakten med sygehusledelserne og i øvrigt har en række samordningsfunktioner i alle spørgsmål vedrørende lægemiddelleverancer til det offentlige.

Medens personaleantallet på apotekerne og i den offentligt ejede del af engrosdistributionen er blevet nedbragt, er den centrale

Organisation personalemæssigt blevet øget en del sammenlignet med, hvad der var tilfældet under Apotekarsocieteten. Stigningen står bl.a. i forbindelse med, at databehandling og arkitektbistand m.v., der tidligere blev købt udefra, nu varetages direkte af bolaget, og at der er overført funktioner fra de enkelte apoteker til bolaget. Endvidere er der sket udbygning af bl.a. regnskabs- og statistikfunktionerne, og der er kommet nye funktioner til, som Apotekarsocieteten ikke varetog: indkøbsfunktioner, prisforhandling og prisfastsættelse, etableringspolitik m.m.

2.3.2. Regionalkontorerne

Apoteksbolaget har syv regionalkontorer, ledet af en regionschef og hver med et samlet personale på 3–4 personer. Funktionelt er regionskontorerne en del af hovedkontoret; regionschef erne er lokalt placerede driftschefer. Kontorerne har til opgave at formidle en del af kontakten mellem hovedledelsen og det enkelte apotek og har i øvrigt rådgivende, samordnende og i en vis udstrækning besluttende funktioner i forhold til apotekerne.

Regionerne er sammenfaldende med landets syv sygehusregioner. I hver region findes et fuldt udbygget regionssygehus samt et antal lokalsygehuse. Regionssygehuset er centrum for al medicinsk aktivitet i området, ikke blot hospitalsbehandling (»sluten vård«) men i høj grad også den såkaldte »öppne vård« (ambulatoriebehandling og praksis formidlet via offentlige lægecentre), idet der er en høj grad af integration mellem de to behandlingsformer. Det har på denne baggrund været naturligt at opdele apotekssystemet i syv tilsvarende regioner. Regionscheferne er til eksempel tiltænkt vigtige funktioner i forbindelse med den af regionale lægemiddelkomiteer udformede lægemiddelpolitik, jfr. herom nedenfor. I etableringspolitikken (politik med hensyn til antal apoteksudsalg og disses beliggenhed) lægger Apoteksbolaget betydelig vægt på, at nyetableringer sker i tilknytning til bl.a. lægecentre. Via regionscheferne opretholder selskabet derfor nær kontakt med de nævn og styrelser under landstingene, der træffer afgørelse om oprettelse af lægecentre, sygehusudbygning m.v.

2.3.3. Det enkelte apotek

Ved Apoteksbolagets oprettelse fik alle de daværende apoteksindehavere tilbudt fortsat ansættelse i selskabet. Så godt som alle accepterede. Samtidig blev stillingerne som filialbestyrere klassificeret som apotekschefstillinger. Apotekscheferne er herefter lønmodtagere. Der blev truffet individuelle aftaler om løn og arbejdsvilkår, afhængende af de hidtidige indtjenings vilkår og hidtidige arbejdsbetingelser[1]).

En række apotekschefer er dog senere, bl. a. i forbindelse med forflyttelse til større apotek, gået over til det generelle aflønningssystem, som gælder for nye apotekschefer. Også dette lønsystem er ret stærkt differentieret, med løndifferencer der dels beror på apoteksstørrelse (antal ekspederede recepter), dels er uddannelsesrelaterede. På de lavere løntrin ansættes hovedsagelig receptarier (mellemteknikere med 1½ års elevtid og et års universitetsuddannelse) som apotekschef, på de højere trin ansættes alene farmaceuter. Apotekspersonalet består i øvrigt af apotekstekniker med en erhvervsfaglig uddannelse (1 års praktik og 1 års teoretisk uddannelse i gymnasialt regi) og af ufaglært arbejdskraft.

Det nye system har umiddelbart medført den største ændring for de tidligere selvstændige apotekschefers vedkommende. Stillingsskiftet fra indehaver til »ansat på eget apotek« blev oprindelig mødt med udbredt modvilje blandt apoteksindehaverne. Imidlertid er der nu tegn på en ændret attitude, over for gruppen bl.a. karakteriseret ved udtrykket: »Vi har fundet en niche«.

1) Indkomstudviklingen i henhold til de individuelle aftaler om lønbetingelser synes ikke helt at have fulgt den almindelige indkomstudvikling for apotekscheferne i det nye ansættelsessystem.

I rent farmaceutiske spørgsmål har den enkelte apotekschef fortsat hovedansvaret. Hvad de økonomiske aspekter angår, kan der derimod siges at være sket en forskydning bort fra apotekschefen over til hovedkontoret.

I forbindelse med omtalen af tegn på en holdningsændring skal nævnes, at det fra Apotekarsocieteten[1]) over for gruppen er udtalt, at det gamle system ville være kommet ud for meget betydelige vanskeligheder under den løneksplosion, der indtraf i 1971 og den senere indtrådte afdæmpning af omsætningsstigningen. Det spiller i denne sammenhæng også ind, at det offentlige i tiden op til statsovertagelsen var meget tilbageholdende med takstforhøjelser.

For de øvrige personalegrupper har nyorganiseringen ikke medført afgørende ændringer, og bortset fra personalestoppet, jfr. herom nedenfor, er bedømmelsen af systemændringen positiv. Specielt blev det af Sveriges Apoteksteknikerforbund fremhævet, at man så overordentligt positivt på det etablerede personaledemokrari.

Medens apotekerne var private, var det som nævnt staten, der førte lønforhandlinger på apotekernes vegne. Statsovertagelsen har haft den umiddelbart lidt overraskende konsekvens, at lønforhandlingerne i en vis forstand er blevet »privatiserede«, idet de nu foregår mellem bolaget (uden om statens avtalsverk) og de ansattes organisationer. Der tilsigtes hermed en individualisering og smidiggørelse i forhold til det gamle system.

2.3.4. Præstationsnormer m.v. for det enkelte apotek

Til forskel fra, hvad der er tilfældet i andre mangefilialvirksomheder som banker og handelskæder m.v. tillægges der ikke regnskabsresultaterne for den enkelte enhed væsentlig betydning som målestok for enhedens effektivitet. Afgørende for denne forskel over til beslægtede virksomhedsformer er dels de betydelige forskelle i de lokale forudsætninger, dels at det ikke er en målsætning for Apoteksbolaget at øge sin omsætning og dette er dermed heller ikke en opgave for det enkelte detailhandelssted[1]).

Til brug for en effektivitetskontrol og for overvejelser om den fremtidige strukturudvikling arbejder man i stedet med tidsstudier, personalemodeller og modeller for optimale apoteksstørrelser, baseret på simulationseksperimenter, studier af ankomstfrekvenser og kø-teoretiske overvejelser i forbindelse hermed. Dette arbejde er dog endnu i opbygningsfasen og i øjeblikket for så vidt kun af teoretisk interesse, som det ved gruppens samtaler med Apoteksbolaget i foråret 1973 var opfattelsen, at der totalt

1) Denne organisation fortsætter med rent faglige og videnskabelige aktiviteter, men er i forbindelse med nyorganiseringen omdannet til en privat forening med frivilligt medlemskab. Foreningens aktiviteter finansieres bl.a. gennem afkastet af den tredjedel af apoteksbolagets aktiekapital, som blev indskudt af Apotekarsocieteten.

1) I denne forbindelse kan henvises til følgende uddrag af Apoteksbolagets første årsberetning 1970–71: »En annan för verksamheten grundläggande omständighet är, att bolaget inte har till uppgift att eftersträva en omsättningsökning. Tvärtom skall bolaget enligt avtalet med staten verka för en förbättrad information och statistik på läkemedelsområdet i syfte att nedbringa onödig läkemedelskomsumtion med hänsyn till såväl medicinska skäl som samhällsekonomiska synspunkter. I detta hänseende skiljer sig bolagets målsättning väsentligt från vad som gäller för annan handel. Kostnadsstegringar till följd av uppgörelser om nya löneavtal eller andra förhållanden varken kan eller bör mötas med åtgärder för att söka nå en expansion av läkemedelsförsäljningen. Handlingsutrymmet är därigenom i allt väsentligt begränsat till marginal- och kostnadssidorna. På kostnadssidan är personalkostnaderna helt dominerande. Då det gäller rörelsens känslighet - från ekonomisk synspunkt - på omsättningssidan kan nämnas, att en förändring av omsättningen med 1 % fn medför en ändring av bruttoresultatet med inemot 4 mkr. I detta sammanhang bör också beaktas, att bolagets läkemedelsförsäljning till allmänheten mot recept till ca. $^{2}/_{3}$ bekostas via den allmänna sjukförsäkringen. Dessa förhållanden kan, något tillspetsat, uttryckas så att en för bolaget ekonomiskt sett gynnsam omsättningsutveckling kan vara samhällsekonomiskt ogynnsam och tvärtom«.

set var tale om en overbemanding på apotekerne, bl.a. affødt af den tidligere meget stærkt progressive afgift på apotekernes nettoindtjening og forstærket i den tid, der hengik mellem beslutningen om statsovertagelsen og indtil statsovertagelsen fandt sted. Der er på denne baggrund gennemført et ansættelsesstop på apotekerne. Gennem naturlig afgang sker der for tiden en reduktion af personalestyrken på omkring 300 heltidsbeskæftigede pr. år. Apoteksbolagets samlede personale var ved oprettelsen ca. 11.500.

Et af de præstationsmål, der arbejdes med, er antal recipi[1]). En farmaceuttime antages at modsvare 8,8 recipi, en apotekstekniker-time 5,5 recipi.

På omkring halvdelen af landets apoteker anvendes der under 400 timer pr. 1000 recepter (1700 recipi), hvilket anses for acceptabelt; på de øvrige apoteker er tidsforbruget pr. 1000 recepter over 400 timer. Omkring 20 % af apotekerne ligger i intervallet under 315 timer. Ved oprettelse af nye udsalgssteder er et af kriterierne, at tidsforbruget pr. 1000 recepter ikke bør overstige 285 - dog bortset fra »glesbygder« m.v. med under 20.000 recepter årligt.

Med hensyn til apoteksbemandingen har der været opereret med en norm for forholdet mellem farmaceutisk uddannede (herunder receptarier) og apotekstekniker på én til to - en fordeling der dog ikke er nogen fast norm og i øvrigt heller ikke svarer til den faktiske bemanding, hvor forholdet nærmere er som én til tre. Delelighedsproblemer gør det i øvrigt på små apoteker vanskeligt at afbalancere indsatsen af farmaceuter/receptarier med indsatsen af apotekstekniker. Der findes f.eks. apoteker med 2 farmaceuter, men ingen apotekstekniker. Med de senere års indsnævring af de relative lønforskelle på apotekerne er dette imidlertid et aftagende problem.

Efter forudgående undersøgelser i »laboratoriemæssig skala« gennemføres der nu mere omfattende eksperimenter med automatisering af ordrerutiner m.v. (tillige med automatisering af lønudbetalinger, bogføring etc.) ved hjælp af EDB. Systemet indebærer dels væsentlige muligheder for en forbedret lægemiddelstatistik, dels at arbejdet med taksering vil forsvinde som manuel opgave sammen med en del andre rutiner, såsom skrivearbejde (etiketudskrivning), kontrol med lagerstørrelse etc. Det er ligeledes tænkeligt, at sikkerhedskontrollen vil kunne forenkles, når ordrerutinerne automatiseres. Det må derfor også forventes, at automatiseringen vil føre til yderligere personalereduktion. Hvilke grupper, der især vil blive berørt heraf, synes ikke ganske afklaret, men det kan nævnes, at apotekstekniker-uddannelsen er under revision med sigte på at give denne personalegruppe et bredere ansættelsesområde end apoteksvirksomhederne.

Det kan tilføjes, at de hidtidige erfaringer fra Sverige ligesom det er tilfældet her i landet tyder på, at 1000 recepter pr. dag er det maksimale antal, der kan passere en receptur. Man har imidlertid apoteker med to recepturer, og disse har vist sig overordentligt effektive.

2.3.5. Etableringspolitik; differentiering af salgssteder m.v.

Man har i Sverige en væsentlig stærkere differentiering af salgsstederne for lægemidler, end det for tiden er kendt i Danmark. Dette var allerede tilfældet under det tidligere system, hvor man foruden apoteker og apoteksfilialer - begge med farmaceutisk ledelse og i det store og hele »ligeværdige« med hensyn til serviceniveau — havde en række kompletterende distributionsenheder af »lavere valør« på steder, hvor de økonomiske forudsætninger for fuldstændig apoteksindretning savnedes. Af disse adskilte navnlig de såkaldte apoteksforråd sig fra de danske håndkøbsudsalg ved, at de pågældende enheder, der var ledet af en apotekstekniker, selv kunne ek-

1) En recipe = den enkelte ordination på en recept. I gennemsnit er der 1,7 recipi pr. recept.

spedere recepter inden for et fastlagt sortiment (en med de stedlige læger aftalt liste på ca. 100 af de hyppigst ordinerede receptbelagte varer). Sådanne enheder oprettedes for at opretholde en høj servicegrad uden for stærke omkostningsstigninger. Et andet led i denne udvikling var sænkning af kravene til konventionelle apotekers udstyr og lokaler i takt med, at arbejdsopgaverne ændredes til i højere og højere grad at bestå i distribution af færdigfremstillede og færdigpakkede lægemidler.

De nævnte tendenser til differentiering af salgsstederne er blevet styrket under den nye organisationsform, hvorunder apoteks-systemet kan karakteriseres som en mangefilialvirksomhed. Der gøres på den ene side forsøg med stærkt forenklede, såkaldte elementarapoteker (50 m^2, 85.000 kr. inventar) ledet af en receptar, og med et sortiment, der er udvidet i forhold til de omtalte apoteksforråd og antages at kunne dække en væsentlig del af et områdes lægemiddelforbrug. Der er samtidig en tendens til, at de største af apoteksforrådene omdannes til apoteker.

Ved nyetableringer lægges der som nævnt afgørende vægt på lokalisering i tilknytning til helsecentre og sygehuse. Derudover søges udsalgsstederne koncentreret på steder med et stigende kundeunderlag (indkøbscentre m.v.). Som et eksempel på tilpasningen til kundestrømmene kan også nævnes, at der forsøgsvis er oprettet et ekspeditionsapotek i tilknytning til Volvo-fabrikkernes bedriftslægeinstitution.

Det oprindelige forhold moderapotek/et eller flere filialapoteker er under det nye system afløst af et gruppesamarbejde med grupper på *6-7,* der er bygget op omkring et kærneapotek, der kan aflaste de andre med vanskeligere magistrelle ordinationer og med hensyn til lagerhold m.v. Desuden fungerer *6-7* apoteker som serviceapoteker for alle øvrige med hensyn til visse af de magistrelle ordinationer. Der er her tale om en art standardisering af den individuelle lægemiddelproduktion, der finder sted på apotekerne. I Sverige er denne produktion af endnu mere begrænset omfang end i Danmark.

I foråret 1973 var der ca. 650 apoteker og ca. 1.500 lægemiddeludsalg.

2.3.6. *Sortimentpolitik - lægemiddelpolitik*

Den stærke ekspansion i omsætning og forbrug af lægemidler — et forbrug der for en væsentlig del er offentligt finansieret - har i Sverige som andetsteds givet anledning til en intensiv diskussion om forbedret offentlig styring af lægemiddelforbrugets udvikling ud fra såvel medicinske som økonomiske kriterier.

Centraliseret indkøb som i Apoteksbolaget kunne principielt være et middel hertil, idet en centralisering giver mulighed for en begrænsning af lægemiddelsortimentet ved begrænsning af antallet af præparater med samme anvendelsesområde (synonym - og analogpræparater). Som argument for en sådan begrænsning af sortimentet har især været anført, at der ofte kan være tale om betydelige prisforskelle for synonyme præparater, specielt når priserne sættes i relation til den ordinerede »doseringsenhed«. Hertil kommer, at et relativt lille sortiment dækker en dominerende del af efterspørgslen. For Apoteksbolagets vedkommende er det således oplyst, at de 100 mest solgte medicinske specialiteter dækker omkring halvdelen af den samlede specialitetsomsætning, og at de 200 mest solgte dækker godt 70 %. lait distribueres ca. 1.700 specialiteter (præparater) i 6.100 forskellige pakninger. Der er således tale om en hastigt synkende omsætningshastighed for det yderligere sortiment, der kommer til ved en udvidelse af lagerholdet. Fra en snæver økonomisk synsvinkel vil et stort sortiment derfor repræsentere en belastning for apotekssystemet, men det er samtidig klart, at spørgsmålet om sortimentsstørrelse i høj grad må bero på andre hensyn end økonomiske.

Apoteksbolaget følger, som det også fremgår af de anførte tal for omsætningsfordelingen, den politik, at man indkøber

og forhandler alle de lægemidler, der er godkendt (registreret) af sundhedsmyndighederne. En begrænsning af bolagets sortiment i forhold til det af myndighederne godkendte lægemiddeludvalg ville være et indgreb i lægernes frie ordinationsret, som ikke kan falde ind under distributionssystemets funktioner. Alene på området for frihandelsvarer har Apoteksbolaget mulighed for selv at fastlægge sit sortiment. Udvalget af disse varer fastlægges centralt, men det står de enkelte apotekschefer frit, hvilke af disse de vil lagerføre.

Under gruppens drøftelser med Apoteksbolagets ledelse blev det i det hele fremhævet, at af lægemiddelpolitikkens mange aspekter er distributionen formentlig det mindst betydende. De lægemiddelpolitiske aspekter, som Apoteksbolagets hovedledelse har indflydelse på, omfatter foruden det anførte om håndkøbsvarer alene prisdannelse, herunder som et meget væsentligt led prisforhandlinger med leverandørerne, med udgangspunkt bl.a. i internationale prissammenligninger, samt spredning af lægemiddelinformation.

Som det også stærkt blev fremhævet under gruppens drøftelser spiller lokale lægemiddelkomiteer en afgørende rolle i svensk lægemiddelpolitik. Efter et initiativ ved Karolinska Sjukhuset er der ved flere regionssygehuse oprettet lægemiddelkomiteer, hvor også apotekerne er repræsenteret. Komiteerne søger på regionsbasis at standardisere lægemiddelvalget ved mere rutinemæssige behandlinger også i almen praksis, jfr. det tidligere anførte hvorefter de praktiserende læger i udstrakt grad er »orienterede mod« regionssygehuset. Udviklingen skal bl.a.[1]) ses i sammenhæng med, at de enkelte læger har haft tiltagende vanskeligheder med at overskue lægemiddelsortimentet.

På grundlag af diskussioner og undersøgelser om de forskellige præparaters medicinske hensigtsmæssighed afgiver komiteerne rekommendationer om lægemiddelvalget. Hvor der er tale om synonympræparater, tages der hensyn til, om der forekommer anseelige prisforskelle. I den citerede udredning nævnes det dog, at hospitalernes terapitradition menes at spille en konserverende rolle for komiteernes lægemiddelvalg. Som resultat af komiteernes virksomhed opgives det, at et anseeligt antal såvel ældre som nyere præparater er blevet »gallrat bort«. Der regnes med, at komiteernes betydning vil vokse i takt med, at unge lægers ordinationsvaner formes af rekommandationerne.

1) Jvfr. S.O.U. 1969:36 Läkemedelsindustrin, Stockholm 1969 s. 123.

2.4. Udviklingslinier inden for engroshandelen

Lægemiddelengroshandelen i Sverige opstod oprindelig ud fra apoteksvirksomhed, idet al handel med lægemidler - ikke blot detaildistribution - oprindelig var forbeholdt apotekerne. Udviklingen i nyere tid har dog været præget af den stik modsatte tendens, nemlig en tendens til, at engroshandelen integreredes med lægemiddelindustrien. Ifølge betænkningen »Läkemedelsförsörjningens organisation« fra 1959 fandtes der således blandt de fem selskaber, den svenske engroshandel da var koncentreret på, kun ét selskab - Kronan AB - der ikke direkte eller gennem koncernforhold var forbundet med lægemiddelindustrien i ind- eller udland. Med Apotekarsocietetens opkøb af selskabet Vitrum, jvfr. indledningen, indledtes imidlertid en udvikling, hvorunder en del af engroshandelen igen blev integreret med apoteksvirksomheden.

I dag er engrosdistributionen koncentreret på 4 virksomheder. Den største af disse, Astra Distribution, indgår i Astrakoncernen, der er Nordens største lægemiddelforetagende (med nær tilknytning til den Wallenbergske interessegruppe). Den næststørste ADA ejes som nævnt i indledningen af Apoteksbolaget. AB Läkemedels - Distribution er led i Leokoncernen. Den fjerde virksomhed er det tidligere fritstående selskab Kronan, der fra og med 1960 ejes af et konsortium, bestående af svenske og udenlandske leverandører, deriblandt Astra-koncernen.

Medens visse af de integrerede engroshandelsselskaber udelukkende forhandlede moderselskabets produkter og samtidig havde eneret på salget af disse (*énkanaldistribution*), var andre af selskaberne i princippet indrettet på at føre et fuldt apoteksssortiment *(sortimentgrossister* eller *flerkanaldistribution*) Disse selskaber distribuerede således også for de mindre svenske lægemiddelproducenter og for fritstående importører. Den selektive distribution vandt imidlertid frem i forhold til sortimentsengroshandelen, hvilket skabte frygt for dennes fortsatte

overlevelsesmuligheder. Det frygtedes således, at den tilbageværende sortimentsengroshandel på grund af mindsket omsætningsunderlag ville få dårligere kapacitetsudnyttelse og derigennem behov for større avancemarginaler end i énkanaldistributionen. En sådan udvikling ville tillige betyde konkurrencebegrænsning i produktionsleddet, idet den ville vanskeliggøre afsætningen af de ikke integrerede, i hovedsagen mindre producenters varer.

Dette var en del af baggrunden for, at man på et tidligere tidspunkt diskuterede en centralisering af engroshandelen i et statsligt selskab eller som alternativ hertil en apoteksejet indkøbscentral, der kunne danne korrektiv til ulemperne ved integrationen mellem engroshandel og industri og øget selektivitet i distributionen. Andre bevæggrunde for centraliseringstanken synes at have været, at der i mange tilfælde var tale om en omkostningskrævende servicekonkurrence blandt grossisterne bl.a. med den følge, at den gennemsnitlige ordrestørrelse fra apotekerne ikke mentes at stå i noget rimeligt forhold til omkostningerne ved ordrens effektuering.

Et statsligt udvalg foreslog i 1959 det andet alternativ: dannelse af et apoteksejet grossistselskab. Dette var virkeliggjort allerede ved betænkningens offentliggørelse, idet Apotekarsocieteten umiddelbart forinden erhvervede aktiemajoriteten i grossist- og producentvirksomheden Vitrum. Dette synes på sin side at have været medvirkende til, at et konsortium bestående af en række lægemiddelproducenter det følgende år erhvervede Kronan, og til, at Astrakoncernen i 1961 gennem sit datterselskab Distra tilbød andre producenter at distribuere for dem til en engrosavance på i gennemsnit 11 %[1]) mod hidtil sædvanlig avance på 15[1]/2 %>. Distra's fremstød tvang de øvrige grossistvirksomheder til at sænke den gennemsnitlige bruttoavance til ca. 12 %. Faldet i avancemarginalerne er siden fortsat, og de ligger i dag for specialiteter på 6-7 % med stort set uændrede kreditvilkår (fri leverancemåned) og serviceniveau (daglige leverancer over hele landet, i de største byer 2 gange dagligt).

Ved diskussionen af denne udvikling har man i Sverige været opmærksom på, at forskydningen i varesammensætningen (i retning af færre råvarer m.v., flere og dyrere specialiteter) i sig selv må trække i retning af lavere avancemarginaler. Det er også blevet fremhævet, at i integrerede virksomheder kan en forandring af marginalerne i det enkelte led blot være en følge af bogholderimæssige ændringer i de interne afregningspriser. Der består dog ingen tvivl om, at avancereduktionen er en realitet - udtryk for en vidtgående rationalisering - hvad også afspejler sig i personalebesparelser og i, at de lavere marginaler også er gældende ved distribution af andre præparater end virksomhedernes egne. Avancesænkningen har ikke sat sig spor i lavere indkøbspriser for apotekerne, men er utvivlsomt en vigtig medvirkende årsag til, at indkøbspriserne kun har vist moderate stigninger.

Efter den beskrevne udvikling kan engroshandelen med lægemidler i Sverige næppe karakteriseres som et selvstændigt handelsled, idet den er helt integreret enten med leverandørleddet eller med Apoteksbolaget. De til Apoteksbolaget knyttede engrosselskaber (Vitrum/ADA) må således snarest karakteriseres som bolagets apparat for intern varedistribution. Med den samtidige udvikling i bruttoavancemarginalerne er det gruppens indtryk, at tanken om centralisering gennem et lovgivningsinitiativ ikke længere er aktuel. Hvorvidt der ad andre veje kan tænkes at ske en yderligere koncentration af engrosdistributionen kan næppe vurderes på indeværende tidspunkt.

1) Beregnet på apotekernes indkøbspriser (AIP).

2.5. Erstatningsproblemer i forbindelse med statsovertagelsen af apotekerne

Ved overgangen fra det gamle til det nye system blev de generelle retningslinier vedrørende erstatning og overtagelse, vurdering af lager, inventar og fast ejendom, hvor denne udelukkende eller hovedsagelig anvendtes til apoteksdrift, fastlagt ved aftale mellem staten og Apotekarsocieteten. Erstatningsproblemet synes ikke i praksis at have været noget fremtrædende problem hvilket må ses i sammenhæng med, at eventuelle realisationsgevinster indgik i det sidste års regnskaber, således at der skulle betales 91 %'s afgift heraf. Indehavernes hovedinteresse under forhandlingerne koncentreredes derfor først og fremmest om de fremtidige indtægts- og pensionsvilkår samt arbejdsvilkår (kompetence, arbejdstid m.v.), hvorved Apotekarsocieteten »stod vagt« om indehavernes, såvel som om de øvrige personalegruppers interesser.

2.6. Kritikken af Apoteksbolagets regnskabsresultater det første år og af de foretagne prisforhøjelser

Apoteksbolagets første årsregnskab, der omfattede perioden 24/8 1970 - 31/12 1971 viste et ret betydeligt underskud. Dette sammenholdt med, at der blev foretaget forhøjelser af apotekernes udsalgspriser i september 1971 og pånyt i juli 1972 gav anledning til en sine steder ret skarp kritik

af Apoteksbolaget og virkningerne af statsovertagelsen - en kritik der også er blevet fremhævet i international fagpresse.

Det tilkommer ikke gruppen at tage stilling til denne kritik. Der er imidlertid grund til at nævne, jfr. også ovenfor, at apoteksdriften blev belastet med meget betydelige lønforhøjelser i 1971, hvilket dels må ses i sammenhæng med den almindelige lønudvikling (løneksplosion) i dette tidsrum, dels med at den største personalegruppe på apotekerne, apotekstekniker ne, efter de generelt på arbejdsmarkedet anvendte normer blev betragtet som en lavtlønsgruppe, hvor man derfor satsede på særlig store lønforhøjelser. Efter at der var varslet punktstrejker på en række apoteker, afsluttedes der en overenskomst med apotekstekniker ne, som indebar en lønstigning fra 1970 til 1971 på i gennemsnit ca. 19 % og for hele treårsperioden 1971-1973 godt 32 %. Perioden belastedes desuden af en række ekstraordinære omkostninger i forbindelse med omlægningen, herunder nedskrivninger på overtagne varelagre. I denne forbindelse skal også nævnes, at bolaget har overtaget en akkumuleret »pensionsgæld« opstået ved, at man i 60'erne - for at holde priserne nede - havde foretaget mindre henlæggelser til pensionsfonds end svarende til udviklingen i pensionsforpligtelserne. Dette er dog ikke kommet særskilt til udtryk på regnskaberne, da forpligtelsernes omfang og omkostningerne herved endnu ikke har kunnet opgøres eksakt[1]).

Da der bl.a. i den internationale farmaceutiske fagpresse ofte har været anført vurderinger af effektiviteten i det svenske system, baseret på sammenligninger af indeks for henholdsvis apotekernes indkøbspriser og deres udsalgspriser, skal det nævnes, at man allerede på grund af de særlige indeksproblemer, der her gør sig gældende, *ikke* kan basere en vurdering på sådanne beregninger.

Det er karakteristisk for produktionen af medicinske specialiteter, at der er tale om en hurtig innovationstakt (hurtig produktfornyelse). Som for andre højt forædlede mærkevarer er det endvidere karakteristisk, at et nyt produkt, når det først er introduceret, i mange tilfælde holdes uændret i pris på trods af inflationen[1]). Dækning for omkostningsstigninger må da ske via prisfastsættelsen for de nye produkter, der bringes på markedet. Dette kan imidlertid ikke komme til udtryk i indeks for producentpriserne, som derfor vil tendere at udvise stor stabilitet, også selv om gennemsnitspriserne måske reelt set er stigende, således som apotekernes indkøbspriser er.

Med hensyn til indeks for apotekernes udsalgspriser har man i Sverige været stillet over for det problem, at det vareudsnit, som indgik i det af Statistiska Centralbyrån beregnede detailprisindeks for lægemidler, efterhånden ikke var tilstrækkelig repræsentativt for den samlede apoteksomsætning. De i indekset indgående »repræsentantvarer« omfattede fortrinsvis billigere produkter. Da Apoteksbolagets forhøjelse af bruttoavancerne var relativt størst for disse varer, overvurderede det beregnede prisindeks prisstigningerne. Statistisk Centralbyrå har senere revideret sin indeksberegning på det nævnte punkt.

3. Lægemiddeldistributionen i Norge

3.1. Indledning

Af et norsk forbrug af medicinske specialiteter, der i 1972 opgjort i priser til apotek (AIP) udgjorde knap 300 mill. kr. dækkes ca. 3/4 gennem import; den resterende del fremstilles af et mindre antal norske

1) Skønsmæssigt anslås det i bolagets første årsberetning, at den opståede »pensionsgæld« svarer til omkring 350 mill. kr., medens værdien af de overtagne pensionsfonds var ca. 50 mill. kr.

1) Således viser en i S.O.U. 1969:36 foretagen undersøgelse af prisudviklingen for 121 præparater på det svenske lægemiddelmarked i perioden 1958-1964, at der ingen prisændringer fandt sted for godt og vel 50 af de pågældende præparater.

producenter, hvis markedsandel i de senere år har været fortsat vigende. Herudover fremstilles medicinske præparater på apotekerne; opgjort på samme prisgrundlag beløber denne produktion sig til ca. 60 mill, kr. Så godt som alle råvarer, der anvendes på apotekerne og af den norske medicinindustri, er af udenlandsk oprindelse.

Udenlandske medicinfabrikker holder i et vist omfang lagre i Norge, men hovedparten af de norske beholdninger af lægemidler findes i Norsk Medisinaldepot (NMD), der er en statsejet virksomhed med eneret på salg til apotek og på indførsel og udførsel af lægemidler. Detaildistributionen af lægemidler foregår gennem godt 270 apoteker, drevet i henhold til kongelig bevilling, samt gennem et større antal håndkøbsudsalg m.v. Som nævnt finder der også en vis produktion sted på apotekerne; en væsentlig del af denne produktion ventes i 1974 koncentreret på en af et apotekskollektiv oprettet medicinfabrik.

Medens apotekssystemets struktur og funktion i store træk svarer til det her i landet kendte, er der afgørende forskelle mellem engrosleddets placering og opgaver i det norske og det danske distributionssystem, ligesom det samlede forbrug af lægemidler i Norge pr. indbygger er mærkbart lavere end i Danmark. I den følgende redegørelse for hovedtrækkene i distributionsstrukturen i Norge er størst vægt lagt på en beskrivelse af det monopoliserede engrosled, men også detailleddet og den her planlagte strukturrationalisering af produktionsforholdene omtales.

3.2. *Statslig overtagelse af engrosleddet*

I tiden efter århundredskiftet opbyggedes gradvist en egentlig norsk engroshandel med lægemidler, samtidig med at planer om oprettelse af et statsmonopol i grossistleddet med mellemrum diskuteredes. En udredning fra 1926 tog afstand fra statsmonopolisering, men i 1949 indstillede et i 1947 nedsat udvalg, at statsovertagelse af engrosleddet burde finde sted med henblik på opnåelse af følgende formål:

a. Gode lægemidler til lavest mulig pris.
b. Bedst mulig kvalitetskontrol.
c. Lavere råvarepriser.
d. Mere hensigtsmæssig anvendelse af lægemidler, samt
e. Større sikkerhed for forsyningen ud fra beredskabshensyn.

Beredskabshensynet [1]) afspejler bl.a. de forsyningsmæssige problemer, man var stillet over for under den 2. verdenskrig, og som førte til oprettelse af et midlertidigt statens medicinaldepot, først i Tromsø, derefter i England og ved befrielsen igen overført til Tromsø og Oslo.

Historiske forhold har også derudover spillet en rolle for statsovertagelsen af engrosleddet i Norge. Spørgsmålet om et statsligt engrosselskab havde været diskuteret med mellemrum siden midten af forrige århundrede, dengang bl.a. begrundet i, at der ikke fandtes engrosforretninger for apotekervarer i Norge. Apotekernes forsyning skete da væsentligt fra tyske grossistvirksomheder.

Som en udløber af denne diskussion blev der i lov om apoteker af august 1909 indsat en bestemmelse, hvorefter apotekerne i tilfælde af, at der ved offentlig foranstaltning blev oprettet et centralkøb for apotekernes forsyning med lægemidler, skulle være forpligtede til at aftage deres varer derfra. Ved statsovertagelsen fik denne bestemmelse betydning med henblik på spørgsmålet om erstatning til de tidligere grossistvirksomheder. Det kunne med henvisning til 1909-loven gøres gældende, at grossisterne ikke havde krav på erstatning for ophøret af deres hidtidige virksomhed. Stortinget besluttede imidlertid, at der skulle ydes grossisterne en billighedserstatning.

Oprettelse af en virksomhed med eneret på import af og engroshandel med lægemidler besluttedes ved lov af februar 1953. Vedtagelsen førtes ud i livet gennem oprettelse af Norsk Medisinaldepot, et fuldt ud statsejet selskab.

NMD's styrelse udpegedes straks i 1953, den administrerende direktør tiltrådte i 1954, og efter godt 3 års forberedelser begyndte NMD den 1. november 1957 sin virksomhed med afdelinger i Oslo, Bergen, Trondheim og Harstad.

I årene op til NMD's start havde man i Norge haft 2 grossistvirksomheder, der tilsammen tegnede sig for ca. 80 % af salget til apotekerne, samt enkelte mindre grossistvirksomheder med specialiseret vareudvalg. Grossisterne, der i øvrigt fortsatte med anden virksomhed, bl.a. som agenter for udenlandsk

1) Beredskabshensyn har også spillet en rolle i diskussionen om apoteksproduktionen. En komité til revision af apotekerlovgivningen gik i 1958 imod en videregående koncentration af apoteksproduktionen på nogle få produktionssteder, fordi disse i en krisesituation ville være alt for sårbare mål. Socialdepartementet lagde i det fremlagte lovforslag ligeledes vægt på, at det af beredskabshensyn var af betydning at have en decentraliseret produktion.

lægemiddelindustri, fik ved statsovertagelsen erstatning for varelagre og visse af depotet overtagne anlæg samt som nævnt en billighedserstatning til delvis dækning af det som følge af statsovertagelsen lidte tab.

Af grossistvirksomhedernes personale fortsatte de, der ønskede det, omkring tre fjerdedele, i NMD, og de fleste ledende stillinger i depotet besattes med personer, der kom fra de gamle grossistvirksomheder.

3.3. Norsk Medisinaldepot; organisation og virksomhed

Efter en i medfør af lov af 25. juni 1965 om visse statsbedrifter m.m. foretagen omorganisering pr. 1. januar 1971 består NMD's øverste ledelse af et styre på *7,* hvoriblandt depotets administrerende direktør samt en repræsentant for de i depotet ansatte. Styret afholder sædvanligvis møde 11 gange om året.

Endvidere er oprettet et råd på 6 medlemmer, hvoraf 4 valgt af Stortinget og 2 valgt af og blandt de ansatte. Rådet, der skal mødes mindst 2 gange årligt, har visse rådgivende og kontrollerende funktioner, men kan ikke gribe direkte ind i depotets drift.

Socialdepartementet er virksomhedens højeste myndighed, men denne myndighed kan alene udøves på generalforsamlingen, der ledes af socialministeren eller den, han bemyndiger hertil; styret og rådet deltager i generalforsamlingen.

Depotets daglige ledelse varetages af den administrerende direktør.

I organisatorisk henseende er depotets centrale ledelse opdelt i 6 afdelinger med hvert sit ansvarsområde:

Indkøbsafdelingen, der har ansvar for indkøb og varemodtagelse.
Analyseafdelingen, hvis ansvarsområde er laboratoriekontrol og -analyse samt sekretariatsfunktioner, herunder bibliotekstjeneste.
Salgsafdelingen med ansvar for salg, fakturering og returkontrol.
Driftsafdelingen, hvis funktionsområde er varekontrol, lager, vareekspedition og transport.
Økonomiafdelingen, der forestår regnskabsfunktionerne, personalepolitikken og den øvrige interne administration.
EDB-afdelingen, der har karakter af en stabsafdeling, varetager udbygningen af depotets på EDB-teknik baserede interne registrering (ordreregistrering, lagerstyring, medicinalstatistik m.v.).

Hovedparten af NMD's aktiviteter varetages fra hovedkontoret i Oslo, men depotet har som nævnt tillige afdelinger i Bergen, Trondheim og Harstad. Målet hermed har bl.a. været i videst muligt omfang at sikre, at forsendelser når frem til apotekerne næste dags morgen — i visse afsides landsdele kan der dog stadig gå op til 2 døgn, hvortil kommer transporttid fra apotek til patient.

Af depotets samlede omsætning falder ca. 60 % på Oslo-afdelingen, 16-17 % på hver af afdelingerne i Bergen og Trondheim og 7 % på Harstad-afdelingen.

Ved udgangen af 1972 havde NMD i alt 387 ansatte. I 1958 beskæftigedes i alt 240.

Norsk Medisinaldepot har med visse undtagelser eneret på salg af lægemidler og råvarer til apotekerne. Dernæst har NMD ifølge loven adgang til at drive apoteksvirksomhed[1]); depotet har én gang søgt apoteksbevilling, men ansøgningen blev afslået. Endelig kan medicinaldepotet forhandle varer, som naturligt efterspørges på apoteker. Sådanne føres dog kun i begrænset omfang.

Norsk Medisinaldepots monopol omfatter i princippet også import og eksport af lægemidler. Med hensyn til import gælder, at norsk lægemiddelindustri med depotets samtykke direkte kan importere råvarer og hjælpestoffer (dog bortset fra narkotika).

NMD er »indkoblet« på al anden import; i praksis sker en væsentlig del af importen dog i privat regie i henhold til særlige aftaler mellem depotet og importører/importagenter. Aftalerne omfatter bl.a. opret-

1) Iflg. norsk apotekslov kan såvel Medisinaldepotet som de enkelte kommuner opnå apoteksbevilling.

holdelse af konsignationslagre hos importører og agenter.

NMD's eneret til eksport udnyttes ikke, men privates eksport af lægemidler forudsætter tilladelse fra depotet. Disse tilladelser blev tidligere kun meddelt på begrænset tid, og det er over for gruppen fra industriside anført, at dette virkede hæmmende på producenternes eksportmuligheder. I de senere år er tilladelserne givet uden sådanne begrænsninger.

NMD havde ved oprettelsen en egenkapital på 10 mill. kr. i form af en grundfond. Midlerne hertil fremskaffedes fra apoteksafgiftsfonden, i hvilken fond depotet endvidere optog et langfristet (rentebærende, men afdragsfrit) lån på 17,5 mill. kr. Depotets egenkapital er senere øget gennem betydelige årlige henlæggelser.

Af 1972-overskuddet på knapt 8 mill. kr. henlagdes ca. 6 mill. kr. til reserve-, bygge-, dispositions- m.fl. fonde. Herudover overførtes 1,2 mill. kr. af overskuddet til forskningsfonden, jfr. nedenfor, medens 550.000 kr. indbetaltes til apoteksafgiftsfonden som »5,5 % rente af grundfond«[1]).

Depotets fremmedkapital er ultimo 1972 opgjort til knapt 70 mill. kr. fordelt med 20 mill. kr. i langfristet og 50 mill. kr. i kortfristet gæld. Hovedparten af den langfristede fremmedkapital udgøres af det tidligere omtalte lån på 17,5 mill. kr. i apotekerafgiftsfonden; det kan måske diskuteres, om dette lån, der ligeledes forrentes med 5,5 %> p.a., bør opfattes som fremmed- eller egenkapital. Af den kortfristede fremmedkapital er knapt 43 mill. kr. varegæld.

I 1972 omsatte NMD for i alt 329 mill, kr. eller 13 % mere end året før. Depotets omsætning er nogenlunde fordoblet hvert 6. år siden det første hele driftsår, 1958, hvor omsætningen androg godt 60 mill. kr. Omsætningsfremgangen i 1970 og 1971 oversteg dog denne gennemsnitlige stigningstakt.

1) I Norge er dette ikke nogen unormalt lav rente, idet det norske renteniveau i international sammenligning er meget lavt.

Den overvejende del af depotets omsætning hidrører fra salg af medicinske specialiteter. I 1972 fordelte depotets samlede omsætning sig med ca. 291 mill. kr. eller 88 % på medicinske specialiteter til apotek, godt 19 mill. kr. eller 6 % på andre varer til apotek og knap 19 mill. kr. eller 6 % på salg til andre kunder, herunder salg af infusionsvæsker direkte til sygehuse. Fra 1969 til 1972 er salget af andre varer til apotek fordoblet, medens omsætningen til andre kunder er tredoblet.

Omsætningen af andre varer til apotek, i alt godt 19 mill. kr. var sammensat af et salg af apoteksfremstillede præparater på knapt 8 mill. kr., af færdigpakkede handelsvarer på 3 mill. kr. og af andre varer på 8,5 mill. kr. I denne forbindelse oplyses, at NMD i begrænset omfang driver produktionsvirksomhed, herunder dispensering af råvarer m.v.

En betydelig del af de af NMD solgte varer leveres fragtfrit. I de 4 depotområder udbringes varer fragtfrit hver dag, i det øvrige land 3 gange ugentlig, dog ekspederes ordrer på livsvigtig medicin som hasteordre, og supplerende leverancer kan altid effektueres mod betaling af fragt.

Herudover yder depotet visse rabatter i form af kontantrabat og ordrerabat. Kontantrabat ydes med 1 % ved betaling inden for løbende måned + 30 dage, medens ordrerabat, ligeledes 1 %, forudsætter bestilling på fortrykte ordrelister og en vis leveringsfrist (»ugeordre«). I 1972 androg disse omsætningsreduktioner i alt 5 mill. kr. svarende til godt 1,5 % af depotets samlede omsætning eller godt 1,6 % af omsætningen til apotekerne. Rabatordningerne er i de senere år blevet udnyttet i stigende grad; i 1972 var udnyttelsesgraden 71 % for ordrerabat og 94 % for kontantrabat. Den af medicinaldepotet i gennemsnit ydede kredittid var ca. 6 uger.

NMD's bruttofortjeneste ved varesalg var i 1972 41,4 mill. kr. svarende til 12,6 % af den samlede omsætning. Efter fradrag af omsætningsreduktionerne udgjorde brutto-

avancen 36,4 mill. kr. eller 11,2 % af nettoomsætningen. Disse bruttoavanceprocenter har i de senere år været faldende, således androg bruttoavancen efter fradrag af rabatter 11,7 % af nettoomsætningen i 1970 og 13,5 % af nettoomsætningen i 1965. Denne udvikling afspejler de af NMD fulgte kalkulationsprincipper, hvorefter depotets engrosavance ansættes til 15 % af engrosprisen (= apotekets indkøbspris) for præparater i prisklassen 0-7 kr., 12½ % i prisklassen 7-15 kr. og 10% for præparater over 15 kr. Faldet i den gennemsnitlige bruttoavance fremkommer derved, at flere præparater som følge af det generelt stigende prisniveau rykker op i højere prisklasser med lavere avanceprocent.

NMD's omkostninger udgjorde i 1972 i alt 29,7 mill. kr., heri medregnet renteudgifter 1,2 mill. kr. (hvoraf knapt 1 mill. kr. til forrentning af det i apotekerafgiftsfonden optagne langfristede lån) samt afskrivninger 1,2 mill. kr.

Omkostningerne udgjorde 9,0 % af bruttoomsætningen; næsten ⅔ af omkostningerne var løn og sociale udgifter, jfr. i øvrigt nedenstående oversigt, der viser bruttoomsætningens fordeling på vareforbrug, andre udgifter og overskud.

NMD's regnskab 1972

	pct.
Samlet omsætning 328,7 mill. kr.	100,0
Rabat	1,5
Nettoomsætning	98,5
Vareforbrug	87,4
Bruttoavance	11,1
Andre indtægter	0,3
1 alt bruttofortjeneste	11,4
Løn og sociale udgifter	*5,6*
Andre udgifter	3,4
Disponibelt overskud	2,4

Som nævnt var forslaget om statsovertagelse af engrosleddet betinget af ønsket om virkeliggørelse af en række mål. Et af disse mål var opnåelsen af lavere råvarepriser og i det hele fremskaffelsen af gode lægemidler billigst muligt.

Det må antages, at etableringen af et købermonopol har styrket indkøbssidens stilling i forhandlingerne med inden- og udenlandske leverandører om priser, kvalitetsnormer og leveringsbetingelser. Prisniveauet for specialiteter i Norge er således lavere end i de fleste andre lande, hvilket dog også må ses i forbindelse med andre faktorer, herunder navnlig at der som omtalt nedenfor føres en aktiv priskontrol i forbindelse med registreringen af specialiteter.

Af det under gruppens drøftelser oplyste synes også at fremgå, at centraliseringen af engrosleddet har åbnet mulighed for rationalisering af ordre- og lagerfunktionerne samt for opnåelse af en større omsætningshastighed gennem bedre afstemning af indkøb og salg i engros- og detailleddet. Endvidere muliggør centraliseringen opbygningen af en integreret købs-, salgs- og forbrugsstatistik.

Markedsføring af medicinske specialiteter forudsætter tilladelse fra en offentlig myndighed, specialitetskontrollen, der ikke blot skal tage hensyn til specialiteternes kvalitet, men også skal vurdere, om der er et behov for de pågældende præparater på det norske marked. Ved behovsprøvningen skal der også tages prismæssige hensyn. Et nyt præparat vil ikke blive registreret, såfremt dets pris overstiger priserne for tilsvarende allerede forhandlede præparater, og NMD — der på Helsedirektoratets og Specialitetskontrollens vegne følger prisudviklingen og fremskaffer markedsinformationer - har i en række tilfælde foranlediget prisnedsættelser.

Det bemærkes, at specialitetsregistreringen er gældende for 5 år, at kravene til registrering gradvis skærpes, og at afvisning af fornyet registrering forekommer. Det er dog også over for ekspertgruppen oplyst, at det norske sortiment af lægemidler vel er mindre, men dog ikke i væsentligt omfang afviger fra sortimentet i de øvrige nordiske lande.

Endvidere er det fra importørside påpeget, at den norske behovsprøvning muligvis er mere restriktiv end kendt fra andre lande, men at der ikke foreligger eksempler på diskrimination. Det var dog ifølge samtalerne klart, at de producenter, der er på markedet, i kraft af dette system opnår en vis beskyttelse mod konkurrence og dermed en stærkere markedsstilling.

På den anden side blev det herom af den norske medicinindustri anført, at praktiseringen af behovsregien kunne volde de indenlandske producenter særlige vanskeligheder. Behovsprøvningen var en væsentlig større hindring for en mindre norsk medicinfabrik end for et stort udenlandsk selskab, der i forvejen besad et i andre lande anvendt dokumentationsmateriale. Og det kunne være vanskeligt at eksportere lægemidler, hvis man ikke kunne dokumentere, at de markedsførtes på hjemmemarkedet.

De registrerede specialitetspriser er priser til NMD. Apotekernes indkøbspris (AIP) fremkommer ved hertil at lægge den af medicinaldepotet fastsatte bruttoavance på 10, I2V2, hhv. 15 % af AIP.

Apotekernes udsalgspris (AUP) for såvel specialiteter som apoteksfremstillede præparater fastsættes i henhold til Socialdepartementets prisforskrifter. På grundlag heraf udfærdiges en medicintakst, hvis bruttoavancesatser er bestemt på grundlag af halvårlige prognoser vedrørende apoteksomsætning og -omkostninger med henblik på opnåelse af et vist apoteksudbytte.

Ved bedømmelsen af NMD's virksomhed og af størrelsen af den til finansieringen heraf beregnede bruttoavance må erindres, at der som forudsætning for statsovertagelsen af engrosleddet opstilledes andre formål end tilvejebringelsen af lave priser, nemlig ønsket om bedst mulig kvalitetskontrol, om større sikkerhed for forsyningen ud fra beredskabshensyn samt om en mere hensigtsmæssig anvendelse af lægemidler.

For så vidt angår de førstnævnte punkter kan oplyses, at de enkelte medicinalgrossister tidligere havde egne kontrollaboratorier. Dette tekniske udstyr blev imidlertid ikke overtaget af medicinaldepotet i forbindelse med statsovertagelsen; i stedet opbyggede depotet eget kontrollaboratorium helt fra grunden. Kontrollen, der over for gruppen blev bedømt som omkostningskrævende, omfatter først og fremmest råvarer og bulk-præparater, men også specialiteter, for hvilke medicinaldepotets kontrol udgør et supplement til Helsedirektoratets specialitetskontrol. Omkostningerne hertil er dog næppe et meget tungtvejende element i de samlede omkostninger.

Ligesom i andre lande har det stigende og til dels ved offentlige midler finansierede forbrug af lægemidler givet anledning til offentlig debat i Norge, og ønsker om at påvirke forbruget i retning af en bedre anvendelse af lægemidler må ses på baggrund heraf.

Det er over for gruppen oplyst, at den væsentligste mulighed for at føre lægemiddelpolitik uden tvivl ligger hos registreringsmyndigheden. NMD har pligt til at føre alle registrerede præparater.

Selv om registreringen af nye specialiteter i nogle tilfælde er blevet afvist, fordi de anmeldte priser bedømtes som urimeligt høje, og selv om konstatering af »overforbrug« af visse beroligende præparater er søgt imødegået gennem ophævelse af det offentliges tilskud til disse præparater, kan man imidlertid næppe tale om, at forbruget af lægemidler er søgt styret gennem pris- eller tilskudspolitikken. Heller ikke har man diskuteret muligheden af at foretage indgreb i lægernes frie ordinationsret, men har i stedet søgt at varetage de lægemiddelpolitiske hensyn gennem en flersidet informationsvirksomhed samt gennem tilskyndelse til og økonomisk tilskud til forskning af forskellig art.

Som eksempler på denne informationsvirksomhed kan nævnes den løbende udsendelse af oversigter over registrerede medicinske specialiteter samt af information vedrørende nye præparater, i væsentlig grad baseret på de informationshefter, som den

svenske socialstyrelse udsender. Endvidere kan nævnes den omfattende statistik vedrørende lægemiddelforbrugets fordeling og sammensætning, vedrørende bivirkninger m.v., der udarbejdes i forbindelse med depotets løbende registreringer. Hertil kommer, at medicinaldepotet uden beregning foretager databehandling for Helsedirektoratet, herunder til brug for den løbende narkotikakontrol samt yder anden gratis service over for Socialdepartementet m.fl. styrelser. Endvidere har for tiden ca. 20 sygehuse benyttet sig af medicinaldepotets tilbud om udarbejdelse af forbrugsstatistik og forbrugsanalyser, hvorved det enkelte sygehus får mulighed for at vurdere økonomiske og andre konsekvenser af den på sygehuset fulgte ordinationspraksis.

Her må tillige omtales det arbejde, der foregår i de ved en række sygehuse oprettede lægemiddelkomiteer. NMD, der er medvirkende i dette arbejde, oplyser herom i sin årsberetning for 1972, at det er fundet nødvendigt at søge at forenkle det præparatudvalg, der bør anvendes på det enkelte sygehus og for den sags skyld også af den enkelte læge. Med henblik herpå samarbejdes der i de enkelte komiteer om at nå frem til et præparatudvalg, der så rigtigt og hensigtsmæssigt som muligt kan dække sygehusets standardbehov. Det anføres herom, at i dette arbejde vil sygehusets terapitraditioner stå centralt, men for så vidt det er foreneligt med den faglige vurdering, vil også prishensyn spille en rolle.

Med henblik på fremme af en hensigtsmæssig brug af lægemidler har NMD oprettet et fond til fremme af farmakologisk og farmaceutisk forskning samt ydet støtte, der bl.a. har muliggjort oprettelsen af institut for farmakoterapi ved Oslo Universitet. NMD anvendte 1,2 mill. kr. af overskuddet i 1972 til støtte for disse aktiviteter.

Planerne om statsmonopolisering af engroshandelen blev modtaget med betydelig skepsis af såvel producent- som handelsled, og også NMD's senere virksomhed er blevet kritisk bedømt fra forskellig side.

For apotekerne betød nyordningen, efter det over for gruppen oplyste, bl.a., at man måtte holde større gennemsnitslagre end ellers, samt at man måtte acceptere forskellige omkostningskrævende ændringer, der var begrundet i interne administrative hensyn i NMD.

Den almindelige forsyningssituation bedømtes af apotekerne til ikke at være blevet forbedret som følge af oprettelsen af medicinaldepotet. På den anden side er det oplyst, at der ikke længere er væsentlige forsyningsmæssige problemer til stede; stort set alle leverancer foregår til tiden, og medicinaldepotet har demonstreret vilje og evne til fortsat at yde service. Det tillagdes i denne forbindelse betydning, at der var oprettet et uformelt kontaktudvalg, i hvilket alle forekommende spørgsmål af fælles interesse drøftedes mellem ledelsen af medicinaldepotet og Apotekerforeningen, samt at der hidtil altid i NMD's styrelse havde siddet en apoteksindehaver, udnævnt efter uofficiel høring i Apotekerforeningen.

Fra bl.a. de udenlandske producenters side er det kritiseret, at medicinaldepotet ikke i samme omfang som de tidligere grossister har vist sig villig til at holde lagre af producenternes produkter.

Man har endvidere vurderet den af medicinaldepotet beregnede avance som værende for høj sammenlignet med avanceniveauet i andre lande. Det er også blevet nævnt over for gruppen, at der er tendenser til en vis forvridning i konkurrencestrukturen f.eks. derved at råvarerne belastes med for lille bruttoavance og specialiteterne med en tilsvarende for stor avance.

Det er også anset for kritisabelt, at NMD efterhånden har optaget en vis produktion i direkte konkurrence med industrien, i hvilken forbindelse peges på mulighederne for subsidiering af produktionen med midler fra grossistavancen.

Herudover er det specielt NMD's informationsvirksomhed, der har rejst kritik.

Det er gjort gældende, at der her er tale om varetagelse af funktioner, der er et grossistled uvedkommende, og hvis værdi i nogen grad betvivles, særlig fra producentside. I tilknytning hertil er det over for gruppen oplyst, at de udenlandske producenters almindelige informationsvirksomhed, der tager sigte på såvel læger som farmaceuter, ikke er formindsket efter NMD's initiativ - snarere tværtimod, og det er nævnt, at industrien i øjeblikket beskæftiger i alt ca. 200 lægemiddelkonsulenter i Norge.

Spørgsmålet om størrelsen af omkostningerne ved engrosdistributionen af lægemidler har også fra anden side været rejst, og en stortingsdebat vedrørende disse spørgsmål foranledigede NMD til i sin årsberetning for 1972 at foretage en vurdering af konsekvenserne af en lavere procentvis grossistavance. Det herom anførte munder ud i følgende konklusion:

> »På grunn av det stadig stigende kostnadsnivå, krav til kapital i forbindelse med nybygget og de økte likviditetskrav for øvrig mener styret derfor at tiden ikke er inne till å senke NMD's avanse på legemidler. Under ingen omstendighet ville en eventuell prisreduksjon på visse medikamenter kunne bli av en slik størrelsesorden at det ville bety noe vesentlig for brukerne.
>
> Styret mener at det fra et samfunnsøkonomisk synspunkt er mest hensiktsmessig at en del av overskuddet, via det såkaldte forskningsfond, fortsatt anvendes i medisin og farmasi til beste for en riktigere og sikrere bruk av medikamenter og med hovedvekt lagt på informasjonsvirksomhet«.

3.4. Hovedtræk af det norske apotekssystem

Apotekerne oprettes og drives i henhold til kongelig bevilling. Ifølge særlig lovbestemmelse falder apotekerbevillingen bort, såfremt det i forbindelse med en omlægning af apotekervæsenet bestemmes, at apotekerne skal drives af det offentlige. I så fald skal apotekernes inventar, udstyr og varebeholdning overtages af det offentlige, og den tidligere apoteksindehaver skal have fortrinsret til ansættelse som bestyrer af apoteket.

Apoteket har i almindelighed pligt til at forhandle alle lægemidler, der er tilladt solgt i landet, og har, når ikke andet er bestemt, ret til at fremstille de lægemidler og andre varer det sælger.

Socialdepartementet giver forskrifter for personalets størrelse og sammensætning. Departementet giver endvidere forskrifter for udlevering af lægemidler m.v. fra apotek, medens prisforskrifter for salg fra apotek gives af kongen. Den der har bevilling til at drive apotek, skal til statskassen betale en afgift, der dog efter ansøgning helt eller delvist kan eftergives, såfremt apoteksdriften ikke har givet indehaveren et rimeligt udkomme. De indkomne apoteksafgifter anvendes efter Stortingets bestemmelse, eventuelt overskydende beløb overføres til apotekerafgiftsfonden.

Det norske apotekssystem er i betydelig grad centraliseret. I apotekerforeningens sekretariat er beskæftiget et personale på godt 20 fordelt på en økonomiafdeling, et arkitektkontor og en informationsafdeling, hvortil kommer et lignende antal beskæftigede på foreningens centrallaboratorium. Foreningen, der er under fortsat udbygning, får midler gennem en afgift på 1 % af apoteksomsætningen, der belaster apotekernes lønkonti.

Der findes godt 270 apoteker oprettet og drevet i henhold til kongelig bevilling; herudover forekommer medicinudsalg dels i apoteksej ede lokaler, dels i form af almindelige håndkøbsudsalg i et antal af ca. 2.000. Endvidere fordeles medicin i et vist omfang af de distribuerende læger; disse opnår ikke rabat og skal viderelevere medicinen uden fortjeneste.

Apotekerne (eksklusive enkelte sygehusapoteker) havde i 1972 en omsætning på i alt ca. 516 mill. kr., vareforbruget androg ca. 66 % og lønudgifterne ca. 21 %, heraf, medens apoteksafgifterne er opgjort til ca. 17 mill. kr. eller godt 3 % af bruttoomsætningen. Efter fradrag af renter af egenkapital og af apotekernes pensionspræmie, i alt ca. 5,5 mill. kr. og efter tillæg af driftstilskud og eftergivet apoteksafgift, i alt ca. 7 mill. kr., androg apotekernes samlede overskud ca. 25 **mill.** kr. eller knapt 5 % af apotekernes bruttoomsætning.

Medicintaksten fastsættes af Sosialdepartementet efter drøftelse i et særligt økonomisk udvalg for apoteksdriften. Taksten fastsættes som nævnt med henblik på opnåelse af et bestemt apoteksudbytte.

Til udjævning af forskelle i dette udbytte apotekerne imellem er fastsat afgifts- og tilskudsregler. Apoteksafgiften svares udelukkende som en afgift af bruttoomsætningen. Det er over for gruppen oplyst, at hvor man som i Oslo og andre større byer kan ansætte et personale af en rimelig størrelse, bliver det økonomiske resultat af apoteksdriften relativt beskedent. På apotekerne i de sparsomt be-

folkede egne bl.a. i Nord- og Vestnorge, hvor farmaceutisk uddannet personale kun i begrænset omfang kan fremskaffes under den herskende mangel på sådan arbejdskraft, kan der derimod opvises endog meget store overskud ved apoteksdriften; her har apoteksindehaveren til gengæld en helt urimelig arbejdsbyrde. Konsekvensen heraf er, at apotekerne i disse områder betaler tilskud til apotekerne i bl.a. Oslo.

Såfremt apoteksregnskabet godkendes, kan der ydes tilskud til apoteksindehaverne op til et beløb svarende til provisorløn + bestyrertillæg - i 1972 var tilskudsgrænsen 96.000 kr. Det ved takstfastsættelsen tilsigtede apoteksudbytte er således et minimumbeløb. Departementet kan dog efter forhandling med den pågældende apoteksindehaver nedsætte tilskuddet, f.eks. såfremt man finder, at en høj lønprocent skyldes en mangelfuld indsats fra indehaverens side.

Det oplystes endvidere over for gruppen, at der ved siden af den offentlige indtjeningsudligning foregik en vis udligning via Apotekerforeningen, bl.a. med henblik på at udjævne virkningerne af forskelle i apotekspersonalets aldersfordeling. At opnå en egentlig indkomstudligning apoteksindehaverne imellem blev dog ikke prioriteret særlig højt og i det hele ikke anset for muligt.

Apoteksafgifterne indbetales til apotekerafgiftsfonden, hvorfra også apotekstilskuddene udbetales. Fonden, der administreres af Finansdepartementet, vokser, men kun langsomt på grund af stigende pensionsudgifter. Væsentlige beløb er fra fonden overført til eller udlånt til NMD. Endvidere kan apoteksindehaverne inden for visse grænser optage driftslån med garanti i afgiftsfondens midler.

Som nævnt foregår der på apotekerne en vis produktion af lægemidler, i 1972 opgjort til ca. 40 mill. kr. (AlP-priser). Tilstedeværelsen af denne produktion bedømmes som havende reel betydning i prispolitisk og anden henseende i forhold til den inden- og udenlandske medicinindustri.

I denne forbindelse berørtes også det forhold, at medicinindustrien sædvanligvis ophører med at markedsføre præparater, hvis omsætning falder under en vis grænse, uanset om der f.eks. er tale om livsvigtige lægemidler. Sådanne må apotekerne da selv kunne fremstille.

Apotekerforeningen har igennem længere tid i indforståelse med de offentlige myndigheder arbejdet hen imod en vis centralisering af apoteksproduktionen.

Der forekommer i Norge 3 typer af apoteker, nemlig produktionsapoteker (såkaldte L-apoteker), med leverancer til andre apoteker, normale apoteker med tilladelse til produktion til eget brug (N-apoteker) samt distributionsapoteker uden eget laboratorium (D-apoteker). I øjeblikket findes 8 L-apoteker, godt 250 N-apoteker og ca. 10 D-apoteker.

I L-apotekerne, der i øvrigt har almindelig distributionsvirksomhed, efterkontrolleres det producerede og til videresalg beregnede efter ganske samme retningslinier som i medicinalindustrien. Alt videresalg fra disse apoteker sker gennem medicinaldepotet. D-apotekerne er et nyt fænomen, og antallet af disse apoteker antages i fremtiden at ville stige stærkt. Mange apoteker forventes således overført fra N- til D-status, idet deres produktionstilladelse må forventes inddraget.

I tilknytning hertil oplystes, at et produktionsnævn oprettet under Socialdepartementet og med medlemmer bl.a. repræsenterende Apotekerforeningen afgør, under hvilke former lægemiddelproduktionen må finde sted. Ønsker om øget kontrol og efterkontrol har medført overførsel af produktionen af flere og flere præparatgrupper fra N- til L-apoteker. Da denne udvikling må forventes at fortsætte, vil imidlertid også L-apotekerne efterhånden frembyde mindre hensigtsmæssige produktionsbetingelser. Hertil kommer, at en udbygning af disse apoteker under de gældende økonomiske vilkår, betingelser for apoteksovertagelse m.v. ikke er anset for mulig.

Apotekerforeningen har på denne baggrund planlagt overgang til egentlig fabriksproduktion og har påbegyndt opbygningen af en produktionsvirksomhed, hvor det er tanken i løbet af 1974 at koncentrere ca. halvdelen af den nuværende apoteksproduktion.

Virksomheden er organiseret som et aktieselskab med en aktiekapital på 11 mill. kr., hvor Apotekerforeningen direkte eller indirekte ejer samtlige aktier. De enkelte apotekere kan indskyde kapital i virksomheden gennem erhvervelse af andelsobligationer lydende på beløb mellem 5.000 og 15.000 kr. Erhvervelsen af sådanne obligationer, der er uden stemmeret, er en forudsætning for at kunne opnå bonus ved køb fra fabrikken. Gennem denne obligationstegning er virksomheden tilført yderligere ca. 2 mill. kr., hvortil kommer egnsudviklingsstøtte. Fabrikken forventes at beskæftige ca. 50 ansatte.

Driften af produktionsvirksomheden påregnes at give grundlag for udbetaling af bonus til obligationsejerne, medens et egentligt overskud ikke er tilsigtet. Det oplystes imidlertid, at problemerne omkring prisfastsættelsen for fabrikkens produkter endnu ikke er afklaret. Lægemiddelpriserne fastsættes som nævnt i medicintaksten, der traditionelt forudsætter produktion i små serier på de enkelte N-apoteker. Dette har medført betydelige fortjenstmuligheder ved produktion under delvis fabriksmæssige former på L-apotekerne, et forhold der yderligere vil uddybes ved overgang til produktion i lange serier under egentlige fabriksmæssige forhold. Det måtte derfor forudses, at en ændring i prisfastsættelsesgrundlaget ville blive nødvendig.

4. England

4.1. Historiske forudsætninger

Engelsk lægemiddellovgivning har indtil for ganske nylig (1968) bygget på en overordentlig liberal tradition med hensyn til, hvad der kunne markedsføres. Den samme liberale tradition har gjort sig gældende med hensyn til distributionsapparatets opbygning og har været afgørende for, at dette afviger stærkt fra systemerne i en række andre lande.

En særlig side af engelsk lægemiddelvæsen er en omfattende »selvmedicinering« med basis i en ligeledes meget liberal praksis med hensyn **til,** hvad der kan købes uden recept. Skønt relativt faldende har dette omfattende salg i fri handel holdt sig, selv om der siden 2. verdenskrig har været gratis lægebehandling og gratis receptmedicin, når bortses fra et ekspeditionsgebyr. Forklaringen på dette forhold søges foruden i en omfattende, ofte meget pågående reklame for den frie (såkaldt »nonethical«) medicin i, at der historisk set har været en meget ringe kontaktflade mellem »ordinary public« og de medicinske professioner.[1])

De ældste statslige restriktioner på lægemiddelområdet i England daterer sig fra 1862. De vedrørte kun salg af arsenik og havde alene et kriminalitetsbekæmpende sigte. Så sent som i Pharmacy and Poisons Act 1933 var grundlaget stadig »giftsynspunktet« og bekæmpelsen af misbrug og receptTvangen var begrænset til kun 6 grupper eller »classes« af lægemidler. Derudover førtes fra 1925 kontrol med produktionen af vacciner og sera m.v. (Therapeutic Substances Act).

Først med Medicines Act af 1968[2]) skete der en fundamental ændring, idet man først fra og med denne lov anlægger et nytte- eller effektivitetssynspunkt på lægemidlerne i modsætning til det tidligere misbrugssynspunkt (»uses« versus »abuse«).

Apotekervæsenet i sin nuværende form udviklede sig i det 18. og 19. århundrede på basis af kemikalie- og drogehandel og hertil knyttet fremstillingsvirksomhed. »Apothecaries«, der både fremstillede og selv ordinerede lægemidler, gik efterhånden helt over til at drive lægepraksis. Retten for »chemists and druggists« til at fremstille lægemidler lovfæstedes 1815. I overensstemmelse med den meget liberale grundholdning stilledes der ingen særlige krav til denne virksomhed. I 1841 stiftedes imidlertid The Pharmaceutical Society med det formål at bringe udviklingen under en vis kontrol og håndhæve en faglig standard. Kontrollen sker imidlertid nu også med baggrund i den nævnte Medicines Act, der indeholder en række krav til udsalgenes standard m.v., som efterhånden forventes at føre til et ret betydeligt antal nedlæggelser.

En grundlæggende forudsætning for det nuværende system er endvidere The National Health Act af 1946, hvorved der skete en gennemgribende reform af hele sundhedsvæsenet. Der ydes herefter alle som ønsker det, gratis sygehjælp af enhver art: alment praktiserende læger, speciallæger, hospitaler, tandlæger, sygepleje, jordemødre, receptordinerede lægemidler (»ethical medicines«) og andre hjælpemidler.

Den omstændighed, at det således - fraset et ekspeditionsgebyr - er det offentlige, der fuldt ud finansierer medicinudgifterne, har været en hovedmotivationsfaktor, hvad angår det offentliges stærke interesse for lægemiddelpriser, såvel producentpriserne som distributionsleddenes omkostninger og avancer. Forholdet har antagelig også spillet en væsentlig rolle for, at medicinalindustrien er gået ind under et frivilligt priskontrolsystem, jfr. herom nedenfor.

4.2. Detailhandelsstrukturen

Antallet af detailudsalg - retail pharmacies — svarer for tiden til et udsalg pr. ca. 4.000 indbyggere - en dækningsprocent, som må ses i sammenhæng med, at der ikke er tale om »ren« apotekshandel, men om blandede forretninger, hvor det supplerende sortiment typisk består i bl.a. fotoudstyr og kosmetik[1]). Antallet af udsalg har i de senere år vist faldende tendens, og som omtalt ventes denne tendens forstærket i fremtiden på grund af skærpede krav til udsalgenes standard.

Der er som nævnt etableringsfrihed, men det er en betingelse, at udsalget ledes af en farmaceut, og at denne er medlem af The Pharmaceutical Society. Det er derimod ik-

1) Om reklamen blev det under et møde med repræsentanter for The Pharmaceutical Society of Great Britain udtalt, at medicin var det helt dominerende reklameobjekt: »Reklamens historie i Storbritannien er historien om medicinreklame«. Man udtalte sig specielt overordentlig kritisk om TV-reklame for medicin. Selv om en kodeks for reklameringen blev søgt praktiseret, var opfindsomheden meget stor med hensyn til at komme omkring denne kodeks. Virkningerne af TV-reklame var som hovedregel større end af farmaceutens råd.

2) Thalidomid-katastrofen fra 1962 synes i høj grad at have været medvirkende til gennemførelsen af denne lov. I 1964 blev der etableret en frivillig medicinkontrol ved et samarbejde mellem industrien og sundhedsmyndighederne.

1) Jfr. Henrik V. Ringsted: En have i London »Dog har vi ikke en eneste fotoforretning. Vi får vore film fremkaldt hos apotekeren«.

ke nødvendigt, at ejeren selv er farmaceut. Også juridiske personer (selskaber) kan etablere »retail pharmacies«. Dette er baggrunden for forekomsten af bl.a. kædeorganisationen Boots Company Limited, der i tilknytning til andre omfattende hovedaktiviteter - både som fabrikations- og handelskoncern, indehaver af store varehuse m.v. i ind- og udland - driver **ca. 1350** apoteksudsalg. Til fabrikationsvirksomheden hører også egne medicinalfabrikker.

Retten for »juridiske personer« til at drive apoteksudsalg er ligeledes baggrunden for, at den engelske kooperation har omkring 475 apoteksudsalg.

Antallet af enkeltmandsej ede udsalg m.v. andrager ca. 10.000, men også blandt disse forekommer der forskellige former for gruppe- eller kædedannelser.

Etableringsfrihedens modstykke er, at der ikke er noget indtægtsudligningssystem blandt apotekerne. I et meget begrænset omfang ydes der offentlige subsidier til apoteker for at modvirke »butiksdød« på steder, hvor dette ville medføre væsentlige forsyningsmæssige ulemper for befolkningen. I 1970 var det maksimale tilskud, der kunne opnås, på 375 £[1]). Hovedmidlet til at sikre lægemiddelforsyningen i de tyndt befolkede områder har været at give lægerne lov til at distribuere og også selv tilberede medicin. Lægerne »står for« omkring 4 % af den af National Health Service betalte lægemiddelforsyning. Med hensyn til dette salg er der en betydelig interessekonflikt mellem den lægelige og den farmaceutiske profession. Et hovedankepunkt fra farmaceutisk hold er, at det afstandskriterium, der lægges til grund, når der skal tildeles en læge ret til at dispensere, daterer sig fra 1912 og er bestemt af den tids samfærdselsforhold.

Apoteksudsalgene indgår (og har krav på at få) leveringskontrakt med National Health Service. Det essentielle i dette kontraktsystem er, at al afregning til apotekerne for udleveret receptmedicin sker fra National Health Service idet der samtidig sker modregning for de af apotekerne opkrævede ekspeditionsgebyrer.

Apotekerne foretager ikke selv prisansættelse for receptsalget, men indsender recepterne til særlige »pricing offices«, som foretager prisansættelsen, hvorefter der månedsvis sker afregning fra National Health Service til apoteket.

Prisansættelsen sker med udgangspunkt i summen af priserne for anvendte ingredienser af enhver art[1]). Hertil lægges dels en procentvis »on-cost allowance«, dels et fast, men af ordinationens art afhængigt gebyr (»professional fee«) samt endelig et tillæg for emballeringsomkostninger. Summen af »on-cost allowance« og »professional fee« udgør apotekets bruttoavance. I gennemsnit andrager denne 25—26 % af den endelige, af National Health Service betalte pris. Dette er væsentlig lavere end de danske apotekers gennemsnitlige bruttoavance, men ved sammenligning må bl.a. det lavere engelske lønniveau tages i betragtning[2]); det påvirker ligeledes bruttoavanceprocentens højde, at egenproduktionen er relativt større i Danmark.

De anvendte satser for beregning af avance, vederlag for indehaverens egen arbejdsindsats m.v. fastlægges ved forhandling mellem sundhedsministeriet og The Chemist Contractors Commitee. Sidstnævnte er en art organisationsmæssig overbygning, hvorigennem Boots Company og kooperationen, der ikke er medlemmer af apotekernes brancheorganisation, The National Pharmaceutical Union, inddrages i forhandlingerne.

Receptsalget, der er forbeholdt apoteker-

1) Hovedbetingelser for opnåelse af tilskud er, at antal ekspederede recepter pr. måned ikke overstiger 750, og at udsalget er beliggende mindst 3 miles (»as the crow flies«) fra andet apotek.

1) Dette beløb opgøres på basis af en særlig »Drug Tariff«. Der tages et vist hensyn til apotekets muligheder for at opnå kvantumsrabatter på deres varekøb.

2) Eksempelvis androg gennemsnitslønnen for farmaceuter i 1973 omkring 3.300 £.

ne og afregnes på den her nævnte måde, andrager omkring 45 % af apotekernes samlede omsætning, men menes at tegne sig for omkring 75 % af deres samlede lønomkostninger. Det skønnes, at ca. 5 % af recepterne vedrører magistrelle ordinationer. De resterende ca. 55 % af apoteksomsætningen (»over-the-counter« salget) omfatter dels apoteksforbeholdt håndkøbsmedicin, dels lægemidler i fri handel, samt endelig i høj grad ikke-lægemidler.

At lægemidler er i fri handel vil sige, at de også kan sælges af andre detailforretninger, f.eks. i stormagasiner, og at det på apoteker ikke behøver ske under opsyn af en farmaceut. I vid udstrækning er der tale om selvbetjening, i nogen grad også om automatsalg. Der er i henhold til den nye Medicines Act udarbejdet en »First General Sale List« over medicinalprodukter, som man med »reasonable safety« mener kan sælges i fri handel[1]). Man har fra sundhedsmyndighedernes side overvejet begrænsninger med hensyn til at lade dette salg ske som selvbetjeningssalg, men har ikke fundet dette praktisk muligt. Derimod anbefales for enkelte tabletter f.eks. acetylsalicylsyretabletter en begrænsning af pakningsstørrelser ved automatsalg til pakker å 25 tabletter.

Fra farmaceutisk hold betragtes den omtalte »general sale list« som alt for omfattende.

Det skal nævnes, at der for frihandelsmedicinen (også betegnet som »household medicine« og »non-ethical-medicine«) er givet tilladelse til opretholdelse af bindende bruttopriser i detailhandelen.

Et voksende problem i detailhandelen med medicin er den såkaldte »leap frogging«. Når læger indgår i gruppepraksis, etablerer »Health Centers« etc, vil apoteksudsalg, der etableres i nærheden heraf tage en stor del af recepturomsætningen fra andre omkringliggende udsalg. Til imødegåelse af denne problematik efterlyses stærkt en bedre planlægning af Health Centers. På initiativ af The Pharmaceutical Society er der samtidig en udvikling i gang i retning af, at apotekerne gruppevis slår sig sammen om oprettelse af udsalg i tilknytning til lægecentre m.v.

1) Det er ved publiceringen fremhævet, at optagelse på listen på ingen måde betyder nogen godkendelse af produktets terapeutiske værdi, og ej heller at det er uskadeligt!

4.3. Engroshandelsstrukturen

Gruppen sidder kun inde med relativt få oplysninger om engelsk medicin-engroshandel. Antallet af grossister er forholdsvis stort - tal på 300-400 blev nævnt - og der ydes en meget udstrakt service med vareudbringning etc. Alle apoteker kan få leverancer mindst én gang daglig, i London måske op til 10 gange daglig, hvilket er forudsætningen for, at de overvejende ganske små udsalg er leveringsdygtige med kort frist med hensyn til alle ordinerede lægemidler.

Grossisterne er i mange tilfælde integreret med fabrikationsleddet og/eller detailleddet, det sidste bl.a. i form af grossistorganiserede detailhandelskæder eller apotekstyrede grossistvirksomheder. Boots-koncernen er et eksempel på fuldstændig integration af samtlige led i produktion og distribution. Niveauet for grossisternes bruttoavance menes at ligge på omkring 15 Vo af apotekernes indkøbspriser.

4.4. Den frivillige priskontrol med hensyn Hl industriens prisfastsættelse på det engelske marked

Det ret exceptionelle, frivillige priskontrolsystem, der er gennemført ved aftaler mellem sundhedsministeriet og industrien, går tilbage til den første efterkrigstid. Det har nøje sammenhæng med, at det under National Health Act er den engelske stat, der betaler receptmedicinen. Kontrollens formål er »to protect the public purse«. Mulighederne for, at systemet har kunnet gennemføres, beror i øvrigt i afgørende grad på, at så godt som hele det engelske lægemiddelforbrug dækkes ved indenlandsk

produktion. Produktionen fordeler sig omtrent ligeligt på engelsk ejede, amerikansk ejede og kontinentalt ejede virksomheder. Både de engelsk og de udenlandsk ejede virksomheder deltager i priskontrolsystemet.

I øvrigt er det ikke ganske dækkende at karakterisere systemet som et priskontrolsystem. Man tager ved kontrollen *ikke* stilling til prisfastsættelsen for *det enkelte produkt*, men søger i stedet at kontrollere den enkelte virksomheds *samlede indtjening* på det engelske marked med det sigte at holde denne nede på et rimeligt niveau. Den meget omtalte sag om prisfastsættelsen for to af Roche-koncernens produkter (Librium og Valium) er ikke rejst af sundhedsmyndighederne, men af monopolmyndighederne. Der er i denne sag dels rejst krav om nedsættelse af priserne for de to produkter til 40, respektive 25 pct. af deres 1970-niveau, dels om betydelige tilbagebetalinger[1]).

I en betænkning fra 1967 foreslog den såkaldte Sainsbury Commitee, at kontrollen skulle gøres lovmæssig (»statutory«) og udstrækkes til at omfatte prisgodkendelse for hvert enkelt produkt. Det er imidlertid en fremherskende opfattelse, at et frivilligt system er langt at foretrække, bl.a. fordi man under dette kan gå mere udogmatisk til værks med hensyn til de mange arbitrære spørgsmål om omkostningsfordeling, kapitalopgørelse, afgrænsning af hvad der er en rimelig forrentning etc. Under diskussionen herom i den pågældende afdeling i sundhedsministeriet fremhævedes tillige, at en lovfæstet ordning ville forudsætte en forøgelse af afdelingens personale fra nuværende 15 til måske 200 mand. Det fundamentale var imidlertid, at man i et priskontrolsystem aldrig kunne være helt logisk og konsistent. De problemer, der følger heraf, kunne bedst imødegås under en frivillig ordning.

Den nuværende regulering bygger på en opdeling af industrivirksomhederne i 3 grupper: med omsætning under 100.000 £ (disse virksomheder opretholder man ikke indseende med), med omsætning mellem 100.000 og 750.000 £ (som man i et vist omfang kontrollerer efterfølgende, men om

1) Sagen synes ikke mindst at have haft som baggrund de meget betydelige internationale prisforskelle for de pågældende produkter. Dette har ligeledes været medvirkende til, at det vesttyske kartelkontor i efteråret 1974 har krævet priserne nedsat med henholdsvis 35 og 40 pct. - en sag, der stadig verserer.

Til belysning af prisforskellene gengives følgende prisoplysninger fra Financial Times 23/4 1974 (alle priser udtrykt i Schweizer-francs):

Pris til grossist, schw.-francs

	Librium (100 dragés 10 mg)		*Valium* (100 tabl. 5 mg)	
	Pris i introduktionsår*)	Pris pr. 15/4 74	Pris i introduktionsår**)	Pris pr. 15/4 74
Schweiz	9,56	11,39	11,61	13,05
U.K.	10,20	2,46	12,24	1,88
Tyskland	10,66	11,78	13,39	14,52
Frankrig	10,61	7,72	12,13	9,15
Holland	13,48	12,23	18,18	13,20
Italien	13,83	9,70	13,30	9,33
Danmark	10,39	10,06	13,61	11,54
Sverige	**11,31**	10,35	13,65	12,48
Norge	11,02	10,79	13,26	12,13
Canada		18,45		20,35
USA	24,19	17,81	27,65	21,15

*) Introduktionsåret varierer fra 1960 til 1963.
) Introduktionsåret varierer fra 1963 **til 1965.

hvilke man ved, at de falder i en gruppe med gennemgående dårlige regnskabsresultater) og endelig med omsætning over 750.000 £ (i alt ca. 40 virksomheder, der aflægger detaljeret regnskab til sundhedsmyndighederne, og over for hvem den egentlige prisregulering udfoldes). - Det oplystes i øvrigt, at der igennem årene er sket meget store skift med hensyn til hvor virksomhederne er placerede i en sådan størrelsesgruppering, derunder ikke mindst med hensyn til hvem der er placeret i den sidstnævnte, ledende gruppe og i hvilken rækkefølge[1]).

Fundamentalt for hele reguleringsproblematikken er naturligvis spørgsmålet om, hvad der skal forstås ved et rimeligt indtjeningsniveau. I grundoverenskomsten om reguleringssystemet findes der følgende paragraf om dette spørgsmål:

»The reasonableness of the profits earned by individual companies in home sales of NHS medicines will be a matter for negotiation, having regard to the circumstances of the individual company, the contribution which it makes or is likely to make to the economy, including foreign earnings, investment, employment or research, the special characteristics of the pharmaceutical industry and the profitability of United Kingdom manufacturing industry as a whole.«

Ved de konkrete afgørelser tages der i høj grad hensyn til, at medicinindustrien er en »high-risk-industry«. Der accepteres derfor en forrentning på op til en snes procent, når kapitalen opgøres til anskaffelsespriser. (Det blev nævnt, at »30 per cent for many years would be too much«).

Med hensyn til forskningsomkostningerne accepteres det princip, at eksisterende lægemidler skal betale omkostningerne **til** forskning og udvikling af fremtidige produkter. At betragte disse omkostninger som en investering anses ikke for »financially sound«. I givet fald ville der meget ofte være tale om fejlinvesteringer.

Hvor en virksomheds salgsomkostninger og omkostninger til informationsvirksomhed forekommer urimeligt høje i forhold til driftsresultatet, tages der hensyn hertil ved vurderingen af forrentningsprocenten. Man går herved bl.a. ud fra, at salgsomkostningerne i procent af omsætningen må være højere hos mindre producenter end hos større. Det anerkendes også, at der kan være specielle omstændigheder, som retfærdiggør et særligt højt niveau for »commercial expenditure«. Dette kan eksempelvis være tilfældet i forbindelse med lancering af nye produkter og i forbindelse med virksomhedssammenslutninger.

Med hensyn til effekten af den frivillige prisregulering kan bl.a. henvises til en undersøgelse vedrørende priserne i 1970, som det engelske National Economic Development Office har ladet foretage, og som er offentliggjort i 1972. Fra denne undersøgelse skal her gengives omstående tabel over de gennemsnitlige apoteks-indkøbspriser i henholdsvis U.K. og hvert af 8 andre lande for hele det varespektrum, som **var** fælles for U.K. og det enkelte af de øvrige lande[1]). Der er således tale om et forskelligt

1) Ifølge Financial Times 2/3 1974 havde det amerikansk ejede selskab Pfizer i 1962 den største markedsandel på det engelske marked. I 1971 befandt det sig på en femtende plads.
I samme artikel anføres, at der på grund af aftagende innovationstakt (growing difficulty overall of making major drug breakthroughs) er en tendens til i stigende grad at sætte ind på at opdyrke nye markeder og øget »market penetration« i det hele taget med hensyn til eksisterende produkter. Som undtagelse nævnes Glaxo-gruppen »The distinguishing feature of the group's style of operation is the way its research effort appears to have solved the generation gap, in terms of new products.«

1) Hvor der har været forskelle i pakningsstørrelse, har man valgt den, der svarede til den mindste pakningsstørrelse i England. Det er her et problem, at det i England er sædvanligt, at apotekerne køber ind i store pakninger og sælger videre »i anbrud« i overensstemmelse med lægens recept, idet der foretages en omemballering. I den udstrækning, hvori den engelske praksis rummer besparelsesmuligheder, påvirker dette tallene i retning af en undervurdering af engelske indkøbspriser sammenlignet med en række andre lande. Det fremhæves imidlertid i undersøgelsen, at denne eventuelle fejlkilde i givet fald kun er af ringe betydning.

»product mix« ved hver enkelt sammenligning.

Trods vanskeligheder ved internationale prissammenligninger (valutakursproblemer, vægtningsprocedurer m.v.) er det en klar konklusion af undersøgelsen, at selskaber af alle nationaliteter tog lavere priser i U.K. end på andre markeder, selv om der var undtagelser. I gennemsnit var de engelske priser omkring 30 % lavere end de »oversøiske«. En sammenligning med 1964 viser, at prisforskellen i det nævnte tidsrum er ændret i Englands favør. I 1964 var kun det italienske prisniveau klart højere end det engelske.

Skønt også andre faktorer har spillet ind, anser undersøgelsen det ligeledes for klart, at den frivillige priskontrol har haft væsentlig betydning og specielt at den har haft en betydelig prisreducerende virkning i det anførte tidsrum. Udviklingen siden 1970 er ikke analyseret i undersøgelsen.

Som eksempel på andre faktorer, der har medvirket til at holde de engelske lægemiddelpriser nede, kan nævnes brugen af den såkaldte »crown's right« i patentlovgivningen. Ifølge denne ret kan den engelske stat for at modvirke patentmisbrug foretage indkøb af patenterede produkter hos »unlicensed, non-patent-holding sources« dog kun til offentlig brug, hvilket på lægemiddelområdet er blevet fortolket således, at det kun gjaldt hospitals-brug (ca. 10 % af to-

Price comparisons by ownership of manufacturing company, January 1970.

Products in common between UK and	Ownership of manufacturing company				
	Swiss companies £	US companies £	German companies £	British companies £	All £
Belgium					
Price in UK	0.96	0.88	1.40	0.47	0.89
Price in Belgium	0.93	1.23	1.51	0.46	1.01
Finland					
Price in UK	1.30	0.87	2.92	0.41	0.90
Price in Finland	1.42	1.34	4.78	0.67	**1.11**
France					
Price in UK	0.66	**1.10**	0.42	0.66	0.79
Price in France	0.91	1.23	0.39	0.82	0.91
Germany					
Price in UK	0.87	0.58	0.64	1.23	0.79
Price in Germany	0.80	0.97	0.70	2.71	0.99
Italy					
Price in UK	0.61	0.69	0.48	0.52	0.69
Price in Italy	0.79	**1.41**	0.66	0.97	1.06
Japan					
Price in UK	2.20	1.31	0.77	0.85	1.60
Price in Japan	4.20	2.92	1.52	4.29	3.34
Spain					
Price in UK	0.68	0.57	0.42	0.58	0.66
Price in Spain	0.58	0 81	0.48	1.29	0.78
Turkey					
Price in UK	0.47	1.08	0.49	0.48	0.79
Price in Turkey	0.69	0.95	0.65	0.74	0.89

Note: Chemist buying prices **net** of tax in decimal pounds sterling.
Kilde: International price comparison, A study of the prices of pharmaceuticals in the U.K. and eight other countries in 1970, National Economic Development Office, august 1972, tabel 5.

talforbruget). Ifølge den refererede undersøgelse har anvendelse af denne rettighed tjent som »an early warning by the State of its potential monopsonistic power [i.e. potentielt indkøbsmonopol] if it did not get the co-operation it sought from the industry«.

Under de drøftelser, gruppen havde med de engelske sundhedsmyndigheder, blev det fra disses side fremhævet, at sålænge prisudviklingen var forløbet nogenlunde roligt, havde det frivillige priskontrolsystem fungeret yderst effektivt. Under de senere års kraftige inflation var opgaven blevet betydeligt vanskeliggjort. Man var under inflationen bundet til at acceptere virksomhedernes skøn for »indeværende og næste år«. Kunne problemet ikke løses ved tilbagevenden til en højere grad af prisstabilitet, var det muligt, at man måtte gå over til »inflation-accounting« et spørgsmål de engelske statsautoriserede revisorer har arbejdet med på generel basis gennem længere tid.

4.5. Lægemiddelpolitik og hermed beslægtede spørgsmål

Ved den nye Medicines Act af 1968 er der som nævnt sket en kursændring bort fra den tidligere, yderst liberale politik med hensyn til, hvilke lægemidler der tillades markedsført. Det ventes som følge heraf, at et stort antal varemærker - også meget kendte og indarbejdede - efterhånden vil forsvinde fra markedet. Da der er gennemført lempelige overgangsregler, og da »registreringsapparatet« endnu er af ny dato og stillet over for meget omfattende arbejdsopgaver, er det totale udbud af medicinalprodukter imidlertid fremdeles meget stort. Præcis hvor stort, eksisterer der endnu ingen opgørelser over,[1]) men over for gruppen nævntes tal varierende fra 30.000 til 60.000 produkter, afhængigt af hvordan vareenheden defineres. Som i andre lande er den overvejende del af omsætningen imidlertid koncentreret på et fåtal af varerne. Således tegner 10-12 produkter sig for 60-65 % af National Health Service's »total drug costs«, d.v.s. de samlede udgifter til receptmedicin. Sundhedsmyndighederne koncentrerer især opmærksomheden omkring disse produkter.

1) Der arbejdes med en sådan opgørelse på EDB-grundlag.

Lægemiddelindustriens informations- og salgsfremmende virksomhed over for de praktiserende læger synes efter det oplyste at være af nogenlunde samme karakter som her i landet.[1]) Fra marts 1973 er der indført pligt for industrien til at udarbejde »data sheets«, godkendt af myndighederne, med faktisk og objektiv information - dog eksklusive prisoplysninger - om ethvert medicinalprodukt, »which is promoted by direct mailing or oral representation to medical, dental and veterinary practitioners«. Dette blev karakteriseret som et »spædt forsøg« på at få industrien til at publicere sammenlignelige data.

Gennem lang tid har samtidig The Pharmaceutical Society publiceret lignende oplysninger og sammenligninger i en månedlig »Prescriber's Journal«. For nogle år siden blev der gennem den såkaldte Mac Gregor-Committee gjort forsøg på ret håndfaste anvisninger til lægerne med hensyn til, hvad de skulle ordinere. Dette forsøg betegnedes imidlertid som mislykket.

Der har været udfoldet en række bestræbelser for at få lægerne til at anvende generiske navne i deres ordinationer - i modsætning til mærkevarenavne. Resultaterne bedømmes noget varierende, men i The Pharmaceutical Society betragtedes de som relativt gunstige.

I kraft af, at samtlige NHS-recepter passerer et »pricing bureau« er man i stand til at foretage sammenligninger af lægernes receptvaner og de deraf følgende forskelle i medicinudgifterne. De »særlig dyre« praktiserende læger besøges derefter af sundhedsministeriets embedslæger, der søger at påvirke de pågældende til at ændre deres ordinationsvaner. Resultaterne heraf er ligeledes noget omtvistede. - Det oplystes, at man i ekstreme tilfælde havde mulighed for at modregne medicinudgifter, der fandtes uberettigede, i en læges løn.

I tidens løb har man i øvrigt på forskellig måde søgt at begrænse stigningen i det gratis forbrug af receptmedicin. Man har således i en periode haft en afgift på 1 shilling pr. recept (uanset antallet af ordinationer på denne), hvilket imidlertid blot havde ført til »længere« recepter. Man har derefter haft, afskaffet og genindført en afgift pr. ekspederet enhed. For tiden er denne afgift 20 pence, men der er vidtgående undtagelsesregler: alle under 15 og over 65, kronisk syge, socialt dårligt stillede mil.[2])

Kontrollen med apotekernes faglige standard udøves som nævnt af The Pharmaceutical Society, der virker under et royal charter, og bl.a. udøver kontrollen gennem 14 offentligt lønnede »inspectors«.

1) Ifølge Sainsbury-Komiteen andrager de salgsfremmende omkostninger i videste forstand omkring 15 % af omsætningen.
2) Man kan også købe en art abonnementskort (prepayment-certificate), så der ikke løbende skal betales ekspeditionsgebyr.

Alle apoteker skal registreres hos Societetet, og der er obligatorisk medlemskab for alt aktivt farmaceutisk personale. Alle, der opfylder de rent faglige krav, har krav på at blive optaget og dermed også på at blive registreret som indehaver eller leder af et apotek. Efter gennemførelsen af Medicines Act forudsætter registrering som apotek dog, at lokalerne godkendes af ministeriet.[1])

Societetet retsforfølger medlemmer, der overtræder lovgivning og organisationsbestemmelser. Det kan f.eks. være tilfældet, hvis det konstateres, at der er sket receptekspedition uden farmaceutisk overvågelse. Societetet har også den sanktionsmulighed at foretage eksklusioner efter behandling i et disciplinar-udvalg. Dette er i givet fald ensbetydende med, at den pågældende må ophøre med apoteksvirksomhed.

Indtil 1960-erne var det Societetet, der havde den afgørende indflydelse på uddannelsen af farmaceuter: fra 1952 en tre-årig (tidligere to-årig) teoretisk + 1 års praktisk uddannelse. I løbet af 1960-erne afviklede man selv dette, men driver fortsat en omfattende efteruddannelsesvirksomhed tillige med publicerings- og forskningsvirksomhed. Den teoretiske grunduddannelse foregår nu på universiteterne, men således at uddannelsesprogrammer og eksaminer skal godkendes af Societetet. Den praktiske grunduddannelse finder i et forholdsmæssigt meget stort omfang sted i Boots koncernens udsalg.

For det øvrige apotekspersonale er der ingen formaliseret uddannelse.

1) Som tidligere nævnt blev det over for gruppen anført, at man forventer lukning af et større antal apoteker, især blandt de individuelt ejede, når kontrollen føres ud i livet.

DET JURIDISKE LABORATORIUM VED KØBENHAVNS UNIVERSITET

KAPITEL IV

Lægemiddelpolitiske målsætninger

1. Indledning

Ved udformningen af den fremtidige struktur for lægemiddeldistributionen vil den afgørende forudsætning være, hvilke målsætninger der fra politisk side ønskes varetaget gennem lægemiddelforsyningen. Gruppen har på denne baggrund fundet det nødvendigt at opstille et katalog over de lægemiddelpolitiske målsætninger, der i forskelligt omfang og med vekslende styrke vil indgå i overvejelserne om den fremtidige distributionsstruktur. Den egentlige modelbeskrivelse må herefter ses i lyset af muligheden for gennem de enkelte modeller at realisere de opstillede mål.

2. Generelt

Ved fastlæggelsen af de lægemiddelpolitiske målsætninger må udgangspunktet tages i de vurderinger og mekanismer, som danner basis for den overordnede styring af samfundsudviklingen, især inden for den øvrige sundhedssektor samt det sociale område i vid forstand.

PP II-redegørelsen har på baggrund af de særlig voldsomt stigende omkostninger inden for sundhedssektoren meget stærkt fremhævet behovet for en overordnet styring af denne sektor og for ændring af ressourcefordelingen mellem sundhedstjenestens forskellige grene. Diskussionen har været centreret om selve lægevæsenet, opgavefordelingen mellem almen praksis og sygehusvæsen m.v., derunder spørgsmålet om lægecentre; men det er selvsagt også af væsentlig betydning, at selve lægemiddelforsyningen tilpasses til den fremtidige opbygning af læge- og sygehusvæsenet. Styringen af lægemiddelområdet må forudsættes koordineret med styringen af det øvrige sundhedsvæsen.

Ved gennemførelse af denne koordinering og ved realisering af de nedenfor omtalte specifikke lægemiddelpolitiske målsætninger må man være opmærksom på, at problemerne ikke er løst i og med, at man ved lovgivning etablerer de nødvendige styringsinstrumenter. Der er derudover behov for en stadig politisk opfølgning af denne løbende udvikling og af administrationen af lovgivningen. For så vidt angår lægemiddeldistributionen skal det i denne forbindelse fremhæves, at behovet for politisk opfølgning ikke mindst gør sig gældende i et system, hvor distributionen er overladt lil private, idet de respektive erhvervsorganisationer på området erfaringsmæssigt vil søge at opnå en stærk indflydelse på administrationen både i spørgsmål af erhvervsmæssig og i spørgsmål af faglig karakter.

Det skal herved understreges, at en rationel og smidig administration af lægemiddelforsyningen naturligvis ikke kan finde sted uden nært samarbejde mellem myndigheder og organisationer. Men det er ikke mindre vigtigt, at de offentlige myndigheder ikke reduceres til godkendelsesorganer for beslutninger, truffet af organisationerne, eller til organer der fortrinsvis tager sig af detaljer, medens centrale strukturpolitiske beslutninger træffes i privat regie eller med det offentlige som kun passivt med-

virkende. For en nærmere konkretisering heraf henvises til omtalen af apoteksproduktionen i det efterfølgende kapitel.

Foruden fastsættelsen af politiske retningslinier for administrationen ved realiseringen af lægemiddelpolitiske målsætninger vil det efter gruppens opfattelse være nødvendigt, at der på det overordnede administrative plan skabes en hensigtsmæssig ansvarsfordeling.

Opgaven er i første række at sikre, at der ikke sker en sådan spredning af det administrative ansvar, at en koordineret ledelse af de forskellige bestræbelser inden for området vanskeliggøres. Det er herved karakteristisk, at lægemiddelsektorens forskellige områder er stærkt ekspertbetonede, og at ingen vil kunne være i besiddelse af et dybtgående kendskab til alle områder inden for sektoren. På denne baggrund vil der kunne opstå risiko for, at udviklingen inden for lægemiddelforsyningen finder sted isoleret for de enkelte delområder, uden at der finder en overordnet koordinering og prioritering sted.

Gruppen finder, at en sådan udvikling vil medføre, at den konkrete udmøntning af generelle lægemiddelpolitiske beslutninger herved vil blive vanskeliggjort, ligesom den vil virke hindrende for en samlet stillingtagen til behovet for løbende justeringer på området. Det er derfor gruppens opfattelse, at ansvaret for, at de forskellige faglige hensyn i de enkelte tilfælde indgår i en samlet vurdering, bør samles i en enkelt instans inden for de enkelte hovedområder.

I hvilket omfang sådanne koordinerende funktioner bør varetages inden for det administrative hierarki, eller der bør oprettes uafhængige nævn, må afhænge a£ karakteren af de opgaver, der skal varetages, samt omfanget af den styring, der ønskes.

For så vidt angår den personelle sammensætning af de omtalte nævn, er det gruppens opfattelse, at en direkte repræsentation heri fra de respektive interesseorganisationer vil gøre de pågældende nævn mindre velegnede som stærke styringsinstrumenter. En inddragelse af organisationerne bør derfor i disse tilfælde ske gennem en medvirken ved udarbejdelse af det materiale, der danner grundlag for de administrativt koordinerende organers virksomhed.

Som en yderligere forudsætning for at der vil være tilstrækkelig mulighed for at gennemføre de målsætninger, der fra politisk side måtte blive opstillet, skal gruppen pege på nødvendigheden af, at man ved opbygningen af det fremtidige lægemiddelforsyningssystem har opmærksomheden henledt på, at dette bliver så overskueligt og gennemsigtigt, at de offentlige, styrende organer får mulighed for at bevare et samlet overblik herover.

Disse betragtninger har i særlig grad relevans i et lukket økonomisk system, som det eksisterende apotekervæsen, hvor interesseorganisationer overlades betydelige administrative funktioner.

I forlængelse heraf skal det generelt anbefales, at der i det fremtidige distributionssystem, hvad enten dette vil indebære en stærk offentlig styring eller ikke, sikres, at de offentlige myndigheder løbende indsamler og bearbejder informationer om samtlige væsentlige funktioner. Herved vil opnås, at eventuelle behov for justeringer vil kunne erkendes, efterhånden som de opstår, og således løses uden væsentlige problemer. Hvis derimod de forskellige behov får lov til at udvikle sig, således at der efterhånden bliver tale om betydelige skævheder i systemet, vil det ofte være forbundet med betydelige vanskeligheder at tilvejebringe den fornødne tilpasning til de opstillede målsætninger.

Som foran nævnt finder gruppen, at en hensigtsmæssig administration af lægemiddelforsyningen forudsætter et nært samarbejde mellem offentlige myndigheder og de forskellige interessegrupper på området. Man er ligeledes opmærksom på, at en række af de praktiske funktioner, som disse grupper varetager, og som under alle omstændigheder skal varetages, er blevet ud-

øvet på en rationel måde.

Gruppen finder imidlertid, at der ved fremtidige overvejelser over, hvorledes de enkelte funktioner skal udøves, bør foretages en vurdering af ikke alene karakteren af den enkelte opgave i sig selv, men også de videre perspektiver, som varetagelse af den pågældende funktion indebærer i henseende til de øvrige lægemiddelpolitiske målsætninger. Som eksempel herpå kan nævnes administrationen af det offentliges udbetaling af medicintilskud. Denne opgave indebærer i sig selv blot en faktisk udbetaling af penge til apotekerne på grundlag af deres salg af tilskudsberettiget medicin, og kunne for så vidt lige så vel administreres af f.eks. de faglige og kommunale organisationer som af den statslige administration. Imidlertid vil varetagelsen af den pågældende funktion medføre nærliggende muligheder for udarbejdelse af statistiske opgørelser over lægemiddelforbrugets størrelse, dets sammensætning etc, og vil herved kunne få afgørende betydning for mulighederne for at gennemføre en række af de lægemiddelpolitiske målsætninger, der opstilles.

I sådanne tilfælde vil der efter gruppens opfattelse være væsentlige hensyn, der taler for at placere varetagelsen af den pågældende opgave i tæt sammenhæng med de centrale offentlige myndigheder, der har det administrative ansvar for gennemførelsen af de vedtagne målsætninger.

Gruppen finder herudover anledning til at påpege, at der ved afgørelsen af, om en funktion skal varetages i det ene eller det andet regie, ikke ensidigt bør lægges vægt på statsfinansielle hensyn. På grund af den hidtidige næsten automatiske fastsættelse af lægemiddelpriserne vil omkostningerne i forbindelse med organisationernes løsning af de omhandlede opgaver som oftest fuldt ud give sig udslag i forøgede lægemiddelpriser, således at det bliver det medicinforbrugende publikum, og herved i vidt omfang det offentlige gennem medicintilskuddet, der kommer til at bære disse omkostninger.

3. Specifikke lægemiddelpolitiske målsætninger

3.1. Indledning

Ved drøftelsen af lægemiddelpolitiske målsætninger må opmærksomheden til stadighed være henledt på ressourceforbruget ved en realisering af de pågældende målsætninger. Heri ligger dels, at de enkelte opgaver må vurderes i sammenhæng med de øvrige konkrete målsætninger, der opstilles, således at de ressourcer, der vil være til rådighed for lægemiddelsektoren, fordeles så hensigtsmæssigt som muligt. Endvidere ligger heri, at den praktiske gennemførelse af de enkelte målsætninger tilrettelægges på en så økonomisk rationel måde som muligt. Den nedenfor anførte diskussion af de specifikke lægemiddelpolitiske målsætninger må ses på denne baggrund.

Grundprincippet for den eksisterende lægemiddelforsyning formuleres ofte således, at der skal sikres befolkningen let og sikker adgang til gode lægemidler til rimelige priser. Gruppen finder, at denne formulering fortsat vil kunne anvendes som det overordnede mål, således at de nedenfor omtalte specifikke målsætninger for så vidt vil kunne opfattes som midler til realisering af dette mål. I diskussionen vil dog endvidere blive inddraget aspekter, der vedrører størrelsen af udbudet af lægemidler, en hensigtsmæssig anvendelse af disse m.v.

3.2. Adgang til lægemidler

3.2.1. Lægemiddeludbudet

Det er en klar målsætning for lægemiddelforsyningen, at denne i videst muligt omfang er i stand til at tilfredsstille de terapeutiske behov, der konstateres. Denne målsætning indeholder dels et produktionsaspekt, dels et distributionsaspekt.

En udbygning af den produktion, der finder sted på apotekerne, således at denne vil blive baseret på en selvstændig udvikling af nye substanser, vil næppe være en realistisk mulighed. En diskussion af hen-

sigtsmæssigheden af et statsligt engagement inden for den industrielle produktion, herunder statslig lægemiddelforskning, falder desuden uden for gruppens kommissorium.

Under normale forsyningsforhold vil der være en formodning om, at de normale markedsmekanismer vil sørge for, at de forskellige kategorier af lægemidler vil blive stillet til rådighed for forbrugerne i tilstrækkeligt omfang. Problemet synes her nærmest at bestå i, hvorledes lægemiddeludbudets størrelse begrænses til det nødvendige.

Med henblik på særlige tilfælde vil det imidlertid kunne være af betydning i denne relation, at der eksisterer produktionsenheder, der over for det offentlige er forpligtede til at gennemføre en vis produktion. Dette gælder i beredskabssituationer, hvor de normale forsyningskanaler kan være lukkede[1]). Endvidere vil sådanne produktionsmuligheder kunne sikre forsyningen af lægemidler, for hvilke der er et terapeutisk behov, uden at der er det tilstrækkelige omsætningsmæssige grundlag for en industriel produktion. Endelig vil det ofte være en forudsætning for iværksættelse af forsøg med speciel terapi på de enkelte hospitalsafdelinger, at de fornødne produktionsfaciliteter forefindes på sygehusapotekerne.

Ved overvejelserne over størrelsen og sammensætningen af lægemiddeludbudet må interessen i første række samles om de medicinske specialiteter, der udgør langt den væsentligste del af lægemiddelomsætningen i Danmark, navnlig efter at en væsentlig del af apotekernes lægemiddelproduktion i fremtiden formentlig vil falde ind under dette begreb.

I Danmark ligesom i de fleste øvrige lande er det en betingelse for forhandling af en medicinsk specialitet til forbrugerne, at præparatet er blevet godkendt af sundhedsmyndighederne. Det er næppe anfægtet fra nogen side, at et afgørende kriterium for denne godkendelse bør være, at præparatet i kvalitativ henseende, navnlig med hensyn til balancen mellem dokumenteret terapeutisk effekt og kendte bivirkninger, skal opfylde strenge krav.

Det har imidlertid været diskuteret, i hvilket omfang registreringsreglerne herudover burde udformes således, at de tager særligt sigte på at begrænse antallet af medicinske specialiteter, der ikke repræsenterer terapeutiske nyskabelser på det danske marked.

Der har i gruppen været enighed om, at antallet af synonyme og analoge præparater bør holdes på et begrænset niveau. Der vil herved dels kunne opnås en større overskuelighed over lægemiddeludbudet med den heraf følgende ensartethed og større sikkerhed i lægemiddelordinationen. Endvidere vil et stort udbud af disse præparater repræsentere en økonomisk belastning for distributionsapparatet, og denne belastning vil efter gruppens opfattelse næppe fuldt ud blive modsvaret af en øget priskonkurrence på grund af markedets ringe prisfølsomhed.

Imidlertid vil bestemmelser, der stiller specielle krav til synonym- eller analogpræparater, ofte være vanskelige at administrere. Samtidig ville bestemmelser om kvantitative begrænsninger i registreringen af farmaceutiske specialiteter (i form af behovsregel som i Norge eller lignende) næppe være forenelige med EF-reglerne i deres nuværende udformning. På denne baggrund finder gruppen, at mulighederne for at holde igen på lægemiddelsortimentets størrelse bør medinddrages i overvejelserne om lægemiddelforsyningens fremtidige struktur, også selv om det forudsættes, at en restriktiv kvalitetsvurderingspraksis samt det danske markeds begrænsede størrelse vil hindre afgørende stigninger i antallet af registrerede præparater.

Et andet forhold angående sammensætningen af lægemiddeludbudet vedrører spørgsmålet om, i hvilket omfang der er be-

1) Det må dog i denne forbindelse fremhæves, at i så tilfælde vil de normale forsyningskanaler også være begrænsede med hensyn til råvarer, og at også en centralisering af apoteksproduktionen vanskeliggør varetagelsen af beredskabsmæssige hensyn.

hov for en fortsat produktion af magistrelt ordineret medicin, som den vi kender i dag.

Det er gruppens opfattelse, at dette spørgsmål ikke bør løses alene på grundlag af dogmet om lægernes frie ordinationsret, d.v.s. retten til frit at ordinere sammensætninger af stoffer og droger, herunder til at foreskrive stoffer og præparater, der er udgået af de officielle formelsamlinger, men derimod ud fra en vurdering af det reelle behov for de pågældende præparater.

Gruppen vil ikke afvise, at der på enkelte områder f.eks. inden for behandlingen af børnesygdomme og hudsygdomme vil kunne eksistere et behov for magistrelle ordinationer, men finder ikke, at dette er af en sådan betydning, at det i sig selv kan berettige, at der på samtlige landets apoteker opretholdes produktionsfaciliteter til fremstilling af disse og eventuelt af andre præparater.

3.2.2. Udsalgsstruktur, åbningstid, vagttjeneste

Som nævnt nedenfor under 3.3.1. finder gruppen, at sikkerhedsmæssige årsager kræver, at detailforhandling af lægemidler fortsat bør forbeholdes enheder bemandet med særlig kvalificeret arbejdskraft. På grund af dette krav får målsætningen om, at befolkningen skal sikres en let adgang til lægemidler, en særlig betydning.

Det krav, der herved stilles til apotekervæsenet, opfyldes i dag først og fremmest ved, at der, selv om det ikke er lønsomt, opretholdes apoteker så mange steder i landet, at de fleste forbrugere kun har relativ kort afstand til apoteket. Dette suppleres med et net af udsalg og medicinafleveringssteder samt en vis udbringning. Gruppen har ikke ment at kunne give anvisninger om hvilken grad af service der generelt er nødvendig for at sikre opfyldelsen af denne målsætning; man er ikke kommet nærmere indpå omfanget af de ressourcer, der skal medgå hertil, idet dette i det væsentlige beror på en politisk vurdering. Det er imidlertid gruppens opfattelse, at en hensigtsmæssig udnyttelse af de givne ressourcer må forudsætte en betydelig mere smidig opbygning af detaildistributionsstrukturen end den i dag eksisterende.

En væsentlig årsag til den nuværende stive struktur må efter gruppens opfattelse søges i det nuværende bevillingssystem. Efter dette vil en nyudnævnt apoteker have krav på at drive apotek et bestemt sted, indtil han fylder 70 år. Hertil kommer, at myndighederne delvis på grund af organisationspres har været meget tilbageholdende med at tildele ledige apotekerbevillinger til ansøgere, der i forvejen var indehavere af bevillingen til et andet apotek (forflyttelse).

Endvidere har myndighederne kun i ganske få tilfælde gjort brug af hjemlen i gældende lovgivning til at pålægge apotekere at oprette farmaceutbetjente apoteksudsalg. Begrundelsen for myndighedernes tilbageholdenhed med at oprette disse apoteksudsalg, der for forbrugerne vidtgående vil kunne tilfredsstille det samme servicebehov som et egentligt apotek, må ligeledes i væsentlig grad søges i modstand fra de faglige organisationer. Argumentationen har her navnlig gået på, at afgiftssystemet er således indrettet, at driften af de pågældende apoteksudsalg ville bevirke en urimelig økonomisk belastning af moderapoteket.

Som en medvirkende faktor til at vanskeliggøre en tilpasning af den fysiske distributionsstruktur til de skiftende ændringer i befolkningens fordeling og indkøbsvaner kan endelig nævnes den betydelige modstand, som planer om nedlæggelse af apoteker, der ikke længere eksisterer et tilstrækkeligt økonomisk og servicemæssigt grundlag for, ofte medfører fra lokal side. Endvidere har Dansk Farmaceutforening i en række tilfælde stillet sig afvisende over for nedlæggelse af apoteker. Foreningen har herved bl.a. henvist til mangelen på en samlet planlægning for apotekervæsenet.

Gruppen finder det af afgørende betydning, at der i den fremtidige distributions-

Struktur uanset ejerforholdene indbygges en sådan smidighed, at det vil være muligt at tilpasse denne til den øvrige udvikling. Dette indebærer dels, at det bør være muligt i højere grad løbende at ændre vilkårene og status for de egentlige apoteksenheder, dels at der tilstræbes en mere differentieret udsalgsstruktur afpasset efter de lokale forhold.

Et særligt problem opstår for så vidt angår sygehusapotekernes udlevering af lægemidler til visse grupper af patienter, f.eks. ambulante patienter og patienter på midlertidigt ophold i hjemmet. Efter gældende regler vil disse patienter ikke kunne få udleveret medicin fra sygehusapoteket. Problemet må ses i lyset af en eventuel fremtidig udvidelse af hospitalernes ambulatorievirksomhed. Det er gruppens opfattelse, at der vil være en række behandlingsmæssige fordele forbundet med, at sygehusapotekerne i disse tilfælde får mulighed for at udlevere den ordinerede medicin, ligesom dette vil betyde praktiske fordele for patienterne. En ændring af gældende regler i overensstemmelse hermed bør derfor overvejes.

Som nævnt i kap. II fastsættes den almindelige åbningstid for apotekerne og de apoteksudsalg, der drives for et apoteks regning, centralt. Det er ligeledes her omtalt, at sundhedsstyrelsen har en bemyndigelse til i de enkelte tilfælde efter behov at træffe bestemmelse om fravigelser fra den almindelige åbningstid, såvel hvad angår fastsættelse af længere som af kortere åbningstid. Udøvelsen af denne bemyndigelse er hidtil sket i tæt samarbejde med de faglige organisationer, navnlig Danmarks Apotekerforening.

Det er gruppens opfattelse, at det, uanset om der i øvrigt i fremtiden ønskes en stærkere offentlig styring af apotekervæsenet, fortsat bør være overladt sundhedsmyndighederne at træffe bestemmelse om apotekernes og apoteksudsalgenes åbningstid.

En henføring af apotekervæsenet under den almindelige lukkelovgivning eller eventuelt en fuldstændig frigivelse af åbningstiden ville næppe være egnet til at skabe den mest hensigtsmæssige sammenhæng mellem varetagelsen af vekslende lokale behov og den nødvendige økonomisering. Det kan navnlig anføres, at det stærke kollegiale fællesskab, der eksisterer inden for et lukket erhverv som apotekererhvervet, vil indebære en risiko for, at kollegiale hensyn kommer til at veje tungere end den offentlige interesse i en differentiering af åbningstiderne mellem de enkelte apoteker.

Gruppen finder, at myndighederne ved fastsættelsen af åbningstiderne bør tage udgangspunkt i de almindelige indkøbsvaner, herunder de øvrige butikslukketider, der gælder i de enkelte lokale områder, samt i lægers og andre medicinalpersoners praksisvaner. Særlige behov for apoteksservice for sidstnævnte vil i et vist omfang som i dag kunne opfyldes gennem en forpligtelse for apotekerne til i et vist tidsrum at holde åbent for indtelefonering af recepter.

Åbningstiderne bør imidlertid også herudover kunne tilpasses særlige behov. Som eksempel herpå kan nævnes fastsættelse af særlige åbningstider for apoteker eller apoteksudsalg, som er beliggende i nærheden af trafikknudepunkter.

Endvidere skal gruppen pege på muligheden af i forbindelse med en eventuel udvidet oprettelse af apoteksudsalg med receptekspedition at begrænse denne til en del af udsalgets samlede åbningstid, således at der i den resterende del af åbningstiden kun vil kunne finde ekspedition af håndkøbsvarer sted.

Endelig vil sæsonmæssige svingninger i antallet af beboere i de enkelte geografiske områder, f.eks. i ferieområder, kunne give grundlag for tilsvarende variationer i åbningstiden for de lokale apoteksenheder.

Gruppen finder af tilsvarende grunde, som anført foran om åbningstiden, at formen for lægemiddelforsyningen uden for den almindelige åbningstid, herunder vagt-

tjeneste m.v., fortsat bør fastsættes centralt.

Ved udformningen af de nærmere bestemmelser herom må udgangspunktet være at sikre, at ingen patienter afskæres fra uden for apotekernes almindelige åbningstid at få opfyldt et uopsætteligt behov for behandling med lægemidler.

Ved opfyldelsen af denne målsætning er det gruppens opfattelse, at man ikke udelukkende bør koncentrere sig om etablering af vagtordninger på de enkelte apoteker, idet omkostningerne ved disse i forhold til antallet af ekspeditioner ofte er meget store.

Som en alternativ forsyningsmulighed kan nævnes en udvidelse af vagtlægernes udlevering af medicin i forbindelse med sygebesøg. Dette kunne f.eks. ske på den måde, at lægen forud for hver vagts påbegyndelse får udleveret en taske fra et apotek indeholdende et aftalt standardsortiment, som vil være i stand til at dække de hyppigst forekommende akutte behov. Det hertil svarende sortiment vil i praksis være ret begrænset. Det vil herved i disse tilfælde være muligt at forsyne patienten med lægemidler i et sådant omfang, at det kun i specielle tilfælde vil være nødvendigt for denne at søge apotek uden for den almindelige åbningstid.

Herudover bør også andre muligheder for lægemiddelforsyning uden for apotekernes almindelige åbningstid overvejes. Som eksempel herpå kan nævnes en ordning med lægemiddeldepoter på skadestuer o.lign., der i forvejen fungerer i døgndrift, samt en udvidet anvendelse af udbringning af lægemidler.

3.3. Sikkerhed

3.3.1. Apoteksforbehold, receptpligt

En grundlæggende konkret målsætning for distributionsapparatet består i, at der faktisk udleveres det lægemiddel, der ønskes, samt at det herved sikres, at det enkelte lægemiddel ikke på grund af fejlagtig opbevaring og håndtering er blevet forringet.

Det er gruppens opfattelse, at dette mål bedst vil kunne opnås ved fortsat at forbeholde detailforhandling af lægemidler for sådanne distributionsenheder, der er særligt indrettet med henblik herpå. Det vil herved være lettere i den enkelte distributionsenhed at gennemføre den fornødne kontrol, ligesom dette vil være medvirkende til at skabe et særligt miljø, hvor de ansatte har en stor og stadig opmærksomhed rettet mod sikkerhedskravene.

På tilsvarende vis er gruppen gået ud fra som principiel forudsætning, at en række præparater, for hvilke der er en særlig risiko (f.eks. for misbrug, fejlforbrug eller uønsket selvmedicinering) kun vil kunne udleveres til forbrugerne på grundlag af en receptordination foretaget af en læge, dyrlæge eller tandlæge.

3.3.2. *Arbejdsrutiner, kontrolfunktioner*

Regler om arbejdsrutiner og kontrolfunktioner, herunder kompetencen for apotekets forskellige personalekategorier, fastsættes meget detaljeret i forskrifter udstedt af sundhedsstyrelsen. Uden vurdering af enkeltheder heri skal man fremhæve følgende:

Ved fastsættelsen af disse regler er det vigtigt, at de enkelte arbejdsoperationer ikke betragtes isoleret, men vurderes i sammenhæng med de øvrige sikkerhedsforanstaltninger, som iværksættes inden for de enkelte led i lægemiddelforsyningskæden.

Endvidere bør de pågældende regler udformes under hensyntagen til de ændringer i produktionsforholdene for apotekerne, som for tiden finder sted, og som må forventes fortsat, uanset apotekervæsenets fremtidige ejerforhold. Disse ændringer vil mindske betydningen af egenproduktionen på de enkelte apoteker i almindelighed og bevirke, at vægten i stedet vil blive lagt på det rent ekspeditionsmæssige.

Karakteristisk for de gældende regler om rekvirering og udlevering af lægemidler er den overordentligt omkostningskrævende bestemmelse om, at enhver ekspedition af et receptordineret lægemiddel skal foreta-

ges/kontrolleres af en farmaceut. Med den øgede omsætningsmæssige betydning af medicinske specialiteter samt den hyppigere anvendelse af standardiserede og allerede kontrollerede pakninger af de apoteksproducerede lægemidler forekommer en konsekvent videreførelse af den nævnte regel ikke at være ganske nødvendig.

Det kunne her overvejes, om ikke kravet om farmaceutkontrol af enhver receptekspedition kunne lempes, således at personale med »mellemteknikeruddannelse« selvstændigt ville kunne foretage ekspedition af i al fald en del af de færdigpakkede lægemidler.

Foruden at betyde en hurtigere og mindre omkostningskrævende ekspedition på apoteket, ville en sådan ændring muliggøre oprettelse af apoteksudsalg, hvorfra der ville kunne finde ekspedition sted af de fleste receptordinationer, uden at der samtidig var behov for tilstedeværelsen af en farmaceut, jfr. herved de i kapitel III omtalte svenske »apoteksförråd«. Der henvises endvidere for så vidt angår disse spørgsmål til kapitel VIII.

3.3.3. Indretning og drift af apoteker og apoteksudsalg

Sikkerhedsmæssige aspekter er grunden til, at sundhedsmyndighederne har fastsat minimumstandarder for indretning og drift af apoteker og apoteksudsalg.

I det eksisterende apotekervæsen må afgifts- og tilskudssystemet i et vist omfang ses som et led i bestræbelserne på at opfylde disse standarder. Gennem de heri indeholdte regler om en vis økonomisk sikring af de dårligst stillede apotekere opnås, at ingen af disse afholdes fra at overholde sikkerhedskravene af økonomiske grunde. Endvidere bevirker udformningen af afskrivningsreglerne i forbindelse med afgifts/tilskudsberegningen samt forskellige refusioner en tilskyndelse til forbedringer.

I visse tilfælde vil der dog også være behov for, at sundhedsmyndighederne får egentlige tvangsmidler i hænde til gennemførelse af disse krav.

Efter gruppens opfattelse er det imidlertid ikke alene nødvendigt at sikre, at de opstillede minimumkrav overholdes. Ved den fremtidige tilrettelæggelse af apotekervæsenet bør opmærksomheden ligeledes være henledt på at undgå apoteksindretninger m. v., der i standard i væsentlig grad overstiger de krav, der af myndighederne er fastsat som nødvendige. Dette hensyn får i særlig grad vægt i et system som det nuværende, hvor afgiftsreglernes udformning begrænser den enkelte apotekers incitament til at økonomisere.

3.4. Personale, ansættelses- og avancements forhold

Udnævnelse af apotekere finder efter gældende lovgivning sted efter indstilling fra et forfremmelsesråd bestående af repræsentanter for Danmarks Apotekerforening og Dansk Farmaceutforening. Det er meget sjældent, at de offentlige myndigheder fraviger forfremmelsesrådets indstilling.

De to organisationer har herved fået en indflydelse, der ikke alene vedrører de konkrete udnævnelsessager, men som også indirekte har haft betydning ved udformningen af den bestående apoteksstruktur.

Som foran nævnt har rådet og sundhedsstyrelsen kun i ganske enkelte tilfælde accepteret, at en apoteker flyttes fra et apotek til et andet. Herved er en realisering af planer om strukturændringer, som indebærer nedlæggelse af en række apoteker, inden for en rimelig fremtid blevet vanskeliggjort.

Ligeledes har rådet i sin indstillingspolitik været meget restriktiv, hvad angår krav til ansøgernes tidligere beskæftigelse, idet stort set kun ansøgere, der allerede har ansættelse på apotek (provisorer) eller farmaceuter, der er ansat i sundhedsstyrelsen eller på sundhedsstyrelsens farmaceutiske laboratorium samt ansatte i det to organisationer, er kommet i betragtning.

Derimod har apoteksbevilling ikke været en reel mulighed for farmaceuter i f.eks. industrien. Apotekerlovens krav om to års provisortid på et apotek samt kravene om

offentliggørelse af ansøgernes navne har dog også haft betydning for dette forhold.

Gennem disse restriktioner vanskeliggøres en ønskværdig bevægelighed mellem de enkelte personalegrupper inden for lægemiddelforsyningen, hvilket særlig må ses i lyset af den igangværende udvikling hen imod en koncentrering af den væsentligste del af apoteksproduktionen på nogle på rent industriel basis arbejdende produktionsapoteker.

Gruppen finder, at det af principielle grunde under alle omstændigheder bør overvejes, hvorvidt det fremtidigt bør være almindelig praksis, at det naturlige avancement for alle de i sundhedsstyrelsen ansatte farmaceuter er apoteksbevilling.

3.5. Lægemiddelpriser, afgift/tilskud

Et grundlæggende mål består i at tilstræbe rimelige lægemiddelpriser — hvor vagt et begreb dette end er. Opfyldelsen af denne målsætning nødvendiggør, at det offentlige får indflydelse på prisfastsættelsen, idet forbrugerne ofte ingen indflydelse har på valget af lægemidler og i øvrigt heller ikke mulighed for at overskue udbudet. Endvidere føler de ordinerende læger m.v. ofte kun en begrænset tilskyndelse til økonomisering ved valg af lægemidler. Hertil kommer endelig det grundlæggende ønske om at opretholde ens lægemiddelpriser over hele landet samt begrænsningen i konkurrencen i øvrigt inden for lægemiddelforsyningen.

Bestemmende for forbrugerpriserne på lægemidler er dels producentpriserne, dels distributionsomkostningerne. Endvidere har det offentlige medicintilskud overfor forbrugerne samme virkning som en prisreduktion.

3.5.1. Producentpriser

Bestræbelser på at påvirke producentpriser vil i hovedsagen bestå enten i en styrkelse af de konkurrencemæssige mekanismer på området eller i en egentlig priskontrol. I det omfang, der sker en statsovertagelse af distributionssystemet eller dele af dette, vil det offentlige endvidere gennem udøvelse af en centraliseret indkøbsfunktion opnå indflydelse på prisfastsættelsen.

Det må antages at tilstedeværelsen af flere synonyme eller analoge præparater inden for de enkelte terapeutiske grupper vil have en vis prisregulerende effekt. Betydningen af denne priskonkurrence må imidlertid som foran omtalt afvej es med de forøgede distributionsomkostninger, som en stigning i antallet af præparater vil være forbundet med.

Ved at tage prismæssige hensyn ved udvælgelsen af, hvilke lægemidler der skal ydes offentligt tilskud til, vil man kunne stimulere til en mere aktiv priskonkurrence, således som det skete ved ændringen i medicintilskudsreglerne, som trådte i kraft 1. april 1973.

Gældende lovgivnings forudsætninger om en betydelig lægemiddelproduktion på apotekerne har som den væsentligste baggrund ønsket om at skabe en prismæssig konkurrence over for lægemiddelindustrien. Forholdene omkring en fortsat anvendelse af apoteksproduktion som konkurrencefaktor er nærmere gennemgået nedenfor i kapitel V.

Erfaringerne fra administration af de nuværende lovgivningsbestemmelser om priskontrol med medicinske specialiteter viser, at en sådan er vanskelig at gennemføre effektivt. Der er her tale om forskningsintensive produkter, hvor det kan være vanskeligt ved en kalkulatorisk prisberegning at afgøre, med hvilken vægt virksomhedernes forsknings- og produktudviklingsomkostninger skal indgå i prisen for de enkelte produkter. Hertil kommer at omkring halvdelen af det danske forbrug af medicinske specialiteter stammer fra udenlandske virksomheder, hvor det kan være vanskeligt for de danske priskontrolmyndigheder overhovedet at komme i besiddelse af det nødvendige kalkulatoriske materiale, samtidig med at en række af disse præparater ikke findes i en dansk udgave.

Det er efter gruppens opfattelse nødvendigt, at der gennemføres en særlig priskontrol for medicinske specialiteter. Den hidtidige kontrol, som har ligget hos sundhedsmyndighederne, må betegnes som en formalitet. Der er imidlertid nu taget skridt til at overføre kontrollen til monopoltilsynet.

Ved gennemførelse af priskontrol for lægemidler må selvsagt den afgørende opgave være at sikre de lavest mulige priser for det danske marked under hensyntagen til den fornødne sikkerhed og kvalitet.

Der kan imidlertid her være grundlag for at pege på, at virksomhederne ved fastsættelse af lægemiddelpriser må indrømmes økonomiske muligheder for at gennemføre en produktudvikling, som ikke alene består i en videreudvikling af allerede kendte stoffer, men også i en udvikling af nye lægemidler. Denne betragtning har i særlig grad betydning for den danske lægemiddelindustri, for hvem det danske marked fungerer som basis for en i øvrigt meget betydelig eksport.

Endvidere kan en priskontrol her i landet få virkninger for denne eksport, fordi priskontrollen i en række andre lande tager udgangspunkt i den pris, der gælder i hjemlandet.

3.5.2. Distributionsomkostninger

Som foran nævnt fastsættes forbrugerpriserne på lægemidler på grundlag af prognoser over apotekernes omsætnings- og omkostningsudvikling og således, at det tilstræbes, at apotekerne gennemsnitligt opnår et bestemt udbytte. Denne nære sammenhæng mellem detaildistributionsomkostningernes størrelse og lægemiddelprisernes højde understreger behovet for at lade økonomiske hensyn spille ind ved tilrettelæggelsen af apoteksdrift samt ved indretning m.v. af apoteker. Ønsket om en mindskelse af apotekernes driftsomkostninger taler endvidere for, at der i uddannelsen af apotekere lægges øget vægt på virksomhedsledelse, kendskab til driftsøkonomi m.v.

For så vidt angår engrosdistributionsomkostningerne er disse indregnet i de priser, som producenter/importører anmelder til sundhedsstyrelsen. For den eksisterende grossistbranche består distributionsomkostningerne i alt væsentligt i udgifterne i forbindelse med den fysiske distribution af medicinske specialiteter og råvarer samt i en udstrakt kreditgivning til apotekerne. En reduktion i engrosomkostningerne, som må kunne forventes at give sig umiddelbart udslag i en tilsvarende reduktion i apotekernes indkøbspriser, vil derfor kunne ske dels ved en indskrænkning af varekreditternes længde, dels gennem en rationalisering af selve varedistributionen.

Den førstnævnte mulighed vil ganske vist kunne skabe øget pres på andre finansieringskanaler. En indskrænkning i varekreditgivningen vil imidlertid tilpasse apotekervæsenet til andre detailhandlendes betalingsforhold til deres vareleverandører, og vil muligvis kunne medføre en vis neddæmpning i investeringslysten.

En vis begrænsning af grossistrabatterne inden for det nuværende systems rammer vil formentlig kunne gennemføres ved en yderligere rationalisering af ordrerutiner, udbringningshyppighed etc. Mere væsentlige reduktioner må imidlertid forudsætte egentlige strukturændringer inden for branchen. For så vidt angår en nærmere diskussion af hensigtsmæssigheden af at indføre forskellige former for enkanaldistribution etc. henvises til omtalen i kapitel II, afsnit 4.

Med henblik på en mindskelse af distributionsomkostningerne kunne det overvejes, i hvilket omfang funktioner, der i dag varetages af apotekerne, med fordel kan overføres til grossistvirksomhederne. Som eksempel herpå kan nævnes administration af medicintilskuddet til lægemidler, der ikke er klausuleret til brug mod særlige sygdomme.

3.5.3. Det offentlige medicintilskud

Det er gruppens opfattelse, at der gennem indretningen af medicintilskudssystemet er gode muligheder for at øve indflydelse på prisfastsættelsen på lægemidler og i øvrigt også ud fra sundhedsmæssige hensyn at påvirke lægemiddelforbrugets størrelse og sammensætning. Den ændring af medicintilskudsreglerne, der fandt sted pr. 1. april 1973, og hvorefter der ved fastsættelsen af, hvilke lægemidler der skal ydes tilskud til, bl.a. tages prismæssige hensyn må derfor anses for hensigtsmæssig.

Gruppen har drøftet, hvorvidt en ordning, hvorefter al lægeordineret medicin udleveres vederlagsfrit til patienterne burde tilstræbes. Man har imidlertid fundet, at en sådan ordning ville være uhensigtsmæssig både ud fra økonomiske og sundhedsmæssige grunde.

3.5.4. Afgift/tilskud

Den grundlæggende målsætning om, at lægemiddelpriserne skal være ens i hele landet, samt at der skal være apoteksdækning i alle dele af landet, medfører, at der i et privat apotekervæsen opstår behov for en økonomisk udligningsordning mellem de dårligt og de bedre stillede apoteker. Det sikres herved, at alle apotekerne får økonomiske muligheder for at opfylde de opstillede krav til sikkerhed og service.

Det væsentligste problem ved udformningen af reglerne for en sådan udligningsordning bliver at sikre den enkelte apotekers personlige interesse i økonomisk rationel apoteksdrift. Jo større vægt, man lægger på effektiv og forretningsmæssig drift, jo mindre bliver mulighederne for at opfylde en målsætning om indkomstudligning.

3.6. Lægemidlers anvendelse

De sikkerhedsmæssige bestræbelser, som myndighederne har udfoldet inden for lægemiddelforsyningen har hidtil i alt væsentligt taget sigte på at sikre den fornødne kontrol m.v. med lægemidler, indtil disse når frem til forbrugeren. Derimod har spørgsmålene om at tilstræbe, at lægemidlerne anvendes hensigtsmæssigt af forbrugerne, kun i meget begrænset omfang været taget op af myndighederne.

For præparater, der anvendes som led i medicinalpersoners patientbehandling, må udgangspunktet være, at de pågældende medicinalpersoner i fornødent omfang vejleder patienterne om den rette brug af lægemidlerne.

Meget tyder imidlertid på, at denne vejledning ikke har været tilstrækkelig til at undgå, at lægemidler i betydeligt omfang anvendes på en uhensigtsmæssig måde.

Med henblik på at afbøde disse forhold bør der gennemføres en intensiveret vejledning af patienterne fra de behandlende lægers og andre medicinalpersoners side herunder en mere udførlig angivelse af dosering etc. på etiketten for receptmedicin. Efter gruppens opfattelse bør imidlertid også andre informationskanaler bringes i anvendelse.

Det kunne således overvejes at forsyne lægemidler med brochurer, der oplyser om præparatets anvendelsesmåde, bivirkninger, opbevaring, samspil med andre lægemidler, trafikfarlighed, destrueringsmåder etc. Dette gælder i endnu højere grad for præparater, der kan købes i håndkøb. Sådanne brochurer må forudsættes godkendt af myndighederne.

Endvidere bør der i højere grad, end det sker i dag, gøres brug af generelt oplysende pjecer om disse spørgsmål, ligesom det kunne overvejes at bringe massemedierne i anvendelse med henblik herpå. Helt konkret kunne man foreslå at der f.eks. over fjernsynet gives en kort vejledning: »Gennemgang af Deres medicinskab.«

Også apotekspersonalet, sagligt det farmaceutisk uddannede, bør indgå i informationsvirksomheden over for forbrugerne. For så vidt angår lægemidler, der kan købes i håndkøb, vil apotekspersonalet ofte være den eneste mulighed for forbrugeren for at modtage individuel vejledning. Der vil imidlertid ofte også være behov for en ad-

gang til at modtage supplerende information vedrørende receptordineret medicin, idet målet herved vil være, at patienten dels sættes i stand til rent faktisk at følge ordinationen, dels kan få generel oplysning om lægemidlers virkemåde, anvendelse etc.

1 en række tilfælde vil de forannævnte informationsmuligheder næppe være tilstrækkelige til at sikre, at den lægeordinerede behandling følges. For patienter, der behandles med mange forskellige præparater, vil det således ofte være vanskeligt at holde rede på disse, samt hvornår de skal indtages. I sådanne tilfælde kunne det overvejes, at lade lægemiddelordinationen omfatte et egentligt medicineringsprogram, således at præparaterne udleveres til patienten fra apoteket i en særlig pakning, hvoraf klart fremgår indtagelsesmåde, -hyppighed etc.

3.7. Lægemiddelforbrugets sammensætning

Det er en forudsætning for en hensigtsmæssig udnyttelse af det til rådighed værende lægemiddeludbud, at der stilles det fornødne informationsmateriale om lægemidlers egenskaber til rådighed for de personer, der træffer afgørelse om lægemiddelforbrugsmønsteret.

For så vidt angår forholdet direkte overfor forbrugerne er det gruppens opfattelse, at den fornødne information kan tilvejebringes via de i det foregående afsnit beskrevne kanaler. Specielt bør reglerne om reklamering over for offentligheden fortsat udformes meget restriktivt.

Over for medicinalpersoner består opgaven i løbende at holde disse orienteret om det eksisterende lægemiddelsortiment for derigennem at sikre, at der i de enkelte tilfælde vælges det bedst egnede præparat i behandlingsmæssig henseende, samtidig med at der foretages en vurdering af lægemidlets pris.

For at denne målsætning kan opfyldes, er det nødvendigt, at der ved udformningen af informationsmaterialet tilstræbes den størst mulige grad af objektivitet. Endvidere vil det ikke være tilstrækkeligt, at materialet alene omfatter oplysninger om de enkelte præparater isoleret. I en række tilfælde vil der være behov for sammenlignende oversigt over præparater, der anvendes mod samme sygdomme, eller på anden måde har fælles egenskaber. Foruden en redegørelse for disse præparaters virkemåde, anvendelsesmetode etc. bør sådanne oversigter indeholde oplysninger om pris og tilskud.

Lægemiddelinformation over for medicinalpersoner foretages i dag i alt væsentligt alene som et led i producenternes markedsføringsvirksomhed. I en sådan situation bliver myndighedernes opgave gennem supplerende foranstaltninger at sikre opfyldelsen af de mål, der opstilles. Ved vurderingen af størrelsen af de udgifter, man fra det offentliges side vil være rede til at investere i disse foranstaltninger, bør det herved haves for øje, at der herigennem vil kunne opnås behandlingsmæssige fordele, ligesom der formentlig vil kunne opnås betydelige besparelser ved at tilstræbe mere prisbevidste ordinationsvaner.

Det er gruppens opfattelse, at en række af disse fordele vil kunne opnås gennem en øget anvendelse af *lokale lægemiddelkomiteer*, hvis opgave det er at udarbejde lister over anbefalede lægemidler. Disse komiteer, der her i landet endnu kun er oprettet på visse sygehuse, bør ikke nødvendigvis begrænses til sådanne, men kunne eventuelt i forbindelse med gruppepraksis eller lægehuse, også omfatte praktiserende læger, apotekere etc.

KAPITEL V

Apoteksproduktionens stilling i den fremtidige lægemiddelforsyning

1. Indledning

Apoteksproduktionens fremtidige placering giver anledning til så specielle og samtidig så tungtvejende problemer, at man har valgt at tage denne problemkreds op indledningsvis og på tværs af den senere modeldiskussion. Ikke mindst for staten som udsteder af apoteksbevillinger vil problemerne blive ganske særlig tungtvejende, hvis man politisk beslutter sig for en helt uændret videreførelse af det nuværende system. Denne del af problematikken er af forvaltningsretlig karakter og hænger sammen med, at der består en grundlæggende uklarhed om indholdet af bevillingssystemet i relation til den koncentrerede apoteksproduktion. Men der foreligger ligeledes væsentlige økonomiske problemer omkring forholdet mellem på den ene side apoteksproduktionen, på den anden side dels den egentlige medicinalindustri, dels den produktionsvirksomhed der finder sted på de kontrollerede laboratorier. I relation til medicinalindustrien må det forventes, at der vil blive tale om en skærpelse af et problem, der har spillet en stor rolle ned gennem tiden: spørgsmålet om den mulige konkurrenceforvridning som følge af kombinationen af apotekernes produktionsinteresser og deres monopol på detailforhandlingen af medicinske specialiteter. I relation til de kontrollerede laboratorier *har*[1]) [2]) der allerede meldt sig spørgsmål om det produktionsanalyse- og kontrolapparat, der støttet på apotekerlovgivningen siden 1913 er opbygget hos disse, fortsat vil kunne udnyttes samtidig med, at et tilsvarende produktionsapparat etableres af Danmarks Apotekerforening, og samtidig med, at også medicinindustrien eventuelt efter gennemførelse af forslaget til ny lægemiddellov går ind i en række af de samme produktioner.

2. Den igangværende produktionskoncentration inden for apotekervæsenet

I alle de nævnte relationer er baggrunden for problemerne, at apoteksproduktionen som omtalt i kapitel II for tiden gennemgår en udvikling, hvorunder anden produktion end de magistrelle tilberedninger (individuelle recepttilberedninger) samt måske i et vist omfang tilberedning af simple opløsninger og blandinger koncentreres på produktionsafdelinger, tilknyttet enkelte af apotekerne. I nogle tilfælde har disse afdelinger en så stor kapacitet at de nærmest må betragtes som medicinfabrikker.

Umiddelbart må en sådan koncentration forekomme rigtig af både faglige og økonomiske grunde. Ud fra rent økonomiske synspunkter kan man endda rejse spørgsmål, om ikke en endnu mere gennemgribende koncentration end den allerede planlagte ville være hensigtsmæssig. Da den nævnte ud-

1) Der henvises herom til beretning af 15. juli 1974 fra folketingsudvalget angående forslag til lov om lægemidler, bilag 19.

2) Når der i det følgende tales om kontrollerede laboratorier tænkes i første række på de to største Nordisk Droge og Mecobenzon.

vikling ikke er forudset i apotekerloven, er det imidlertid et ganske uafklaret spørgsmål - af stor principiel rækkevidde — hvorledes produktionsafdelingernes stilling er i relation til denne lovgivning og derunder særlig til bevillingssystemet.

Apotekerloven forudsætter i sin nuværende udformning, at et konventionelt apotek skal have den dobbelte funktion både selv at tilberede og at distribuere udefra fremskaffede lægemidler. I begge henseender forudsætter loven produktion og distribution til apotekets egen patientkreds som det normale. En koncentreret apoteksproduktion er som nævnt ikke forudset i loven. Det skal i denne forbindelse nævnes, at i den betænkning vedrørende apotekervæsenet m.v. fra 1952, der ligger til grund for den gældende apotekerlov af 1954, forventedes det, at såfremt en vis centralisering af den her omtalte produktion skulle vise sig økonomisk fordelagtig, ville denne centralisering automatisk ske ved, at de kontrollerede laboratorier efterhånden overtog en større del af fremstillingen af de præparater, der også fremstilles på apotekerne.

Den omstændighed, at loven på dette centrale punkt ikke længere er i overensstemmelse med de faktiske forhold, har medført, at der i *forvaltningsretlig henseende* er opstået et *juridisk tomrum* omkring bevillingssystemet, set i relation til produktionsapotekerne. Som omtalt nedenfor er dette tomrum udfyldt ved private aftaler mellem Danmarks Apotekerforening og de pågældende bevillingshavere. Apoteksbevillingen er imidlertid en offentlig forvaltningsakt. Det er næppe holdbart - og i hvert fald ikke stemmende med hidtidig dansk forvaltningsretlig praksis — at det nærmere indhold af rettigheder og forpligtelser i henhold til en offentlig forvaltningsakt fastlægges eller ændres ved privatretlige aftaler.

Til nærmere belysning af denne problematik skal nævnes, at apotekerloven i § 23 stk. 1 fastsætter, at den der får bevilling til at drive et bestående apotek er forpligtet til at købe apotekets varebeholdning og inventar, alt i det omfang varebeholdning og inventar står i passende omfang til apotekets behov og er i brugbar og efter forholdene tidssvarende stand. I § 23 stk. 2 gives der indenrigsministeren bemyndigelse til, når forholdene taler derfor, at bestemme, at den tiltrædende apoteker skal afkøbe den fratrædende eller dennes bo den ejendom hvori apoteket er indrettet. Bemyndigelsen er dog begrænset til tilfælde, hvor ejendommen kun omfatter apoteket og bolig for dennes personale, og såfremt der gøres brug af bemyndigelsen, skal der være gjort bemærkning herom i opslaget om den ledige bevilling.

Andre overtagelsesbetingelser kan ikke knyttes til bevillingen, jvfr. apotekerlovens § 7, ifølge hvilken der ikke i bevillingen kan pålægges forpligtelser eller tages forbehold, som ikke har lovhjemmel.

Det følger heraf, at det kan være tvivlsomt, om der i medfør af apotekerloven kan pålægges en ny bevillingshaver pligt til at overtage produktionsafdelingen på et af de nye produktionsapoteker. Det er følgelig også uklart, hvorledes den hidtidige bevillingsindehavers stilling er i relation til apotekerloven ved udløb af bevillingen. Det kunne måske derfor tænkes, at den der har etableret en produktionsafdeling, bedømt alene ud fra apotekerloven, kunne være berettiget til at fortsætte driften af denne, efter at hans bevilling er udløbet. Afdelingen ville i så fald blive skilt ud til egentlig privat drift på linie med anden medicinindustri.

Hvorvidt dette ville være acceptabelt ud fra samfundsmæssigt synspunkt er et andet spørgsmål, som efter gruppens opfattelse må besvares benægtende. Det må herved tages i betragtning, at anlæggene er etableret med støtte i det ved lovgivning gennemførte særlige indtægtssikringssystem for apotekerne. Således forrentes og amortiseres anlæggene over det almindelige apoteksregnskab og dermed over apoteksavancerne.

Sammenfattende skal om den hidtil gennemgåede del af problematikken om den

koncentrerede apoteksproduktion nævnes, at den allerede stedfundne udvikling rejser det centrale problem for staten som bevillingsgiver, at der er sket vidtgående funktionsændringer i forhold til det lovmæssige grundlag for bevillingssystemet, der forudsætter at konventionelle apoteker både er produktions- og distributionsapoteker. Denne forskydning har ikke af myndighederne været overvejet eller godkendt i nogen samlet sammenhæng[1]), og det har således ikke været overvejet, om man med produktionskoncentrationen er kommet uden for den gældende apotekerlovs forudsætninger.

Privatretligt (i modsætning til offentlig-retligt) er det juridiske tomrum, der er opstået gennem den beskrevne udvikling, i en række tilfælde blevet udfyldt ved konkurrenceklausuler og ejendomsretsforbehold, indeholdt i de aftaler, der er indgået om produktionskoncentreringen mellem Danmarks Apotekerforening og pågældende produktionsapotek. I de tilfælde, hvor der er tale om produktionsafdelinger med stor kapacitet, vil der typisk i aftalen være indsat bestemmelser af følgende indhold

»Afdelingens apparatur, inventar m.m. ejes ved afdelingens etablering af apoteker N.N. Der kan i apoteker N.N's funktionsperiode optages forhandling om at ændre ejerforhold, forsåvidt angår maskiner og inventar, når dette måtte anses for hensigtsmæssigt.

Således som DA[2]) fastsætter, er medunderskrevne apoteker N.N. og mit bo forpligtet til efter funktionsperioden enten at afstå afdelingens inventar, apparatur m.m. sammen med det øvrige PA[1]) til min efterfølger eller til at lade dette[2]) indgå i et af DA kontrolleret ejerforhold. Medunderskrevne apoteker N.N og mit bo er efter funktionsperioden forpligtet til enten at afstå eller udleje den til afdelingen hørende grund og bygning til DA eller til min efterfølger.

Såfremt overdragelse finder sted til en efterfølger, er denne forpligtet til at overtage afdelingen, jvfr. apotekerlovens § 23, stk. 1 og stk. 2[3]).

DA forpligter sig til, efter apoteker N.N.'s funktionsperiode, enten selv at videreføre afdelingen eller at tilbyde efterfølgeren en kontrakt om produktion af varerne.«

Ved aftalerne har Danmarks Apotekerforening sikret sig en kraftig overordnet indflydelse på planlægning, styring og kontrol af produktionen i produktionsafdelingerne. Aftalerne er herved et fremtrædende eksempel på, hvorledes apotekerforeningen har overtaget større og større dele af apotekervæsenets samlede funktioner. Det hedder således typisk i aftalerne om de store produktionsapoteker:

»Planlægning og styring i forbindelse med projektet og dets gennemførelse samt af den løbende drift skal foretages i et samarbejde mellem DA og PA efter et system, som angives af DA. DA skal godkende projektet, inden etableringen påbegyndes. Ved eventuel udvidelse af kapaciteten skal DA også godkende projektet, inden dette iværksættes. Der må i forbindelse med etableringen ikke uden samtykke fra DA foretages ændringer i det godkendte projekt. PA må til ethvert tidspunkt kun foretage ændringer i den godkendte indretning eller i den godkendte

1) De enkelte produktionsanlæg er naturligvis godkendt af sundhedsmyndighederne ud fra faglige hensyn, d.v.s. med henblik på at produkterne opfylder de strenge kvalitetskrav, der må stilles til lægemidler. Endvidere er udgifterne som nævnt accepteret på apoteksregnskaberne. Endelig er de produktionsaftaler, der ligger til grund for koncentrationen anmeldt til og registreret af monopoltilsynet. Dels indebærer registreringen imidlertid ikke nogen godkendelse af det anmeldte; dels ligger det uden for monopoltilsynets område at tage stilling til spørgsmål, der vedrører *bevillingssystemet* ifølge apotekerloven.

2) Står for Danmarks Apotekerforening.

1) Står for den samlede af N.N drevne virksomhed (produktionsapotek), såvel produktionsafdelingen som detaildistributionen.

2) Må fortolkes som alene omfattende produktionsafdelingens inventar og apparatur m.v.

3) Der henvises til gennemgangen ovenfor af § 23 slk. 1 og 2, hvorefter der ikke kan udledes en sådan forpligtelse af de pågældende bestemmelser.

maskinpark efter forudgående godkendelse af DA.

PA er dog berettiget til at investere indtil i alt 10.000[1]) kr. pr. kalenderår uden forud indhentet samtykke fra DA.«

Foruden prisbestemmelser m.v., der nærmere omtales nedenfor, indeholder den type af aftaler, der her er givet eksempler på, en konkurrenceklausul og bestemmelser om konventionalbod, som refereret nedenfor. Det skal understreges, at den her omtalte aftaletype er den, der er mest vidtgående. Ved siden heraf findes en anden aftaletype, gående ud på at forskellige apoteker påtager sig nærmere specificerede produktionsforpligtelser i lønarbejde for Danmarks Apotekerforening. Disse aftaler indeholder ikke tilsvarende kauteler med henblik på den fremtidige udvikling, hvad der formentlig dels må ses på baggrund af, at der netop er tale om lønarbejde for Danmarks Apotekerforening, dels på baggrund af at der i nogle tilfælde er tale om afdelinger med en forholdsvis beskeden produktion og produktionskapacitet.

Når det er bestemmelser fra den førstnævnte aftaletype, der her er trukket frem, skyldes det tillige, at disse bestemmelser i særlig grad er belysende for det omtalte »forvaltningsretlige tomrum«, og den måde hvorpå det er udfyldt ved private aftaler. Dette gælder ikke mindst de efterfølgende citater fra denne aftaletype

» *Konkurrenceklausul*

Såfremt aftalen ophæves p.g.a. misligholdelse eller opsiges, må der ikke i den i aftalen omtalte afdeling produceres præparater tilhørende de af aftalen omhandlede præparattyper, bortset fra den produktion af lægemidler, som apoteker N.N. er berettiget til i medfør af den tildelte bevilling til levering til apotekets egen normale patientkreds. Apoteker N.N. forpligter sig til hverken personligt eller som indehaver af en virksomhed andetsteds i Danmark at etablere en produktion af præparater tilhørende de af aftalen omhandlede præparattyper. Apoteker N.N. er således ikke på noget tidspunkt berettiget til i Danmark at registrere og/eller noget sted i Danmark at producere præparater tilhørende de af aftalen omhandlede præparattyper som medicinske (farmaceutiske) specialiteter eller fremstille sådanne i lønarbejde for andre registreringsindehavere end Danmarks Apotekerforening.

Konventionalbod

Ved enhver misligholdelse af aftalens bestemmelser fra apoteker N N's side skal denne på begæring af Danmarks Apotekerforening erlægge en konventionalbod til foreningen. Konventionalbodens størrelse fastsættes for hver misligholdelse til 20.000 kr. og pristalsreguleres med basis i og proportionalt med pristallet pr. 1/7-74; dette udgør 127. Pristalsreguleringen foretages pr. 1/9 og 1/3.

Ved misligholdelse af konkurrenceklausulen fastsættes konventionalboden dog til 50.000 kr.; dette beløb reguleres som anført i 1. afsnit.

Apoteker N N's udgifter til betaling af konventionalbøder indgår ikke i driftsregnskabet.

Såfremt apoteker N.N. ved en misligholdelse påfører Danmarks Apotekerforening udgifter eller unddrager Danmarks Apotekerforening eller dennes medlemmer indtægter, skal apoteker N.N. til Danmarks Apotekerforening udover konventionalboden erlægge de beløb, der svarer til de påførte udgifter eller de unddragne indtægter.

Ved at erlægge en konventionalbod fritages apoteker N.N. ikke fra at følge aftalens bestemmelser, og Danmarks Apotekerforening forbeholder sig ethvert retsmiddel mod overtrædelse, herunder nedlæggelse af forbud.

Enhver tvist mellem Danmarks Apotekerforening og apoteker N.N. om en konventionalbod afgøres af den i afsnittet »voldgift« omtalte voldgiftsret.«

1) Beløbsgrænserne varierer i de forskellige aftaler.

3. Konkurrenceforholdet mellem apoteksproduktionen og den egentlige medicinindustri

Udviklingen i forbindelse med produktionskoncentrationen rejser endvidere en række særlige problemer i relation til *konkurrencen mellem apoteksproduktionen og produktionen i den egentlige medicinindustri*[1]*).*

Fra medicinindustriens side har det som omtalt i kapitel II ofte været gjort gældende, at der foreligger en kalkulations- og konkurrenceforvridning i forbindelse med prisfastsættelsen for apoteksproduktionen. I kraft af den tætte forbindelse mellem henholdsvis produktions- og distributionsfunktionen har man ment, at apotekerne har været i stand til at overvælte omkostninger, der rettelig vedrører produktionen, på distributionsavancen for de industrifremstillede specialiteter. I det omfang en sådan overvæltning finder sted vil det betyde højere priser for de industrielt fremstillede specialiteter, således at det indirekte pålægges industrien at subsidiere den konkurrerende apoteksproduktion.

I hvilket omfang der rent faktisk har været tale om en sådan konkurrenceforvridning, skal man ikke her forsøge at tage stilling til. Det ville i øvrigt næppe være muligt at trænge tilbunds heri, uanset hvor dybt man ville gå i spørgsmålet om den kalkulemæssige fordeling af omkostningerne. Man stilles ikke alene over for en række arbitrære omkostningsfordelinger - både for industriproduktionens og apoteksproduktionens vedkommende. Det er tillige et fundamentalt problem, hvorledes man skal vurdere priserne for de enkelte produkter i relation til udfaldet af sådanne kalkuler. Prisfastsættelsen følger ikke slavisk omkostningskalkuler for det enkelte produkt, men er i høj grad bestemt af rent markedsmæssige overvejelser. Hvis ethvert produkt skulle bære netop sine tilregnede omkostninger, ville også prisstrukturen for de af industrien fremstillede specialiteter afvige stærkt fra den i dag gældende.

På trods af denne svært løselige kalkulationsproblematik er det ubestrideligt, at kombinationen inden for apoteksvæsenet af dels en produktionsinteresse, dels et retsligt monopol på detaildistributionen af en konkurrerende produktion *kan* indebære en konkurrenceforvridning. Det må alt andet lige antages, at dette forhold og den heraf følgende interessekonflikt snarest vil blive skærpet gennem den igangværende udvikling, hvor apoteksproduktionen med støtte i detailmonopolet og det hertil knyttede indtægtsmæssige sikkerhedsnet mere og mere antager karakter af egentlig industriproduktion, som bl.a. også markedsføres under anvendelse af en salgspolitik nogenlunde som i industrien.

Hertil kommer, at det område hvor der består en direkte konkurrence mellem apoteksproduktionen og medicinindustriens — derunder også den udenlandske medicinindustris - produktion må ventes væsentligt udvidet ved gennemførelse af *forslaget til en ny lægemiddellov.*

Under den hidtidige lægemiddellovgivning har apotekerne sammen med de kontrollerede laboratorier haft en faktisk eneret[1]) på produktionen af lægemidler, der findes beskrevne i farmakopeen eller andre officielle formelsamlinger, herunder godkendte DAK-monografier. Sådanne officielt beskrevne lægemidler har medicinindustrien ikke kunnet få registreret som medicin-

1) Der foreligger tillige visse problemer i relation til statens seruminstitut. Disse problemer er gruppen ikke gået ind på, da de ligger uden for dens arbejdsopgaver. Der henvises bl.a. til apotekerlovudvalgets betænkning og til bilag 2 i beretningen fra folketingsudvalget angående forslag til lov om lægemidler (beretning af 15. juli 1974).

1) I stort omfang er varerne af apotekerne blevet indkøbt i omtrent brugsfærdig stand (bulk) hos de kontrollerede laboratorier, således at »produktionen« blot har bestået i påfyldning i egen emballage.

ske specialiteter[1]). Da registrering er en betingelse for, at brugsfærdige, fabriksfremstillede (og i fremtiden også apoteksfremstillede) lægemidler tillades solgt i Danmark, har industrien følgelig ikke haft mulighed for at tage disse produktioner op med henblik på salg i Danmark.

De pågældende bestemmelser afspejler den relativt restriktive holdning, der hidtil i lovgivningen har været anlagt over for den industrielle lægemiddelproduktion. Man har i lovgivningen ønsket at forbeholde en »basisproduktion« for apotekerne gennem krav om, at industriens produkter skulle besidde såkaldt »nyhedsværdi«, dvs. at industrien skulle præstere en væsentlig, selvstændig indsats i retning af at fremstille et nyt betydningsfuldt stof eller påvise en særlig effekt af et tidligere kendt stof. Efter *forslaget til ny lægemiddellov* bortfalder dette krav, og der åbnes herved mulighed for en væsentlig udvidelse af det felt, hvor apoteksproduktion og industriproduktion står i direkte konkurrence med hinanden.

Hidtil har den direkte konkurrence i det store og hele begrænset sig til, hvad man måske kunne kalde »apotekssynonymer« d.v.s. præparater der oprindelig er udviklet af industrien og derefter taget op af apotekerne. I fremtiden kan det tænkes, at industrien på sin side vil gå ind i en konkurrence på produktion af »standardlægemidler«, bestående af alment kendte substanser. Medicinindustrien har ganske vist først og fremmest satset på konkurrence i form af produktfornyelse, men blandt andet på grund af det flere gange omtalte fald i innovationstakten må det anses for sandsynligt, at flere medicinfabrikker vil benytte sig af den adgang til produktionsudvidelse, der åbnes for dem ved gennemførelse af forslaget til ny lægemiddellov. En række af de pågældende standardlægemidler afsættes i så stor skala, at de er særdeles velegnede for produktion i egentlig industriel målestok, jvfr. den centraliserede apoteksproduktion.

1) I de seneste år er nogle allerede registrerede præparater blevet beskrevet i Pharmacopea Nordica i form af såkaldte rammemonografier.

4. Apoteksproduktionens stilling i det fremtidige apotekervæsen

En diskussion af *løsningsmuligheder* på det overordentlig komplicerede problemkompleks, der foreligger i forbindelse med apoteksproduktionen, kan lettest gennemføres med udgangspunkt i en *model, baseret på offentlig drift*, idet overgang til et offentligt drevet apotekervæsen ville give flest »frihedsgrader« med hensyn til overvejelser om arten og omfanget af den fremtidige apoteksproduktion og spørgsmålet om, hvorledes denne nærmere skal være organiseret. Ved en eventuel beslutning om statsovertagelse vil dette melde sig som noget af det første og vigtigste, der skal tages politisk stilling til. Politiske beslutninger om den fremtidige apoteksproduktion er imidlertid også nødvendige, selv om apotekervæsenet videreføres som et privat system.

Indledningsvis er der grund til at pege på den *asymmetri*, der gør sig gældende mellem på den ene side apoteksproduktionen og produktionen på de kontrollerede laboratorier (jfr. om disse sidste tillige de senere anførte supplerende kommentarer) og på den anden side den egentlige lægemiddelindustri.

Medicinfabrikkerne kan som rent private virksomheder trække sig ud af et marked, hvis de ikke finder en fortsat markedsføring lønnende eller finder det *for* omkostningskrævende at blive ved med at holde et præparat på markedet som såkaldt servicepræparat. Derimod har apotekervæsenet sammen med de kontrollerede laboratorier pligt til at fremskaffe — og derunder i givet fald selv at fremstille - ethvert ordineret lægemiddel. For apotekernes vedkommende er denne forpligtelse en væsentlig del af begrundelsen for — en modydelse for — apotekprivilegierne.

Samfundsmæssigt ville det formentlig væ-

re det billigste (mindst ressourcekrævende), hvis disse sjældent solgte specialiteter fortsat blev fremstillet i den egentlige lægemiddelindustri, hvilket kunne ske ved, at fremstillingsomkostningerne blev inddækket gennem en så meget højere pris, som da blev betalt via det sociale sikringssystem. Da dette i mange tilfælde ville indebære meget høje priser, er det imidlertid forståeligt, hvis industrien viger tilbage herfor.

Etablerer man en ordning, hvorefter myndighederne altid skal optage forhandling med en producent, når denne ønsker at indstille produktionen af et bestemt præparat, således at det offentlige har den mulighed at tilbyde en prisforhøjelse, mod at præparatet fortsat bliver markedsført, vil de høje priser næppe være afskrækkende for fabrikkerne. Antagelig kunne man derved, navnlig for så vidt angår indenlandske producenter, i mange tilfælde sikre en fortsat industriel produktion af de sjældnere præparater. Da sådanne aftaler ikke kan forventes opnået i alle tilfælde — bl.a. hvor produktionen foregår i udlandet - og da det samtidig, som et led i prisforhandlingerne, kan være af betydning, at der er en latent konkurrencemulighed, synes der, uanset om distributionen foregår i offentligt eller privat regie, at være ret gode argumenter for uden for den egentlige lægemiddelindustri at opretholde produktionsenheder, der kan pålægges pligt til at fremskaffe lægemidler.

Der er imidlertid grund til at diskutere formen for og omfanget af denne alternative lægemiddelproduktion. De nævnte produktionsfunktioner kan nemlig klares af et *begrænset net af produktionsfaciliteter*. I et system med offentlig drift er det nærliggende at forestille sig denne produktion henlagt til et centralapotek i hver amtskommune samt til de kontrollerede laboratorier i det omfang, disse ønsker at fortsætte deres virksomhed under et sådant system. Til centralapotekerne må i denne forbindelse også sygehusapotekerne henregnes, idet der i tilfælde af offentlig drift af apotekerne vil kunne gennemføres en samordning af hele apotekervæsenet samt af dette og de kontrollerede laboratorier. En sådan samordning må givetvis indebære en vis specialisering mellem de forskellige produktionssteder.

Såfremt lægernes frie ordinationsret fortsat opretholdes uden begrænsninger, må et antal apoteksenheder fremdeles være i stand til at påtage sig tilberedningen af *individuelt tilberedte lægemidler* (magistrelle ordinationer), selv om disse ordinationer tegner sig for en stadig faldende del af omsætningen, og selv om man på en del felter kan sætte spørgsmålstegn ved det tidssvarende i denne ordinationsform. Ønskes den opretholdt, må der efter gruppens opfattelse lægges vægt på, at ikke alle apoteksenheder skal belastes med selv at fremstille de pågældende lægemidler. I stedet må der af økonomiske grunde være mulighed for oprettelse af rene distributionsenheder, som da skal kunne rekvirere de pågældende ordinationer fra de centralt placerede »blandede« enheder, derunder sygehusapotekerne. Både faglige og økonomiske hensyn kan samtidig tilsige, at en række vanskeligere magistrelle ordinationer helt henlægges til sådanne centrale enheder, og at der samtidig bl.a. gennem tilskudsreglernes udformning fortsat tilskyndes til standardisering.

De hidtil omtalte dele af apoteksproduktionen har det tilfælles, at der ikke i dag foreligger noget klart udtalt konkurrenceforhold over til lægemiddelindustrien. Med hensyn til denne del af produktionen er de politiske beslutninger, der i forbindelse med en eventuel statsovertagelse skal tages om apoteksproduktionens omfang, derfor af begrænset rækkevidde og har først og fremmest sammenhæng med forsyningssituationen. Den politiske afvejning omkring apoteksproduktionens omfang i et offentligt drevet apotekervæsen kommer først og fremmest ind i billedet, når der skal tages stilling til, i hvor høj grad man fra det offentliges side ønsker at involvere sig i en

fortsat *konkurrence med medicinindustrien.* Dette vil være afgørende for, i hvilket omfang den nuværende apoteksproduktion af standardpræparater skal opretholdes og eventuelt fortsat udbygges, også i tilfælde af overgang til offentlig drift.

Bl.a. på baggrund af de monopolistisk prægede konkurrenceforhold i medicinindustrien har det ofte været fremhævet, at opretholdelse af en betydelig apoteksproduktion er nødvendig for at sikre en rimelig prisdannelse[1]). I de senere år har priserne for apotekspræparater imidlertid nærmet sig industriens priser, sammenhængende med en forskydning i apotekernes produktions- og salgspolitik med mindsket vægt på den prisbillige basisproduktion og øget vægt på varer med patenteret indhold, produktudvikling og en udbygget markedsføringsfunktion via DAK-laboratoriet. Bortset fra, at den egentlige og meget kostbare forskningsindsats omkring udviklingen af helt nye lægemiddelstoffer fortsat overvejende finder sted i industrien, er udviklingen følgelig gået i retning af en udviskning af forskellene mellem apoteksproduktion og industriproduktion, således at det kan være vanskeligt at vurdere apoteksproduktionens betydning som garant for lave lægemiddelpriser. (Der henvises i denne forbindelse også til det nedenfor anførte om problemerne i forbindelse med offentlig priskontrol med apoteksproduktionen, så længe denne ikke er regnskabsmæssigt adskilt fra selve distributionen).

Prispolitikken for apoteksproduktionen kunne naturligvis *tænkes omlagt* i retning af mere aktiv priskonkurrence i tilfælde af en statsovertagelse. Imidlertid må man her også tage industriens prispolitik i betragtning. Det har hidtil hørt til sjældenhederne, at der er sket større forhøjelser af priserne ab fabrik for et præparat, når det først er lanceret. Snarere er der sket prisnedsættelser, efterhånden som man har nærmet sig til udløb af patenttiden, eller der er begyndt at ske omgåeiser af metodepatenterne. I stedet har industrien som nævnt satset stærkt på det betydelige indtjeningsbidrag, der ligger i en heldigt gennemført lancering af et nyt produkt. Særlig under inflation begrænser dette naturligvis spillerummet for priskonkurrence fra apoteksproduktionens side som følge af den forsinkelse, der nødvendigvis vil være mellem fremkomsten af et nyt produkt i industrien og et synonymt præparat inden for bl.a. apoteksproduktionen. Under disse omstændigheder ville også offentligt ejede produktionsenheder have vanskeligheder ved at gå ind i en aktiv priskonkurrence.

Apoteksproduktionens betydning på de her nævnte områder ligger antagelig snarere deri, at den kan være et *latent korrektiv mod for høje priser i medicinindustrien.* Hensynet hertil skulle imidlertid ikke nødvendigvis forudsætte, at man også rent faktisk opretholder en stor konkurrerende produktion af synonyme præparater. For at opnå den tilsigtede prisdæmpende virkning vil det formentlig i mange tilfælde være tilstrækkeligt, at der blot til stadighed er en sådan produktion af synonympræparater, at der til stadighed er en latent produktionsmulighed[1]).

Man kunne måske tænke sig, at der i forbindelse med en eventuel statsovertagelse

1) Uden at man ønsker at gå ind i diskussionen omkring prisforholdene på daværende tidspunkt, skal det nævnes, at i den betænkning fra 1952 vedrørende apotekervæsenet, der ligger til grund for den gældende apotekerlov, udtalte et flertal i kommissionen, der bestod af både neutrale og interesserepræsentanter, at priserne ved salg til apotek af medicinske specialiteter gennemgående lå i et langt højere niveau »end de engrospriser, der i fri konkurrence beregnes for tilsvarende apotekspræparater«. Med omsætningen i 1948 som sammenvejningsgrundlag **blev** merprisen anslået til gennemsnitlig 50-60 pct. Flertallet udtalte på denne baggrund, »at der ikke uden saglig grund bør ske en overflytning af lægemiddelfremstillingen fra apotekerne til fabrikkerne« og (andetsteds i betænkningen) »at en tilbageførelse af forbruget fra medicinske specialiteter til lægemidler fremstillet på apotek eller kontrolleret laboratorium vil medføre en stor besparelse«.

1) Sammen med tilstedeværelsen af beredskabslagre må dette formentlig også være tilstrækkeligt ud fra beredskabshensyn.

af apotekerne skete en nyorientering af produktionen, således at det offentlige gik direkte ind i *konkurrence på produktudvikling etc.* Med de begrænsede ressourcer, der fra det offentlige kan tænkes sat ind på forskning og produktudvikling, er det dog gruppens opfattelse, at dette næppe ville være en hensigtsmæssig forskningspolitik på dette område, hvortil kommer, at den under alle omstændigheder først ville kunne forventes at føre til resultater efter et længere åremål.

En konkurrerende apoteksproduktion i offentligt regie må derfor efter gruppens opfattelse fortsat i betydelig grad være baseret på synonymer, hvilket igen for en del vil sige udvikling af konkurrerende produktion til efterligning af eksisterende patenterede præparater. Heri ligger åbenbart visse konkurrence-etiske aspekter, som nok vil være særligt tungtvejende i en situation, hvor det er det offentlige, der fører en sådan konkurrencepolitik, hvilket taler for, at det offentlige ikke skal engagere sig for hårdt i denne produktion. Det bør dog tilføjes, at en latent konkurrencemulighed utvivlsomt forudsætter, at der faktisk finder en vis produktion sted. En *konkurrerende apoteksproduktion i stor skala,* som den, der for tiden er under opbygning, kan derimod *ikke* anses hensigtsmæssig fra et samfundsmæssigt synspunkt, og den er, hvad enten produktionen er offentlig eller som nu privat, formentlig anfægtelig i relation til EFs konkurrenceregler, medmindre den fuldstændig udskilles fra distributionen.

Det forekommer også ret åbenbart, at den konkurrerende offentlige produktion alene af driftsøkonomiske årsager ikke bør placeres på de enkelte apoteker. Den hidtidige produktion af en række standardpræparater (f.eks. af codimagnyltabletter) på de enkelte apoteker til brug for apotekets egen patientkreds må antages at være uøkonomisk, hvis den skal foregå farmaceutisk forsvarligt. Mere nærliggende ville det nok være at anvende nogle af de eksisterende egentlige produktionsapoteker eller sygehusapotekerne. Ved udvælgelsen af disse produktionssteder - deres antal skal formentlig være ganske ringe – bør der lægges vægt på, at områder af landet, hvor der ikke er medicinindustrier, tilgodeses af beredskabsmæssige hensyn.

En særlig stilling indtager produktionen af *simple opløsninger og blandinger.* Et stort antal af disse præparater vil efter den nye lægemiddellov kunne produceres såvel i den egentlige lægemiddelindustri som i apotekerne (koncentreret eller på de enkelte apoteker). Spørgsmålet er her, om de utvivlsomme fordele ved en koncentration af selve fremstillingen af disse varer kan stå mål med de øgede transportomkostninger m.v., der ville blive følgen af en produktionskoncentration. Det må her tages i betragtning, at det drejer sig om varer, der er relativt voluminøse eller tunge i forhold til deres værdi, således at transportomkostningerne er relativt høje. På den anden side bør det også nævnes, at der i forvejen findes et distributionsnet til distribution af medicinske specialiteter m.v. Det vil forudsætte nøjere driftsøkonomiske analyser at afgøre, hvorvidt det vil være billigst at lade de apoteker, der fortsat skal fremstille magistrelt ordineret medicin, selv producere disse simple opløsninger og blandinger, eller om det vil være billigst at producere disse varer centralt. Er det mest hensigtsmæssigt at koncentrere produktionen af disse præparater, synes der ikke at være særligt gode argumenter for at lade denne foregå i apoteksregie. Dog vil »sjældnere« opløsninger og blandinger eventuelt hensigtsmæssigt kunne produceres på de ovennævnte centralapoteker.

Som det fremgår af det foregående, foreslås den konkurrerende produktion, det offentlige ønsker at opretholde i tilfælde af en statsovertagelse af apotekervæsenet sammen med produktionen af de lægemidler, industrien ikke ønsker at fremstille, henlagt til sygehusapotekerne og eksisterende produktionsapoteker. I denne forbindelse fore-

slås det, at der foretages en klar *regnskabsmæssig* og snarest også *en fuldstændig organisatorisk adskillelse mellem distributionsfunktionen og den egentlige produktion.* Til apoteksproduktionen henregnes i denne forbindelse ikke de magistrelle tilberedninger, der snarere må henføres under apotekernes distribution (og noget lignende gælder fremstillingen af simple opløsninger og blandinger, hvis fremstilling heraf skal foregå på et større antal apoteker).

Som anført må der lægges vægt på, at der i fremtiden bliver mulighed for oprettelse i betydeligt omfang af enheder, som ikke belastes med selv enkle tilberedninger og hertil fornøden bemanding og apparatur. Endvidere forekommer det som omtalt sandsynligt, at der vil være væsentlige besparelsesmuligheder ved en stærkere koncentration af produktionen end den igangværende, respektive planlagte. Det skal i denne forbindelse endelig nævnes, at det ikke kan være rationelt, at varer, som fremstilles på produktionsapoteker eller kontrollerede laboratorier, færdigpakkes på det enkelte apotek, således som dette er tilfældet i dag.

I det omfang, de produktionsafdelinger (små medicinfabrikker), der er opbygget på apotekerne i de senere år, ikke sammen med sygehusapotekerne kan indpasses i den koncentrerede produktion, der ønskes opretholdt, foreslås det, at produktionsafdelingerne udskilles til privat drift og herved helt sidestilles med den private medicinindustri. (Proceduren vil da blive, at det offentlige først overtager apoteket og derefter frasælger produktionsafdelingen)

Hvis man politisk beslutter sig til at videreføre apotekervæsenet som privat system, der fortsat er baseret på offentligt tildelte bevillinger, vil dette naturligvis ikke i sig selv betyde nogen væsentlig ændring i målsætningerne med hensyn til produktionen. Men der må efter gruppens opfattelse lægges afgørende vægt på *dels at bringe den nuværende uklare retstilstand omkring produktionsafdelingernes stilling til ophør,* dels at nå frem til en *koordinering mellem den private apoteksproduktion, de kontrollerede laboratoriers produktion og sygehusapotekernes produktion.* Endelig må der også ved privat drift lægges afgørende vægt på, at *produktion og distribution bliver klart adskilt fra hinanden.*

Det vil (selv bortset fra de statsretlige aspekter heri) ikke være rimeligt at ændre lovgivningen, således at den bringes i overensstemmelse med den nuværende økonomiske integration af apoteksproduktion og apoteksdistribution også for så vidt angår den koncentrerede produktion. Dels kan det som gennemgået ovenfor ikke anses for samfundsøkonomisk optimalt at opretholde en større kommerciel apoteksproduktion i konkurrence med industriproduktionen, dels medfører konkurrenceforholdet og de mulige konkurrenceforvridninger i relation til industrien (såvel dansk som udenlandsk industri), at systemet formentlig er anfægteligt i relation til *EF's konkurrenceregler.* Hvad det sidstnævnte angår, er det dog muligt, at en regnskabsmæssig udskillelse vil Døde på dette forhold.

En evt. stadfæstelse i lovgivningen af de nuværende forhold på produktionsområdet ville samtidig indebære, at der lovgivningsmæssigt blev grebet ind i den fremstillingsvirksomhed, som finder sted hos to virksomheder, Nordisk Droge og Mecobenzon, i disses egenskab af kontrollerede laboratorier.

På den anden side er det heller ikke nogen mulighed at forsøge at føre udviklingen tilbage til det, der er forudsat i lovgivningen: at alle konventionelle apoteker opretholder en produktion, hovedsageligt med henblik på apotekets egen normale patientkreds. Den stedfundne udvikling har karakter af en irreversibel proces. I hvert fald ville det hverken af faglige eller økonomiske grunde være forsvarligt at forsøge at dreje udviklingen tilbage i retning af den traditionelle apotekstype. Snarere er der grund til at fremskynde produktionsnedlæggelse

på et stort antal apoteker.

For de apoteker, der allerede har etableret sig med afdelinger for koncentreret produktion, er det altså noget af en »gordisk knude«, hvorledes man skal tilvejebringe klarhed over afdelingernes stilling i relation til lovgivningen og bevillingssystemet. Dette må ses på baggrund af, at produktionskoncentrationen som nævnt er iværksat, uden at spørgsmålet om koncentrationens organisation og omfang har været forelagt myndighederne til *samlet* vurdering og godkendelse. En efterfølgende vurdering med hensyn til de dispositioner, der allerede er truffet, vil formentlig i realiteten indebære en godkendelse af retten til både produktion og monopoliseret detaildistribution i nuværende bevillingshavers funktionstid.

Derimod må der også i disse tilfælde fortsat være mulighed for det offentlige for at foretage en realitetsvurdering af, om de med industriproduktionen konkurrerende produktionsgrene skal være omfattet af apoteksbranchens særlige indtjeningsgarantier, hvilket konkurrenceforvridningssynspunktet taler imod[1]).

Den fremtidige udbygning af apoteksproduktionen må det også i et privat system som følge af apotekervæsenets hele samfundsmæssige særstilling være rimeligt at bringe ind under et strikte offentligt godkendelsessystem. Hvis man forlanger godkendelse af alle investeringer over et vist beløb vil man både kunne kontrollere de eksisterende produktionsapoteker og forhindre uønsket oprettelse af nye. Ved at introducere et system, hvorefter investeringer skal godkendes, vil man også få mulighed for smidigt at få afviklet den bestående produktion til eget brug af standardpræparater. Endelig vil man ved offentlig indflydelse på udbygningen kunne reducere en eventuel konkurrenceforvridning i forhold til industrien og opnå en koordinering i forhold til sygehusapoteker og de kontrollerede laboratorier. I alle de nævnte relationer må det være et hovedsigte at *undgå overkapacitet* og sikre en rationel produktionsstruktur.

Der er i denne forbindelse grund til at nævne, at engrosvirksomhederne *Mecobenzon* og *Nordisk Droge* hidtil — i egenskab af kontrollerede laboratorier - har haft en fabriksmæssig omsætning af sådanne forarbejdede lægemidler, der er beskrevet i farmakopeen eller anden her i landet almindeligt benyttet formelsamling, d.v.s. lægemidler, som den egentlige medicinindustri af sidstnævnte grund har været afskåret fra at markedsføre i Danmark, jfr. ovenfor. Sammen med specialitetsomsætningen har den-

1) Det skal dog i denne forbindelse tillige nævnes, at de nyeste produktionsaftaler principielt synes at forudsætte en meget rummelig prisfastsættelse, hvorved det måske i visse tilfælde snarere kunne være apotekerne, der blev »prisførere«. Således hedder det i de pågældende aftaler, at den i produktionsafdelingerne investerede egenkapital skal forrentes med »den til enhver tid af apotekerfonden godkendte forrentning«, d.v.s. fondens udlånsrente. Da der er tale om aktiver, som vidtgående må anses for inflationssikrede, kan disse forrentningsprincipper indebære inflationsmæssig dobbeltdækning, jfr. gennemgang i kapitel II af analoge problemer omkring huslejeindregningen på det almindelige apoteksregnskab. Vedrørende afskrivninger fastsætter aftalerne, at der i priserne skal indkalkuleres de afskrivninger, der af Danmarks Apotekerforening anses for nødvendige ud over de afskrivninger, der bestemmes af regnskaberne til apotekerfonden. Endelig skal der i priserne være indeholdt dækning for en driftsherreløn (provenu) til den pågældende apoteksindehaver efter nærmere fastsatte retningslinier. I ét tilfælde er aftalt, at der skal sikres et provenu ved normal drift af produktionsafdelingen på 75 pct. af det i samme kalenderår tilstræbte gennemsnitsudbytte med tillæg af den afgiftsforøgelse eller med fradrag af den afgiftslempelse eller evt. direkte tilskud, som måtte blive en følge af, at apotekets regnskab til apotekerfonden ud over det normale apoteksregnskab includerer indretningen, vedligeholdelsen og driften af afdelingen.

Prisfastsættelsen over for produktionsapotekerne for den del af den koncentrerede apoteksproduktion, der udføres som lønarbejde for Danmarks Apotekerforening, kan på det nuværende aftalegrundlag næppe i samme grad give anledning til principiel diskussion. Det hedder derom i aftalerne, at apoteket modtager dækning for de direkte produktionsomkostninger pr. charge plus fast beløb i bruttoavance pr. normeret charge.

ne del af de to virksomheders omsætning været en forudsætning for, at de har kunnet levere dels kvalitets- og renhedskontrollerede råvarer og uforarbejdede lægemidler (jfr. apotekerloven § 68), dels sjældent benyttede færdige standardlægemidler til priser, der må betragtes som relativt lave, henset til omkostningerne ved analyse og sikkerhedskontrol. Imidlertid vil den koncentrerede apoteksproduktion for en stor del komme til at foregå i konkurrence med de pågældende to engrosvirksomheders fabriksmæssige fremstilling af præparater med stor omsætning[1]). Samtidig kan medicinindustrien ventes at gå ind i de pågældende produktioner. Der foreligger herved dels en nærliggende risiko for overkapacitet på området, dels må der som følge af den beskrevne udvikling regnes med fordyrelse - eventuelt måske ophør - af den omkostningsmæssigt mere belastende del af engrosomsætningen, hvilket ikke mindst vil få konsekvenser for sygehusapotekerne.

Medens det normalt ikke kan være et samfundsanliggende at gribe direkte ind mod tendenser til overkapacitet på private erhvervsområder, må forholdet stille sig anderledes på et område som det her nævnte, der er — eller forudsættes at være — gennemgribende offentligt reguleret. Både apotekernes og de kontrollerede laboratoriers produktionsvirksomhed bygger på lovgrundlag og offentlig autorisation. Der er herunder også for disse sidstnævntes vedkommende siden 1954 tale om en leveringspligt — en pligt, der dog ikke kan forventes opretholdt, såfremt konkurrencen udvikler sig således, at disse på galenikaområdet bliver ladt tilbage med kun de mere besværlige og økonomisk dårlige produkter. Det bemærkes i denne forbindelse, at grossisternes specialitetsomsætning ikke er omfattet af gældende lægemiddellovgivning, og at pligt til at fremskaffe råvarer m.v. eller færdigvarer med ringe forbrug derfor ikke efter gældende lovgivning kan kædes sammen med retten til engrosforhandling af specialiteter.

Med hensyn til denne forpligtelse for apotekerne *og* de kontrollerede laboratorier til at fremskaffe ethvert lægemiddel er der som nævnt en klar *asymmetri i forhold til den egentlige lægemiddelindustri.* Denne asymmetri kan begrunde, som led i en samlet koncessionsordning, at man giver begge de to produktionsområder (apoteksproduktionen og de kontrollerede laboratorier) en særstilling i forhold til medicinindustrien med bl.a. visse indtægtsgarantier.

Under et fortsat bevillingssystem inden for apotekervæsenet må det på den anførte baggrund forekomme nærliggende at indføre *to bevillingsarter,* nemlig bevilling til at drive enten et rent produktionsapotek eller et rent distributionsapotek, således at førstnævnte ikke kan være direkte involveret i detail-distributionen og sidstnævnte ikke involveret i produktionen af farmaceutiske specialiteter, således som disse er defineret i forslaget til ny lægemiddellov.

En sådan opdeling vil også være af betydning med henblik på at skabe klare linier i spørgsmålet om udvikling af apotekerne til informationscentraler vedrørende lægemidler. Samtidig ligger der en afgørende offentlig interesse i at få skabt klarhed over produktionsafdelingernes forhold til bevillingssystemet.

Gives der indtægtsgaranti til produktionsapotekerne og de kontrollerede laboratorier, indebærer dette naturligvis en risiko for, at aktiviteten inden for disse områder svulmer op. En ordning, hvorefter større investeringer skal godkendes, vil dog muliggøre, at man kan bremse denne tendens, men det vil formentlig være hensigtsmæssigt at supplere godkendelsessystemet med en påbudt specialisering på bestemte produktområder.

1) I henhold til aftalesystemet er produktionsapotekerne samtidig forpligtet til at rette sig efter anvisninger fra Danmarks Apotekerforening vedr. bl.a. råvareleverandører. Herved kan råvarefremskaffelsen til den koncentrerede apoteksproduktion tænkes forbeholdt apotekskollektivets egen kontrollerede engrosvirksomhed, DAK-laboratoriet, og grossistvirksomheden Bang & Tegner A/S.

Ønsker man ikke at etablere en klar økonomisk adskillelse mellem produktion og distribution, må der under alle omstændigheder lægges vægt på, at der i videst mulig omfang gennemføres en *regnskabsmæssig adskillelse* på samme måde som omtalt ovenfor under omtalen af apoteksproduktionens stilling under offentlig drift[1]) En regnskabsmæssig adskillelse af produktionen fra distributionen vil tillige være påkrævet af hensyn til det *offentlige prisindseende* med apotekerne. Uden en regnskabsmæssig adskillelse, som man ikke har i øjeblikket, kan den offentlige priskontrol på dette område ikke få noget realitetsindhold[2]), men alene karakter af et »blåt stempel«. Udviklingen på produktionsområdet har skærpet et eksisterende problem omkring priskontrolproceduren. Selv om det nok er at sætte sagen på spidsen, kan problemet dog med en vis ret anskues således: Apotekervæsenet fastlægger i det store og hele omkostningerne ved apoteksdriften og de fælles aktiviteter, uden at det offentlige reelt har nogen større indflydelse herpå. Sammen med varekøbet, hvor priserne ligeledes er fastlagt udefra - eventuelt fastlagt i forbindelse med afslutning af licensaftaler - modsvarer disse omkostninger den overvejende del af apotekernes salgspriser. Prismyndighedens (på dette område hidtil sundhedsstyrelsens) funktion er især at påse, at medicintakstens satser ikke er højere, end at de udover at dække de således fastsatte omkostninger giver dækning for det tilsigtede gennemsnitsudbytte pr. apoteker. Priserne skal på den anden side også tilstræbes fastlagt så højt, at dette gennemsnitsudbytte kan opnås.

Afsluttende skal i dette kapitel nævnes, at i konsekvens af den tilnærmelse, der er sket af apotekernes prispolitik til industriens, har apotekerlovens såkaldte *»8-års-regel«* vist sig illusorisk og er ikke søgt håndhævet. Efter den pågældende regel skal sundhedsstyrelsen senest 8 år efter, at registrering har fundet sted, kræve prisen nedsat til det, den pågældende specialitet ville koste, hvis den blev prissat efter medicintaksten. I praksis har bestemmelsen i dag ingen betydning, hvorfor den *ikke bør opretholdes.*

1) De kontrollerede laboratorier må på tilsvarende måde adskilles fra eventuel grossistvirksomhed.

2) For at prisindseendet kan få realitetsindhold, må det tillige være en forudsætning, at man har indseende med afregningsforholdene til det apoteksejede Bang & Tegner A/S, der varetager distributionen af apoteksspecialiteter m.v., og med dettes afregningsforhold over for aftagerapotekeme.

KAPITEL VI

Modeller for den fremtidige detaildistribution

1. Indledning

1.1. Gruppens fortolkning af kommissoriet

I kommissoriet for gruppens arbejde er det pålagt gruppen at opstille modeller for et *offentligt drevet lægemiddeldistributionssystem.* Derimod er *ændringer i distributionssystemet uden samtidig ændring i de ejendomsretlige forhold* ikke nævnt i kommissoriet.

Imidlertid behøver de ændringer i forhold til det nuværende system, som efter gruppens opfattelse er påtrængende nødvendige under alle omstændigheder, jvfr. både gennemgangen i de foregående kapitler og den efterfølgende diskussion, ikke nødvendigvis at forudsætte overgang til et offentligt ejet system. I virkeligheden er selve de ejendomsretlige forhold formentlig noget ret sekundært i denne forbindelse. Det synes samtidig klart, at ved den politiske stillingtagen til dette spørgsmål vil en bred kreds af alment politiske præmisser blive afgørende, d.v.s. forhold, synspunkter og målsætninger, som går væsentligt ud over de rent lægemiddelpolitiske aspekter og distributionsøkonomiske forhold, der drøftes i denne betænkning. Dette gælder så meget mere, som en overvældende stor del af de her fremhævede problemer vil være de samme i et privat og i et offentligt system.

På denne baggrund har der allerede fra et tidligt tidspunkt under gruppens drøftelser været enighed om, at man i betænkningen også ville behandle problemerne i forbindelse med fortsat privat drift, selv om dette ikke er nævnt i kommissoriet. Såvel daværende indenrigsminister Egon Jensen som nuværende indenrigsminister Jacob Sørensen har tiltrådt, at kommissoriet fortolkes på denne måde.

1.2. Gruppens hovedudgangspunkter.

Forhold til sider af den offentlige debat

I den offentlige debat er det et ofte fremført synspunkt, at »man ikke bør kunne tjene penge på medicin«. Ud fra dette synspunkt - samt som en reminiscens af den klassiske, generelle nationaliseringsdiskussion - betragtes offentlig overtagelse af medicindistributionen undertiden som et overordnet mål i sig selv snarere end som et muligt middel til at realisere en række specifikke formål.

Efter gruppens opfattelse kan det imidlertid - når lægemiddelpolitiske målsætninger er tilgodeset - ikke være afgørende, om der kan opnås en avance eller »profit« på at levere medicin; det afgørende må i stedet være, at *de samlede samfundsmæssige omkostninger* (incl. aflønning til indehaverne i et privat system samt incl. kapitalaflønning) kan blive så lave som muligt og distributionen dermed så billig som muligt ved den ønskede service- og sikkerhedsgrad m.v. Hvorvidt dette bedst opnås i et privat eller i et offentligt system kan næppe afgøres a priori. Et forsøg på en vurdering vil desuden meget let blive påvirket af mere generelle politiske synspunkter, som det i hvert fald ikke tilkommer gruppen at anlægge. Det kan imidlertid uden videre fastslås, at spørgsmålet om en eventuel merindtjening til selvstændige apoteksindehavere i forhold til deres aflønning som apotekschefer i et offentligt ejet system er af forsvindende be-

tydning i sammenligning med spørgsmålet om, hvilket system der giver størst effektivitet og effektivitetsudvikling hvad angår de samlede ressourcer, der anvendes i apoteksdistributionen.

Det antages ofte, at der er større incitamenter til økonomisering under privat drift end under offentlig på grund af det større pres, der ligger i at omkostningerne skal dækkes ind over afsætningen på et marked i stedet for helt eller delvist at kunne dækkes ind gennem skatter og afgifter.

Det er imidlertid ikke uden videre oplagt, at dette også holder stik inden for apotekervæsenet. Det er karakteristisk for lægemiddelmarkedet, at det er sikret en høj grad af immunitet mod normale økonomiske kræfter, hvilket hænger sammen med det, sammenlignet med andre brancher, helt usædvanlige forhold mellem forbrugsvalg og forbrugsfinansiering. Forbrugsvalget træffes på patienternes vegne af lægerne, for hvem forholdet mellem medicinpris og terapeutisk kvalitet i almindelighed vil være sekundært. Patienterne vil kun sjældent have mulighed for at vurdere dette forhold, hvortil kommer at det offentlige i gennemsnit betaler omkring halvdelen af medicinregningerne i form af tilskud under den ene eller anden form.

I den danske detaildistribution - modsat engrosdistributionen — forstærkes den nævnte immunitet mod normale markedsmæssige og andre økonomiske kræfter gennem bevillingssystemet, det dermed samhørende indtægtsudligningssystem, udelukkelsen af priskonkurrence og stort set også anden konkurrence. Apotekssystemet som sådant er sikret en næsten fuldstændig automatisk omkostningsdækning, og i en vid udstrækning gælder dette også den enkelte apoteksindehaver.

Ved overvejelser over, hvad der vil være mest effektivt - et privat eller et offentligt drevet apotekervæsen - må det tillige erindres, at effektivitet og effektivitetsudvikling ikke udelukkende er et spørgsmål om den måde, den enkelte enhed i systemet ledes på, men også i afgørende grad et spørgsmål om strukturrationalisering (rationalisering af den samlede branchestruktur) og dermed om ressourcebesparelser for apotekssystemet som helhed, respektive om mulighederne for at opnå en forbedret apoteksservice ved en given samlet ressourceanvendelse. Netop hensynet til en sådan strukturrationalisering er efter gruppens opfattelse et tungtvejende argument for ændringer i det nuværende system - derunder eventuelt overgang til offentlig drift som én af de foreliggende muligheder.

Sammenfattende skal om de her behandlede spørgsmål nævnes, at en eventuel overgang til et offentligt drevet system ikke vil kunne begrundes i mulige fordelingsmæssige gevinster for den øvrige befolkning i kraft af en eventuel beskæring af apoteksindehavernes nuværende indtjening. Eventuelle besparelser af denne art ville under alle omstændigheder være af helt forsvindende størrelsesorden sammenlignet med, hvad der i øvrigt bestemmer medicinpriserne. Spørgsmålet om eventuel statsovertagelse eller andre ændringer må primært - når bortses fra rent ideologiske synspunkter - vurderes ud fra et *effektivitetssynspunkt:* Kan der opnås en større effektivitet ved en omorganisering af den samlede branche med hensyn til antal enheder og disses størrelsesfordeling, sortiment, indretning, serviceniveau etc. og ved en øget differentiering med hensyn til disse kriterier? Dette spørgsmål er til gengæld af central betydning i forbindelse med netop apotekerlovgivningen, fordi en sådan reorganisation, som man løbende er vidne til i snart sagt alle andre brancher, af mange grunde ikke har mulighed for at slå igennem i det nuværende apotekssystem. Som nævnt er det imidlertid ikke en nødvendig forudsætning for ændringer i branchestrukturen, at den private ejendomsret afløses af offentlig. Det må samtidig stærkt fremhæves, at uanset hvilke strukturændringer der gennemføres, vil rationaliseringsmulighederne være beskedne i sammenligning med,

hvad man kender til på andre brancheområder, jvfr. kapitel II. *Prisstigningerne i apotekssektoren må i ethvert system forventes at blive højere end stigningerne på de fleste andre vareområder*. Det må derfor anses for meget vigtigt, at eksisterende rationaliseringsmuligheder udnyttes i videst muligt omfang.

1.3. Afvejningen mellem økonomiske hensyn og hensynet til faglig integritet og ansvar

Imod de refererede udgangspunkter for gruppens overvejelser kan det måske ventes indvendt, at der er givet de snævert økonomiske hensyn overvægt i forhold til andre hensyn, som må veje yderst tungt til i apotekervæsenets målsætning, først og fremmest den enkelte apoteksindehavers faglige integritet og ansvar. Indledningsvis i nærværende kapitel skal det derfor fremhæves, at man nøje har overvejet denne balance både helt generelt i betænkningen og i forbindelse med de enkelte diskuterede modeller. Man betragter således ikke apotekeren som blot detaillist i lægemidler, men mener overalt at have været fuldt opmærksom på de krav, områdets hele karakter stiller til apotekernes og de apoteksansattes faglige integritet. Gruppen mener imidlertid ikke, at mulighederne for opfyldelse af disse særlige krav er snævert knyttet til netop den nuværende udformning af apotekervæsenet, og specielt ej heller, at de skulle være afhængige af ejerforholdene, jvfr. herved bl.a. også gennemgangen i kapitel III af forholdene i andre lande, sygehusfarmacien kontra den private farmaci eller eksempelvis hospitalslæger kontra læger i almen praksis. Tværtimod synes der grund til at fremhæve, at områder som de her nævnte og adskillige andre bl.a. får deres særlige profil derved, at den personlige indsats og faglige integritet i vidt omfang må antages at være upåvirket af de ejendomsretlige forhold på området.

Spørgsmålet om afvejning mellem økonomiske og farmaceutiske hensyn m.v. kommer først og fremmest op på helt andre felter, bl.a. i sikkerheds- og kontrolspørgsmål og måske især spørgsmål om opretholdelse af den farmaceutiske service på steder, hvor det rent økonomiske grundlag herfor er utilstrækkeligt. Her har det været gruppens udgangspunkt at de faglige hensyn og hensynet til en nogenlunde ligelig adgang for befolkningen til en dækkende farmaceutisk service må være udslaggivende. Dette gør imidlertid ikke spørgsmålet om den økonomiske organisationsform og en højere grad af samordning inden for apotekervæsenet til et underordnet spørgsmål. Der er tværtimod grund til at fremhæve, at en højere grad af samordning giver øgede muligheder for forbedret apoteksservice, fordi omkostningsbesparelser ét sted i systemet giver modsvarende muligheder for at opretholde eller udbygge distributionsnettet andre steder i systemet.

Det lige nævnte danner naturligvis i høj grad baggrund for den samordning som har eksisteret i en lang årrække, og som gennem Danmarks Apotekerforening er blevet intensiveret i tiltagende grad. Som fremhævet både i det foregående og i det følgende sætter bevillingssystemet, som det nu er udformet, imidlertid inden for selve distributionsområdet snævre grænser for de praktiske muligheder for nødvendige tilpasninger i apoteksstrukturen. Det må samtidig give anledning til betænkeligheder, at indflydelsen på området i afgørende grad er blevet forskudt over til områdets organisationer, derunder ikke mindst Danmarks Apotekerforening.

Den stærke offentlige regulering, som den gældende apotekerlov giver indtryk af, har manifesteret sig i forskrifter om myndighedernes godkendelse af en række enkeltsager. Den offentlige styring forudsættes i apotekerloven — som også tidligere på andre områder indenfor sundhedsvæsenet - udøvet gennem behandling af konkrete projekter og dispensationer fra konkrete bestemmelser; sigtet var navnlig at sikre opfyldelse af en faglig standard. En central be-

dømmelse af forbrug af økonomiske og personelle ressourcer i sektoren og afvejning og afstemning med udviklingen indenfor andre nært beslægtede områder satte sig ikke tydelige spor i de styringsmidler, som blev anvist det offentlige, da apotekerloven sidst blev mere omfattende revideret for 20 år siden. Den gældende opgavefordeling mellem ministerium og de på området virkende styrelser og institutioner afspejler den da herskende opfattelse af begrebet styring.

Under den eksplosive udvikling i I960' erne har også det offentlige i nogen grad udvidet sine personelle ressourcer på dette område, hovedsagelig som følge af væksten i antallet af konkrete sager og en udvidelse af den faglige kontrol. Medens myndighederne på den ene side stadig er bundet af det foreliggende lovgrundlag, som i henseende til planlægning og samlet bedømmelse af ressourceforbrug er ude af trit med anden (sundheds-)lovgivning, men på den anden side kun har kunnet få bevillinger og stillingsnormeringer til varetagelse af det voksende antal konkrete sager, har Danmarks Apotekerforening, hvis direkte og indirekte muligheder for at øge de økonomiske og personelle ressourcer har været meget betydelige, efterhånden overtaget en væsentlig del af den styring af området, som utvivlsomt efter gældende lov har været tiltænkt det offentlige.

1.4. Øvrige udgangspunkter for det følgende

Gruppen har forudsat, at man i Danmark ikke vil gå over til gratis udlevering af receptmedicin, således som det, bortset fra et ekspeditionsgebyr, kendes i England og delvist i Sverige. Hvis der derfor sker en nationalisering af apotekervæsenet, forudsættes dette at stå som leverandør af prissatte offentlige ydelser, ganske vist med priserne nedbragt gennem tilskud, således at der ikke i denne henseende bliver nogen afvigelse fra tilstanden i dag, hvor man måske kan tale om offentlige ydelser formidlet af private, og hvor den endelige pris også i betydeligt omfang nedbringes gennem offentlige tilskud.

Modeldiskussionen er baseret på en analyse og vurdering af de grundlæggende udviklingstendenser i apoteksbranchen i dens nuværende skikkelse. En præcis talmæssig forudsigelse af det fremtidige forløb, herunder f.eks. også omsætningsudviklingen, har man ikke fundet det muligt at foretage. Det spiller bl.a. her en rolle, at omsætningsudviklingen kan blive afgørende influeret af, hvilken tilskudspolitik til nedbringelse af lægemiddelpriserne der bliver ført i fremtiden. Derudover kan det naturligvis også af andre grunde være vanskeligt at skønne over den fremtidige udvikling i apoteksomsætningen, selv om denne udvikling får betydning for behovet for strukturændringer. Hidtil har det ganske vist været karakteristisk, at en svagt stigende del af den samlede reale efterspørgsel har rettet sig mod lægemidler. Da disse samtidig, taget som gennemsnit og delvis sammenhængende med kvalitetsforbedringer, har været præget af særlig kraftige prisstigninger[1]), har nettoresultatet for apotekervæsenet under ét hidtil været en særlig stærk omsætningsfremgang, set over længere tidsrum. Det er imidlertid ikke uden videre oplagt, at dette også kommer til at gælde i fremtiden. I Sverige har man f.eks. haft erfaring for, at der i perioder (som nu i Danmark) med økonomisk stagnation også har været tendens til stagnation i lægemiddelforbruget. Ligeledes har man erfaring for, at informationskampagner omkring brug og misbrug af psykofarmaka kan føre til nedgang i apoteksomsætningen. Hvis lægemiddelforbruget ligger på et medicinsk forsvarligt og relevant niveau, må en standsning af forbrugsfremgangen i øvrigt i sig selv anses for en samfundsmæssig målsætning.

I det følgende har man dog ikke taget muligheden af en eventuel, mere langvarig omsætningsstagnation i betragtning. Der er imidlertid grund til at fremhæve, at skulle en

1) Nemlig en prisstigningstakt på linie med prisudviklingen for tjenesteydelser, jvfr. kapitel II.

sådan situation indtræde, vil de problemer, der er fremhævet i det følgende, spidse endnu mere til. Der er også grund til at nævne, at under den nuværende apoteksstruktur er dette uden tvivl med til at binde det offentliges hænder i lægemiddelpolitikken — eller i hvert fald med til at gøre sundhedsmyndighederne tøvende med ændring af tilskudsregler etc. Hvis der nemlig sker en neddæmpning af lægemiddelforbruget, skal der under det nuværende system enten ske større forhøjelser af medicintaksten end ellers, eller ske en forøgelse af kontantstøtten til apotekerne. Ganske vist ville tilsvarende problemer også foreligge under andre apoteksstrukturer, men de er dog ganske særligt fremtrædende under en struktur, der er så fastlåst som den nuværende. Hertil kommer, at den nuværende offentlige styring på området som nævnt ikke synes at levne megen plads for hensyntagen til større økonomisk betydningsfulde sammenhænge og mere overoverordnede lægemiddelpolitiske målsætninger.

Selv om strukturrationaliseringsmulighederne må bedømmes som særlig utilstrækkelige under bevillingssystemets nuværende udformning, vil der naturligvis også ske en fortsat strukturændring inden for rammerne af dette system. Blandt andet må der med tiden forudses en kraftig nedgang i antal selvstændige økonomiske enheder og i forbindelse hermed en konvertering af nuværende selvstændige virksomheder til A-udsalg m.v. under et andet apotek. Gruppen henviser i denne forbindelse til omtalen i kapitel II og i bilag 3 af den såkaldte »Distributionsudvalgsbetænkning«, dvs. en ikke offentliggjort betænkning fra et underudvalg under apotekerlovudvalget. I betænkningen foresloges gradvis nedlæggelse af ca. 80 apoteker med påfølgende konvertering af en række af disse til forskellige typer af udsalg. Betænkningen regnede med, at hvis denne tilpasning alene skulle ske i takt med bevillingsledighed, ville det tage omkring 20 år at realisere den. Ved at stimulere til flere forflyttelser af aktive apoteksindehavere skulle tilpasningsprocessen imidlertid ifølge betænkningen kunne realiseres over en halv snes ar.

Gruppen har både i kapitel II og i bilag 3, givet udtryk for en kritisk vurdering af forslagene i distributionsudvalgets betænkning og herunder bl.a. fremhævet, at betænkningens forslag stort set forudsætter en uændret opretholdelse af traditionelle principper herunder standarder og normer for bemanding og indretning m.v. Selv efter en vurdering, der bygger på distributionsudvalgets præmisser, må antallet af apoteker, der ikke er økonomisk grundlag for at opretholde som selvstændige enheder, allerede nu antages at være en del højere, end da distributionsudvalgets undersøgelse blev gennemført. Helt utvivlsomt er det, at antallet vil stige gennem årene, således at man fortsat vil stå tilbage med store strukturproblemer efter en eventuel realisering af distributionsudvalgets forslag.

En ændring af dette forhold inden for det nuværende systems rammer og i løbet af en overskuelig årrække, f.eks. perspektivplanperioden, synes kun mulig gennem en radikal omlægning af den nuværende politik med hensyn til nybevillinger og forflyttelser, således at man ikke er bundet til at opretholde et apotek som selvstændig økonomisk enhed, indtil bevillingen bliver ledig. En hurtigere koncentration på større men samtidig mere differentierede enheder kunne f.eks. realiseres ved i en årrække helt at undlade egentlige nyudnævnelser til selvstændig apoteksindehaver og samtidig gøre udstrakt brug af forflyttelser, som nu er meget sjældent forekommende. Dette ville dog indebære så kraftige ændringer, at man dårligt ville kunne tale om fastholdelse af den nuværende grundstruktur i apotekssystemet. Det ville således også kræve lovændring og mere effektiv offentlig styring af apotekervæsenet. Hidtil er sådanne ændringer desuden stødt på kraftige hindringer som følge af uenighed mellem apotekerforeningen og myndighederne om rationaliseringsgevinstens fordeling. Det har her spillet en bety-

delig rolle, at for hvert apotek, der nedlægges som selvstændig enhed, vil der som hovedregel spares tilskud fra apotekerfonden, ligesom det tilsigtede totaludbytte for apotekervæsenet som helhed reduceres med p.t. ca. 170.000 kr. pr. år. Fra apotekerside er der stillet krav om at bibeholde en del af dette beløb som forudsætning for, at man kan give tilslutning til anvendelse af lovhjemmelen om oprettelse af såkaldte A-udsalg.

2. Reformer i det nuværende detaildistributionssystem

2.1. Indledende bemærkninger

I dette afsnit er det forudsat, at man politisk fortsat foretrækker et privatejet detaildistributionssystem. Afsnittet omhandler kun ændringer i reglerne om lægemiddeldistribution i detailledet; for så vidt angår apoteksproduktionen i et privatejet system henvises til det foregående kapitel; engrosdistributionen behandles i det følgende kapitel.

Det er i det følgende forudsat, at strukturen i detailledet fortsat baseres på en form for bevillingssystem med en deraf følgende meget stærk begrænsning af konkurrencen, men at der som et modstykke hertil skal være et indgående offentligt indseende med apotekervæsenet, og at bevillingshaverne skal kunne pålægges forpligtelser som en modydelse for eneretten til detailforhandling af lægemidler.

Gruppen har ikke fundet anledning til at beskrive et lægemiddelforsyningssystem med helt fri etableringsret i detailledet, selv om et sådant system i visse henseender kunne indebære fordele, jfr. nærmere beskrivelsen af det engelske system, kap. III,4. Man har ment, at en etableringsfrihed vil indebære et voldsomt og formentlig uacceptabelt brud på traditionen med det privilegiesystem, som man har bygget på her i landet i over 400 år. Man skal videre henvise til, at der i lande, hvor der er hel eller delvis etableringsfrihed, er overvejelser om et koncessionssystem og til, at etableringsfrihed meget vel kan tænkes at medføre, at der i organisationsregi bliver indført kraftige indskrænkninger i den fri nedsættelsesret[1]).

På baggrund af en gennemgang af hele lægemiddelforsyningsområdet og dets funktioner i dag, jfr. beskrivelsen i kap. II, og i erkendelse af et tiltagende behov for strukturrationalisering og -tilpasning i apotekervæsenet har gruppen indgående overvejet mulighederne for i det gældende system at foretage partielle reformer, der dels kunne skabe forudsætninger for at opfylde såvel allerede konstaterede som fremtidige behov for strukturændringer, dels kunne tjene til at gøre systemet mere gennemsigtigt og egnet til så høj grad af offentlig styring, som måtte være ønskelig ud fra lægemiddelpolitiske overvejelser, jfr. herved kap. IV. Man har overvejet, om det trods en fastholdt monopolisering af detailhandlen og visse dertil knyttede indtægtsgarantier er muligt at liberalisere eller privatisere systemet noget mere end i dag, for derved at skabe både øget klarhed over økonomi og ansvarsfordeling og øgede incitamenter til omkostningsbevidsthed i det samlede system.

I lys af de konstaterede svagheder ved det nuværende offentlige indseende med de økonomiske sider af lægemiddelforsyningen har gruppen endvidere drøftet, hvorledes den offentlige kontrol kan tænkes omorganiseret, således at den samfundsstyring, som forudsættes at være til stede, kan blive effektiv på de områder, hvor den skal fungere, og at på den anden side eventuel overflødig detailadministration opgives.

Såfremt det politisk besluttes, at den fremtidige apoteksdistribution ikke skal ændres i sin grundstruktur, vil en gennemgribende revision og nyvurdering af den gældende lov være påkrævet i løbet af ganske kort tid. Dette skyldes ikke mindst, at udviklingen efterhånden helt er løbet fra den nu 20 år gamle apotekerlov. En række forudsætninger er radikalt ændret, bl.a. er apotekerforenin-

1) Jfr. bestemmelser i Den almindelige danske Lægeforenings kollegiale vedtægter om praksisplanlægning og lægeforeningens praksiskoncentreringsnævn.

gens engagement på adskillige områder øget kraftigt i de senere år, ligesom arten af den produktion, der finder sted på apotekerne, er ændret betydeligt. Det spiller også en rolle, at apotekerfondens økonomiske situation er forrykket ret betydeligt de senere år, således at det har været nødvendigt at afholde en række lovbestemte udgifter ved forbrug af fondens formue og tilskud fra statskassen, fordi de for hovedpartens vedkommende lovbundne udgifter ikke indenfor den gældende lovs rammer har kunne kompenseres af tilsvarende indtægtsforøgelser.

Det falder uden for gruppens opgave at udarbejde udkast til ny lovgivning på området, men man skal i det følgende stille forslag om, hvilke hovedområder, der bør reformeres ved en ny lovgivning om lægemiddelforsyning, der fortsat baserer sig på privat drift. En del af de i kap. IV og VIII fremdragne synspunkter er ikke gjort til genstand for nærmere omtale her, da de er lige relevante for alle modeller. Det gælder bl.a. betragtninger vedrørende apotekernes personaleforbrug, arbejdsrutiner, åbningstid etc.

Under gruppens studier af den norske lægemiddelforsyningsstruktur, jfr. nærmere kap. 111,3, har man fundet, at den norske apotekslovgivning, lov af 21/6 1963 om drift af apotek m.v. med senere ændringer, på en række punkter kunne være inspirationskilde for en dansk lovgivning, hvis hovedsigte er en bedre mulighed for strukturtilpasning (fleksibilitet), et øget økonomisk engagement fra apotekerne (privatisering), og mere effektive styringsmidler for det offentlige.

2.2. *Forslag til ændringer i forhold til gældende lov.*

2.2.1. Forbehold med hensyn til fremtidige ændringer

Med henblik på en eventuel senere større omstrukturering eller offentlig overtagelse af lægemiddelforsyningen finder gruppen for det første, at der i en ny lov og de i medfør heraf udfærdigede bevillinger bør optages forbehold om, at bevillingshaverne er pligtige at afstå bevillingerne uden erstatning for andet end de fysiske værdier. Det skal dog præciseres, at man ikke ved dette forslag har taget stilling til omfanget af erstatningspligten under det nuværende system[1]).

I Norge blev det allerede ved kgl. resolution af 1891 bestemt, at enhver, som derefter fik meddelt personlig apoteksbevilling, måtte finde sig i, at bevillingen bortfaldt ved en eventuel omordning af apotekervæsenet, og i den gældende norske apotekerlov er der en bestemmelse, der går tilbage til 1909, om, at apotekerbevillinger bortfalder, hvis det ved en omordning af apotekervæsenet bestemmes, at apotekerne skal drives af det offentlige[2]). I så fald skal apotekets inventar, udstyr og varebeholdning indløses efter taksation, og apotekeren skal have fortrinsret til at blive antaget som bestyrer af apoteket. I loven er der endvidere hjemmel for at lade det offentlige få bevilling til et apotek. En lignende hjemmel foreslås indsat i en dansk lov.

I den norske apotekerlov af 1909 blev det ligeledes bestemt, at apotekerne i tilfælde af at der ved offentlig foranstaltning blev oprettet centralindkøb for apotekernes forsyning, skulle være forpligtet at aftage deres varer derfra. Også et sådant forbehold mener man bør optages i den danske lovgivning.

I Sverige gav statsovertagelsen pr. 1. januar 1971 af apotekerne ikke anledning til juridiske eller erstatningsmæssige problemer, idet de efter 1920 meddelte privilegier indeholdt forbehold om, at indehaveren skulle underkaste sig Kungl. Maj:ts forskrifter om privilegiets afståelse. Selve afløsningen blev gennemført ved forhandling.

1) Om disse spørgsmål henvises til kap. IX.

2) Der er fornylig i Norge nedsat et udvalg, som skal analysere en eventuel omorganisering af apoteksdriften, herunder om den helt eller delvis bør overtages af det offentlige.

2.2.2. *Smidigere distributionsstruktur*

Som fremhævet i kap. II og kap. IV anser gruppen bevillingssystemet i sin nuværende udformning for en væsentlig årsag til, at den almindelige strukturudvikling i erhvervene i det store og hele er gået uden om apotekerne, således at nogle områder, i første række de større byer, må anses for overforsynet med apoteksbetjening, medens lægemiddelforsyningen f.eks. i en række udviklingsområder forekommer mindre tilfredsstillende, særlig for den ikke-motoriserede del af befolkningen. Ved en ændret struktur kunne der indenfor samme totale omkostningsbeløb som nu gives befolkningen som helhed en bedre service.

Under det nuværende system er man som tidligere nævnt bundet til at opretholde de enkelte apoteker som selvstændige enheder og bevare placeringen i op til 25 år. Under tidligere tiders mere stationære forhold frembød dette ikke noget større problem, da man normalt kunne regne med, at der ikke ville ske sådanne ændringer i økonomi, befolkningsunderlag m.v., at det ville berøre grundlaget for at opretholde et apotek som selvstændig enhed under traditionelle former. De stationære forhold har således indvirket betydeligt på den gældende lov, der også tillægger et apoteks forbliven på et givet sted stor betydning, og som derfor kan have tilskyndet til bygnings- og indretningsmæssige løsninger, der er meget stive og relativt bekostelige.

Gruppen skal derfor foreslå, at *bevillingssystemet indrettes således, at en bevilling knyttes til personen*, ikke til et bestemt apotek, og med tilføjelse af et til mange tjenestemandsudnævnelser[1]) svarende forbehold om, at den pågældende er pligtig at tåle ændringer i ansættelsesområde og arbejdsopgaver. Et sådant forbehold kunne eventuelt begrænses noget, f.eks. ved at pligten til at tåle forflyttelse (evt. påtage sig drift af filialapotek eller apoteksudsalg) kun skulle gælde indenfor en nærmere angivet region (et amt eller en landsdel). Herved ville man få mulighed for at flytte den pågældende, såfremt udviklingen bevirkede, at apoteket ikke længere burde opretholdes som selvstændig enhed.

Tilsvarende kan naturligvis til dels opnås, såfremt man rent faktisk genindfører en forflyttelsespraksis, som vil få mange apotekere til selv at søge anden bevilling. En sådan praksis er imidlertid ikke helt tilstrækkelig til at sikre fleksibiliteten, og den må i hvert fald fastlægges ud fra mere nuancerede kriterier end den før 1962 fulgte forflyttelsespraksis.

Et fortsat bevillingssystem bør indeholde muligheder for at *knytte betingelser* til bevillingerne i et større omfang end i dag, hvor der som tidligere nævnt kun kan knyttes betingelser, der har lovhjemmel, f.eks. at den tiltrædende apoteker skal købe forgængerens ejendom. Gruppen finder, at betingelser som f.eks., at den nye apoteker skal flytte apoteket, skal ændre dets indretning og drift, oprette apoteksudsalg etc. bør kunne stilles. Det vil være at foretrække, at sådanne betingelser er indeholdt i opslaget eller ansøgerne på forhånd er gjort bekendt hermed[1]).

Gruppen mener således, at selve bevillings- eller koncessionssystemet i videst muligt omfang bør sikre en smidigere struktur, men man er fuldt ud klar over, at dette naturligvis kun er den organisatoriske forudsætning for at opnå målet.

Når bevillingerne tildeles af det offentlige, bør dette også have en *reel indflydelse på de kriterier*, hvorefter de tildeles. Gruppen mener, at der bør lægges øget vægt på, at bevillingshaverne er egnede som ledere, har indsigt i driftsøkonomi og er egnede til at medvirke i uddannelse m.v. Man finder vi-

1) Jfr. også de bag tj enestemandsreformen liggende bestræbelser for øget smidighed bl.a. gennem større ansættelsesområder og den i flere forbindelser, navnlig i PP II side 616–17, påpegede stivhed i offentlige ansættelser som en hindring for strukturrationaliseringer.

1) En sådan bestemmelse findes i den norske apotekslov § 9.

dere at der er anledning til at tage spørgsmålet om, hvorvidt det fortsat skal være forbeholdt en så snæver kreds af farmaceuter som i dag at blive apotekere, op til ny vurdering; tilsvarende gælder spørgsmålet om, hvorvidt det naturlige avancement for farmaceuter i sundhedsstyrelsen (incl. laboratoriet) bør være apotekerbevilling[1]). En lavere alder for tildeling af bevilling end i dag, normalt 46—49 år, men samtidig også en ophævelse af 50-års aldersgrænsen, vil ud fra mange hensyn være ønskelig, men forstærker på den anden side behovet for mere fleksibilitet i ansættelserne.

Da det er utvivlsomt, at der er væsentlige stordriftsfordele i apotekssystemet, jfr. bilag 7, mener gruppen, at *antallet af selvstændige apoteksenheder bør reduceres* væsentligt, hvilket kan ske uden forringelse af den generelle lette adgang til lægemiddelforsyning. En struktur med et større antal filialapoteker end i dag vil kunne øge smidigheden i systemet, og vil iøvrigt have store ligheder med en struktur, hvor en apoteker kan have bevilling til flere apoteker.

Den siden 1954 gældende hjemmel til at *oprette udsalg med receptekspedition* (filialapoteker eller A-udsalg) bør opretholdes og efter gruppens opfattelse udnyttes i langt videre omfang end i dag[2]). Der bør — som det også enkelte steder forsøges i dag - være mulighed for efter nærmere aftale med sundhedsstyrelsen at begrænse receptekspeditionen efter behov, og indretningsmæssigt bør der forsøges med mere enkle løsninger. Udsalgene bør kunne ned- eller opkonverteres til henholdsvis udsalg uden receptekspedition og selvstændige apoteker i takt med udviklingen i det lokale behov. Skal sådanne ændringer have mulighed for at vinde accept på det lokale plan, må de lokale myndigheder informeres bedre og på et tidligere tidspunkt, hvorved der skulle kunne blive større mulighed for forståelse af den service, som de forskellige typer kan yde og for de økonomiske følger af ændringer[1]). Derimod bør kollegiale aftaler, der indskrænker befolkningens lette adgang til medicinforsyning, undgås, således at der f.eks. også kan etableres receptindleveringssteder og udlevering af medicin på større arbejdspladser[2]).

I denne forbindelse skal fremhæves, at gruppen anser *forsøgsordninger* med apoteker og udsalg med et mere *begrænset lægemiddelsortiment* for anbefalelsesværdige, ikke mindst fordi omkostningerne i forbindelse med lagerhold kan formindskes. Selv om apotekernes varelager målt i procent af bruttoomsætningen er faldet betydeligt i de sidste 20 år, må varelagrene stadig bedømmes som ret store, når de lette leveringsforhold her i landet tages i betragtning. Der kunne nok være grund til at gøre reglen i den gældende lovs § 28, stk. 1, om, at ethvert apotek skal være forsynet med eller omgående søge fremskaffet alle apoteksforbeholdte lægemidler, mere smidig, f.eks. således at kravet til varebeholdning sættes i relation til art og omfang af omsætning og til, hvad lokale lægemiddelkomiteer rekommanderer. Særlig vil dette synspunkt kunne gøres gældende, såfremt der opbygges et system, hvorefter lægemidler overalt i landet lader sig fremskaffe med kort varsel ifølge forud fastlagte rutiner, f.eks. gennem leverancer fra et mindre antal centralt beliggende og med henblik herpå indrettede apoteker. Hensynet til begrænsning af sortiment kan iøvrigt give anledning til en nærmere overvejelse af art og omfang af apotekernes salg af en række ik-

1) I øvrigt ville den situation, at en apoteker - mod samtidig opgivelse af sin bevilling - udnævntes til en stilling i sundhedsstyrelsen, af mange grunde være ønskelig, og noget tilsvarende er i hvert fald almindeligt indenfor andre personalegrupper i sundhedsstyrelsen.

2) Om de heraf følgende problemer for afgift og personaleforbrug henvises til det følgende og til kap. VIII.

1) Under det gældende system har den lokale modvilje mod apoteksnedlæggelser ofte sammenhæng med ukendskab til lægemiddeldistributionens økonomiske vilkår.

2) Noget sådant kendes fra Sverige, hvor der forsøgsvis er oprettet en receptekspedition i tilknytning til Volvo-fabrikkernes bedriftslægeinstitution.

ke-lægemidler, kosmetiske artikler m.v. Et mindre varesortiment vil ikke blot betyde, at varelagerets omsætningshastighed kan stige. Hele arbejdsgangen vil kunne forenkles, hvis sortimentet reduceres, hvilket ikke blot er af driftsøkonomisk, men også af sikkerhedsmæssig betydning.

Det foran refererede synspunkt leder umiddelbart ind i en anbefaling af et tættere samarbejde med læger og sygehuse med henblik på etablering af *lokale lægemiddelkomiteer,* der kan drøfte og anbefale ordination og forbrug af lægemidler.

I forbindelse hermed skal gruppen foreslå, at der lempes i den meget snævre adgang for *sygehusapotekernes lægemiddeludlevering,* som hovedsagelig har været begrundet i hensynet til de private apoteker. Dels bør udlevering af medicin til ambulante patienter og til patienter på weekend-ophold i hjemmet legaliseres, dels kunne der være anledning til at etablere hjemmel for tilladelse til salg af medicin fra sygehusapotekerne til publikum. Gruppen har dog ikke nærmere undersøgt behov for og virkninger af publikumsekspedition fra sygehusapotekerne.

I tilslutning hertil skal det foreslås, at loven udformes således, at den ikke hindrer, at *sygehusapotekerne handler med præparater indbyrdes,* ligesom medicinforsyning til sygehuse uden eget apotek bør lettes mest muligt[1]).

Gruppen har ikke på det foreliggende grundlag ment at kunne tage stilling til spørgsmålet om oprettelse af flere sygehusapoteker. Dette spørgsmål er knyttet til problemer indenfor sygehusplanlægningsområdet og hele udbygningen af sygehusvæsenet.

1) Distribution af f.eks. infusionsvæsker, der i dag fremstilles i meget stort omfang på ganske enkelte private apoteker, sker i henhold til gældende lov på den måde, at det fremstillende apotek leverer væskerne til andre apoteker, der har leverancer til sygehusene. Dette mellemled forekommer irrationelt fra et samfundsøkonomisk synspunkt. Ligeledes forekommer det uhensigtsmæssigt, at et sygehusapotek i en sygehuskommune ikke må levere til sygehuse i en anden kommune.

Man henviser til bilag 5, hvor en betænkning om sygehusapoteker (af 1974) er gennemgået og vurderet. Man finder dog anledning til at fremhæve, at lægemiddelforsyningen naturligvis må betragtes som en helhed. Hvis de lokale sygehusmyndigheder og de centrale sundhedsmyndigheder finder, at sygehusapotekerne bør udbygges, kan dette få konsekvenser i form af en forstærkning af apoteksnedlæggelser eller omdannelser til udsalg.

En bedre *koordination mellem de almindelige apoteker og sygehusapotekerne* forekommer påkrævet, også med henblik på at begrænse tendenser til overkapacitet i produktionsledet. Men dette vil formentlig være et af de vanskeligere problemer at løse ved en videreførsel af apotekervæsenet i privat regi.

Det skal i denne forbindelse nævnes, at det vil være væsentligt lettere at sikre en koordineret udbygning af apotekssystemet, hvis alle investeringer[1]) af væsentligt omfang såvel indenfor det private som det offentlige apotekervæsen skal godkendes af en fælles overordnet instans. Hvis beslutningerne udelukkende træffes af den enkelte sygehuskommune og det enkelte apotek, vil udbygningen næppe kunne undgå at blive uhensigtsmæssig.

Et system, hvorefter investeringerne skal godkendes, vil iøvrigt ikke blot være af betydning ved planlægningen af den fremtidige produktion (jfr. herom kapitel V), men vil også muliggøre en smidigere overgang til rene distributionsapoteker, gøre fremtidige nedlæggelser billigere og vil være et effektivt instrument til at forhindre en uønsket standardglidning.

Som afslutning på dette afsnit med forslag om større smidighed i distributionsstrukturen skal man fremhæve behovet for en *bedre planlægning* på området. Denne planlægning må tage flest mulige facetter på sundhedsområdet, i befolkningsudviklingen, i handelsvaner m.v. i betragtning, og

1) Jfr. også bilag 7, III.

det er derfor væsentligt, at den sker i samarbejde med de lokale myndigheder, med den øvrige primære sundhedstjeneste og med sygehusmyndighederne.

2.2.3. *Reformering af principperne for medicintakstens fastsættelse, afgiftssystemet og regnskabsaflæggelsen*

I det gældende system er de meget snævert forbundne problemer omkring medicinprisfastsættelsen, afgifts/tilskudsreglerne og apoteksregnskabernes principielle opbygning adskilt i administrativ henseende, og der er ikke nogen direkte og løbende forbindelse mellem principperne for medicinprisernes fastsættelse og de indtægter, som skal tilflyde staten (apotekerfonden) ved apotekerafgifterne for at kunne afholde de udgifter, som efter loven skal afholdes af apotekerfonden. Der er med andre ord ikke tillagt staten — apotekerfonden — nogen sikring af indtægter til at dække udgifterne.

Hver funktion har sit formål, og disse har formentlig engang dannet et samlet mønster, men udviklingen - summen af småændringer her og der - har bevirket, at den samlede målsætning ikke har kunnet opfyldes. Det er derfor helt nødvendigt at tage funktionerne op til ny vurdering.

Som beskrevet i kap. II tilstræbes regnskabssystemet udformet således, at det - neutralt overfor finansieringen — skal udvise udgifter og indtægter ved apoteksdrift, medens hovedsigtet med afgifts/tilskudsordningen er at foretage en udligning mellem apotekernes indtægter, som nødvendigvis må udvise stor spredning, når medicinpriserne skal være ens i hele landet, og når man tilstræber en nogenlunde ensartet og landsdækkende lægemiddelforsyning. Samtidig med varetagelsen af disse formål har man ønsket at bevare den enkelte apotekers økonomiske interesse i apotekets drift, og man har efterhånden udbygget ordningen med særlige udligningsfaktorer for huslejeudgifter og rabatudgifter samt ved hjælp af specielle refusionsordninger tilskyndet til forbedring af indretnings- og vedligeholdelsesstatus. De offentligt fastlagte medicinpriser skal sikre, dels som nævnt at priserne er ens i hele landet, dels at de fastsættes således, at overskuddet i gennemsnit pr. apoteker kan få den tilsigtede størrelse, som ifølge lovbemærkninger til de gældende afgiftsregler udgør lønnen i statens 37. lønramme + et specielt tillæg på 1.200 kr. i grundbeløb. Ved medicinprisfastsættelsen sker der som nævnt i kap. II også en automatisk indregning af beregnede udgifter, medens der ikke foretages vurdering af de samlede udgifters rimelighed, ligesom priserne kun i ringe grad er fastlagt, således at det enkelte lægemiddel skal bære sine udgifter.

Her i landet har man — som også i Sverige og Norge — anvendt megen tid og kraft på at finde frem til holdbare afgifts- og tilskudssystemer, som udviklingen alligevel meget hurtigt er løbet fra. Medens man i Sverige kom til den konklusion, at det ikke var muligt at udfinde et afgiftssystem, der samtidig med at sikre varetagelsen af en række mere specifikke lægemiddelpolitiske hensyn kunne give incitament til økonomisk og rationel drift og modvirke for store indtægtsforskelle blandt apotekerne, har man i Norge som nævnt et system, som er enkelt og overskueligt, let at administrere og fleksibelt, men som hverken anser indkomstudjævning for mulig (eller prioriterer en sådan højt) eller tager specielle udligningshensyn, f.eks. med hensyn til huslejeudgifter.

De ændringer, som er gennemført i det danske afgiftssystem i de sidste ca. 20 år, og de ændringer til det gældende system, der i forskellig sammenhæng har været arbejdet med, har alle haft som forudsætning, at alle målsætninger lod sig opfylde på een gang, og at der heller ikke blev ændret i de gennem en meget lang årrække gældende regnskabsprincipper.

Gruppen finder, at det ved en videreførelse af apotekervæsenet i privat regi er helt nødvendigt at vurdere, om de hidtil anerkendte forudsætninger fortsat kan opretholdes og at se problemerne om medicinpriser,

afgift og regnskab i snæver sammenhæng.

Gruppen mener, at navnlig følgende punkter bør indgå ved udformningen af et nyt system for fastsættelse af medicinpriser, afgifter og den deraf afledede regnskabsaflæggelse (opregningen er ikke udtryk for en prioritering, da alle punkter har indbyrdes sammenhæng):

1. Lovbestemmelserne bør — i modsætning til i dag - kun angå hovedprincipperne for prisfastsættelsen (bruttoavancen), afgiftsopkrævning og ydelse af tilskud og regnskabsførelse. Den detaljerede lovfiksering af afgifter og tilskud med bestemte procenter af bestemte omsætningsandele og udfra nærmere angivne lønningsrammer bør undgås, idet den hindrer løbende tilpasning. Lovgivningsmagtens indseende med administrationen af en bemyndigelse til indenrigsministeren kan ske via finansloven, evt. kan finansudvalgets godkendelse af tilskud forudsættes. Man skal i denne forbindelse pege på det norske system, hvor loven kun bestemmer, at indehavere af apoteksbevillinger til statskassen betaler en afgift, som fastsættes af Stortinget hvert år, medens de nærmere bestemmelser om beregning, opkrævning og kontrol fastlægges administrativt. Der er adgang til administrativt helt eller delvis at eftergive afgift, medens ydelse af tilskud kræver stortingsbeslutning.

2. Principperne for, hvad der kan inddækkes over medicinpriserne og for afgiftsberegningen bør udformes og administreres således, at strukturtilpasning ikke hindres, at omsætningsfremgang ikke bliver det væsentligste, og at der bliver rimelige incitamenter til at økonomisere. Der bør således skabes incitament ikke blot for den enkelte apotekers omkostningsbevidsthed. Der bør også sikres en økonomisering i det samlede system.

3. Afgiftens indkomstudlignende målsætning må omvurderes. Indkomstudligning og incitament for den enkelte til omkostningsbevidsthed er uforenelige størrelser, som da heller ikke har kunnet forliges i det gældende system, hvor disse målsætninger tværtimod må anses at have medvirket til forøgelse af driftsomkostningerne i det samlede system. En høj grad af indkomstudligning, som man havde i Sverige før statsovertagelsen den 1. januar 1971, eliminerede omkostningsbevidstheden. En af den norske regering i 1954 nedsat apotekerlovkomité foreslog i en indstilling af 1957 en afgifts-tilskudsordning, der lignede den danske, men dette forslag blev ikke gennemført[1]), og som nævnt anser man i Norge nu ikke en indkomstudjævning over afgifterne for mulig.

Under en videreførelse af systemet i privat regi mener gruppen, at interessen i effektiv og økonomisk drift bør prioriteres langt højere end en indkomstudjævning. En sådan finder iøvrigt sted over den personlige indkomstbeskatning i et omfang, som er væsentligt større nu end i 1954. Om disse problemer henvises iøvrigt til bilag 7.

4. Afgiftssystemet må forenkles, og den indbyrdes afhængighed mellem forskellige former for afgift og tilskud og den udprægede automatik må ophæves, således at man kun opererer med een form for afgift og een - højst to former - for tilskud. »Æskesystemet«, hvorefter afgifter og tilskud på langt sigt forudsættes at være i balance i en »æske« for sig, må opgives. Sammenhængende hermed må forsøg på administrationskrævende »millimeterretfærdighed« opgives. Afgiftssystemet må tilgodese hensynet til en mere smidig distributionsstruktur.

5. Administrationen af medicinprisfastsættelsen (distributionsavancen) og afgifts-

1) Forslagets forkastelse i socialdepartementet skyldes navnlig følgende udtalelse fra finansdepartementet: »Utjevningsordningen mellem apotekene bør utformes slik, at den ikke reduserer apotekenes interesse i effektiv og forretningsmessig drift. Finansdepartementet må derfor fraråd at apoteksavgiften helt eller delvis blir lagt på apotekenes nettofortjenete

regler og regnskabsaflæggelse må samles, således at disse helt sammenhængende problemer behandles i sammenhæng af een ansvarlig myndighed. Den eksisterende spredte administration og til dels også manglen på økonomisk ekspertise har stillet det offentlige for ugunstigt ved behandlingen af disse væsentlige spørgsmål.

Gruppen skal anbefale, at fastsættelsen af distributionsavancen i detailledet — d.v.s. af medicintaksten - sker på grundlag af mere generelle beregninger over, hvilke omkostninger, detailledet bør have dækket. Beregningerne kan foretages enten ud fra en gennemsnitsbetragtning, hvori apoteker, hvis forhold er afvigende fra gennemsnittet, f.eks. produktionsapoteker, ikke indgår, eller der kan opstilles modeller over, hvor meget forskellige typer af apoteker må koste. Der foreslås med andre ord en årlig fastsættelse af en bruttoavance på grundlag af en »standardavance«. Til de direkte distributionsomkostninger kan lægges de indenfor systemet af det offentlige afholdte g godkendte udgifter, jfr. pkt. 9 nedenfor.

Gruppen har i bilag 7 opstillet skitser til ny procedure for medicinprisfastsættelsen i detailledet med nærmere angivelse af, på hvilke områder, der navnlig kan være anledning til at revidere den hidtidige automatiske indregning af omkostninger i detailledet. Man har der skitseret et afgiftsystem, der er baseret på et strukturtilskud til alle apoteker kombineret med en nedsættelse af bruttoavancen og en omsætningsafgift til finansiering af strukturtilskudet og øvrige centralt afholdte udgifter. Hvis det anses for påkrævet med en udligning af nettoindkomsterne, kan et afgiftsystem opbygges med det norske system som model. Dette system kan, jfr. bilag 7, karakteriseres som et »suppleringssystem«. Det norske system er væsentligt mere enkelt og overskueligt end det nuværende danske, men det vil ikke i samme grad som systemet med strukturtilskud vise, hvilke udgifter, der er forbundet med at opretholde apotek.

Efter begge systemer vil der kun skulle opkræves afgift i form af omsætningsafgift. Hovedideen i forslagene er at opnå en væsentlig administrationsforenkling og et mere effektivt offentligt tilsyn samt at tilskynde til rationalisering og økonomisering både i systemet som helhed og på den enkelte enhed.

6. Kun distributionsomkostninger bør kunne medregnes som driftsudgifter ved medicinprisfastsættelsen. Distributionsomkostninger må her tages i en lidt videre betydning, idet også funktionen med magistrel fremstilling betragtes som distributionsomkostning. Det bør måske overvejes - evt. i en overgangstid - at lade omkostningerne ved nogen produktion til salg i eget apotek indgå i regnskabet.

Gruppen anbefaler, at den mere centraliserede produktion adskilles fra detaildistributionen, jfr. det foregående kapitel om apoteksproduktion.

7. Den nuværende ordning med automatisk medregning af alle afholdte udgifter til indretning og vedligeholdelse bør ikke videreføres. Gruppen mener på den ene side, at der skal sikres en rimelig standard i systemet, men finder på den anden side, at den generelle standard nu er så høj, at de knappe ressourcer bør anvendes der, hvor standardforbedringer både af faglige og driftsøkonomiske grunde er påkrævet. Mere konkret foreslås der indført en ordning med godkendelse af investeringer over en vis »bagatelgrænse«. Eventuelt kan der fastsættes en årlig ramme for de samlede investeringer, man vil godkende. De nuværende regler om refusion af udgifter til indretning og vedligeholdelse bør ikke videreføres.

8. Hvad spørgsmålet om indregning af kapitalforrentning i medicinpriserne angår, bør særlig det såkaldte »31.000-kronersspørgsmål« overvejes nærmere. De 31.000 kr. er den anslåede værdi pr. apotek i 1970 af, at apoteksbranchen opnår særlige rente-

fri kreditter. Denne fordel er der ikke hidtil taget hensyn til ved takstfastsættelsen (der således har forudsat renteomkostninger i forbindelse med lagerhold som ved normale kreditbetingelser). Isoleret set medfører dette forhold, at apotekerne opnår en overdækning i forhold til det tilsigtede gennemsnitsudbytte. Under de i dag gældende pris- og rentebetingelser m.v. må overdækningen i absolutte beløb antages at være væsentlig større end de for 1970 opgjorte 31.000 kr. pr. apotek. Som nævnt gælder dette ved en isoleret beregning af forholdet mellem de faktiske og de ved takstfastsættelsen indregnede renteomkostninger ved lagerhold. Ved en samlet vurdering må det tages i betragtning, at der omvendt afholdes forskellige udgifter, som heller ikke kommer til udtryk i takstberegningen. For en nærmere belysning af forholdet og for en vurdering af nettoresultatet af de to modgående tendenser henvises til bilag 4.

Som grundlag for beregning af forrentning af apotekernes egenkapital bør gås over til anvendelse af et »nettoformueprincip«. Hertil vil kræves dels gennemgribende ændringer af regnskabsskemaet, dels at der indføres regler for opstilling af status.

9. En afgift bør fastsættes således, at den - ud over tilskud — kan dække de udgifter, som iøvrigt findes at burde belaste systemet. Gruppen mener her, at de forskellige aktiviteter, som varetages af Danmarks Apotekerforening, fortsat bør finansieres over medicinpriserne i det omfang, de efter en nærmere vurdering enten vedrører funktioner, som ellers skulle varetages på de enkelte apoteker, men som er egnet til central varetagelse (f.eks. lønadministrationen) eller vedrører opgaver, som ellers kan betragtes som offentlige (f.eks. undervisning af apoteksassistenter, eventuelt også visse dele af DAK-virksomheden[1]). Gruppen mener, at kun udgifterne til de aktiviteter, som er godkendt af det offentlige, bør kunne indregnes ved fastsættelsen af medicinpriserne, og at dette bør ske ved årlige bevillinger. Den hidtidige automatiske indregning af enhver af foreningen truffen udgiftsdisposition må bringes til ophør; hvilke opgaver foreningen iøvrigt påtager sig er selvsagt det offentlige uvedkommende.

Afgifterne bør formentlig også finansiere de løbende statslige pensionsudgifter til farmaceuter beskæftiget med apoteksdistribution; herom henvises til det følgende, hvor pensionsproblemstillingen behandles.

Hvorvidt apotekerafgifterne (d.v.s. medicinpriserne) skal finansiere offentlige udgifter indenfor systemet er et politisk spørgsmål. I forslag til lov om lægemidler er udgifterne ved offentlig kontrolvirksomhed (inspektion, laboratorier, nævn m.v.) foreslået afholdt som almindelig statsudgift. Medicinfabrikanters betaling for kontrol og tilsyn er foreslået opretholdt.

Endelig bør der afsættes en årlig bevilling til finansiering af tab ved nedlæggelse af apoteker.

10. Der må efter gruppens opfattelse sættes ind på et mere effektivt indseende med priserne på medicinske specialiteter, som i løbet af få år vil udgøre 90-95 % af apotekernes lægemiddelomsætning. Gruppen er bekendt med, at priskontrollen med farmaceutiske specialiteter i forbindelse med behandling af forslag til lov om lægemidler foreslås overført til monopoltilsynet. Ved en adskillelse af apoteksproduktionen fra distributionsvirksomheden bør også priskontrollen med denne produktion varetages af monopoltilsynet.

2.2.4. Apotekernes finansiering af anlæg og drift.

Apoteksbranchens finansieringsbehov dækkes som nævnt i kap. II næsten 100 % ved fremmedkapital med leverandørkreditter, lån i pengeinstitutter og lån i apotekerfonden som de mest fremtrædende finansie-

1) En meget væsentlig del af DAK-laboratoriets udgifter vedrører apoteksproduktionen, og ved en regnskabsmæssig adskillelse bør disse udgifter tillægges omkostningerne ved denne produktion.

ringskilder I de senere år er der som omtalt sket den ændring, at udlånene fra apotekerfonden er blevet begrænset, og fra den 1. april 1974 er udlånsordningen ophævet og erstattet med en ordning med statsgaranti for lån i banker og sparekasser til finansiering af overtagelse af apoteker og oprettelse af helt nye apoteker og apoteksdrevne udsalg. Stort set har apotekerne både kunnet kompensere de reducerede udlånsmuligheder og udvide disse gennem private finansieringskanaler. Forskydningen har bevirket, at det offentliges muligheder for indseende med overtagelsessummer og investeringsudgifter i apotekssektoren er blevet reduceret, men den har ikke bevirket nogen reduktion af ressourceanvendelsen.

Som omtalt i kap. II har de tidligere lette muligheder for finansiering i apotekerfonden i nogen grad tilskyndet til mindre omkostningsbevidsthed ved overtagelse af apoteker (navnlig for så vidt angår fast ejendom, hvor ejendomsvurderingerne også er presset i vejret), og på grund af det relativt lille og lukkede system har både sælgers og købers interesser haft mulighed for at blive varetaget over medicintaksten.

Gruppen mener, at et hensyn til at sikre det offentliges indseende med sektoren ikke i sig selv kan motivere en tilbagevenden til tidligere finansieringsmønstre. Det bør dog nævnes, at - bl.a. også på baggrund af Danmarks Apotekerforenings rekommandationer med hensyn til brug[1]) af den pr. 1. april 1974 etablerede statsgarantiordning - kan den gældende finansieringsform komme til at indebære en stærk binding af apotekervæsenet til en enkelt privat långiver.

løvrigt mener gruppen, at det under en videreførelse af det gældende system bør sikres, at en statsgarantiordning er en permanent mulighed. En genopliven af tilstande, der minder om tidligere tiders binding af apotekerne til medicingrossisternes långivning bør undgås.

1) Nemlig kun for så vidt angår lån til varelager, medens de øvrige overtagelsesomkostninger anbefales finansieret gennem apotekerforeningens kreditformidlingsafdeling B, jfr. kap. II, 2.4.4.

2.3. Farmaceuters pensionsforhold

2.3.1. Finansielle problemer

Som flere gange nævnt har apotekerfondens indtægter i form af afgifter (grundafgift med fast kronebeløb, omsætningsafgift og nettoafgift) ikke i mange år været tilstrækkelige til at afholde de fonden pålagte udgifter, hvoraf pensionerne ifølge finansloven for 1974/75 udgør ca. 65 %. Da pensionsudgifterne — ud over de årlige stigninger som følge af dyrtids- og reallønsregulering - også stiger som følge af en stadig nettotilgang af pensionister, og da der i øvrigt er anledning til en nærmere vurdering af apotekervæsenets pensionsinstitut, er det under en *hvilken som helst fremtidig struktur nødvendigt* at tage apotekerlovens pensionsbestemmelser op til revision.

Apotekervæsenets særlige stilling som »mellemting« mellem privat erhverv og offentlig sektor giver sig markant udslag i pensionsbestemmelserne. Der er ved lov sikret apoteksindehavere, apoteksansatte farmaceuter, andre farmaceuter med tilknytning til apotekervæsenet samt de i de faglige organisationer ansatte farmaceuter pension efter regler svarende til statstjenestemænds pension. En art privat element kommer imidlertid ind derved, at pensionsudgifterne ikke afholdes af statens pensionsvæsen (finansministeriet), men af apotekerfonden, hvis virksomhed i denne henseende kan sammenlignes med en pensionskasse. Den formuesamling (fondsopbygning), der fandt sted indtil midten af 1960-erne, kan bl.a. anskues som en fondering til pensionsformål. Analogien til en pensionskasse holder imidlertid kun i et meget begrænset omfang, idet der — udover en tilbageværende rest af pensionsbidrag for farmaceuter ansat på sygehusapoteker - ikke er tillagt apotekerfonden selvstændige indtægter til pensionsformål, og idet apotekerfondens formue i hvert fald ikke de sidste ca. 10 år har haft en efter aktuarmæssige principper tilstræk-

kelig størrelse til at dække præmiereserven. Som nævnt angiver loven udtømmende fondens indtægtsgrundlag i form af afgifter, hvorimod udgifterne er bestemt udefra. Der er således ingen funktionel sammenhæng mellem udgifter og indtægter.

Sålænge de indgående afgifter (efter fradrag af tilskud) oversteg de løbende driftsudgifter og pensionsudbetalinger, var der for så vidt ingen anledning til at påse, at formuen voksede i takt med de forøgede krav til præmiereserve, så meget desto mindre som aktuarmæssig opgørelse af statens pensionsforpligtelser og tilstedeværelsen af en hertil svarende formue ikke gennemføres, og disse synspunkter iøvrigt ikke har nogen indflydelse på skatternes størrelse.

I årene op til ændringen i 1962 af apotekerlovens afgiftsbestemmelser og i de nærmest følgende år kunne apotekerfonden hvert år henlægge et overskud til formuen, der pr. 31/3 1970 nåede sit højdepunkt med 213 mill. kr.

I de senere år har fonden imidlertid delvis måttet afholde sine udgifter ved formueforbrug, dels ved at realisere den likvide formuebeholdning, dels ved at etablere en mellemregning (gæld) med statskassen (den ene hånds gæld til den anden hånd). Pr. 31/3 1974 udgjorde formuen 192 mill. kr., og under bibeholdelse af det gældende system, vil den være opbrugt i løbet af 10-15 år.

Selv om lovgivningen bygger på en forudsætning om apotekerfonden som en pensionsfond, hviler pensionerne på et tilsagn i henhold til lovgivningen og er dermed en statslig forpligtelse. Det er således uden for enhver tvivl, at pensionisterne og de optagne medlemmer kan gennemføre krav på statskassen for pensionerne.

I dette afsnit, jfr. foran, er der stillet forslag om, at fondsbegrebet forlades for så vidt angår afgiftssystemet og andre driftsudgifter vedrørende apotekervæsen og lægemiddelkontrol. Også for så vidt angår pensionsforholdene foreslår gruppen, at *fondstanken forlades*. Pensionsudgifter må, i det omfang man ikke ønsker at lade dem gå ind over statens almindelige pensionsregnskab, betragtes som driftsomkostninger, som løbende må indregnes i medicinpricerne. Hvorledes indregningen skal ske, må afhænge af afgiftssystemets indretning. Her skal nævnes, at indregning kan ske enten i form af en slags lønskat eller over en almindelig apotekerafgift, der løbende skal dække de udgifter ved apotekervæsenets virksomhed, som er godkendt af det offentlige.

2.3.2. *Vurdering af pensionsordningen*

Den ved 1954-loven etablerede fælles pensionsordning for apotekere og farmaceuter er præget af en accept af apotekervæsenet som en i hovedsagen offentlig institution, og den har kun afveget fra den tilsvarende tjenestemandspensionslovgivning ved, at apoteksindehaverne i pensionsmæssig henseende var placeret noget lavere end den tilstræbte gennemsnitlige lønningsmæssige placering (henholdsvis daværende 24. lønklasse (»ekspeditionssekretærpension«) og 29. lønklasse (»departementchefløn«)). Anvendelse af en lavere pensionsramme var begrundet i, at apotekerne som erhvervsdrivende havde større muligheder for at skabe sig en formue og var sikret kontant betaling ved salg af apotekets inventar m.v. ved fratræden. Senere er forskellen mellem pension og gennemsnitsindtjening blevet udlignet noget; apotekere pensioneres nu efter 34. lønramme og gennemsnitsindtjeningen tilstræbes lagt efter 37. lønramme.

For andre medlemmer af pensionsordningen er pensionen beregnet efter statens akademiske lønrammer. Såfremt provisorer havde været tjenestemænd, ville de lønningsmæssigt have være placeret i disse lønrammer. For overenskomstlønnede chefer i sundhedsstyrelsen m.fl. steder og for statsansatte farmaceuter med et kvalifikationstillæg over en vis størrelse, betaler institutionen 10 % og den pågældende selv 5 % af kvalifikationstillægget til en yderligere pensionsdækning i Farmaceutforeningens Pensionsordning.

Da apotekervæsenets pensionsordning

blev etableret, var de i staten ansatte akademikere tjenestemænd. Siden er overenskomstansættelsessystemet slået igennem med hensyn til alle nyansættelser, bortset fra chefstillinger.

Apotekerlovens pensionsordning indebærer for de omfattede den fordel, at de er sikret pension svarende til tjenestemænds, herunder ikke mindst reallønreguleringer, og de af ordningen omfattede farmaceuter anser også dette for et betydeligt gode.

Apotekerforeningen har herudover i 1972 etableret en pensionskasse, der tjener til supplering af apotekernes tjenestemandspension. Tilsvarende er der for apoteksassistenter etableret en pensionskasse i 1965; denne kasse har opsamlet en betydelig formue fra præmieindtægter; formuen udlånes nu til erhvervelse og ombygning af apoteksejendomme.

Ulemperne ved den nuværende pensionsordning — ud over de finansielle, som er omtalt ovenfor - består navnlig i, at den medvirker til at skabe uligheder mellem på den ene side apotekere og apoteksansatte farmaceuter og på den anden side de farmaceuter, der er ansat i (rent) privat regi, og at den derved modvirker en ønsket og oprindelig tilstræbt[1]) vekselvirkning mellem ansættelse på apotek, i industri, engros-distribution m.v. For de offentligt ansatte, der er medlemmer af ordningen (farmaceuter ansat i sundhedsstyrelsen, på Danmarks farmaceutiske Højskole og på sygehusapotekerne) indebærer ordningen en direkte økonomisk fordel på p.t. ca. 200 kr. om måneden i forhold til andre farmaceuter, f.eks. på statens seruminstitut og på sygehusenes centrallaboratorier, som ikke er omfattet af ordningen.

Tjenestemandsbegrebet er knyttet til en principielt fast og varig ansættelse i en bestemt stilling. En sådan betingelse stilles ikke i apotekervæsenets pensionsordning, hvor selv meget korte og vekslende ansættelser og vikariater på forskellige arbejdssteder skal bevirke optagelse i ordningen og medregnes i pensionsancienniteten. Betingelsen er, at vedkommendes ansættelse har karakter af hovedvirksomhed, der defineres som ansættelse på mindst 6/10 overenskomstmæssig arbejdstid. Navnlig efter bortfald af egetbidrag er det forbundet med betydelige vanskeligheder at administrere en række overenskomstansattes meget løse og skiftende ansættelser i overensstemmelse med reglerne om tjenestemandspension.

Medens der ved lovændringer og ændringer i overenskomster kunne træffes foranstaltninger til løsning af de forannævnte problemer, vil hensyn til smidighed og vekselvirkning i ansættelsesforholdene ikke kunne imødekommes, medmindre ordningen udvides til at omfatte *alle* farmaceuter. Et sådant forslag må forekomme helt ud af takt med udviklingen og dets gennemførelse ville være forbundet med en meget stor administration.

Gruppen mener, at der ikke på dette område er grundlag for at opretholde en ordning, som i pensionsmæssig henseende er afvigende fra ordninger for grupper af overenskomstansatte inden for det offentlige og fra den for apoteksassistenter og defektricer etablerede ordning. Man stiller derfor forslag om at *lukke for tilgang til apotekervæsenets pensionsordning af andre end apoteksindehavere* og om, at der i de faglige overenskomster indføres generelle bestemmelser om pensionsbidrag f.eks. efter modellen 5 % egetbidrag, 10 % arbejdsgiverbidrag. *Dette forslag stilles uanset fremtidig struktur for lægemiddelforsyningen.*

Under en reformering af det gældende distributionssystem i retning af større privatisering kunne det overvejes også at lukke den eksisterende ordning for apotekere, jfr. disses status som selvstændige næringsdrivende. Under hensyn til bevillings- og indtægtsreguleringen kan der dog anføres væsentlige argumenter for - selv i et privat system - at bibeholde en tjenestemandspensionering af apotekerne. Gruppen mener, at meget i så

1) Jfr kap. II, afsnit 2.6.3. om apotekervæsenets ekstraordinære pensionsordning, der blev lukket i forbindelse med lovændring i 1970.

fald taler for at lade samme løn være udgangspunkt for tilstræbt gennemsnitsindkomst og pension.

Under et *statsdrevet apotekssystem* forventes apotekschef erne at blive egentligt tjenestemandsansatte, og den lønnings- og pensionsmæssige placering forudsættes i så fald at blive sammenfaldende.

For så vidt angår *sygehusapotekere* skal man foreslå, at ikke blot deres ansættelsesforhold - som i dag - men også pensionsforholdene ordnes svarende til, hvad der gælder for sygehusansatte overlæger. Provisorer på sygehusapotekerne må i pensionsmæssig henseende ligestilles med de øvrige sygehusansatte farmaceuter, som i dag er medlemmer af Farmaceutforeningens Pensionsordning med Pensionsforsikringsanstalten A/S.

2.3.3. Konsekvenser af ændringer

A. Lukning af ordningen for farmaceuter

Fordelingen af de pr. april 1974 ca. 1450 aktive medlemmer af apotekervæsenets pensionsordning fremgår af tabel 11.15. I de sidste 5 år har den årlige nettotilgang af aktive medlemmer gennemsnitlig været ca. 25; tilgangen er hovedsagelig sket ved optagelse af flere medlemmer ansat på sygehusapotekerne, i sundhedsstyrelsen og på Danmarks farmaceutiske Højskole samt i Danmarks Apotekerforening.

Pr. 31. marts 1974 var der 743 pensionister, fordelt på 309 apotekerpensioner, og 434 farmaceutpensioner, jfr. nærmere tabel 11.16. De 309 apotekerpensioner beløb sig i 1973/74 til knap 10 mill. kr., svarende til 32.000 kr. i gennemsnit pr. pension[1]). Såfremt apotekerpensionerne skulle »betales« af de aktive apotekere som bidrag til ordningen, skulle der i 1973/74 have været opkrævet ca. 29.000 kr. pr. apotek. De 434 farmaceutpensioner beløb sig til knap 13 mill. kr., svarende til 30.000 kr. i gennemsnit pr. pension. En finansiering af disse pensioner ved bidrag fra de aktive farmaceutmedlemmer ville have medført et bidrag på ca. 11.600 kr. pr. medlem i 1973/74. Den gennemsnitlige årlige nettotilgang af pensionister har i de sidste 5 år været op mod 30.

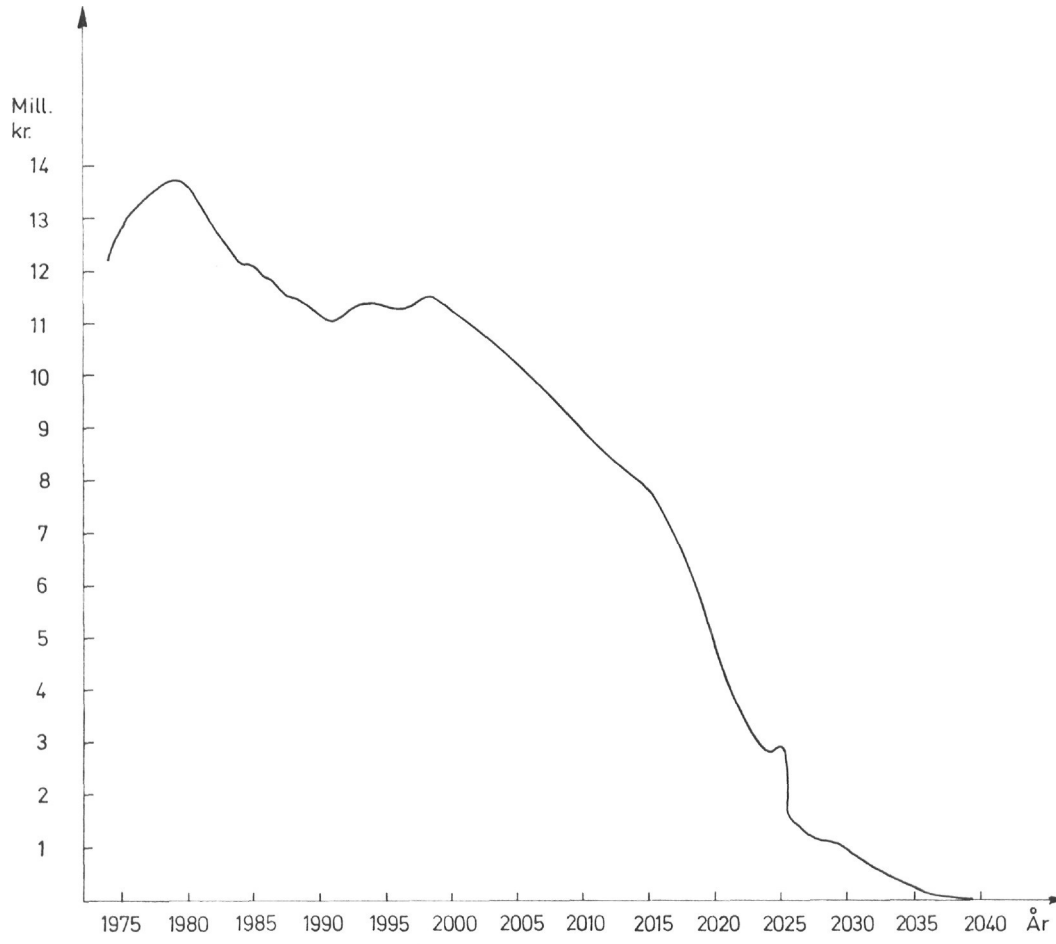
Såfremt gruppens forslag om en lukning af apotekervæsenets pensionsordning for i hvert fald andre end apotekere følges, må det tages i betragtning, at de hidtidige principper - som følger reglerne om pension til statstjenestemænd - skal bibeholdes for de personer, som er i ordningen. Ikke alene de allerede pensionerede, men også de, der er optaget i ordningen, har et bindende pensionstilsagn, naturligvis under forudsætning af, at nærmere angivne vilkår opfyldes. Hvorvidt det vil være muligt at formindske personbestanden i en lukket ordning ved at overføre en række yngre medlemmer, f.eks. medlemmer under 35 år, til den forsikringsmæssige ordning, som påregnes etableret eller udbygget i tilfælde af lukning af apotekervæsenets pensionsordning, kan der ikke tages stilling til her. Man kunne tænke sig, at yngre medlemmer kunne overføres med pensionssurrogater (udtrædelsesgodtgørelse, opsat pension). En sådan overførsel vil være et forhandlingsspørgsmål, der vil forudsætte en række beregninger og vurderinger, og hvis effektuering nok vil kræve en særskilt bevilling. Over for de betænkeligheder, der eventuelt måtte følge heraf, står, at man i fremtiden ville opnå betydelige administrative lettelser.

På grundlag af personbestanden - bortset fra apotekere — i apotekervæsenets pensionsordning, d.v.s. både aktive medlemmer og pensionister, pr. 1. januar 1972 er der foretaget beregninger over den årlige afgang fra en pr. 1. januar 1972 lukket ordning, og de årlige udgifter til pensioner, sålænge der skønnes at være pensionister. Beregningen er grafisk fremstillet i figur VI. 1.

Selve pensionsudbetalingerne er beregnet efter de pr. 1. april 1973 gældende satser, og efter beregningen vil pensionsudgifterne i

1) Det relativt lille gennemsnitstal er påvirket af, at ca. $^2/_3$ af pensionerne udbetales i henhold til ældre regler, og af det store antal ægtefællepensioner (over halvdelen).

Figur VI 1: Udgift [1] for apotekervæsenets pensionsordning til pensionering af medlemmer, bortset fra apotekere, ved lukning for tilgang efter 1. januar 1972.



1) Beregningsgrundlag : antal pensionister og aktive medlemmer (ialt 1448), bortset fra apotekere, pr 1.1.1972 og pensioner i lønniveau april 1973.

1975 være 12 mill. kr., stigende til knap 14 mill. kr. i 1980, hvorefter udgifterne vil vise et gennemsnitligt svagt fald til omkring år 2000. Derefter vil udgifterne falde hurtigt for at udløbe i år 2040. En lukning f.eks. 1. januar 1976 og en beregning efter de nugældende satser vil forrykke kurvens længde og højde, men billedet bliver det samme.

De store betænkeligheder, som en så lang administration af en lukket ordning rejser, må efter gruppens opfattelse afvej es mod de fordele, som på lidt længere sigt må på-

regnes opnået i retning af større smidighed i ansættelserne. Man vil også anse det for muligt, at administrationen af den lukkede ordning efter en overgangstid kan overføres til statens almindelige pensionsadministration.

Med hensyn til betydningen for medicinpriserne er der grund til at fremhæve, at selve lukningen af ordningen kun vil få begrænsede konsekvenser. Det afgørende for medicinpriserne er forslaget om en ophævelse af fondsbegrebet og en løbende inddækning af pensionsudgifterne over afgiften. Indregning af pensionsudgifter i medicinpriserne bør efter gruppens mening kun ske i forhold til det antal personer, der er beskæftiget med virksomhed, som iøvrigt kan indregnes i medicinpriserne. For de øvrige personer bør den institution, hvor de pågældende er ansat, betale bidrag.

Af de i 1973/74 udbetalte *farmaceut*pensioner, knap 13 mill. kr., ville der således kun blive tale om medregning af 8—10 mill, kr. ved medicinprisfastsættelsen (distributionsavancen), svarende til antallet af beskæftigede farmaceuter ved distributionsvirksomhed multipliceret med den gennemsnitlige pensionsudgift pr. aktiv farmaceut i ordningen i 1973/74 (11.600 kr.). De institutioner og organisationer, som iøvrigt har ansat personer, der er medlemmer af apotekervæsenets pensionsordning, må betale bidrag over institutionens/organisationens regnskab. For sygehusapotekerne ville der i 1973/74 have været tale om en yderligere bidragsbetaling på ca. 170.000 kr.[1]), medens f.eks. Danmarks Apotekerforening skulle have indbetalt bidrag på 731.000 kr. (11.600X63).

Dersom der for alle de aktive farmaceutmedlemmer af apotekervæsenets pensionsordning skulle have været betalt pensionsbidrag med 15 % af lønnen, kan udgiften i 1973 anslås til ca. 11-12 mill kr.

Ved en lukning af apotekervæsenets pensionsordning og indførelse af generelle bestemmelser i de faglige overenskomster om pensionsbidrag vil nyansatte farmaceuter på apotekerne belaste lønningskontoen med 10 % arbejdsgiverbidrag, hvortil kommer at 5 % arbejdstager-bidrag må påregnes at påvirke lønningsudgifterne i opadgående retning måske vil der ialt kunne blive tale om ca. 15 % bidrag til pensionsordning. De nyansatte påregnes overvejende at være unge kandidater, for hvilke et 15 % pensionsbidrag med udgangspunkt i maj 1974 lønninger vil være ca. 10.000 kr. pr. fuldtidsbeskæftiget. Den årlige tilgang til distributionssektoren vil næppe overstige 40. Endvidere må det kunne forventes, at de deltidsansatte under $^6/_{10}$, som for tiden ikke er pensionssikret, vil kunne indgå i en ordning. Der er ca. 200 apoteksansatte farmaceuter, som arbejder under $^6/_{10}$ arbejdstid. Det må iøvrigt bemærkes, at antallet af farmaceuter beskæftiget på apotekerne, er ret konstant, jfr. kap. II.2.6., og tabel 11.13.

Det skal herefter konkluderes, at der reelt ikke vil være tale om, at selve lukningen vil bevirke større udgifter til pensionssikring. På langt sigt vil der nok — alt andet lige - være tale om en vis besparelse for det offentlige.

B. Ændring af apotekeres pensionsmæssige placering

Apotekere der er pensioneret før den 1. juli 1971 får pension beregnet efter lønramme 31 eller efter tidligere gældende regler, medens der for apotekere pensioneret efter denne dato beregnes pension efter lønramme 34. Pr. 1. august 1974 er 63 apotekerpensioner beregnet efter lønramme 34, 33 efter lønramme 31 og 210 efter ældre regler.

Pr. 1. april 1974 udgør højeste egenpension i lønramme 34 67.581 kr. årlig, i lønramme 37 81.924 kr. årlig, d.v.s. en forskel på 21 Vo. En bestemmelse om, at apotekere pensioneret efter 1. april 1974 skulle have deres pension beregnet efter lønramme 37, ville i 1974/75 betyde en merudgift

1) 998.000 kr. (86X11.600) ÷ 830.000 kr., jfr. tabel 11.15.

på ca. 260.000 kr. på årsbasis, såfremt 18 apotekere går af med højeste egenpension.

Der er ikke foretaget beregninger over afgangen fra en lukket ordning for apotekere, men den vil ske betydeligt hurtigere end for farmaceuter.

Som nævnt beløb apotekerpensionerne sig til ca. 10 mill. kr. i 1973/74. Såfremt der for 331 apotekere skulle have været betalt pensionsbidrag på 15 % af lønnen i lønramme 37 pr. 1. april 1974, ville udgiften hertil være ca. 8 mill. kr.

2.4. Administration og styring

I det foranstående har man ved flere lejligheder fremhævet betydningen af et effektivt offentligt indseende og en effektiv offentlig styring på et område af så stor samfundsmæssig betydning som lægemiddelforsyningen, hvor der yderligere indgår et betydeligt element af offentlig udgiftsdækning. Der er ligeledes fremsat forskellige forslag, som ved at fritage det offentlige for en detailregulering af ofte tvivlsom relevans i sig selv skulle kunne skabe mulighed for en forstærket offentlig indsats med hensyn til realisering af overordnede lægemiddelpolitiske målsætninger.

Når man vil overveje, hvorledes det derudover kan være muligt at forstærke det offentliges engagement på lægemiddelforsyningens område, stilles man naturligvis over for det problem, at lægemiddelforsyningen kun udgør et enkelt begrænset element i den samlede sundhedstjeneste og ikke kan anskues isoleret fra dennes øvrige dele eller i øvrigt fra de med sundhedsvæsenet nært beslægtede områder. Følgelig kan løsningsmulighederne med hensyn til styring af lægemiddelsektoren ej heller diskuteres uafhængigt af løsningsmulighederne med hensyn til de meget vidtrækkende problemer om styring af det samlede sundhedsvæsen, hvorom en stor del af perspektivplandebatten har været centreret. Gruppen må således primært fremhæve betydningen af at se hele sektoren i en større sammenhæng, men i øvrigt må gruppen for sin del begrænse sig til at fremsætte en række synspunkter på det snævrere spørgsmål om selve lægemiddelsektoren:

1. Som omtalt i kap. II afsnit 9 er den nuværende admininistration meget splittet. På denne baggrund finder gruppen, at det er nødvendigt at samle den offentlige administration vedrørende lægemiddelsektoren, herunder lægemiddelforsyningen. Gruppen er bekendt med, at en arbejdsgruppe, som sundhedsstyrelsen efter indenrigsministeriets anmodning nedsatte i 1973, har afgivet en rapport i oktober 1974, hvori der foreslås en samling af den ikke-departementale administration i *sundhedsstyrelsen*. Under de nuværende forhold, som har været udgangspunkt for den nævnte arbejdsgruppes overvejelser, forekommer denne løsning rimelig og hensigtsmæssig, såfremt der organisatorisk og personalemæssigt skabes muligheder for, at såvel faglige som økonomisk-administrative synspunkter varetages effektivt, og såfremt samarbejdet med den øvrige sundhedstjeneste intensiveres.

Går man uden for den gældende lovs forudsætninger må flere muligheder inddrages i overvejelserne.

En *politisk stillingtagen* til udvikling og ressourceforbrug i lægemiddelforsyningssektoren vil være en forudsætning for anvendelse af stærkere styringsmidler. Det kan i denne forbindelse bemærkes, at denne sektor fra politisk side har været anset for vanskelig tilgængelig på grund af uoverskuelige og indviklede regler, hvorfor styringen er blevet overladt til faglig ekspertise, ligesom området - naturligvis med en vis ret - politisk har været betragtet som en detalje.

Indretningen af den centrale administration af lægemiddel- og apoteksområdet og fordelingen af opgaver mellem de centrale administrative myndigheder vil derfor i nogen grad afhænge af den vægt, man politisk lægger på området.

I den nævnte redegørelse af oktober 1974 om den administrative struktur på lægemiddel- og apoteksområdet er der som omtalt

peget på en samling af administrationen i sundhedsstyrelsen. En anden mulighed for samling og styrkelse kan bestå i at udskille alle funktionerne til et nyt *lægemiddeldirektorat eller lægemiddelstyrelse,* og det kan i denne forbindelse nævnes, at spørgsmålet om etablering af et direktorat eller styrelse har været berørt ved folketingets behandling i 1965 af forslag til love om mindre ændringer i lovene om sundhedsvæsenets centralstyrelse og apotekervæsenet. En samling af den ikke-departementale administration i en lægemiddelstyrelse må antages at forbedre mulighederne for den politiske styring af området og samarbejdet på lokalt plan, hvorimod samspillet med den øvrige sundhedstjeneste muligvis kan vanskeliggøres noget.

Visse ændringer i *fordelingen af opgaver mellem ministerium og styrelse* og i forbindelse hermed ændringer i personalets sammensætning vil sandsynligvis under alle omstændigheder være en forudsætning for at sikre minister og departement fornødent grundlag for at fastlægge og fastholde en generel politik på området.

Etablering af et *samlende og af interesseorganisationer uafhængigt nævn,* der løbende kontrollerer og vurderer, om der er tilstrækkelig god koordination mellem det servicemæssige niveau og de samlede omkostninger i sektoren vil efter gruppens mening forstærke styringsmulighederne og virke inspirerende for den politiske debat og beslutningsproces.

Idet man endelig henviser til bilag 6, hvor den nuværende administration er skematisk gengivet skal gruppen fremhæve, at den gældende styring over en række nævn og råd, hvis selvstændighed er meget betydelig, har en indbygget kraftig tendens til opadgående standardglidning, uden at denne glidning hviler på en politisk beslutning herom. Også *på det faglige plan føles der savn af et samlende og overordnet organ* - ikke mindst i betragtning af de stærke og målrettede interesseorganisationer på området.

Gruppen mener, at udnyttelse af ekspertviden uden for selve administrationen, herunder også fra interesseorganisationerne, er helt nødvendigt på dette område. Man mener imidlertid, *at* antallet af nævn og råd bør søges begrænset, *at* det i opståede situationer overvejes, om etablering af et nævn er en hensigtsmæssig måde at varetage en ny funktion på, *at* et nyt nævns forvaltningsretlige status må afklares på forhånd og - ikke mindst - *at* de præmisser, som råd og nævn måtte have for deres indstillinger, og konsekvenserne heraf bør lægges frem for myndighederne.

2. Som tidligere nævnt skal man foreslå ophævelse af »æskesystemet«, hvilket også indebærer, at apotekerfonden afskaffes som økonomisk begreb. Efter gældende regler er der ingen tvivl om, at apotekerfonden er en statslig fond (d.v.s. at formuen er statens), men en videreførelse som en delvis selvadministrerende og — i hvert fald indtil fornylig - selvfinansierende fond forekommer uhensigtsmæssig. Heraf følger, at der ikke vil være behov for en særlig bestyrelse, og man mener iøvrigt, at det ved en overførsel af fondens aktiver - der består af udlån og faste ejendomme — til staten bør overvejes at afhænde de faste ejendomme; udlånsmassen vil være afviklet i løbet af 20-25 år.

3. Gruppens forslag om et mere fleksibelt system og intensivering af planlægningen vedrørende medicinforsyning nødvendiggør, at de centrale myndigheders kendskab til lokale forhold og de enkelte apoteker er meget stor, og man finder, at det vil være hensigtsmæssigt, at der udøves en faglig og driftsøkonomisk rådgivning og vejledning fra myndighederne med det sigte at sikre befolkningens lægemiddelforsyning under iagttagelse af en rimelig, men ikke automatisk glidende standard. Den offentlige administration må med andre ord påse, at ressourcerne anvendes bedst muligt, og at eventuelt overforbrug ikke påvirker medicinpri-

serne.

Omkostningerne ved den forstærkede indsats hermed vil delvis kunne inddækkes gennem indskrænkning af en detailadministration som den nuværende, der bl.a. nødvendiggør meddelelse af en række konkrete dispensationer fra fastsatte normer.

4. Under den videreførte centraliserede administration og beslutningsret bør - som nævnt — samarbejdet med lokale myndigheder, kommuner og amtskommuner, som har ansvaret for hovedparten af sundhedsvæsenet, intensiveres, og de lokale myndigheders forståelse for lægemiddelforsyningens økonomiske og faglige problemer *og* muligheder bør søges øget gennem samarbejde og gensidig information. Gruppens forslag om større samarbejde med sygehusapoteker og om lokale lægemiddelkomiteer har som forudsætning en øget kontakt både til læger m.fl. og til lokale myndigheder.

5. Gruppen har under sin gennemgang af det gældende system konstateret et behov for forbedret grundlag for det offentliges generelle styring i form af statistik og efterfølgende undersøgelser af virkningerne af iværksatte aktiviteter eller opgivelse af sådanne.

Der er i dag et udtalt behov for større viden om medicinforbrugets fordeling på forskellige præparatgrupper, lægernes ordinationsvaner m.v. En sådan viden vil være en forudsætning for at give befolkning, læger og sundhedsmyndigheder reelle oplysninger om brug af lægemidler. Man er bekendt med, at en arbejdsgruppe under sundhedsstyrelsen for tiden undersøger de tekniske problemer med at tilvejebringe grundlaget for en bedre viden om lægemiddelforbruget. Man skal foreslå, at der tages skridt til at tilvejebringe et forskningsmæssigt grundlag herfor og til at bearbejde og publicere oplysninger herom.

Også kendskabet til selve detaildistributionen må øges. De regnskabsmæssige oplysninger må forbedres, og der må kræves en mere tidssvarende analyse af disse oplysninger. Der bør efter gruppens mening afsættes ressourcer hertil.

6. Uanset de organisatoriske rammer vil en udbygget information til folketing og offentlighed om tendenser og perspektiver i lægemiddelforsyningen være en nødvendig forudsætning for, at man kan undgå, at det offentlige fortsat reelt fraskriver sig en væsentlig del af den styring, som er nødvendig i et system, hvor man udtrykkeligt ikke har villet overlade denne til markedskræfterne. Der synes således at være et udækket behov for bred og tværgående orientering.

3. Offentlig overtagelse og drift

3.1. Indledning

En eventuel statsovertagelse af apotekervæsenet kan enten tænkes gennemført som en *egentlig nationalisering,* hvor samtlige apoteker på én gang overføres til det offentlige, eller som en *gradvis proces,* hvorunder bevillingerne til at drive apotek overtages af staten ved ledighed, eller når indehaveren af en bevilling selv ønsker at overdrage den til det offentlige. Fra det forslag, som blev stillet i afsnit 2.2.1. om at også staten og kommunerne skulle have mulighed for at opnå apotekerbevilling, afviger den sidstnævnte variant derved, at *alle* apotekerbevillinger forudsættes inddraget ved ledighed. I forhold til en »straks-nationalisering« kan den gradvise statsovertagelse i visse henseender siges at være en både lettere og mildere løsning. Bortset fra de særlige problemer omkring produktionsapotekerne, hvor de retslige forhold som nævnt er uafklarede, ville en gradvis inddragelse af apotekerbevillingerne i takt med ledighed ikke medføre indgreb i velerhvervede rettigheder og derfor heller ikke medføre specifikke erstatningsproblemer med hensyn til sådanne velerhvervede rettigheder. Imidlertid er der næppe tvivl om, at det ville være en meget ulykkelig løsning, hvis der politisk blev

truffet beslutning om gradvis inddragelse af apoteksprivilegieme, uden at der samtidig i detaljer blev taget stilling til formålene med den samlede statsovertagelse af apotekervæsenet, en sådan løsning ultimativt ville resultere i, og uden at det f.eks. klart blev defineret, hvilket mønster for det samlede apotekervæsen de successivt overtagne enheder senere tænkes indpasset i. De nedenfor omtalte organisations- og ledelsesproblemer må ligeledes tillægges lige stor vægt straks fra starten, hvadenten der måtte blive tale om en egentlig nationalisering eller en gradvis statsovertagelse. På den anden side er det imidlertid også klart, at gennemførelsen af en samlet strukturpolitik ville støde på vanskeligheder i den lange årrække, hvor der under denne løsning ville eksistere et dualt system af henholdsvis offentligt og privat drevne enheder.

I det følgende koncentreres diskussionen derfor især om den fuldt integrerede statslige drift (»straks-nationaliseringen«). Den gradvise statsovertagelse behandles så at sige accessorisk hertil, men dog som en formentlig mere nærliggende mulighed end de alternativt diskuterede »løsninger«: henholdsvis en model baseret på drift i rent kommunalt regie og en model baseret på centralisering af apoteksvæsenet under et privat selskab.

3.2. Organisations- og ledelsesproblemer i et statsligt apotekervæsen

Principielt kan et statsdrevet apoteksvæsen tænkes organiseret enten som en *forretningsmæssig statsvirksomhed,* på samme måde som f.eks. Statsbanerne, Post- og Telegrafvæsenet eller Den kongelige grønlandske Handel, eller som et *statsaktieselskab.* Bortset fra Dansk Olie og Naturgas A/S er der gruppen bekendt endnu ingen fortilfælde for rene statsaktieselskaber i Danmark, hvorimod der længe har eksisteret blandede statsligt-private aktieselskaber, som f.eks. Kryolitselskabet Øresund A/S og Det danske Luftfartselskab. I Sverige er rene statsaktieselskaber derimod en udbredt virksomhedsform, og sådanne selskaber forekommer nu også i Norge, jvfr. navnlig det statslige olieudvindingsselskab Statoil. - Det svenske Apoteksbolaget er dog som omtalt i kapitel III formelt et blandet statsligt-privat selskab, idet en trediedel af Apoteksbolagets aktiekapital ejes af en stiftelse (fond) under Apotekarsocieteten. Reelt er der imidlertid tale om et statsselskab. Norsk Medisinaldepot falder ind under en særlov om visse statsbedrifter, gennemført efter indstilling fra Statsselskapskomitéen af 1957. - Statsejede selskaber er i øvrigt almindeligt forekommende i Frankrig og Italien.

Allerede fordi problemet statsselskab ctra. statsvirksomhed efter kendte retningslinier må opfattes som så generelt, at det rækker langt ud over gruppens kommissorium, er man ikke gået nærmere ind i denne problematik, hvilket i øvrigt også ville have forudsat speciel faglig bistand. Gruppen ønsker imidlertid stærkt at fremhæve, at det *under alle omstændigheder,* og hvadenten der måtte blive tale om en egentlig nationalisering eller en gradvis statsovertagelse, vil være *af afgørende betydning,* at organisationsformen bliver af en sådan art, at der skabes råderum for en *handlekraftig ledelse.* I modsat fald vil der være en betydelig risiko for en fortsat uniformering, fastholdelse af eksisterende bemandingsregler og regler for indretning og sortiment m.v., således at man ikke får realiseret den større fleksibilitet, derunder de større muligheder for overgang til helt nye distributionsenheder, som må være ét af formålene med en eventuel organisering af apoteksvæsenet i offentligt regi. Budgetmæssigt må det forudsættes, at den centrale ledelse får en vidtgående dispositionsfrihed inden for givne totale bevillingsrammer. På lønområdet må man, jvfr. omtalen af det svenske system, gå ud fra, at det vil være hensigtsmæssigt med en større fleksibilitet og individualisering end det er muligt efter statens almindelige aflønningssystemer. Det kan herunder vise sig hensigtsmæssigt at tage et individualiseret

lønklassesystem i anvendelse også for så vidt angår apotekscheferne og kombinere dette med øgede »opstigningsmuligheder« gennem større mulighed for avancement til anden og mere krævende apotekschefspost. Det må herved tages i betragtning, at der i forbindelse med apoteksdriften løbende skal træffes et stort antal økonomiske dispositioner, som der ikke i detaljer kan fastlægges regler for fra centralt sted. Evne til økonomisering bør derfor påvirke aflønningen. På den anden side ville det ikke være rigtigt at sætte aflønningen i relation til omsætning, brutto- eller nettoindtjening på den pågældende apoteksenhed. Inden for apoteksvæsenet kan gevinst - eller omsætningsmaksimering ikke anses for en samfundsmæssig målsætning, hverken for apoteksvæsenet som helhed eller for den enkelte enhed.

3.3. Begrundelser for eventuel statsovertagelse

Det lige anførte, hvorefter det må anses for nødvendigt at bevare, respektive indføre[1]) en række privatøkonomisk prægede elementer i et offentligt drevet lægemiddelsystem, giver naturligvis øget vægt til spørgsmålet, hvilke begrundelser der da i det hele kan anføres for en nationalisering af apoteksvæsenet.

Idet sammenligningsgrundlaget er det nuværende system uden dybtgående ændringer, skal gruppen herom først henvise til betænkningens tidligere afsnit. Det fremgår heraf, at der efter gruppens opfattelse skulle være mulighed for at opnå *væsentlige omkostningsbesparelser* ved stort set uændret opretholdelse af det nuværende service- og sikkerhedsniveau eller alternativt for at forbedre den nuværende lægemiddelservice inden for samme omkostningsramme som nu, regnet i faste priser og lønninger. Det vigtigste middel hertil vil være en smidiggørelse af den nuværende stive apoteksstruktur. I de umiddelbart foregående afsnit er der stillet forslag til reformer, der kan medføre forstærkede strukturændringer uden samtidig at forudsætte ændringer i de ejendomsretlige forhold (forstået som privat ctra. offentlig drift). En smidiggørelse kan imidlertid også tænkes opnået derved, at apotekerne gennem en statsovertagelse bringes under en fælles ledelse. Det må her tages i betragtning, at selv om det nuværende system er decentraliseret, er det præget af meget stærke tendenser til uniformitet, dels i kraft af skrevne og uskrevne normer for apoteksindretning, bemanding og arbejdsrutiner, størrelse, sortiment og servicegrad, dels i kraft af principperne for indtægtsudligningssystemet og i sidste instans naturligvis i kraft af hele privilegiesystemet[1]).

Som et andet forhold der ville kunne begrunde en eventuel overgang til centraliseret offentlig drift af apoteksvæsenet skal nævnes, at det offentlige herved ville få mulighed for — hvis man ønsker det — at benytte distributionsapparatet som ét af de instrumenter, der er til rådighed for en *styring af lægemiddeludbuddet* i retning af, hvad der til enhver tid anses for optimalt ud fra både medicinske og økonomiske synspunkter. Der er i denne forbindelse grund til at fremhæve, at der nok knytter sig væsentlige samfundsmæssige interesser til den måde, selve lægemiddeldistributionen er tilrettelagt på, men at det naturligvis er mindst

1) I forhold til det nuværende system vil det i nogle henseender være rigtigere at tale om at indføre end om at bevare privatøkonomisk prægede elementer i apoteksvæsenet. Dette må, jvfr. kap. II og IV, ses i sammenhæng med, at de fleste af de konkurrencemekanismer, der i øvrigt præger størstedelen af den private sektor, bevidst er sat ud af kraft inden for apotekervæsenet af hensyn til realisering af mere overordnede lægemiddelpolitiske målsætninger. I debatten om privat eller offentlig drift af apoteksvæsenet fører økonomiske og politiske modsætninger dog let til, at man forveksler det system vi har i dag med et system baseret på effektiv konkurrence, eventuelt idealiserede frikonkurrencebetingelser.

1) Som omtalt ovenfor i kap. II samt i bilag 3 præges også betænkningen fra det såkaldte distributionsudvalg af meget håndfaste normer for apoteksindretning og bemanding etc. Selv om den pågældende betænkning nok åbner op for en vis strukturtilpasning, vil strukturen stadig være meget fastlåst hvis man følger disse retningslinier.

lige så væsentligt, hvilke lægemidler der distribueres og til hvilke priser.

I sammenhæng hermed må også nævnes de øgede muligheder for en videregående *integration af apoteksdistributionen og apoteksproduktionen i den samlede sundhedssektor,* der ville følge af overgang til et offentligt drevet apotekssystem[1]). Med henvisning til fremstillingen i kapitel V skal specielt peges på, at der i så tilfælde kunne gennemføres en samordning af sygehusapotekerne og det øvrige apoteksvæsen.

Behovet for en væsentlig smidiggørelse af apoteksstrukturen må som omtalt i kapitel II antages at blive endnu større i fremtiden som følge af den relative stigning (stigning i forhold til andre områder) i apotekernes lønomkostninger og øvrige omkostninger. De problemer og tendenser, apoteksbranchen her er oppe imod, minder i så henseende meget om de problemer i den offentlige sektor, der er blevet sat i fokus gennem *perspektivplanredegørelserne* og den heraf affødte diskussion. Det er således et vigtigt fællestræk for denne diskussion og den emnekreds, der drøftes i denne betænkning, at spørgsmålene i høj grad centrerer sig om, hvordan hidtil anvendte metoder og systemer kan tænkes afløst af nye, der er mindre arbejds- og kapitalkrævende (derunder mindre specialistkrævende). I begge tilfælde er spørgsmålet om afvikling eller »optøning« af skrevne eller uskrevne *normer og standarder* og derunder afvikling af tendenser til standardspring af væsentlig betydning.

Den større *fleksibilitet* med hensyn til de forskellige apoteksenheders størrelse, indretning, sortiment og bemanding m.v., som overgang til offentlig drift ville åbne mulighed for, ville også kunne opnås hvis apoteksdriften blev samlet under et privat, koncessioneret selskab under offentligt indseende og med ansvar for bl.a. strukturpolitikken. Det samme ville gælde med hensyn til gruppesamarbejde, centralindkøb m. v., jvfr. herom nedenfor. Det afgørende er i så henseende næppe de rent ejendomsretlige forhold, men de muligheder en centraliseret ledelse ville have for at bryde den nuværende stive struktur.

Derimod vil der kunne komme forskelle frem med hensyn til mulighederne for at føre lægemiddelpolitik i de to tilfælde. Derudover er det naturligvis i høj grad et spørgsmål, om der ville kunne etableres et tilstrækkeligt effektivt offentligt indseende med en så stærk privat magtkoncentration, og om denne derfor ville være politisk acceptabel.

Det kan herved være af interesse at nævne, at gruppen som nærmere omtalt nedenfor har ment at kunne iagttage ret slående ligheder mellem det statslige svenske Apoteksbolag og den private engelske Bootskoncern med hensyn til moderne virksomhedsledelse og faktiske »politikker« på de her nævnte områder. I begge virksomheder synes der at være tale om stordriftsfordele i videste forstand i forbindelse med ledelsesfunktionen, på samme måde som det ofte er tilfældet i butikskæder i almindelighed. Der er dog naturligvis også afgørende forskelle mellem det svenske statsselskab og den private engelske koncern. Dette gælder ikke mindst hvad angår gevinstmaksimeringsmålsætninger, målsætning med hensyn til omsætningsmaksimering o.lign. samt generelt med hensyn til de to virksomhedsformers placering i den overordnede styring af hele lægemiddelområdet (lægemiddelpolitikken). Endvidere skal nævnes Boots-udsalgenes stærkt blandede sortiment, præget af den brancheglidning som i det hele karakteriserer apoteksudsalgene i England.

Med henblik på mulighederne for at opnå en mere smidig apoteksstruktur er der ligeledes grund til at fremhæve, at man i Sverige allerede før statsovertagelsen havde en væsentlig *stærkere differentiering af*

1) Hvis man tænkte sig muligheden af så at sige at starte forfra, må det antages, at de fleste ville gå ind for at apoteksvæsenet skulle være offentligt drevet.

salgssteder for lægemidler end kendt i Danmark. Foruden traditionelle apoteker og apoteksfilialer - begge med farmaceutisk ledelse og i det store og hele »ligeværdige« med hensyn til serviceniveau, således at der for kunderne næppe har været nogen forskel på de to typer — fandtes en række kompletterende enheder af »lavere valør«, herunder såkaldte apoteksförråd, ledet af en ikke-farmaceut (apotekstekniker), men alligevel med ret til selv at ekspedere recepter inden for et med de stedlige læger aftalt begrænset sortiment. Erfaringerne med denne type udsalg og med den endnu stærkere differentiering, der er sket under Apoteksbolaget, synes at have vist, at det i høj grad er muligt at yde god lægemiddelservice, selv om man — afhængigt af omsætningsunderlaget m.v. - fraviger gængse normer og standarder for apoteksstørrelse, indretning, bemanding og sortiment.

Et andet led i den udvikling apotekervæsenet i Sverige gennemløb forud for statsovertagelsen, var som nævnt i kapitel III en sænkning af kravene også til selvstændige apotekers udstyr og lokaler i takt med, at arbejdsopgaverne i stigende grad blev forskudt til distribution af industrielt fremstillede, færdigpakkede lægemidler. Nævnes må også et udbygget lokalt eller regionalt gruppesamarbejde, i vid udstrækning bygget op om systemer af moder- og filialapoteker.

Hele den beskrevne udvikling var nært forbundet med en udvikling henimod en *centraliseret ledelse* af det samlede apotekskollektiv, udøvet gennem en omfattende stab (en administrativ hovedafdeling) i det dengang meget stærke Apotekarsocietet. Denne private organisations stærke indflydelse på ledelsen af et område, som bl.a. i kraft af bevillingssystemet ansås for et klart samfundsanliggende, synes på den anden side i sig selv at have været et forhold, som medvirkede til beslutningen om statsovertagelse, jvfr. kapitel III.

I tilknytning til denne indledende diskussion, kan der være grund til at nævne, at man ikke kan se en art model for, hvordan et offentligt drevet apoteksvæsen ville fungere, i de nu af apotekerfonden drevne apoteker. Apotekerfonden overtager i dag kun apoteker, det er besluttet at nedlægge som selvstændige enheder eller som overvejes nedlagt, og fonden driver dem kun som en art nødløsning i den tid, der går i forbindelse med afviklingen. Af samme grund har det undertiden kunnet være vanskeligt at få bestyrere til de af apotekerfonden overtagne apoteker. Som tidligere omtalt støder nedlæggelse ofte på modstand både fra lokalt hold og fra organisationerne.

3.4. Model baseret på fuldt integreret statslig drift fra starten (»straks-nationalisering«)

3.4.1. Udenlandske modeller som forbillede

Såfremt der politisk træffes beslutning om en egentlig nationalisering af apoteksvæsenet, er det gruppens opfattelse, at den nuværende opbygning af apoteksvæsenet i Sverige med enkelte forbehold vil kunne tjene som model for opbygningen i Danmark. Forbeholdene gælder dels det tidligere omtalte spørgsmål om statsselskab ctra. statsvirksomhed af traditionel type, som gruppen ikke har ment at kunne tage stilling til, dels den særlige svenske regionaladministration (regionskontorerne), der i høj grad er geografisk betinget og næppe kan få aktualitet i et land af Danmarks geografiske udstrækning.

Hvad angår den omtale af den svenske nationalisering som en fiasko, der har været fremført i den internationale farmaceutiske fagpresse, ønsker gruppen at bemærke, at kritikken efter dens opfattelse må anses for ubeføjet. Da kritikken for en væsentlig del har været baseret på en sammenligning af udviklingen i indeks for hhv. apotekernes indkøbspriser og deres udsalgspriser, skal man specielt gøre opmærksom på, at der på begge felter foreligger sådanne særlige indeksproblemer, at der let kan blive tale om en sammenligning af inkommensurable størrelser, jvfr. den nærmere omtale heraf

i kapitel III. At basere en bestemt opfattelse hovedsagelig på et sådant sammenligningsgrundlag må under alle omstændigheder betragtes som urimeligt.

Allerede i sin nuværende udformning har apotekervæsenet mange træk til fælles med en mangefilialvirksomhed, bl.a. i kraft af indtægtsudligningen og de stærke ansatser til centraliseret ledelse gennem Danmarks Apotekerforening. Også det i Danmark eksisterende system kan med megen ret betegnes som et apotekskollektiv. På den anden side gør der sig dog også, som gentagne gange omtalt, stærke begrænsninger gældende i mulighederne for en samordning og strukturrationalisering af apotekervæsenet, også for de offentlige myndigheder. Navnlig ligger der som fremhævet en meget kraftig begrænsning i, at man under det nuværende system er bundet til at drive et apotek på en bestemt måde i op til en generation frem i tiden, når der først er givet en bevilling. Der er således ingen mulighed for at tage en bestående enheds fremtidige status op til omprøvning, før der skal ske nybevilling. Også i disse situationer har mulighederne for eventuelt at konvertere et bestående apotek til en enhed af helt ny type hidtil i praksis været meget begrænset, således at valget i praksis har stået mellem uændret videreførelse som selvstændig enhed eller nedlæggelse.

Ved en model som den her omtalte vil disse begrænsninger ikke gøre sig gældende, og der vil således åbnes mulighed for en påkrævet differentiering af medicinudsalgsstederne med deraf følgende muligheder for omkostningsbesparelser, respektive for en forbedret lægemiddelservice ved givne totalomkostninger.

Da disse mulige virkninger af en eventuel statsovertagelse med ledsagende overgang til centraliseret ledelse allerede er blevet fremhævet i de tidligere afsnit, skal man her begrænse sig til nogle eksempler hentet fra Sverige og England - eksempler der samtidig påny illustrerer, at den fornødne differentiering også kan opnås på anden måde end ved statsovertagelse.

Der er således nære lighedspunkter mellem på den ene side de af Apoteksbolaget oprettede stærkt forenklede såkaldte elementarapoteker med alligevel høj grad af lægemiddeldækning og på den anden side de mange meget små engelske apoteksudsalg, der er resultat af fri etableringsret. I den anden ende af skalaen forekommer i begge lande meget store apoteksudsalg. Det overraskende er dog næppe så meget, at man både ved en helt centraliseret statslig model som i Sverige og en overordentlig stærkt decentraliseret privat model som i England får løsningsmuligheder frem, der rummer mange lighedstræk og i begge tilfælde dækker over et meget bredt spektrum. Det synes, som berørt ovenfor, mere påfaldende, at man i Danmark med en i princippet ret decentral beslutningsproces på området har fået en vidtgående uniformering af distributionsforholdene. Forklaringen herpå må som nævnt søges i privilegiesystem, indtægtsudlignings- og refusionssystemerne samt godkendelses- og kontrolsystemerne i forbindelse med skrevne og uskrevne standarder og normer og i det hele stærke traditionsbindinger. Gruppen skal i denne forbindelse bemærke, at man ved dannelse af et statsligt apoteksselskab eller anden tilsvarende organisationsform må forudsætte en række af de tilsyns- og godkendelsesopgaver, som i dag ligger hos sundhedsstyrelsen og indenrigsministeriet, overført til den nye organisation, hvilket måske i sig selv kunne tænkes at give anledning til en smidiggørelse.

I fortsættelse af disse eksempler skal nævnes, at man både i Apoteksbolaget og hos den engelske Boots-koncern fremhævede de større muligheder for personalemobilitet som en væsentlig fordel ved samordnet apoteksdrift. Den omstændighed, at forskellige lokale enheder indgår i en fælles økonomisk enhed, muliggør en hensigtsmæssig udjævning af arbejdsbyrden inden for en sådan gruppe, bl.a. fordi spidsbelastnings-

tidspunkter kan være forskelligt placeret for de forskellige enheder. Ligeledes er det ved den samordnede drift lettere at løse de personaleproblemer, der opstår ved sygdom, ferie, vakancer og andre former for fravær.

Som et andet væsentligt aspekt i forbindelse med gruppesamarbejde fremhævedes i Sverige, at man ved at bygge samarbejdet op omkring et »kærneapotek« kunne lade dette aflaste de øvrige apoteker med hensyn til bl.a. lagerhold og vanskeligere magistrelle ordinationer.

Der er ligeledes grund til at nævne de eksperimenter, Apoteksbolaget har iværksat med automatisering af apotekernes ordrerutiner etc. ved hjælp af EDB. Slår systemet an, vil det medføre, at det tid- og specialistkrævende arbejde med taksering af de enkelte recepter vil forsvinde som manuel opgave tillige med andre rutiner som f.eks. kontrol med lagerbeholdningernes størrelse. Et muligt videregående perspektiv er en yderligere personalereduktion og en eventuel forskydning i personalets sammensætning, idet også sikkerhedskontrollen vil kunne forenkles, når ordrerutiner etc. automatiseres. Systemet vil samtidig kunne føre til en væsentlig forbedret lægemiddelstatistik.

Gennemførelse af automatiseringsplaner som de lige nævnte er dog naturligvis på ingen måde afhængige af ejerforholdene, og Danmarks Apotekerforening har da også arbejdet med planer af tilsvarende karakter. Derimod kan mulighederne for at trække statistisk information til brug for en overordnet lægemiddelpolitik om ikke i princippet så dog i praksis tænkes at være afhængige af, om systemet køres i privat eller i offentligt regie.

Gruppen skal i denne forbindelse påny fremhæve, at man i Danmark i øjeblikket står på bar bund, hvad angår tilgængeligheden af helt elementære oplysninger om forbruget af de enkelte typer af lægemidler, forbrugets fordeling på befolkningsgrupper, fordelingen af ensartede lægemidler på prisgrupper, spredningen i anvendelsen af lægemiddelarter og benyttede doseringer m.v. inden for sygdomskategorier etc. Tilvejebringelse af sådanne oplysninger er en nødvendig forudsætning for en bedre lægemiddelinformation og lægemiddelpolitik, herunder f.eks. for at belyse virkninger af ændringer i tilskudsreglerne. Nogle af de nævnte oplysninger ville fremkomme som et biprodukt af et automatiseret receptbehandlingssystem som det lige omtalte. Men det er naturligvis klart, at dette ikke kan være et selvstændigt argument for en statsovertagelse. I det omfang en sådan statistik etableres på apotekerforeningens initiativ, må det imidlertid under alle omstændigheder forekomme nærliggende, at en offentlig lægemiddelmyndighed får indseende med og løbende kan fastsætte rammerne for denne statistiks indhold.

3.4.2. Mulighed for styring af lægemiddelforbruget

Det lige anførte leder samtidig over i et meget grundlæggende spørgsmål i forbindelse med diskussionen om en eventuel omorganisering af apotekervæsenet til et statsmonopol: Mulighederne for at anvende et statsmonopol som ét af instrumenterne i en overordnet statslig lægemiddelpolitik der tager sigte på at *styre lægemiddelforbruget* så tæt som mulig på det, der er optimalt ud fra såvel medicinske som økonomiske kriterier. I både de medicinsk-farmaceutiske og de økonomiske kriterier må der naturligvis i høj grad indgå en afvejning af forholdet mellem priser og kvaliteter.

Uanset at omkostningerne til lægemiddelforbruget kun tegner sig for en relativt beskeden del (5-10 pct.) af de samlede omkostninger til sundhedsvæsen, er de dog absolut set af en sådan størrelsesorden og finansieres for en så væsentlig dels vedkommende af det offentlige, at man må formode, at der i fremtiden vil melde sig et stærkt ønske om en kraftigere offentlig styring af lægemiddelforbrugets udvikling og sammensætning. Den intense informations- og reklameaktivitet, der finder sted fra producenter og importører over for lægerne, som er

de bestemmende for forbrugsmønsteret, taler ligeledes for et udvidet offentligt engagement på området. Hertil kommer voksende vanskeligheder ved at overskue det totale lægemiddeludbud bl.a. som følge af både den teknologiske udvikling og den udbredte konkurrence på mærkevarer og »mærkeloyalitet«.

Det er på forhånd klart, at et eventuelt statsmonopol højst vil kunne udgøre et af instrumenterne — og måske ikke et af de vigtigste - i en statslig lægemiddelpolitik. Lovgivning og praksis med hensyn til specialitetsregistrering, tilskudsregler og informationsvirksomhed[1]) er mindst lige så vigtige instrumenter. Imidlertid vil også et centraliseret distributionssystem som nævnt i det umiddelbart følgende ad flere veje kunne medvirke i en aktiv lægemiddelpolitik.

3.4.3. Prispåvirkning

Umiddelbart kan der peges på den mulighed for prispåvirkning over for producenter og importører, som følger af, at en centralisering af detaildistributionen må forudsættes ledsaget af overgang til *centralindkøb.*

Som belyst under omtalen i kapitel III af det frivillige engelske priskontrolsystem inden for medicinindustrien er det karakteristisk for konkurrenceforholdene i denne industri, at der ofte er betydelige prisforskelle for samme produkt i forskellige lande, selv efter hensyntagen til forskelle i salgsomkostninger og andre faktorer, som kan komplicere en international prissammenligning[2]).

Selv om der antagelig er tendens til, at prisforskellene mindskes bl.a. som resultat af de større markedsdannelser og forstærket prisovervågning i importlandene, er der næppe tvivl om, at der kan opnås besparelser ved et bevidst prispres fra indkøbsleddets side over for de mere eller mindre udprægede monopoler på sælgerside[1]). Allerede derved, at der vil kunne garanteres en bestemt afsætning, således at producenterne sparer markedsføringsomkostninger, skulle der være basis for lavere priser.

Det kan måske tænkes indvendt, at konkurrencen i engrosleddet sikrer apotekerne de lavest mulige indkøbspriser. Af gennemgangen af engroshandelens struktur i kapitel II fremgår imidlertid, at medicinengroshandelen indtager en særstilling derved, at den er uden indflydelse på apotekernes indkøbspriser for medicinske specialiteter. Den virksomhed, der udføres af medicingrossisterne, kan for så vidt angår specialiteter karakteriseres som en virksomhed, der udføres i lønarbejde for producenter og importører. Skønt konkurrencen i grossistleddet har været særdeles effektiv i henseende til at nedbringe omkostningerne ved selve den fysiske engrosdistribution, kan den derfor ikke, som engroshandelen nu er organiseret, udfylde nogen funktion i henseende til at påvirke prispolitikken hos producenter og importører.

En tilnærmelse til en tilstand med mere virksom priskonkurrence kunne eventuelt også tænkes realiseret ved, at et centralt indkøbsorgan udbød større medicinleverancer i international licitation. Også konkurrencereglerne i EF kan siges at tale for en sådan fremgangsmåde.

De i international sammenligning meget lave engelske indkøbspriser for lægemidler er ikke opnået gennem centralindkøb, men gennem det omtalte system med frivillig *priskontrol.* Ved en afvejning af de muligheder, priskontrol indebærer sammenlignet

1) Jvfr. herved betænkningen om statslig lægemiddelinformation (stencil, 1974).

2) Foruden til det refererede engelske materiale kan bl.a. henvises til

a) Betænkning om lægemiddelindustrien fra den svenske koncentrationsutredning, S.O.U. 1969:36.

b) Den amerikanske, såkaldte Kefauver-rapport fra 1961: Study of Administered Prices in the Drug Industry, Report of the Committee on the Judiciary, United States Senate, Washington 1961.

1) Dette blev ligeledes anskueliggjort for gruppen under samtalerne i det svenske Apoteksbolag, hvor man foretager en intensiv prisgranskning som led i indkøbsforhandlingerne med leverandørerne. Tilsvarende funktioner blev ikke varetaget af apotekskollektivet før statsovertagelsen.

med centralindkøb/ må det imidlertid tages i betragtning, at så godt som hele det engelske lægemiddelforbrug dækkes ved produktion i England på engelsk såvel som udenlandsk ejede virksomheder. Dette skaber særlige forudsætninger for at gennemføre en priskontrol - forudsætninger der ikke i samme grad er til stede i Danmark, hvor omkring 50 pct. af forbruget af medicinske specialiteter dækkes ved import. Her synes derfor centraliserede indkøb at være et mere hensigtsmæssigt instrument til påvirkning af apotekernes indkøbspriser. Vedrørende en eventuel priskontrol med den danske medicinindustris indenlandske afsætning må det tages i betragtning, at omkring 70 pct. af produktionen eksporteres, og at de priser der fastsættes for det danske hjemmemarkedssalg antagelig i nogen grad er normgivende med hensyn til de priser, der kan opnås for eksporten.

3.4.4. Sortimentspolitik

Ved en eventuel statsovertagelse og den hermed forbundne centralisering åbnes der principielt mulighed for, at der kan føres en egentlig *sortimentspolitik*, således at der bevidst holdes igen på sortimentet af synonym-, analog- og kombinationspræparater. Der kunne herved principielt foretages en styring bort fra dyrere over mod billigere præparater, idet det naturligvis måtte være en forudsætning, at der er tale om terapeutisk ækvivalente produkter. At spørgsmålet er væsentligt fremgår ikke alene af de ofte meget betydelige prisforskelle for synonyme præparater, men også af at det i sig selv er en økonomisk belastning, at en stor del af sortimentet har meget lav omsætningshastighed. Et stort præparatsortiment medfører både øgede ordreoptagelses-, lagerholds- og ekspeditionsomkostninger, og det spiller herunder også en rolle, at det naturligvis er sværere at leve op til de sikkerhedsmæssige kriterier, jo større sortimentet er. Der er derfor ikke tvivl om, at en reduktion af sortimentet ville være forbundet med betydelige omkostningsbesparelser[1)2)]. Det er på den anden side lige så klart, at der ved en sortimentspolitik som her diskuteret samtidig måtte tages afgørende hensyn til, at et »lavfrekvent« og derfor omkostningskrævende præparat ofte kan være af stor terapeutisk værdi.

Spørgsmålet om en sortimentpolitik har blandt andet som følge heraf nøje sammenhæng med registreringspolitikken og med spørgsmålet om lægernes ordinationsret. Man kan næppe forestille sig, at et centraliseret detaildistributionssystem ikke skulle have pligt til at føre de præparater, der er godkendt af registreringsmyndighederne og ordineres af lægerne. I et centraliseret distributionssystem kan der imidlertid tænkes at være større muligheder end i det nuværende for at lade den omkostningsbelastning, de lavfrekvente varer repræsenterer, slå igennem i de pågældende varers priser, samtidig med at man via tilskudsreglerne imødegår eventuelle sociale konsekvenser. Heri kan der imidlertid også ligge et væsentligt bidrag til en hensigtsmæssig lægemiddelpolitik, bl.a. ved at der hos lægerne skabes større bevidsthed om de reelle omkostningsforskelle ved at anvende ét præparat frem for et andet.

1) Dette er der da også klart givet udtryk for under de drøftelser, gruppen har haft med de forskellige brancheorganisationer og i en redegørelse, der i sommeren 1973 blev udarbejdet af et arbejdsudvalg nedsat af brancheorganisationerne. Den aftale om en total brancheordning, der blev indgået som resultat af bl.a. dette arbejde, men som ikke trådte i kraft, jvfr. kapitel II, tilsigtede da også bl.a. at opnå en reduktion af den i økonomisk henseende problematiske del af sortimentet.

2) Muligvis kan dette problem tænkes skærpet i fremtiden afhængigt af den fremtidige udvikling i EF-politikken m.h.t. registrering af specialiteter. På kortere sigt synes der dog ikke at være grund til at regne med nogen stærk udvidelse af sortimentet på grund af EF-reglerne. Dette kan imidlertid ændres, såfremt man med tiden når frem til en fælleseuropæisk registrering eller til, at en specialitet godkendt af ét lands registreringsmyndigheder dermed også er godkendt i de andre lande.

3.5. Andre modeller for offentlig drift

3.5.1. Gradvis statsovertagelse

En gradvis statsovertagelse på den måde, at apotekerbevillingerne inddrages af staten ved ledighed eller eventuelt indløses efter ønske af nuværende apoteksindehavere, vil på kort sigt kun sætte sig begrænsede spor i apoteksstrukturen, idet der kun bliver 15-20 bevillinger ledige om året. Med hensyn til de apoteker, som på denne måde så at sige »hjemfaldt« til det offentlige, ville der imidlertid til enhver tid være mulighed for at tage deres status op til prøvelse og eventuelt erstatte eller supplere dem med nye og måske mere hensigtsmæssige enheder. Dette ville være en væsentlig fordel i sammenligning med det nuværende system, hvor man som nævnt er mere eller mindre bundet til at lade et apotek drive på en bestemt måde, sålænge indehaveren støttet af det bestående indtægtsmæssige sikkerhedsnet selv ønsker det, dvs. måske op til en generation frem i tiden.

Praktiske, organisatoriske og kollegiale hensyn kan dog tænkes at lægge en dæmper på mulighederne for forsøg med nye former for apoteksdrift i den lange årrække, hvorunder der ved denne løsning ville blive tale om et dualistisk system af både privatejede og offentligt ejede apoteker. Endvidere er det muligt, at komplikationerne omkring den helt uklare retstilstand, der i øjeblikket består med hensyn til produktionsapotekernes stilling i bevillingssystemet, ville blive særlig store under denne løsning[1])[2]).

Alt i alt har gruppen fundet, at også den her nævnte model indebærer visse muligheder for at lette strukturtilpasningen, selv om den samtidig vil give anledning til organisationsmæssige og andre spændinger, særlig i begyndelsen.

Eventuelt kunne de statsovertagne apoteker tænkes bortforpagtet for kortere åremål[3]). For så vidt man mener, at mulighederne både for økonomisering på det enkelte apotek og for opretholdelse af en faglig forsvarlig standard er knyttet til apoteksdrift under privatøkonomiske former, vil et system med bortforpagtning kunne ses som en kompromismulighed i forhold til den rent statslige model. Det forekommer imidlertid væsentligt, at bortforpagtningen i det enkelte tilfælde ikke strækker sig over alt for langt et åremål, idet det netop må være et vigtigt formål med den eventuelle statsovertagelse at have mulighed for omprøvning med ikke alt for lange mellemrum bl.a. med henblik på de pågældende apoteksenheders videreførelse, respektive omlægning til en mere forenklet apotekstype. I en årrække ville dette til gengæld også være det eneste, man opnåede.

3.5.2. *En eventuel decentraliseret offentlig lægemiddeldistribution*

I stedet for en offentlig lægemiddeldistribution, hvor det er staten der står for apoteksdriften, kunne også en model med decentraliseret offentlig distribution (distributionen henlagt til kommunerne) komme på tale. Et sådant system kunne eventuelt tænkes gennemført på den måde, at det var de

1) På den anden side ligger der også den væsentlige mulighed i en sådan model, at det offentlige herved ville få en øget indsigt i apoteksproduktionens økonomi. Selv om gældende tilsyns- og godkendelsesbestemmelser giver det offentlige adgang til at kræve de hertil fornødne oplysninger, er mulighederne for at skaffe sig denne indsigt »udefra« næppe de samme, som hvis man er med »indefra«. Spørgsmålet er væsentligt, fordi det som led i bestræbelserne for at holde igen på stigningen i medicinudgifterne er vigtigt at komme til klarhed over, om den nuværende »milde produktionskoncentration« er en hensigtsmæssig udviklingslinie sammenlignet med f.eks. den væsentligt stærkere koncentration af apotekernes industrielle produktion, der finder sted i Norge - eller sammenlignet med eventuelt helt at overlade denne produktion til den egentlige medicinindustri.

2) Bortset fra det fremhævede problem omkring produktionsapotekerne ville de direkte nationaliseringsudgifter i forbindelse med den gradvise statsovertagelse være begrænset til omkostningerne til erhvervelse af inventar, varelagre samt eventuelt bygninger.

3) Det forudsættes herved, at der også kan forekomme — og i praksis i betydeligt omfang vil forekomme - negative »forpagtningsafgifter« — tilskud til opretholdelse af den pågældende apoteksenhed.

enkelte primærkommuner, der ejede og drev de forskellige apoteksenheder inden for hver deres område, men med stærk koordination gennem amtskommunerne bl.a. med sigte på at hvert amts apotekervæsen blev centreret om ét eller flere overordnede apoteker, derunder sygehusapotekerne. Som en anden og måske mere nærliggende variant skal nævnes, at apoteksvæsenet fuldt ud blev drevet i amtskommunalt regie på samme måde som hovedparten af sygehusvæsenet.

Ved begge varianter kan der på samme måde som ved statsdrift både tænkes en gradvis overgang i takt med bevillingsledighed m.v. og en fuld offentlig drift fra starten, hvorved der opstår samme erstatningsproblemer som diskuteret ovenfor[1]). Ved den gradvise overgang ville der på samme måde som er omtalt ovenfor i en lang periode blive tale om et dualt system med både offentligt og privat ejede apoteker. Spændingerne inden for et dualt system af denne karakter ville antagelig blive mindre i det her omtalte tilfælde end ved statsdrift, fordi den offentlige del af »apotekssektoren« ved den her diskuterede model ville være stærkt opsplittet. Som anført nedenfor kan dette netop være én af betænkelighederne ved denne specielle model.

Det skal nævnes, at løsningsmuligheder baseret på kommunal drift kun kan have relevans for selve apoteksdistributionen og den hertil knyttede, ikke-industrielle apotekstilvirkning af lægemidler - ikke for engroshandelen eller den med industriproduktionen konkurrerende apoteksproduktion.

Når det kan være nærliggende at tage spørgsmålet om et kommunalt apoteksvæsen med i overvejelserne - med betoning af nødvendigheden af et stærkt amtskommunalt islæt - hænger det naturligvis sammen med, at ansvaret for ledelsen af hovedparten af sygehusvæsenet er koncentreret hos de 14 amtskommuner samt Københavns og Frederiksberg kommuner (tilsammen de 16 s.k. sygehuskommuner). Bortset fra Rigshospitalet og Finseninstituttet er det planlagt at overføre resten af sygehusvæsenet som helhed til sygehuskommunerne. Med henblik på en indplacering af lægemiddelforsyningen som en integrerende del af den samlede sundhedstjeneste kan det da umiddelbart forekomme naturligt, at man på tilsvarende måde placerer ansvaret for den overordnede ledelse af apoteksvæsenet hos amtskommunerne. I forvejen skulle disses position i den fysiske planlægning gøre dem velegnede til at stå for en smidig tilrettelæggelse af distributionsnettet, tilpasset den fysiske planlægning.

Imidlertid er der også vægtige hensyn, der taler imod en sådan model for den fremtidige apoteksdrift. Dels kan det i sig selv være et spørgsmål, om man med det nuværende system for sygehusplanlægningen m.v. har fundet den endelige løsning. Dels vil mulighederne for at benytte distributionssystemet til gennemførelse af overordnede lægemiddelpolitiske målsætninger formentlig være mere begrænsede end i den statslige model. Desuden vil lægemiddelforsyningen, også i offentligt regi, skille sig ud fra andre dele af sundhedstjenesten derved, at der er tale om »prissatte« ydelser i modsætning til ydelserne på de øvrige områder, hvor man stort set følger gratisprincippet, dvs. at ydelserne fuldt ud skattefinansieres. Det må samtidig antages, at det også i fremtiden vil være en hovedmålsætning, at priserne for lægemidler skal være ens overalt i landet, uanset stærke lokale variationer i de økonomiske forudsætninger for apoteksdriften. Selv om sådanne forskelle under et system med kommunal finansiering må være et led *i* den almindelige udligning mellem kommunerne, kan hensynet til ensartede priser over hele landet alligevel i sig

1) I forhold til statsdrift ligger der allerede her en komplikation ved drift i kommunalt regie, idet det kan være et problem om erstatningspligten i henhold til en lov om inddragelse af apotekerbevillingerne til kommunerne ville påhvile staten eller kom-

selv være et argument for opretholdelse af en form for centralisering.

Som fremhævet flere gange tidligere er en forstærkelse af de allerede igangværende centraliseringstendenser endvidere en afgørende forudsætning for, at man kan holde igen på omkostningsstigningerne under et system, der i øvrigt indeholder stærke uniformeringstendenser og tendenser til standardglidning eller snarere »standardspring«. For at få en distribution i amtsregi til at fungere tilfredsstillende, måtte amterne givetvis opbygge en fælles organisation, der fik tillagt en betydelig kompetence med hensyn til lokaliserings- og etableringspolitikken. Der er imidlertid grund til at regne med, at der inden for en sådan fælleskommunal organisation kunne opstå stærke spændinger, idet det har været karakteristisk, at modstanden mod ønsker om nedlæggelse eller omdannelse af apoteker netop i høj grad er kommet fra kommunalt hold. Muligvis kan der under et system med decentraliseret offentlig lægemiddeldistribution vise sig tendenser til en eskalering af den geografiske service og måske også forstærkede tendenser til »standardspring«.

Afsluttende skal om denne model pånv nævnes, at selv med en fælleskommunal overbygning med en vis kompetence vil et system med primær- og amtskommunal drift dog i organisatorisk henseende udgøre et »splittet system«, der må formodes at give de faglige organisationer på området en betydelig indflydelse. I sammenligning med forholdene, som de er i dag, er det dog et spørgsmål hvor tungtvejende denne indsigelse mod en »kommunal model« er, da den offentlige administration og det offentlige indseende også i dag er meget spredt og i vidt omfang går ud på regulering af detaljer. De centrale strukturpolitiske afgørelser og andre økonomisk betydningsfulde afgørelser træffes inden for apotekervæsenet selv, i høj grad på initiativer der tages af Danmarks Apotekerforening.

4. Bemærkninger om en model baseret på en centralisering i et privat, koncessioneret selskab

I det foranstående er fordele og ulemper ved en eventuel statsovertagelse af apotekervæsenet bl.a. belyst med udgangspunkt i en sammenligning med en model, hvor apotekervæsenet tænktes samlet i et privat koncessioneret selskab med ansvar for bl.a. strukturpolitikken. Afslutningsvis skal der gøres nogle yderligere bemærkninger om denne særlige model.

Som nævnt ville man ad denne vej kunne opnå samme fordele med hensyn til strukturrationalisering (større differentiering af udsalgsstederne og disses sortiment, åbningstider m.v., fordele ved centralindkøb, muligheder for at trække på hinandens personale og lagerhold etc.) som ved en centralisering i et statsligt selskab. Til forskel fra et statsmonopol kan man derimod næppe tænke sig, at et privat selskab ville kunne benyttes som instrument i en statslig lægemiddelpolitik.

Det måtte forudsættes, at aktiemajoriteten i et sådant selskab var fast placeret, f.eks. hos Danmarks Apotekerforening, og altså ikke omsættelig, idet man i modsat fald kunne risikere producent- og importørindflydelse i detailleddet.

Som forvalter af et helt klart samfundsanliggende måtte et privat, koncessioneret apoteksselskab endvidere være underkastet indgående offentligt indseende. Når man imidlertid erindrer sig det mangelfulde offentlige indseende, der er i dag, og den stærke de facto-koncentration af indflydelse hos Danmarks Apotekerforening, må der næres frygt for, at den offentlige indflydelse tværtimod ville blive trængt endnu mere i baggrunden ved en så stærk yderligere privat magtkoncentration, som den her nævnte konstruktion ville indebære. Da det antagelig samtidig måtte være staten, der i hvert fald i første omgang skulle udrede de er-

statninger i forbindelse med indløsning af de enkelte apoteksbevillinger, som også den her nævnte model ville forudsætte, anser gruppen ikke denne for nogen realistisk mulighed.

Hvis lovgiverne derfor på den ene side er enige i, at der er behov for en videregående strukturtilpasning end der er mulighed for at realisere under det nuværende system, men på den anden side ikke kan tilslutte sig de foreslåede alternative systemer (derunder et modificeret bevillingssystem som drøftet i afsnit 2 i nærværende kapitel), må det være nærliggende at overveje overgang til et totalt »privatiseret« system ved indførelse af etableringsfrihed som i England og siden slutningen af 1950'erne også i Den tyske Forbunds republik.

KAPITEL VII

Engrosdistributionen

Ved den eventuelle statsovertagelse af apotekervæsenet vil der udvikle sig et nyt mønster for forholdet mellem lægemiddelindustri og apoteker, idet man som nævnt må gå ud fra, at der som led i omorganiseringen vil blive skabt et centralt indkøbsorgan, der kan varetage bl.a. prisforhandlinger med leverandørerne — en funktion som ikke varetages i dag. Ved en statsovertagelse af apotekervæsenet vil den relativt klemte position, engroshandelen allerede nu indtager som mellemled mellem den af monopolistiske konkurrenceforhold prægede medicinindustri og en monopoliseret detailhandel, blive yderligere understreget. Det vil i denne situation være nærliggende at regne med, at engroshandelen efterhånden helt ophører med at være et selvstændigt handelsled og i stedet integreres enten med virksomhederne i producent- og importørleddet eller med statsmonopolet. Som nævnt i kapitel III er der tegn på en sådan udvikling i Sverige[1]). Efter gruppens opfattelse kan der derfor i tilfælde af, at apotekervæsenet nationaleres, næppe være tvingende grunde for samtidig at gennemføre en statsovertagelse af de 4 tilbageværende grossistvirksomheder, medmindre disse skulle finde deres vilkår så stærkt ændrede gennem statsovertagelsen af apotekerne, at de selv ønsker at blive overtaget af det offentlige.

På denne baggrund skal det alene drøftes, hvilke argumenter der eventuelt kan være for et statsmonopol på engroshandelen i den situation, hvor selve apotekervæsenet fortsætter som et privat drevet system. Dette ville svare til forholdene i Norge, hvor apotekervæsenet som nævnt er privat og baseret på et bevillingssystem, medens engroshandelen er centraliseret hos det statsejede Norsk Medisinaldepot. De norske udgangspunkter for statsovertagelsen af engroshandelen kan dog ikke uden videre overføres på Danmark, idet historiske forhold, beredskabshensyn m.v., spillede en afgørende rolle for oprettelsen af Norsk Medisinaldepot. Samtidig synes det at have været en udbredt opfattelse, at såfremt staten beherskede engroshandelen, ville den derved også være i stand til at øve en betydelig kontrol med både producent/importørleddet og detailleddet. Lignende forudsætninger kan ikke siges at være tilstede i den danske engroshandel. I Danmark må det antagelig i første række være følgende forhold, der ved fortsat privat drift af apotekerne kan få betydning for en eventuel statsovertagelse af engroshandelen:

a. konkurrenceforholdenes udvikling og i sammenhæng hermed spørgsmålet om råvareforsyningen til apoteksproduktionen, derunder sygehusapotekernes produktion.
b. et muligt ønske om at ændre den nuværende grossistfunktions indhold, således at grossistleddet bliver i stand til at føre en aktiv og selvstændig indkøbspolitik over for leverandørerne.
c. eventuelle ønsker om at benytte en centraliseret engroshandelsvirksomhed som

1) En begyndende udvikling i lignende retning kan der også findes tegn på i Danmark gennem apotekerforeningens overtagelse af aktiemajoriteten i Bang & Tegner A/S.

instrument for en styring af lægemiddeludbuddets sammensætning som led i en generel lægemiddelpolitik.

Udviklingen i engroshandelen har, som der nærmere er redegjort for i kapitel II, i de senere år været præget af stærke brydninger og et konkurrencepres, der sammen med andre forhold har ført til en betydelig reduktion i grossistleddets bruttoavance for distribution af specialiteter, målt som procent af omsætningen. Fra leverandørernes side har grossisterne været under pres for en reduktion af grossistavancen, samtidig med at de fra apotekerside har været under pres for bevarelse af de lange rentefri kreditter, der ydes til apotekerne[1]). Det er karakteristisk for på den ene side det i hvert fald periodevis stærke konkurrencepres, på den anden side det permanent stærke omkostningspres, at i den korte tid gruppen har beskæftiget sig med branchens forhold har den ene af i alt fem engroshandelsvirksomheder, der gennem en årrække har formidlet hele specialitetshandelen, valgt at trække sig ud af branchen.

Selv om den stedfundne reduktion af den procentvise grossistavance på specialiteter (procent af apotekernes indkøbspriser) ikke har sat sig spor i nedsatte indkøbspriser, er der næppe tvivl om, at den alligevel fra et samfundsøkonomisk synspunkt har medført væsentlige fordele, idet man alternativt måtte have regnet med forhøjede leverandørpriser. Så længe der foregår en aktiv konkurrence mellem grossisterne, er det derfor vanskeligt at se tungtvejende argumenter for dannelsen af et statsligt engroshandelsselskab, medmindre en statsovertagelse tager sigte på en fuldstændig ændring af engroshandelens hidtidige funktion, jvfr. nedenfor. Ud fra en rent statisk betragtning må det ganske vist antages, at det ville være muligt at opnå en række omkostningsbesparelser (lagerhold, kørselsomkostninger m.v.) ved en centralisering af den nuværende engroshandel i ét selskab. Heroverfor kan der imidlertid peges på, at dynamikken eller udviklingstakten formentlig bedst sikres gennem konkurrence, bl.a. også fordi man ved konkurrencen mellem flere virksomheder har et sammenligningsgrundlag, som savnes under monopol.

Selv om man holder sig inden for den nuværende engrosfunktions præmisser, kan man imidlertid ikke begrænse sig til en betragtning af forholdene under den stabilisering af konkurrencesituationen, der nu synes at være indtrådt, jvfr. kapitel II. Det hører med i billedet, at konkurrencesituationen potentielt kan ende med en tilstand, hvor der måske kun er én å to grossister tilbage, og hvor konkurrencesituationen derfor afløses af monopol eller en monopollignende tilstand. Denne mulighed vil forstærkes i tilfælde af, at Danmarks Apotekerforenings distributionsvirksomhed, Bang & Tegner A/S, på et senere tidspunkt går aktivt ind i distribution af fabriksspecialiteter. En alternativ mulighed, som monopolmyndighederne dog hidtil har modsat sig, er at der sker en omfattende »branche-kartellisering« gennem aftaler mellem producenter, importører, grossister og apotekere. Dette har der som omtalt i kapitel II i praksis været kraftige optræk til. Med hensyn til den koncentrerede apoteksproduktion er der i praksis indført énkanaldistribution gennem Bang & Tegner A/S.

Ved begge de nævnte udviklingsforløb kan der dels være en lignende risiko for retardering af udviklingstakten som under et statsmonopol på engroshandelen. Dels - og navnlig — vil der være risiko for, at det kan blive vanskeligt for nye producenter og importører at komme ind på markedet, lige som den hidtidige råvareforsyning til apoteksproduktionen (ved en branchekartellisering specielt sygehusapotekernes produktion) kan blive vanskeliggjort eller fordyret,

1) Der er et iøjnefaldende modsætningsforhold mellem den stærke interesse, der har været for strukturrationalisering m.v. i engrosleddet, og den manglende interesse herfor i detailleddet, hvor bruttoavancen er langt større.

jvfr. kapitel II[1]).

Udvikler konkurrenceforholdene sig på den her beskrevne måde, er det derfor gruppens opfattelse, at det vil være nødvendigt at gennemføre en særskilt lovgivning for medicinengroshandelen på samme måde, som der i apotekerloven er lovgivvet for detaildistributionen. Det kan i så fald blive nødvendigt at indføre et lovfæstet monopol på engroshandel og som modstykke hertil en leveringspligt, således som de kontrollerede laboratorier og apotekerne har det.

Inden for den nuværende engrosfunktions rammer kunne en sådan lovgivning antagelig mest hensigtsmæssigt have form af en koncessionsordning, der gav de tilbageværende grossister eneret på engroshandel med samtidig pligt til at fremskaffe råvarer og halvfabrikata og til markedsføring også af farmaceutiske specialiteter fra »udenforstående« leverandører. Som modstykke til en koncessionsordning måtte også engrosavancen forudsættes kontrolleret af det offentlige.

I tilknytning til det her anførte skal endelig nævnes, at der fra en leverandørgruppes side har været arbejdet med planer, hvis gennemførelse ville indebære, at grossistfunktionen på kooperativ basis blev integreret i producent- og importørleddet. Disse planer synes nu ikke længere at være aktuelle. I tilfælde af deres gennemførelse kunne det imidlertid være en mulighed at skyde et offentligt engrosled ind, som skulle overtage apotekernes forpligtelse overfor producenterne, og som apotekerne da skulle afregne med. Et sådant offentligt engrosselskab der ikke ville forudsætte opbygningen af et større apparat, ville få mulighed for at varetage en egentlig indkøbsfunktion og prisforhandling over for leverandørerne.

1) Et forhold, der tenderer i samme retning, er at forslaget til ny lægsmiddellov kan få som en utilsigtet konsekvens, at de to nuværende fuldsortimentgrossister må ophøre med fremstilling af galenika m.v., jvfr. i øvrigt kapitel II.

Bortset fra det lige anførte har den hidtidige diskussion i nærværende kapitel været holdt inden for den bestående grossistvirksomheds rammer. Som nævnt er denne virksomhed på specialitetsområdet karakteriseret ved, at grossisterne ikke fører nogen aktiv indkøbspolitik, men kun tager sig af den fysiske varehåndtering samt service og ikke mindst den meget udstrakte rentefri kreditgivning til apotekerne. I forhold til leverandørerne kan grossistvirksomheden karakteriseres som lønarbejde, idet salget til apotek sker til de af producenter og importører fastsatte bruttopriser, på hvilke grossisterne modtager nærmere fastsatte rabatter. Man savner som forholdene er i dag en aktiv prisforhandling med leverandørerne - ikke mindst i betragtning af de betydelige offentlige tilskud og i betragtning af, at der heller ikke i detailleddet er nogen priskonkurrence, men i stedet en ret passiv overvæltning af omkostningerne på apotekernes udsalgspriser.

En ændring af engrosfunktionens indhold, således at der blev etableret en aktiv indkøbspolitik og et aktivt prispres over for leverandørerne måtte efter gruppens opfattelse være et hovedformål med dannelsen af et eventuelt statsmonopol på engroshandelen. Gruppen henviser i denne forbindelse til omtalen i kapitel VI, afsnit 3.4.3., af mulighederne for prispåvirkning henholdsvis gennem priskontrol og gennem centralindkøb. De betydelige besparelsesmuligheder, der kan ligge i centralindkøb, illustreres efter gruppens opfattelse også af, at slutresultatet i Norge er noget lavere AIP-priser end her i landet til trods for en væsentlig højere procentvis engrosavance[1]).

1) Ved den isolerede vurdering af Norsk Medisinal depots avance må det som nævnt i afsnittet om Norge (kapitel III) haves for øje, at man i Norge finansierer en forsknings- og informationsvirksomhed og den til grund herfor liggende statistikproduktion via engrosavancen. I Danmark står man som tidligere nævnt i øjeblikket på bar bund med hensyn til helt elementære lægemiddelstatistiske oplysninger.

Endelig må spørgsmålet om en eventuel statsovertagelse af engroshandelen som nævnt vurderes i nær sammenhæng med hele spørgsmålet om den overordnede lægemiddel- og sundhedspolitik. Hvis man ønsker at benytte et eventuelt statsmonopol på engroshandel ikke blot til aktiv prispåvirkning over for leverandørerne, men også til en aktiv sortimentspolitik, vil der være lignende muligheder herfor som diskuteret under det statslige detailhandelssystem. Når disse muligheder ikke har været benyttet af Norsk Medisinaldepot, må det ses i forbindelse med, at den norske behovsregel ved registrering af et præparat i sig selv er udtryk for en sådan sortimentspolitik. Hertil kommer, at man i Norge kan afvise registrering, respektive kræve et præparat afregistreret, alene af prismæssige grunde. Ingen af disse muligheder står antagelig åbne i Danmark.

DET JURIDISKE LABORATORIUM VED KØBENHAVNS UNIVERSITET

KAPITEL VIII

Uddannelse og personaleforbrug

1. Indledende bemærkninger

Der skal i henhold til gruppens kommissorium bl.a. foretages

»en vurdering af personaleforbruget, opdelt efter uddannelseskategorier i et offentligt drevet distributionssystem«

og det skal overvejes

»om uddannelserne bør tilpasses eller ændres som følge af ændringer i personalets kompetence på området«.

Generelt må man anlægge det synspunkt, at uafhængigt af organisationsformen er der bestemte funktioner, man ønsker udført. Man må derfor anse det for naturligt at lade overvejelser vedrørende uddannelse og forbrug af personale i lægemiddeldistributionssystemet være uafhængige af ejerforholdet, men være afhængige af de ændringer i apotekernes arbejdsopgaver, der er indtruffet eller som kan forventes at indtræffe.

Herved forudsætter gruppen, at personaleforbruget i alt væsentligt, såvel kvalitativt som kvantitativt, er uafhængigt af ejerforholdet, hvilken forudsætning naturligvis kan anfægtes, hvis man antager, at offentligt ansattes effektivitet generelt afviger fra privat ansattes. Forudsætningen kan tillige anfægtes, såfremt man antager, at den tilskyndelse til mere økonomisk drift, som privateje hyppigt anses at indebære, giver sig udslag i en delvis omlægning af personaleforbruget til mindre kompetent og lavere lønnet personale end forudset ved myndighedernes fastlæggelse af sikkerhedskravene. Omvendt vil der ved samdrift af flere distributionsenheder, hvilket lettest kan gennemføres i et offentligt ejet system, kunne opnås en bedre udnyttelse af personaleressourcerne.

Næst efter vareforbruget er lønningskontoen den største udgiftspost på apoteksregnskabet, og der forekommer tillige personaleudgifter på andre konti end den rene lønkonto. Der er således alene af økonomiske årsager grund til at tage personaleforbruget ved lægemiddeldistributionen op til vurdering, og det må gælde såvel forbruget af arbejdskraft som sådan som fordelingen på forskellige kvalifikationsniveauer.

En række faktorer ud over de økonomiske må imidlertid indgå i overvejelserne, først og fremmest sikkerhedsmæssige, der forudsætter bestemte kvalifikationer som grundlag for de forskellige personalekategoriers kompetence. Endvidere må en eventuel realisering af fysisk og økonomisk adskillelse af apoteksproduktion og apoteksdistribution samt den foreslåede øgede differentiering af distributionsenhedernes serviceniveau rejse spørgsmål vedrørende enhedernes bemanding.

Hvad uddannelsernes indhold angår, må det overvejes, om en eventuel stærkere og direkte integration af lægemiddelforsyningen i den primære sundhedstjeneste gør ændringer nødvendige. En sådan integration vil også gøre det rimeligt at overveje, om der ved uddannelsernes organisation kunne etableres et uddannelsesmæssigt samarbejde med andre professioner inden for sundheds- og socialsektorerne.

Først og fremmest vil det dog være rimeligt på baggrund af den umiddelbart forudsigelige udvikling at overveje uddannelsernes organisation i lyset af de tanker, der har været gjort gældende med hensyn til integration af uddannelserne af »akademikere« henholdsvis »teknikere og mellemteknikere«, der sigter på samme erhvervsområde.

2. Eksisterende personalekategorier i apotekssektoren

En række forhold vedrørende det nuværende apotekspersonales uddannelse og øvrige forhold er gennemgået i kapitel II. 2.6, hvortil der henvises. Her skal resumeres følgende om personalesammensætningen:

a. Apotekere; i henhold til det gældende bevillingssystem findes én apoteker for hver selvstændig apoteksenhed; antallet er 334, hvortil kommer 11 sygehusapotekere.

b. Provisor er; i henhold til gældende lov skal der på hvert apotek være ansat (mindst) én provisor (cand.pharm.); p.t. findes ansat ca. 850 personer i provisorstillinger, svarende til ca. *675* heltidsansatte, hvortil kommer ca. 80 provisorer på sygehusapotekerne regnet i heltidsstillinger.

Der er ingen begrænsninger i provisorernes ansvarsområde i henseende til de i et apotek forekommende arbejdsopgaver.

c. Apoteksmedhjælpere (exam, **pharm/er);** i henhold til overgangsregler affødt af afskaffelsen af den farmaceutiske medhjælpereksamen (»1. dels eksamen«) som kompetencegivende *farmaceutisk* eksamen, hvilket skete i 1954, fungerer stadig omkring 185 personer, som apoteksmedhjælpere, svarende til ca. 115 heltidsansatte.

En apoteksmedhjælper kan ikke opnå bevilling som apoteker og kan kun med sundhedsstyrelsens godkendelse virke som enemedhjælper på eller som bestyrer af et apotek, men omfattes i øvrigt af bestemmelserne om provisorer. Dog må apoteksmedhjælpere ikke udføre den påbudte (identitets) kontrol med hjemkøbte varer.

d. Apoteksassistenter. **Der findes omkring** 1400 beskæftigede af denne teknikerkategori, hvilket svarer til ca. 1200 i heltidsansættelse; på sygehusapotekerne er herudover ansat ca. 165 assistenter og defektricer.

Apoteksassistenternes beføjelser (ansvarsområde) under arbejdet i apoteket fastsættes af sundhedsstyrelsen under hensyntagen til uddannelsens omfang og niveau.

e. Defektricer. Der findes på apotekerne omkring 1350 personer, svarende til ca. 1000 heltidsbeskæftigede af denne personalekategori, som ved 1954-lovgivningen tilsigtedes afløst af apoteksassistenter. Der er ikke tillagt defektricer særlige beføjelser.

f. Ikke-faglært arbejdskraft. **Der** er beskæftiget omkring 1700 ikke-faglærte på apotekerne og sygehusapotekerne, hvoraf formentlig omkring 3/4 er kvinder. Arbejdsopgaverne findes hyppigst inden for den laboratoriemæssige produktion, pakning, forsendelse og rengøring, og der er ofte tale om en vis indlæringsperiode for denne gruppe.

Til gruppen kan yderligere henføres de ca. 850 bestyrere af håndkøbsudsalg, der ikke drives for det pågældende moderapoteks regning.

g. Praktikanter og ***elever.*** **På landets apoteker** og sygehusapoteker modtages årligt 120-130 farmaceutiske studerende til et 15 måneders praktikantophold; de uddannelsesmæssige forpligtelser, der følger heraf, gør, at praktikanterne ikke bør henregnes til arbejdsstyrken. Derimod må gruppen af assistentelever - uagtet de uddannelsesmæssige krav der skal tilgodeses

- henregnes til arbejdsstyrken. Der er tale om ca. 1150 elever i alt; der antages ca. 400 årligt, og som hovedregel er der tale om en 3-årig elevtid.

3. Eksisterende uddannelsesformer

3.1. Uddannelseskategorier

a. Apotekere. Der kræves ingen formaliseret videreuddannelse (postgraduat) af den cand.pharm., der tildeles bevilling til at drive apotek eller ansættes som sygehusapoteker. Apotekerloven kræver, at den pågældende har gjort fuld tjeneste i to år som provisor på et dansk apotek eller sygehusapotek; der kan dog dispenseres fra dette krav.

b. Provisorer. Betegnelsen provisor er knyttet til ansættelsen på apotek eller sygehusapotek for farmaceutiske kandidater; der er ikke tale om en formel autorisation eller om postgraduat uddannelse som forudsætning for provisorgerningen.

Farmaceutiske kandidater uddannes alle ved Danmarks farmaceutiske Højskole; der findes her kun én studieretning og ét afgangsniveau (se dog nedenfor s. 174), der sigter mod at kvalificere kandidaterne til alle områder af lægemiddelsektoren. Uddannelsen har studentereksamen eller HF-eksamen, begge med relevant emnekreds, som forudsætning. Den normerede studietid er 5 år, og omfatter et 15 måneders praktikantophold, der skal tilbringes på apotek eller sygehusapotek, og som er placeret umiddelbart ved studiets begyndelse.

Adgangen til studiet er begrænset af højskolens kapacitet, udfra hvilken undervisningsministeriet årligt fastsætter det maksimale antal studerende, der kan optages. Den egentlige begrænsende faktor er dog i praksis det - som regel lidt lavere - antal tilsagn om modtagelse af praktikanter, der ved årlige »hvervekampagner« kan opnås hos apotekere og sygehusapotekere; disse er nemlig ikke lovmæssigt forpligtede til at modtage praktikanter.

c. Apoteksmedhjælpere (exam.pharm.'er). Uddannelsen af denne personalekategori er ophørt i slutningen af 1950-erne.

d. Apoteksassistenter. For denne **tekniker**-uddannelse gælder visse varianter af adgangsbetingelser og uddannelsestid. Det normale er realeksamen og en 3-årig elevtid. Uddannelsen følger regler fastsat af indenrigsministeriet, og den styres af det af ministeriet nedsatte **»apoteksassistent**-nævn«. Den er såvel for den praktiske som for den teoretiske dels vedkommende henlagt til apotek, men Danmarks Apotekerforening har som kollektiv støtte for apotekernes uddannelsesforpligtelse oprettet Apoteksassistentskolen i Hillerød, hvortil dele af den teoretiske undervisning i henhold til kollegial overenskomst er henlagt.

e. Defektricer. Uddannelsen var en lærlingeuddannelse med tilknytning til butiksfagene, men er nu indstillet ved kollegial overenskomst mellem apotekerne om ikke at antage defektriceelever, men udelukkende satse på den bedre tilpassede assistentuddannelse.

f. Ikke-faglært arbejdskraft. Den nødvendige instruktion gives på hvert enkelt arbejdssted, og sigter ofte mod et begrænset arbejdsområde.

3.2. *Overgangsmuligheder*

Apotekerloven af 1954 medførte, som det vil være fremgået, justering af farmaceutuddannelsen og tilrettelæggelse af en ny teknikeruddannelse.

Det var en forudsætning under arbejdet hermed, at der skabtes rimelige overgangsmuligheder i begge retninger mellem disse uddannelser, ligesom der blev lagt vægt på lempelige krav ved eventuel over-

gang fra gruppen af færdiguddannede defektricer til assistentgruppen. Denne overgang, der forudsatte bestået assistenteksamen, er blevet benyttet i stor udstrækning, men i og med ophøret af defektriceuddannelsen er forholdet i dag næsten uden interesse.

Apotekerloven fastlægger, at den, der har bestået »discipelprøven«, nu 1. del af den farmaceutiske kandidateksamen, har beføjelser som apoteksassistent; denne »udslusningsmulighed« fra den farmaceutiske uddannelse er blevet benyttet af mange, der af forskellige grunde ikke har gennemført hele studiet.

For assistent*elever* er der i praksis ingen lempelser ved skift til farmaceutstudiet; de må skaffe sig den nødvendige fordannelse og ansøge om antagelse til studiet på lige fod med andre aspiranter til det begrænsede antal studiepladser.

For den færdiguddannede apoteksassistent gælder det i dag - og har hele tiden været gældende - at opfylder vedkommende kravene til adgangsgivende eksamen, vil vedkommende kunne optages på 2. dels studiet på Danmarks farmaceutiske Højskole; der må dog aflægges suppleringsprøver til assistenteksamen i kemi og latin, hvilket med den nuværende opbygning af farmaceutstudiet betyder, at den pågældende må deltage i visse dele af 1. dels-undervisningen.

I de senere år er der årligt optaget 3–5 apoteksassistenter på højskolens 2. dels studium.

4. Personalets arbejdsopgaver og beføjelser

En grov inddeling af de arbejdsopgaver, der kan tænkes løst inden for apotekervæsenet, uanset ejerforhold og struktur, og som kræver specielle faglige kvalifikationer, er følgende:

1° Direkte forbrugerbetjening og -information

Der er dels tale om betjening og information af medicinalpersoner, hvilket umiddelbart forudsætter et højt kvalifikationsniveau, dels er der tale om betjening og information af den almindelige forbruger, herunder information om håndkøbsvarer.

Dette sidste er en krævende og ansvarsfuld opgave, idet der i vid udstrækning er tale om rådgivning vedrørende »behandling af sygdomme« d.v.s. tilstande af ubehag etc. som ikke har været drøftet med en læge. Det er en erfaringssag, at publikum forventer bistand fra apotekspersonalet i sådanne situationer. Der kan næppe indvendes noget imod en sådan rådgivning, men det er naturligvis helt afgørende, at de pågældende personer kender begrænsningen for deres viden.

2° Receptekspedition

Opgaven omfatter foruden ekspedition og kontrol i henhold til indleverede, skrevne recepter den vigtige modtagelse af såkaldte telefonrecepter, hvor den rekvirerende medicinalperson over telefonen afgiver sin ordination for at fremskynde leveringen til patienten.

Rækkevidden af den farmaceutiske kontrol, der skal udøves ved en recepts ekspedition, illustreres bl.a. af de bestemmelser, der er givet af sundhedsstyrelsen i Regler om rekvirering og udlevering af lægemidler af 1. december 1969, § 4:

»Ved enhver ekspedition af en recept skal der, for at imødegå eventuelle forvekslinger og øvrige fejl, der måtte være indløbet ved receptudskrivningen, foretages kontrol ved en farmaceut af, at recepten er affattet efter gældende regler, jfr. stk. 2, samt kontrol af, at det ordinerede er korrekt ekspederet.

Stk. 2. Man bør i apoteket anvende stor og stadig opmærksomhed over for de forvekslinger og øvrige fejl, som kan indløbe ved receptskrivningen. I alle tilfælde, hvor recepten ikke er affattet i overensstemmelse med de regler, hvis iagttagelse i henhold til § 2 betinger receptens ekspedition eller hvor

brugsanvisningen skønnes at være urigtig, utilstrækkelig eller misvisende, eller hvor der i øvrigt opstår tvivl om, hvorvidt ordination eller brugsanvisning har været således ment, som den er skrevet, skal apoteket ved henvendelse til receptudstederen søge forholdet oplyst og eventuelle mangler afhjulpet eller mulige fejl berigtiget, før lægemidlet udleveres.

Stk. 3. Alle henvendelser til receptudstederen vedrørende tvivlsspørgsmål i forbindelse med en recepts, herunder telefonrecepts, affattelse skal foretages af en farmaceut. Resultatet af en sådan henvendelse bør, hvadenten den medfører ændring i eller opretholdelse af receptens ordlyd, nedskrives på en telefonreceptblanket. En sådan eventuel ændring af recepten skal endvidere tydeligt påføres denne sammen med en angivelse af, at ændringen er sket efter aftale med receptudstederen, samt dato og initialer for den farmaceut, der har foretaget rettelsen.«

Der er tale om en vis forskel i arbejdsopgaven, afhængig af om der ved recept er ordineret en brugsfærdig standardpakning, eller der for at imødekomme et særligt behov skal fremstilles og udleveres en ikke færdigholdt, ikke-standardpakning.

3° *Produktion*

Fremstilling af lægemidler inden for apotekervæsenet på basis af indkøbte råvarer spænder fra egentlig industriel fremstilling af lægemidlerne som sådanne og industriel færdiggørelse af standardiserede forbrugerpakninger over den mere håndværksprægede fremstilling af den såkaldte magistrelle præparation, der skal tilfredsstille en enkelt patients specielle behov. Der vil også forekomme såkaldt ekstemporær fremstilling, d.v.s. fremstilling, der oftest på grund af særlige holdbarhedsforhold, må foretages i umiddelbar forbindelse med ekspeditionen.

I forbindelse med alle de nævnte typer af produktion af lægemidler er der behov for kontrol ved særligt kvalificeret personale.

4° Diverse opgaver

Der skal her eksempelvis anføres administrative opgaver, uddannelsesforpligtelser og arbejde i lægemiddelkomiteer.

Den fleksibilitet i distributionssystemet, som er et mål for et reformarbejde, opnås bl.a. ved udvælgelsen af de hovedopgaver, der ønskes løst af den lokale distributionsenhed og ved den samhørende fastlæggelse af serviceniveauet for de udvalgte opgaver. En afgørende faktor ved fastlæggelse af dette niveau er omfanget af det udvalg af såvel receptpligtige som andre lægemidler, som skal lagerholdes og ekspederes umiddelbart af den enkelte enhed i systemet. Som omtalt nedenfor er dette på sin side bestemmende for kravene til kvalifikationerne hos det personale, som er direkte impliceret i forbrugerbetjeningen og det øvrige ekspeditionsarbejde.

5. Distributionsstrukturens enheder og disses bemanding

En af hovedforudsætningerne for en løbende ajourføring af en given lokalitets medicinforsyning er, at man ikke ved lovgivning eller administrationspraksis lægger sig fast på et snævert udvalg af typer af distributionsenheder.

Med henblik på at belyse virkningerne på kravene til personalekvalifikationer m.v. vil det være rimeligt at gennemgå nogle af de forhold, der kan blive bestemmende for typerne i det fremtidige system.

a. Enheder dækkende samtlige under 4. 1°-4° nævnte hovedopgaver på højeste serviceniveau vil måske kun blive søgt opretholdt inden for sygehusapoteksområdet og her kun i form af de såkaldte centralapoteker, og yderligere kun såfremt disse skal yde fuld forbrugerbetjening over for ambulante patienter og eventuelt også andre, hvis sygehusapotekerne åbnes for publikum i almindelighed.

Sådanne enheder må råde over farmaceutisk sagkundskab på højeste niveau, ikke mindst i sygehusmiljøet, hvor der er et betydeligt informationsbehov og hyp-

pige ønsker om magistrelie tilberedninger og udvikling af specielle præparattyper. Der vil dog også her kvantitativt være meget betydelige rutineopgaver, som kan bestrides i samarbejde mellem assistenter og farmaceuter med en i forhold til provisorer begrænset uddannelse (»receptarer«).

b. Det mest markante og for kravene til personalets kvalifikationer mest afgørende træk i udviklingen er ophøret af apoteksproduktionen som opgave for ethvert apotek. Denne udvikling er allerede fremskreden og forudsættes videreført under alle forhold, således at man kan regne med, at det langt overvejende antal af de nuværende apoteker i løbet af en kortere årrække vil have indstillet den egentlige lægemiddelproduktion, herunder fremstillingen af brugsfærdige standardpakninger.

I rene distributionsapoteker vil ansvaret for receptekspeditionen vidtgående kunne pålægges receptarer, ved begrænset sortiment formentlig helt (se nedenfor under d.).

c. Et mindre antal af apotekerne bør fortsat være i stand til at yde medicinalpersoner farmaceutisk information på højeste niveau, og det vil være en hensigtsmæssig organisationsform til disse at henlægge de endnu forekommende opgaver med hensyn til fremstilling af ekstemporær og magistrel medicin.

Tillægges der distributionsapoteket sådanne videregående opgaver, bør der være ansat provisor (er).

Ved en integration af sygehusapoteksvæsenet og det almindelige apotekervæsen vil de nævnte specialopgaver eventuelt kunne fordeles til sygehusvæsenets centralapoteker.

d. De fleste enheder af den nuværende apotekstype vil - når lægemiddelproduktionen er indstillet — som hovedopgaver have den direkte forbrugerbetjening og receptekspedition. Ekspedition af recepter lydende på lagerholdte standardpakninger af brugsfærdige lægemidler vil herefter være den helt dominerende del af den farmaceutiske indsats i patientbetjeningen. Kravet til niveauet af denne indsats vil være afhængigt af, om enheden skal have fuldt lægemiddelsortiment, eller om der for den enkelte enhed gennemføres en større eller mindre begrænsning i udvalget af lægemidler, der umiddelbart kan leveres fra den pågældende enhed. Udenlandske erfaringer har vist, at enheder med begrænset sortiment er i stand til at dække en meget stor del af behovet samtidig med, at der sker en betydelig forenkling af sikkerhedskontrollen.

Ved overvejelser vedrørende bemandingen af sådanne enheder må man dog samtidig være opmærksom på, at der i de (tyndere befolkede) områder, hvor økonomiske hensyn taler for distributionsenheder af ikke fuldtudbygget serviceniveau, vil være tale om et betydeligt antal telefonrecepter, der kræver farmaceutiske kvalifikationer af modtageren.

e. Et forhold, der kan blive aktuelt i løbet af forholdsvis få år, og som kan få meget stor betydning for kravene til kvalifikationerne hos de ansvarlige for receptekspeditionen, er en eventuel overgang til automatiseret medicinordination og receptekspedition via EDB-terminaler på apotekerne. I et sådant system vil der kunne indbygges en række sikkerhedskontroller.

/. Uanset hvilke lægemiddelpolitiske synspunkter, der bliver fremherskende, og i hvilken takt disse realiseres, kan der ikke være tvivl om, at der i befolkningen vil forekomme en selvmedicinering af betydeligt omfang ved hjælp af håndkøbsmedicin. Den sagkyndige farmaceutiske vejledning, som er en af forudsætningerne for, at denne selvmedicinering kan foregå så hensigtsmæssigt og risikofrit som muligt, må være let tilgængelig for forbrugeren, der ikke altid kan forventes at ville for-

mulere sit behov som et ønske om et bestemt præparat, men meget hyppigt i form af en beskrivelse af sin tilstand, sit ubehag etc. Der bør derfor være en vis adgang til farmaceutisk betjening også på de »lavere« trin af distributionssystemet.

g. Der må regnes med, at der fortsat vil være behov for et betydeligt antal håndkøbsudsalg (og receptindleveringssteder), der skal bestyres af det traditionelle, ikkefagkyndige personale.

Det er flere steder nævnt, at der må være muligheder for utraditionelle løsninger af distributionsproblemet. Som illustration kan nævnes, at der kunne indrettes ekspeditionssteder, som kun lagerfører et standardsortiment af lægemidler, d.v.s. et efter art og pakningstype begrænset udvalg af lægemidler, der er aftalt med lokalitetens læger og andre medicinalpersoner f.eks. på grundlag af et arbejde i en lokal lægemiddelkomité.

Man kunne tænke sig etablering af receptindleverings- og udleveringssteder på større arbejdspladser (i øjeblikket forhindres sådant af apotekerforeningens kollegiale vedtægter). En udbygning heraf kendes fra Sverige, hvor der forsøgsvis er oprettet en receptekspedition i tilknytning til Volvo-fabrikkernes bedriftslægeinstitution.

En mobil lægemiddelforsyning findes allerede i form af vagtlægers »lægetasker« og i form af forskellige udbringningsordninger; i visse tilfælde kunne disse ordninger formentlig udnyttes endnu bedre. Såfremt en apoteksbus i lighed med bankbus skulle vise sig hensigtsmæssig, bør det fremtidige distributionssystem også være åbent overfor denne løsning.

Realiseres den udbygning af den primære sundhedstjeneste, som af mange anses for at være vejen til at begrænse de voldsomt stigende udgifter til sygehusvæsenet, vil det sikkert vise sig nødvendigt, at der etableres en medicinforsyningsenhed, der ikke blot geografisk, men også organisatorisk integreres i »helsecentret«. Herigennem vil det farmaceutiske personale gennem samarbejde med andre medicinalpersoner og medarbejdere inden for socialvæsenet kunne medvirke til den mest hensigtsmæssige betjening af patienten. Der tænkes her på, at skal man nedbringe indlæggelserne på sygehusene, vil det betyde, at der i hjemmene og ved helsecentrenes ambulante indsats behandles patienter, der også med hensyn til medicineringsprogrammer er mere »komplicerede«, end hvad der i øjeblikket er normen.

På tilsvarende vis forudsætter en forskydning af behandling og pleje af gamle og kronisk syge fra hospitaler og plejehjem til hjemmepleje, at der tilbydes disse grupper en adækvat farmaceutisk service. Endelig kan der peges på yderligere et - ganske vist noget specielt - forhold, nemlig muligheden for at helsecentret kan udnytte farmaceutens analytiske ekspertise i forbindelse med den kliniskkemiske analysevirksomhed.

6. Uddannelsernes indhold

Den farmaceutiske uddannelse har traditionelt sigtet mod at sætte den farmaceutiske kandidat i stand til at dække hele lægemiddelspecialet med det resultat, at uddannelsen i dag er præget af et meget bredt spektrum af fag.

Det vil efter gruppens opfattelse fortsat være ønskeligt, at der uddannes farmaceuter, der i kraft af den brede orientering i lægemiddelproblematikken har overblikket, men dette udelukker ikke, at der finder en vis differentiering og specialisering sted; dette forhindres ejheller af, at den altovervejende del af farmaceuterne skal søge beskæftigelse inden for et relativt begrænset erhvervsområde.

Med henblik på en diskussion af uddannelsernes indhold kan man, som foran,

inddele opgaverne inden for apotekervæsenet i 4 hovedområder: 1) produktion, 2) (analytisk) kontrol, 3) ekspedition og 4) administration m.v.

På dette sted vil det især være af interesse at diskutere ekspeditionsopgaverne, idet den allerede stedfindende adskillelse af produktions- og ekspeditionsarbejdet i apotekerne og den forudseelige videreudvikling, sammen med den stærkt svindende anvendelse af ikke-standard medicin, har skabt en situation, der gør det rimeligt at diskutere indretning af en uddannelse, der særligt sigter mod ekspeditionsarbejdet - og i en vis udstrækning også det administrative arbejde - i detailleddet, en *receptaruddannelse* i lighed med hvad der kendes i Norge og Sverige.

Af en række grunde - heriblandt det nuværende fordannelseskrav, der er realeksamen eller lavere afgangsniveau — anser gruppen det ikke som værende hensigtsmæssigt at indrette en sådan receptaruddannelse som en overbygning på den eksisterende teknikeruddannelse (assistentuddannelsen), men for den apoteksassistent, som ønsker en receptaruddannelse, må der naturligvis kunne gives en betydelig kredit for de allerede erhvervede færdigheder og kundskaber.

Derimod finder man ikke grund til at foreslå en specialisering af assistentuddannelsen.

For at gøre en receptaruddannelse attraktiv for de uddannelsessøgende og for at gøre de uddannede receptarer »attraktive« som arbejdskraft, er det afgørende, at receptaruddannelsen gøres kortere end den nuværende 5-årige farmaceutuddannelse. Modsat hvad der gjaldt for de tidligere »exam.pharm.'er«, bør dette ikke ske ved at give en mindre dybtgående uddannelse inden for alle områder, men ved at give praktisk taget samme uddannelse, som gives farmaceutiske kandidater, inden for de for receptarer relevante områder og kun orientere inden for de øvrige.

Allerede af denne grund bør receptaruddannelsen baseres på moduler, der indgår i den farmaceutiske kandidatuddannelse. Hermed vil der også kunne skabes muligheder for, at den enkelte receptar efter ønske og behov på et senere tidspunkt kan forøge sin faglige kompetence ved på Danmarks farmaceutiske Højskole at følge resterende moduler af kandidatuddannelsen.

Det vil sikkert være muligt at lade den farmaceutiske basisuddannelse (»1. del«) være fælles for provisorer og receptarer f.eks. strækkende sig over 2 år. Det må herefter være muligt i løbet af ca. 1 år at færdiguddanne receptarer, idet hovedvægten lægges på socialfarmaci[1]) og på de dele af den teknologiske og galeniske farmaci, der sigter mod det fremtidige praktiske apoteksarbejde samt på biologi/farmakologi (lægemiddellære). Det traditionelt stærke indslag i den farmaceutiske uddannelse af kemi og analytisk kemi må forbeholdes kandidatuddannelsen.

Forslaget om at *uddanne en ny kategori af farmaceutisk arbejdskraft*, en receptar, med et kortere uddannelsesforløb end den farmaceutiske kandidat, provisoren, er, som nævnt, *ikke* identisk med et forslag om at genoplive exam.pharm.'en. De begrundelser, der i 1954 blev fremført for dennes utilstrækkelige uddannelse, er fortsat gældende, idet det må erindres, at - med undtagelse af adgangen til apotekerbevilling - var der reelt i henseende til kompetence ligestilling mellem exam, og cand.pharm.'en.

Indholdet af receptarens uddannelse skal sigte mod kompetence med hensyn til den almindelige farmaceutiske kundebetjening, modtagelse af telefonrecepter og ekspedition af standardlægemidler, hvilket vil sige henimod 95 % af det *ekspeditions*arbejde, som i dag formelt skal vare-

1) Socialfarmaci er i sin bredeste betydning det fagområde, der beskæftiger sig epecielt med lægemiddelforsyningen, herunder de dermed forbundne legale, sikkerhedsmæssige, økonomiske, sociale og etiske aspekter.

tages af provisorer.

Hvad angår kandidatuddannelsen er det mest påtrængende behov set på baggrund af apotekervæsenets problemer, at der også under denne finder en specialisering sted med henblik på hovedområderne produktion, kontrol og administration. Den omstændighed at et formentlig stigende antal farmaceutiske kandidater må påregnes beskæftiget uden for apotekervæsenet i snævrere forstand lægger ligeledes op til en vis specialisering i den afsluttende del af studiet.

Det må anses for muligt at gennemføre en sådan specialisering, uden at dette, som en nødvendig konsekvens, medfører begrænsning i adgangen til de områder, hvor lovgivningen på den ene eller anden måde kræver farmaceutisk kandidateksamen som forudsætning for erhvervsudøvelse.

Hvad teknikeruddannelsen (assistentuddannelsen) angår, så sigter den i endnu højere grad end farmaceutuddannelsen mod apotekets traditionelle behov, og bortfaldet af produktionen på hovedparten af de eksisterende apoteker må derfor få betydelige konsekvenser for denne uddannelse; realiseres de tanker om erhvervsforberedende gymnasiale uddannelser, som er fremsat af den såkaldte Højby-gruppe[1]), hvilket vil give overgang til elevuddannelser omkring det 18. år, skulle der være gode muligheder for en væsentlig afkortning af elevtiden, idet der særligt kunne reduceres i kravene vedrørende lægemiddel*produktion*.

En sådan afkortning vil dog sikkert medføre et behov for videreuddannelse for de få, der som teknikere bliver beskæftiget med de forskellige produktionsspecialer og med kontrol.

1) Gruppens forslag er indeholdt i Udkast til forslag til folketingsbeslutning om 12 års uddannelse for alle. Det pågældende udkast blev afgivet til undervisningsministeriet i april 1973.

7. Uddannelsens struktur

Det er nævnt foran, at den ønskelige fleksibilitet i distributionssystemet forudsætter en betydelig fleksibilitet på personaleområdet, således at der til rådighed er personalekategorier, der uddannelsesmæssigt er veltilpassede til de opgaver, der skal løses af de enkelte enheder i systemet.

Dette bør foruden af uddannelsesøkomiske grande også realiseres for at skabe bedst mulig overensstemmelse mellem den enkeltes uddannelsesniveau og de kvalifikationskrav, arbejdet indebærer. Sammen med de synspunkter, der er fremført i de foregående afsnit, peger dette på en strukturering af uddannelserne, som indebærer *to betydelige ændringer i forhold til det gældende,* 1) den farmaceutiske (akademiske) uddannelse må have flere afgangsmuligheder og en vis liniedeling og 2) under en eller anden form bør der etableres en central styring omfattende såvel tekniker- som »akademiker«-uddannelsen.

Gruppen anser det for liggende uden for dens opgaver at fremkomme med et detaljeret, endegyldigt forslag til uddannelsesstruktur, til fagindhold og til enkeltfags målsætning, men som basis for drøftelserne af uddannelsesproblematikken har man haft en skitse, der forudsætter en forudgående 12-årig skolegang for såvel den farmaceutiske uddannelse, som for teknikeruddannelsen.

Den farmaceutiske uddannelse bygger heri på en studieforberedende gymnasial uddannelse og teknikeruddannelsen på en erhvervsforberedende gymnasial uddannelse.

Man har forestillet sig den farmaceutiske uddannelse opbygget af en basisuddannelse af ca. 2 års varighed, fælles for »receptarer« og »provisorer« og omfattende en praktikanttid. Receptaruddannelsen skulle derefter kunne afsluttes på ca. 1 år, dvs. ialt ca. 3 år, medens »provisoruddannelsen« ville kræve yderligere 3–3½ år, dvs. ialt 5-

5½ år med en vis specialisering inden for studiets sidste V2—1 år.

Teknikeruddannelsen (assistentuddannelsen) har man forestillet sig stadig i betydelig udstrækning værende en »mesterlære« og afsluttet på ca. 2 år; såfremt man stadig skulle bygge på den nuværende realeksamen, vil uddannelsen nok kræve 2½–3 år.

Gruppen finder det af afgørende betydning, at der skabes gode muligheder for overgang fra assistentuddannelsen/-gruppen til farmaceutuddannelsen/-gruppen, især at der bliver bekvem mulighed for at assistenter med relevant fordannelse kan videreuddanne sig til »receptarer«. Man finder det ligeledes betydningsfyldt, at den farmaceutiske basisuddannelse indrettes, således at den eksamen, som afslutter denne, kvalificerer som assistent.

Man anser en fælles central styring af uddannelserne for ønskelig; bl.a. fordi man herved bedst sikrer hensigtsmæssige overgangsordninger og fordi man herved bedst får fuld nytte af at knytte særlige undervisere (»studielektorer«) til uddannelsesstederne (apotekerne) i et afgrænset geografisk område og derved sikrer maksimalt udbytte af den praktiske uddannelse. Denne foreslås for alle kategorier bibeholdt, ikke blot som et traditionelt indslag, men først og fremmest fordi erfaringen har vist, at den giver assistenter og farmaceuter en holdning til deres arbejdsopgaver, som er værdifuld.

8. Det kvantitative forbrug af personale

Det er overordentlig vanskeligt at opstille prognoser såvel for det samlede personaleforbrug til lægemiddeldistributionen, som forbruget af de enkelte personalekategorier.

PP II bringer **i sin Tabel 45,7** nedenstående fremskrivning af personalebehovet inden for det samlede sundhedsvæsen.

Vækstraten for apotekervæsenet ligger i henhold til denne prognose under den gennemsnitlige vækstrate for den primære sundhedstjeneste som helhed, men det fremgår umiddelbart, at der er tale om et usikkert skøn, der som en af forudsætningerne har »1971-72 standard«.

Spørgsmålet om »standarden« eller bedre, holdningen til de lægemiddelpolitiske målsætninger vil være af afgørende betydning for det fremtidige forløb. Dette gælder såvel synspunkter vedrørende det sikkerhedsmæssige, herunder omfanget af receptpligten, som synspunkter vedrørende finansiering af lægemiddelforbruget, d.v.s. offentlige medicin til skud samt naturligvis den geografiske dækning med distributionsenheder.

PP II's prognose kan siges at være baseret på en uændret politisk holdning til forbruget af medicin og til en vidtgående offentlig finansiering af forbruget.

Erfaringsmæssigt fører dette til et fortsat stigende recepttal, som nok vil føre til en mærkbar stigning i teknikertall et, men næppe i større udstrækning påvirke farmaceuttallet.

Ændres der af sundhedsmæssige grunde holdning til medicinforbruget, f.eks. ved at der gennem skærpet receptpligt søges opnået en begrænsning af håndkøbssalget, må man forudse flere recepter og dermed et øget arbejde på apotekerne.

Indføres der restriktioner med hensyn til offentlig finansiering af medicinforbruget (begrænsning af medicintilskud) viser erfaringen i sådant tilfælde stagnerende recepttal og stagnerende totalforbrug, hvilket må resultere i uændret eller faldende forbrug af alle personalekategorier.

Ændres der holdning med hensyn **til** den geografiske dækning med selvstændige distributionsenheder, så vil, alt efter hvilken retning ændringen har, antallet af apotekere og provisorer stige eller falde; antallet af teknikere påvirkes derimod næppe i større udstrækning.

Endelig skal der gøres opmærksom på, at den vidtgående centralisering af apoteksproduktionen, som gruppen under alle forhold anser for at være en kommende realitet, vil medføre en nedgang i personaleforbruget, procentuelt stærkest for farmaceuterne.

Omlægning af den farmaceutiske uddannelse og af teknikeruddannelsen som antydet foran vil kræve en detaljeret gennemgang af problemerne, som ligger udenfor gruppens kompetence.

Der er efter gruppens opfattelse i det fremlagte sådanne generelle uddannelsespolitiske aspekter, at der må være grundlag for at tage dem op i Det centrale uddannelsesråd som én mulighed for at realisere nogle af de nyere tanker om organisation og integration af beslægtede uddannelser.

Det kunne herunder være af interesse at undersøge mulighederne for uddannelsesmæssigt samarbejde også med analytikere, klinisk-kemikere, hospitalslaboranter.

Tabel VIII.1. Udvikling i sundhedsvæsenets personale 1972-87

Fuldtidsstillinger		1972	1978	1987	Vækstrate 1972-87
Primære sundhedstjeneste					pct. p.a.
Lægepraksis	Læger	2.500	4.000	5.000	
	Andre	1.500	3.000	5.000	
	I alt	4.000	7.000	10.000	6,3
Tandlægepraksis	Tandlæger	3.500	4.100	5.100	
	Andre	3.800	4.900	6.100	
	I alt	7.300	9.000	11.200	2,9
Apoteker:	Farmaceuter	1.400	1.500	1.600	
	Andre	3.900	4.500	5.300	
	I alt	5.300	6.000	6.900	1/8
Udgående service (fysio- og ergoterapeuter, jordemødre, sundheds- og hjemmesygeplejersker)		4.700	5.300	6.200	1,9
Primære sundhedstjeneste i alt		21.300	27.300	34.300	3,2
Sygdomsbehandlen.de institutioner					
	Læger	4.300	5.000	5.300	
	Andre	69.500	78.800	82.100	
	I alt	73.800	83.800	87.400	1/1
Sundhedsvæsenet i alt .....,		95.100	111.100	121.700	1,7

Kilde: Perspektivplan-redegørelse 1972-1987, København, december 1973 (PPII)
Beregningsforudsætninger:
(1) Restriktiv sygehuspolitik.
(2) Praktiserende læger svarende til 1 læge pr. 1500 indbyggere i fremtiden.
(3) Øvrige skøn baseret på hidtidig udvikling og eksisterende uddannelseskapacitet.
(4) 1971-72 standard.

KAPITEL IX

Ejendomsretlige spørgsmål i forbindelse med en statsovertagelse af lægemiddeldistributionen

1. Indledning

I forbindelse med en organisering af lægemiddeldistributionen i statsligt regie vil der opstå en række spørgsmål af ejendomsretlig karakter, hvad enten denne omorganisering vil komme til at omfatte samtlige led i distributionskæden eller blot enkelte.

Det er gruppens opfattelse, at disse spørgsmål i givet fald bør finde deres løsning gennem forhandlinger mellem staten og de berørte personer m.v.

Gruppen har imidlertid samtidig fundet det hensigtsmæssigt at fremkomme med en kort redegørelse for de ekspropriationsretlige forhold i forbindelse med oprettelse af et statsmonopol på detaildistribution og/eller engrosdistribution af lægemidler m.v.

2. Almindeligt

Den almindelige danske forfatningsregel, der regulerer, i hvilket omfang og under hvilke betingelser lovgiver kan foretage indgreb i de bestående ejendomsretlige ordninger, er grundlovens § 73, stk 1:

»Ejendomsretten er ukrænkelig. Ingen kan tilpligtes at afstå sin ejendom uden, hvor almenvellet kræver det. Det kan kun ske ifølge lov og mod fuldstændig erstatning.«

For så vidt angår den almindelige gennemgang af indholdet af grundlovens § 73 henvises til den ekspropriationsretlige litteratur[1]). Her skal alene forholdet mellem næringsrettigheder i almindelighed og grundlovens § 73 gøres til genstand for nærmere omtale.

Der er i *dansk teori* enighed om, at næringsrettigheder ikke er udelukket fra grundlovsmæssig beskyttelse. Spørgsmålet om, i hvilket omfang de enkelte grupper af næringsrettigheder er omfattet af grundlovens § 73, er imidlertid ikke ganske afklaret[1]).

Karakteristisk for de omhandlede indgreb er, at disse ikke retter sig mod et bestemt erhvervsforetagende som sådant, men derimod mod retten i almindelighed til at udøve den pågældende næringsvirksomhed.

Retspraksis på dette område er forholdsvis sparsom. Ved gennemgangen af tidligere tilsvarende lovgivning m.v. må det endvidere haves for øje, at eventuelle erstatningsbestemmelser ikke nødvendigvis er udtryk for en forpligtelse efter grundlovens ekspropriationsbestemmelser, men derimod erstatte inger, som lovgiver ud fra billighedshensyn har fundet anledning til at yde.

Der er almindelig enighed i teorien om, at egentlige næringsprivilegier, der har karakter af enerettigheder, er omfattet af grundlovens § 73. Karakteristisk for disse rettigheder er, at de indrømmer deres indehavere en vis beskyttelse mod til gengæld at pålægge visse forpligtelser.

Udøvelsen af retten ifølge disse privilegier vil i vidt omfang kunne undergives offentligretlig regulering, uden at dette vil give anledning til erstatning efter grundloven. Et indgreb fra lovgiver, hvorefter retten til at udøve den pågældende næring overføres til andre, må derimod opfylde betingelserne i grundlovens § 73.

Det er ligeledes antaget i teorien, at udøvelse af næringsrettigheder, der ikke har karakter af enerettigheder, men som kun meddeles i begrænset om-

1) Der henvises særlig til: Alf Ross, Dansk Statsforfatningsret (1966), Poul Andersen, Dansk Statsforfatningsret (1954), Max Sørensen, Statsforfatningsret (1972), F. Vinding Kruse, Ejendomsretten (1951), Knud Berlin, Den danske Statsforfatningsret (1937-39), Egon Larsen, Erstatningsfrie reguleringer (1959).

1) Foruden til de i forrige note nævnte forfattere henvises til: Poul Andersen, Næringsretten i Hovedtræk (1939), Troels G. Jørgensen i Festskrift til F. Vinding Kruse (1940), s. 215 f., N. Cohn i Juridisk Tidsskrift (1915), s. 717 ff, Forhandlingerne på det 17. nordiske juristmøde (1938), bilag III (Magne Schjødt) og s. 241 ff.

fang, er beskyttet af grundlovens § 73.

For så vidt angår fri næringsudøvelse og udøvelse af næring i henhold til næringsbrev, der udleveres til enhver, der opfylder visse elementære krav, er det den overvejende opfattelse i dansk teori, at i al fald en overførelse af retten til udøvelsen af den pågældende næring til et statsmonopol vil give de hidtidige næringsdrivende et erstatningskrav. En inddragelse af sådanne næringsrettigheder i forbindelse med et generelt forbud (f.eks. spiritusforbud) i almenhedens interesse antages derimod ikke at afstedkomme et erstatningskrav[1]).

I Norge og Sverige har de omhandlede spørgsmål givet anledning til en betydelig mere righoldig litteratur end i Danmark, hvilket må ses på baggrund af, at problemstillingen hyppigere har været aktuel i disse lande.

I *norsk teori* synes den overvejende holdning at være i overensstemmelse med den foran omtalte danske opfattelse.

I forbindelse med den faktiske gennemførelse af statsmonopoler i Norge har myndighederne i almindelighed udbetalt erstatning til de hidtidige næringsdrivende. I et vist omfang har der her imidlertid været tale om billighedserstatninger.

I *svensk teori* har der ikke været nogen entydig holdning på dette område, idet der dog nærmest synes at være en tendens til at antage, at der ikke eksisterer nogen erstatningspligt for indgreb, der sker gennem lovgivning, hvor der ikke er tale om en eksisterende eneret.

I overensstemmelse med denne opfattelse har de svenske statsmyndigheder ved oprettelse af de her omhandlede statsmonopoler afvist at være forpligtet til at yde erstatning. Denne holdning har ikke givet anledning til sager mellem det offentlige og de berørte borgere, idet der ved oprettelsen af statsmonopolerne er blevet ydet billighedserstatninger i et omfang svarende til, hvad der havde været tale om ved pligtmæssig erstatning.

3. Statsovertagelse af detaildistribution af lægemidler

3.1. Apotekerbevillingen

I bevillingen, som meddeles nyudnævnte apotekere, er der ikke taget forbehold om mulige ændringer i bevillingens status, tilbagekaldelighed etc. Der henvises alene til gældende lovgivning.

I apotekerloven fastslås det, at bevillingen bortfalder, når apotekeren fylder 70 år. Herudover indeholder loven forskellige bestemmelser om bevillingens bortfald, der i alle tilfælde vedrører forhold af ordensmæssig og sikkerhedsmæssig karakter. Ingen af disse bestemmelser er udtryk for forbehold af det forannævnte indhold.

Bevillingen giver dens indehaver ret til at drive det pågældende apotek et bestemt sted, indtil han falder for aldersgrænsen.

Denne rettighed forhindrer ikke, at de offentlige myndigheder med hjemmel i almindelig lovgivning gennemfører en omfattende regulering af næringens udøvelse.

Således vil det offentlige gennem medicintaksten og afgiftssystemets udformning, gennem sikkerhedsforskrifter og regler om åbningstid samt gennem afgrænsning af hvilke varer, det er apotekerne forbeholdt at forhandle, i væsentlig grad kunne indskrænke bevillingsindehaverens muligheder for selvstændig forretningsdrift. Ligeledes vil det offentlige ikke være afskåret fra at oprette et apotek i nærheden af et eksisterende apotek med det resultat, at indehaveren af sidstnævnte apotek påføres en generende konkurrence.

Apotekerbevillingen indeholder imidlertid en kærne af rettigheder, som lovgiver ikke uden videre kan fratage dens indehaver. Det forhold, at retten til at drive apotekserhverv meddeles ved bevilling i forbindelse med den lovgivning og administrationspraksis, som danner grundlag herfor, medfører, at bevillingen må opfattes som et bevis på, at de offentlige myndigheder har indrømmet apotekeren en eneret til fra et bestemt sted at distribuere lægemidler m.v. Heroverfor pålægges apotekeren en række forpligtelser.

Dette indebærer, at bevillingsindehaveren har opnået et retskrav på fortsat at kunne udøve apotekernæringen som en enerettighed, hvilket vil sige, at lovgiver ikke ensi-

1) Jfr. U 1918, 956 H og 960 H (islandsk sag), hvor højesteret ikke kunne give en gæstgiverske medhold i, at den islandske spiritusforbudslov af 1909 stred mod hendes bevilling af 1882. Højesteret begrundede med, at »dette forbud er kun en anvendelse af den lovgivningsmagten tilkommende beføjelse til at træffe almindelige regulerende bestemmelser for næringslivet.«

digt kan overføre denne ret til andre, herunder staten, eller gøre apoteksdrift til fri næring[1]).

Det følger herefter, at retten til at udøve næring i henhold til en apotekerbevilling må anses for omfattet af grundlovens § 73, og at indgreb, hvorved retten overføres til staten, kun kan finde sted under iagttagelse af de betingelser, der er opstillet i bestemmelsen.

I overensstemmelse med dette resultat er lov nr. 107 af 31. marts 1932 om apotekervæsenet, hvorved det bestemtes, at de hidtidige salgbare (reelle) apoteksprivilegier (på dette tidspunkt 101 privilegier ud af i alt 329) ikke længere skulle kunne overdrages. Loven indeholder detaljerede erstatningsbestemmelser, der tilsigtede at yde økonomisk erstatning for det rettighedstab, som afløsningen medførte for de pågældende apotekere.

Den afgørende betingelse for, at lovgiver ud fra almene samfundsmæssige grunde kan oprette et apoteksmonopol med det resultat, at de eksisterende bevillinger bortfalder, bliver herefter, at der ydes fuldstændig erstatning til de hidtidige indehavere.

Som omtalt foran omfatter erstatningen principielt ethvert økonomisk tab, som ekspropriationen medfører. Herunder falder for det første erstatning for tab af privilegieværdi som sådan. Denne beløbsstørrelse minder i et vist omfang om den værdiansættelse for oparbejdet søgning (goodwill) som foretages ved vurdering af en traditionel forretningsvirksomhed. Der er dog den væsentlige forskel, at retten ifølge apoteksprivilegiet er uoverdragelig.

Udgangspunktet ved fastsættelsen af en privilegieværdi bliver et skøn over den fremtidige nettofortjeneste ved uændret drift af apoteket. Grundlaget for dette skøn vil være de i gældende apotekerlovs § 37 omhandlede årlige indberetninger. Erstatningsbeløbet vil herefter i princippet kunne fastsættes som den kapitaliserede værdi af den forventede nettofortjeneste i apotekerens resterende funktionsperiode.

Ved vurderingen af nettoudbyttet ved fortsat drift af apoteket bør medinddrages de øvrige ændringer i vilkårene for apoteksnæring, som nationaliseringslovforslaget er et led i. Et forslag om statsovertagelse af apotekerne kan alene betragtes som et middel til at tilstræbe de mål, som opstilles. En gennemførelse af en lovgivning, som tager sigte på disse målsætninger, men som ikke ændrer ejendomsforholdene for apotekerne, vil derfor ændre de driftsøkonomiske vilkår for disse væsentligt, uden at dette vil begrunde nogen erstatningsforpligtelse.

Ved en statsovertagelse af apotekervæsenet må det antages, at der fra statsmagtens side vil blive tilbudt samtlige apotekere ansættelse inden for apotekervæsenet. Det økonomiske vederlag, som de hidtidige apotekere vil blive tilbudt, vil medføre en tilsvarende formindskelse af erstatningen for tab af privilegieværdi.

For de apotekere, der vælger at fortsætte

1) I et responsum vedrørende apoteksprivilegiernes retlige natur afgivet af justitierådet E. Sandström, og som er optaget som et bilag til en svensk betænkning angående en omorganisering af apoteker væsenet (SOU 1951:34) er et tilsvarende resultat nået.

I den daværende svenske apotekerlovgivning var det fastsat, at der i apoteksbevillinger meddelt efter den 9. august 1920 skulle tages forbehold om, at apotekerne skulle underkaste sig de forskrifter vedrørende privilegiets afståelse og vilkårene for dets udøvelse, som måtte blive udstedt.

For bevillinger udfærdigede før den 9. august 1920 (på tidspunktet for afgivelsen af responsummet, i alt 3) nåede Sandström frem **til,** at en inddragelse fra statsmagtens side kun kunne ske mod fuldstændig erstatning. Der blev herved lagt afgørende vægt på den karakter af et monopol, som retten ifølge bevillingen var udtryk for.

For bevillinger udstedt efter 9. august 1920 fandt Sandström derimod, at det heri indeholdte forbehold måtte medføre, at en inddragelse ikke ville medføre erstatningspligt for det offentlige. En eventuel erstatning ville derfor have karakter af en billighedserstatning.

Ved oprettelsen af Apoteksbolaget pr. 1. januar 1971 blev overtagelsesvilkårene fastsat ved overenskomst mellem staten og apotekerne. Spørgsmålet om pligtmæssig erstatning var her ikke i forgrunden, hvilket bl.a. har som årsag det forbehold, som var indeholdt i apoteksbevillingen.

under offentlig ansættelse, vil der derfor alene blive tale om ydelse af erstatning for tab af privilegieværdi i de situationer, hvor overgangen til offentlig ansættelse medfører indtægtstab. Erstatningen vil i disse tilfælde blive beregnet på grundlag af forskellen mellem forventet indtjeningsforhold ved fremtidig selvstændig apoteksdrift og faktisk udbetalt løn.

3.2. Varelager, inventar, bygninger m.v.

I forbindelse med etablering af et statsligt apoteksmonopol må det forudsættes, at staten samtidig i vidt omfang vil overtage eksisterende varelagre, inventar, apoteksbygninger etc.

Ved fastsættelsen af de økonomiske vilkår herfor vil udgangspunktet kunne være de beregningsprincipper, som i dag anvendes ved en ny indehavers overtagelse af apotek, og som er de samme, som anvendes, hvor staten (apotekerfonden) overtager driften af et apotek.

Hvor staten ikke ønsker at overtage disse værdier, vil indehaveren have krav på erstatning for den værdiforringelse, som disse aktiver vil blive behæftet med på grund af, at de ikke længere vil kunne anvendes til apoteksdrift. Udgangspunktet for erstatningsfastsættelsen vil her igen være de gældende principper ved apoteksovertagelser.

3.3. Apotekspersonalet

Ved oprettelsen af et statsligt apoteksmonopol vil der eventuelt kunne opstå spørgsmål om erstatning til det hidtidige apotekspersonale for forringede erhvervsmuligheder. Dette problem er imidlertid ikke her taget op til nærmere overvejelse, idet det er forudsat, at et statsmonopol vil tilbyde personalet fortsat ansættelse.

4. Statsovertagelse af engrosdistribution af lægemidler

Den gældende apotekerlovgivning gør ikke engrosforhandling af lægemidler betinget af en særlig tilladelse. Det næringsretlige grundlag for de eksisterende lægemiddelgrossistvirksomheder er derfor et næringsbrev, udstedt i henhold til næringsloven.

Som omtalt foran er det den almindelige opfattelse blandt de danske statsretsteoretikere, at retten ifølge et almindeligt næringsbrev er omfattet af grundlovens § 73. Denne opfattelse kan imidlertid ikke støttes i lovgivning eller retspraksis, der direkte tager stilling til spørgsmålet.

I Norge er engrosforhandling m.v. med lægemidler ved lov af 27. februar 1953, som trådte i kraft den 1. november 1957, gjort til en eneret for statsbedriften Norsk Medisinaldepot.

Før dette tidspunkt blev engrosforhandling i Norge varetaget af private foretagender. Det næringsretlige grundlag for disse virksomheder var en tilladelse fra myndighederne. Denne tilladelse forudsatte i hovedsagen alene, at de pågældende var i besiddelse af de egenskaber, der krævedes for at blive apoteker. Samtlige tilladelser var givet med forbehold om, at de når som helst kunne tilbagekaldes.

Det af regeringen i 1947 nedsatte udvalg til at udrede spørgsmålet om oprettelsen af det omhandlede statsmonopol delte sig i spørgsmålet om erstatningspligt over for de hidtidige engrosforhandlere i to fraktioner. Fraktion A (som er identisk med den fraktion, der anbefalede oprettelse af et statsmonopol) fandt ikke at der var grundlag for erstatningspligt. Fraktion B fandt ikke at kunne tage endelig stilling til dette spørgsmål.

Fraktion A henviste for det første til det forbehold, som var taget ved meddelelsen af næringstilladelserne.

Denne fraktion fandt imidlertid endvidere, at selv om det nævnte forbehold ikke var taget, ville der ikke eksistere en erstatningsforpligtelse over for de hidtidige grossister m.v.

Dette standpunkt byggede på den opfattelse, at et særskilt meddelt handelsborger-

skab eller anden bevilling ikke giver den pågældende en livsvarig ret over for det offentlige, som lovgivningsmagten ikke vil kunne sætte sig ud over. Denne argumentation støttes bl.a. på domspræmisserne i højesterets afgørelse i den såkaldte Vauvertsag[1]), hvori det blev fastslået, at en adgang til salg af brændevin, som var meddelt ved borgerskabsbrev af 1838, hverken ved borgerskabet eller efter dagældende ret var indrømmet som en rettighed, som skulle bestå uafhængig af senere lovgivning.

Indstillingen fra fraktion A blev tiltrådt af sosialdepartementet samt justisdepartementet. Sidstnævnte dog med den tilføjelse at departementet herved forudsatte »at de næringsdrivendes faste anlegg ikke vil bli vesentlig forringet i verdi som følge av, at de ikke kan nyttes i samme virksomhet som hidtil.«[2])

Ved den senere oprettelse af Norsk Medisinaldepot blev der ydet de hidtidige private lægemiddelgrossister erstatning både for mistet forretningsværdi (good-will) (ialt n.kr. 1.525.000) og for værdiforringelse for inventar, lokaler, ekstra lønudgifter som følge af omlægningen etc. (ialt n.kr. 265.000). I de love, hvorved de nævnte erstatningsbeløb bevilgedes, er det klart angivet, at der er tale om billighedserstatninger. Erstatningerne for tabt forretningsværdi udgør da også kun en mindre del af de fremsatte krav.[3])

1) Rt. 1922 624.

2) Ot. prp. nr. 78 (1949) side 9, samt bilag 16, hvor der refereres en udtalelse fra justitsdepartementet i anledning af planerne om indførelsen af et sukkermonopol. Efter at have udtalt, at der formentlig ikke vil være erstatningspligt efter de til den danske grundlovs § 73 svarende bestemmelser, anfører departementet »Man må imidlertid regne med muligheten av at domstolene kan komme til et annet resultat og tilkjenne erstatning for tap av forretning eller ihvertfal for tap som følge av at anlegg, lagerhus, kontorer m.v. blir forringet i verdi ved at de ikke lenger kan nyttes til det oprinnelige bestemte formål.«

3) Vedrørende de erstatningsretlige spørgsmål i forbindelse med oprettelsen af Norsk Medisinaldepot, jfr. Ot. prp. nr. 78 (1949), Ot. prp. nr. 80 (1959-60), Ot. prp. nr. 23 (1960–61).

Det er gruppens opfattelse, at indførelse af et statsmonopol på engrosforhandling af lægemidler i Danmark ikke i sig selv vil give de hidtidige lægemiddelgrossister et krav på erstatning fra statskassen.

Der lægges herved vægt på, at retten efter et næringsbrev ikke kan betragtes som en tilsikret ret til fortsat udøvelse af virksomhed ved engrosforhandling af lægemidler.

Ved oprettelsen af et statsmonopol vil hensigten ikke være at skabe et provenu for statskassen, men derimod at etablere et instrument til gennemførelse af en række sociale og sundhedsmæssige målsætninger. Indgrebet vil herved have samme karakter som de øvrige foranstaltninger, som lovgiver iværksætter for at realisere sådanne målsætninger, og som er udtryk for en almindelig regulering af handlefrihedens grænser. Der kan endvidere henvises til, at oprettelsen af et statsmonopol ikke vil forhindre de berørte i fortsat erhvervsudøvelse i almindelighed, men alene betyde en indskrænkning i omfanget af disse muligheder.

Det er gruppens opfattelse, at spørgsmålet om, hvorvidt og i hvilket omfang der i givet fald ville være grundlag for at yde erstatning ud fra billighedshensyn, bør gøres til genstand for særskilte overvejelser.

5. Begrænsninger i adgangen til lægemiddelengrosvirksomhed

Det er almindeligt antaget i teorien, at lovgiver, uden at der bliver tale om erstatningspligt, kan foretage en indskrænkning i en fri næring eller næring, der udøves på grundlag af et næringsbrev.

Det må derfor antages, at der ikke vil opstå retlige problemer, såfremt virksomhed som lægemiddelgrossist gøres afhængig af en særlig tilladelse.

Det vil ligeledes være muligt at gøre en sådan tilladelse betinget af opfyldelsen af visse forpligtelser som f.eks. pligt til levering og lagerhold af visse varer.

KAPITEL X

EF og lægemiddeldistributionens organisering

1. Indledning

I det følgende gennemgås en række problemstillinger, som udspringer af Danmarks medlemskab af De europæiske Fællesskaber, og som kan få betydning ved den fremtidige organisering af lægemiddeldistributionen.

Der redegøres først for de specielle fællesskabsregler og forslag hertil, der foreligger inden for den farmaceutiske sektor. Dernæst redegøres for EØF-traktatens almindelige regler om offentlige foretagender, herunder statsmonopoler. Endelig sammenholdes disse regler med de modeller for lægemiddeldistribution, som er omhandlet i denne betænkning.

2. Markedsføring af medicinske specialiteter

På dette område foreligger der et vedtaget direktiv, Rådets direktiv af 26. januar 1965 om tilnærmelse af lovgivning om medicinske specialiteter (65/65)[1]).

Direktivet er endnu ikke fuldstændigt gennemført i samtlige medlemsstater[2]).

Herudover foreligger følgende direktivforslag:

- forslag til 2. direktiv om medicinske specialiteter,
- forslag til rådsdirektiv om analytiske, farmakologisk-toksikologiske og kliniske forskrifter og standardrapporter for lægemiddelforsøg[3]),
- forslag til rådsdirektiv om samordning af medlemsstaternes lovgivning om de farvestoffer, der må anvendes i lægemidler[4]),
- forslag til rådsdirektiv om samordning af medlemsstaternes lovgivning om reklame for medicinske specialiteter samt om pakningsbrochurer[5]).

Af disse direktivforslag er det kun de 2 førstnævnte, der har været gjort til genstand for realitetsforhandlinger under Rådet[6]).

I det følgende er alene hovedindholdet af 1. direktiv gennemgået, idet de centrale regler om godkendelse af medicinske specialiteter er indeholdt heri.

1. direktiv fastslår, at en medicinsk specialitet kun må bringes i handelen i en af medlemsstaterne, når de kompetente myndigheder i denne stat har givet tilladelse hertil (art. 3).

Det følger endvidere af art. 5, at markedsføringstilladelse bliver nægtet, hvis det efter kontrol af det i direktivet nærmere angivne dokumentationsmateriale viser sig, enten at a) den medicinske specialitet er skadelig ved normal, forskriftsmæssig brug, eller b) dens terapeutiske virkning mangler eller er utilstrækkelig begrundet af ansøgeren, eller c) den medicinske specialitet ikke viser den angivne

1) EFT spec. 1965-1966, s. 148.

2) Den gældende danske lovgivning afviger på en række punkter fra direktivet. Det af regeringen den 16. oktober 1974 fremsatte forslag til lov om lægemidler er i overensstemmelse med 1. direktiv.

3) Dokument KOM (70) 99.

4) EFT nr. 248 af 13/10 1967, s. 18, EFT C 72/25 af 19/7 1968.

5) EFT nr. 17 af 28/1 1967, s. 265.

6) Under disse forhandlinger er et tidligere forslag **til** 2. direktiv (EFT 1825/65) samt forslag til et 3. direktiv (EFT C 14/4 af 24/2 1968) i stærkt modificeret form blevet sammenarbejdet i et nyt forslag til 2. direktiv. Dette forslag ændrer ikke 1. direktivs grundprincip, hvorefter det er de nationale myndigheder, der i hvert enkelt tilfælde afgør, om en medicinsk specialitet skal registreres. Forslaget indeholder som noget nyt etableringen af en komité på fællesskabsbasis, som får til opgave at afgive vejledende udtalelser i registreringssager af fællesskabsinteresse. Komiteen må formentlig på langt sigt ses som en forløber for et egentligt fælleseuropæisk registreringsnævn.

kvalitative og kvantitative sammensætning. Afgørelsen af, om disse betingelser er opfyldt, sker ved en samlet vurdering. Efter tilsvarende regler kan markedsføringstilladelser for en medicinsk specialitet suspenderes og tilbagekaldes.

Det fastslås i direktivet, at markedsføringstilladelse kun kan nægtes, suspenderes eller tilbagekaldes af de grunde, som er nævnt i direktivet.

Det følger af direktivet, at spørgsmålet om registrering af en medicinsk specialitet alene kan afgøres ud fra en kvalitativ vurdering, og at denne vurdering suverænt foretages af sundhedsmyndighederne i det land, hvor specialiteten ønskes markedsført.

Direktivet begrænser herved de nationale myndigheders muligheder for gennem registreringspolitikken at påvirke lægemiddelsortimentets sammensætning og størrelse.

Det vil således næppe være muligt inden for rammerne af 1. direktiv i dets nuværende udformning at gøre registrering af en medicinsk specialitet betinget af, at det pågældende præparat repræsenterer et terapeutisk fremskridt, eller at det i øvrigt tilfredsstiller et eksisterende udækket behov[7]).

Ligeledes vil det ikke være i overensstemmelse med 1. direktivs ordlyd at gøre registrering afhængig af opfyldelsen af særlige prisforskrifter.

3. Farmaceutisk erhvervsudøvelse

3.1. Selvstændige

Med hjemmel i EØF-traktatens kapitel om etableringsretten har Kommissionen i 1969 og 1972 over for Rådet fremsat en række direktivforslag, der tager sigte på en gennemførelse af den frie etableringsret m.v. for henholdsvis lægemiddelfremstillere, engrosforhandlere af lægemidler og apotekere[8]).

Foruden en gennemførelse af princippet om fri etableringsret tilsigter disse direktivforslag en samordning af de betingelser, som de forskellige medlemsstater opstiller for udøvelse af de pågældende erhverv, f.eks. krav til teknisk indretning og drift

7) Om den norske behovsprøvning fremgår det indirekte i St. meld. nr. 50, 1971/72, vedlegg 1, s. 33, at de norske myndigheder har erkendt, at reglen ikke vil kunne opretholdes uden en ændring af 1. direktiv, idet det hedder: »Når det en gang måtte bli aktuelt (at 1. direktiv bliver sat faktisk i kraft) vil man fra norsk side som medlem gå inn for at reglerne på dette område blir utformet slik innen Fellesskapet at Specialitetsnemndas behovsprøvning kan opretthoIdes.«

8) EFT C 54/32 af 28/4 1969, dokument KOM (72) 1375.

lemslandenes muligheder for at regulere de pågældende erhverv, når blot reglerne ikke stiller andre medlemslandes borgere ringere end hjemlandets. Som følge heraf *indebærer etableringsreglerne ikke, at medlemslandene afskæres fra at overdrage det offentlige erhvervsrettigheder*

Drøftelserne af de omhandlede direktivforslag er foreløbig sat i bero med henblik på udarbejdelse af ændrede forslag, der i højere grad tager hensyn til forholdene i de nye medlemslande samt den ændrede opfattelse i spørgsmålet om gensidig anerkendelse af diplomer, eksamensbeviser m.v.

I forbindelse hermed har Kommissionen stillet forslag om, at betingelserne for meddelelse af tilladelse til lægemiddelfremstilling - som en overgangsløsning - fastsættes i det under pkt. 2 omhandlede forslag til 2. direktiv om medicinske specialiteter.

3.2. Ansatte

I traktatens kapitel om arbejdskraften er der fastsat en hjemmel for Rådet til at gennemføre arbejdskraftens frie bevægelighed. Rådet har ved forordning 1612/1968 gennemført det nævnte princip.

Ved fri bevægelighed forstås »afskaffelsen af enhver i nationaliteten begrundet forskelsbehandling af medlemsstaternes arbejdstagere for så vidt angår beskæftigelse, aflønning og øvrige arbejdsvilkår.« Heri ligger, at der vil kunne stilles de samme krav til udenlandske som danske lønmodtagere, f.eks. dansk eksamen.
samt faglige kvalifikationskrav. Endvidere indebærer forslagene fastsættelsen af fælles minimumskrav til farmaceutuddannelsen som grundlag for en gensidig anerkendelse af eksamensbeviser m.v.

Som det fremgår af traktatens art. 52, medfører gennemførelsen af den fri etableringsret i sig selv alene en ophævelse af forskelsbehandling mellem forskellige EF-landes statsborgere, og er således en konkret udformning af det generelle diskriminationsforbud i art. 7.

En vedtagelse af de forannævnte direktivforslag vil derfor ikke bevirke nogen indskrænkning i med-

I lighed med, hvad der gælder for etableringsretten, indeholder traktaten imidlertid hjemmel til en videregående harmonisering af medlemsstaternes regler for erhvervsudøvelse, og det kan forudses, at de fornyede forhandlinger om direktivforslag om etableringsret inden for den farmaceutiske sektor vil resultere i, at de heri indeholdte principper vil finde tilsvarende anvendelse for ansatte farmaceuter m.v.

Ligesom det er tilfældet for etableringsreglerne, *indebærer reglerne om arbejdskraftens frie bevægelighed alene en afskaffelse af forskelsbehandling, og vil ikke indskrænke medlemsstaternes mulighed for offentlig virksomhed.*

4. Offentlige foretagender, statsmonopoler

4.1. Almindeligt

Efter EØF traktatens *art. 222* berøres de ejendomsretlige ordninger i medlemsstaterne ikke af traktaten. Der findes således ikke bestemmelser i fællesskabsretten, der som sådan forhindrer oprettelse eller videreførelse af offentlige virksomheder, herunder offentlige monopoler. Der findes derimod en række regler, der på forskellig måde regulerer sådanne foretagenders virksomhedsudøvelse.

Den generelle bestemmelse i traktaten om offentlige foretagender er *art. 90, stk. 1,* som bestemmer, at medlemsstaterne afstår, for så vidt angår offentlige virksomheder og virksomheder, som de indrømmer særlige eller eksklusive rettigheder, fra at træffe eller opretholde foranstaltninger, som er i strid med traktatens bestemmelser, og der henvises herved særligt til den almindelige ikke-diskriminationsregel i art. 7 og til konkurrencereglerne i art. «5-94.

Det antages i almindelighed, at art. 90 ikke har noget selvstændigt materielt indhold. Bestemmelsen konkretiserer på et bestemt område rækkevidden af den generelle regel i art. 5, hvorefter medlemsstaterne er forpligtede til at afholde sig fra at træffe foranstaltninger, der er egnede til at bringe virkeliggørelsen af traktatens målsætning i fare. Det er således en betingelse for at bringe art. 90 i anvendelse, at en medlemsstat har tilsidesat en af de øvrige forpligtende fællesskabsregler. Artiklen indeholder herudover i stk. 3, en bemyndigelse for Kommissionen til at træffe bindende afgørelser over for medlemsstater, som handler i strid med art. 90.

Det antages, bl.a. efter artiklens placering i traktaten, at en virksomhed for at være omfattet af art. 90, skal deltage aktivt i det økonomiske liv. Uden for artiklen falder således den offentlige, centrale, regionale og lokale administration i det omfang, hvori denne udfører sædvanlig administrationsvirksomhed, og dette gælder formentlig også, selv om det offentlige i denne egenskab optræder som køber af varer til eget forbrug. Det må endvidere kræves, at det offentlige har en væsentlig indflydelse på virksomhedens drift.

Det fremgår af art. 90, at foruden offentlige virksomheder er virksomheder, som medlemsstaterne »indrømmer særlige eller eksklusive rettigheder« omfattet af bestemmelsen. Heri ligger, at private virksomheder, som af det offentlige har fået overdraget varetagelsen af en offentlig serviceydelse, samt private foretagender, hvis virksomhed er betinget af en offentlig tilladelse (koncessionerede virksomheder) er omfattet af art. 90.

Ved den specielle henvisning til *art.* 7 understreges det, at medlemsstaterne har pligt til at sikre, at de offentlige foretagender m.v. i deres virksomhed, såsom ved køb, salg, licitation etc. ikke begunstiger visse handelspartnere på grund af nationalitet.

Art. 90, stk. 1, henviser dernæst som nævnt specielt til konkurrencereglerne i *art. 85-94.*

Art. 85 forbyder alle aftaler mellem virksomheder, alle vedtagelser inden for sammenslutninger af virksomheder og alle former for samordnet praksis, der har til formål eller til følge at hindre, begrænse eller fordreje konkurrencen inden for fællesmarkedet, og art. 86 forbyder en eller flere virksomheders misbrug af en dominerende stilling på fællesmarkedet eller en væsentlig del heraf i den udstrækning, samhandelen mellem medlemsstaterne kan påvirkes herved på ugunstig måde. Begge artiklerne retter sig mod virksomhederne som sådanne, og er direkte anvendelige over for virksomheder, der udgør selvstændige retssubjekter uafhængigt af, hvilken tilknytning disse eventuelt har til det offentlige.

Art. 90, stk. 1, vil derfor særlig få virkning, hvor virksomheder, hvad enten disse er offentlige eller private, udviser en adfærd, som objektivt er i strid med art. 85 og 86, men som samtidig er en følge af statslige direktiver. Art. 85 og 86 vil her ikke være egnede midler til at hindre den restriktive adfærd, idet denne er et resultat af foranstaltninger, som ligger uden for virksomhedernes magtsfære.

Art. 85 opregner en række eksempler på de former for aftaler og adfærd, som ifølge bestemmelsen er forbudt. Der foreligger herudover afledte retsregler samt domme, som fastlægger indholdet af art. 85.

Det afgørende problem ved fortolkning af art. 85 i relation til art. 90 er, hvorvidt art. 90 i realiteten fuldstændigt integrerer de offentlige foretagender i det private konkurrencesystem, således at det enkelte offentlige foretagende betragtes isoleret fra dels staten, dels andre offentlige virksomheder, eller om staten som »ejer« uden at komme i konflikt med art. 90 i ubegrænset omfang kan meddele offentlige foretagender direktiver m.v. af forretningsmæssig karakter.

Efter den almindelige opfattelse må udgangspunktet ved løsningen af problemet være, at staten i denne henseende sidestilles med private erhvervsdrivende. Forholdet vil således kunne sammenlignes med en privat koncern, hvor moderselskabet vil kunne meddele datterselskaber direktiver om en adfærd (fælles priser, salgspolitik etc), som ville være i strid med art. 85, hvis den var et resultat af en aftale mellem private, selvstændige virksomheder. Spørgsmålet skal dog ikke nærmere forfølges her.

Art. 86 om misbrug af en dominerende markedsposition har kun været bragt i anvendelse af EF's institutioner ganske få gange, og det er derfor kun

i begrænset omfang muligt at fastlægge indholdet af artiklen. Et hovedproblem i relation til offentlig virksomhed er, hvorvidt etableringen af en absolut markedsdominans, f.eks. gennem oprettelse af statsmonopoler, i sig selv betragtes som en misbrugssituation, eller om spørgsmålet om forbud efter art. 86 skal afgøres ud fra en konkret vurdering af, om virksomheden misbruger sin markedsdominans.

Kommissionen har i et memorandum af december 1965 om virksomhedskoncentration forudsat eksistensen af og mulighederne for etableringen af virksomhedskoncentrationer, men af henvisningen til art. 86 b, hvor det anføres, at misbrug af en dominerende position bl.a. kan bestå i »begrænsning af eller kontrol med produktion, afsætning eller teknisk udvikling til skade for forbrugerne«, synes at følge, at forbudet mod urimelig udnyttelse af en dominerende stilling ikke udelukkende har relation til virksomhedernes adfærd på markedet, men også vedrører virksomhedernes interne politik.

Således har Kommissionen i 1971 under henvisning til art. 86 påbudt en international emballagekoncern, Continental Can Company, at ændre en virksomhedskoncentration, som gav pågældende koncern en markedsdominans for visse produkter. Kommissionen henviste i det væsentlige alene til den konkurrencebegrænsede effekt af koncentrationen.

EF-domstolen har ved dom af 21. februar 1973 (sag 6/72) annulleret Kommissionens afgørelse. I dommen gav domstolen imidlertid i princippet Kommissionen medhold i fortolkningen af art. 86, men ophævede Kommissionens afgørelse, da Kommissionen ikke fandtes at have godtgjort, at konkurrencen faktisk var begrænset i det omfang, der kræves for at bringe påbudet i art. 86 i anvendelse.

I en senere dom af 30. april 1974 (sag 155/73) har EF-domstolen taget stilling til bl.a. spørgsmålet om forholdet mellem det italienske, statslige Radio Audizione Italiana, der har monopol på fjernsynsudsendelser, herunder fjernsynsreklame, og traktatens konkurrenceregler. Det fastslås i dommen generelt: »Fortolkningen af art. 86 sammenholdt med art. 90 fører til den konklusion, at tilstedeværelsen af et monopol for en virksomhed, som en medlemsstat har indrømmet eksklusive rettigheder, ikke i sig selv er uforenelig med art 86.« Jfr. iøvrigt U.f.R. 1974, 747.

Art. 90, stk. 1, henviser endelig specielt til *art. 92*, som forbyder statsstøtte eller støtte, som ydes ved hjælp af statsmidler under enhver tænkelig form og som fordrejer eller truer med at fordreje konkurrencevilkårene ved at begunstige visse virksomheder eller visse produktioner, i det omfang støtten påvirker samhandelen mellem medlemsstaterne.

Der gælder dog efter art. 92 en række undtagelser fra hovedreglen, i det væsentlige af social og udviklingsmæssig karakter.

For så vidt angår statsejede virksomheder opstår her det særlige problem, i hvilket omfang midler fra det offentlige til de pågældende virksomheder skal betragtes som et led i en normal finansiering af en virksomhed, eller som en støtte, der falder ind under art. 92. Det antages i almindelighed, at udgangspunktet ved løsningen af dette problem må være den såkaldte »commercial-considerations clause«, hvorefter tilskud, der er normalt forretningsmæssigt begrundet, ikke falder ind under art. 92[9]).

Formuleringen af art. 92 viser, at det ikke alene er direkte økonomisk støtte, som bestemmelsen omfatter. Også indirekte tilskud såsom skattelettelser, rentelettelse, særligt fordelagtige kreditter eller kreditgarantier, gunstige prisregler etc, er omfattet.

Art. 90, stk. 2, indeholder en generel undtagelse fra traktatens bestemmelser for visse virksomheder. Det drejer sig om virksomheder, der har fået overdraget at udføre tjenesteydelser af almindelig økonomisk interesse, eller som har karakter af fiskale monopoler. Disse virksomheder er alene underkastet traktatens bestemmelser i det omfang, anvendelsen af disse ikke retligt eller faktisk hindrer opfyldelsen af de særlige opgaver, som er betroet dem. Udviklingen af samhandelen må dog herigennem ikke påvirkes i et sådant omfang, at det strider mod fællesskabets interesse.

Det afgørende ved afgrænsningen af, hvilke virksomheder der falder ind under undtagelsen i art. 90, stk. 2, er en vurdering af den almindelige samfundsmæssige interesse, som de opgaver, virksomheden har fået overdraget at udføre, repræsenterer.

For så vidt angår opgaver af »almindelig økonomisk interesse«, vil der i almindelighed være tale om monopolprægede foretagender, som pålægges livsvigtige opgaver, der ikke vil kunne løses i fornødent omfang inden for den frie konkurrences rammer. Som eksempel på sådanne opgaver kan nævnes forsyning med gas, vand, elektricitet, transportvirksomhed, sygehusdrift etc (de såkaldte »public utilities«). Måske kan endvidere nationale bank-, forsikrings-, olie-, m.fl. virksomheder omfattes af de nævnte undtagelser[10]).

Fiskale monopoler, som er den anden type virksomheder, som er omfattet af undtagelsen i art. 90, stk. 2, er sådanne monopolforetagender, der har som faktisk og retlig aktuel opgave at skabe et provenu for det offentlige. Som typisk eksempel på eksisterende virksomheder af denne karakter inden for EF kan nævnes tobaksmonopoler, tændstikmo-

9) *F. F. Gundersen,* EEC-håndboken. (Oslo-Bergen-Tromsø, 1971) s. 116.
10) *Claude A. Colliard* i Droit des Communautés Europeennes, (Bruxelles 1969) s. 859.

nopoler, saltmonopoler og til dels alkoholmonopoler.

Omfanget af art. 90 er på indeværende tidspunkt langt fra afklaret. Bestemmelsen har således ikke givet anledning til nogen omfattende praksis fra Kommissionens og EF-domstolens side.

Rom-traktaten indeholder i *art. 37* en speciel bestemmelse om statslige handelsmonopoler, hvoraf der findes talrige i EF.

Art. 37, stk. 1 forpligter medlemsstaterne til gradvis at tilpasse de bestående statslige handelsmonopoler, således at enhver forskelsbehandling af medlemsstaternes statsborgere med hensyn til forsynings- og afsætningsvilkår udelukkes. Artiklens stk. 2 indeholder endvidere en såkaldt »stand still«-bestemmelse, som fastslår, at medlemsstaterne afholder sig fra at indføre nye foranstaltninger, som strider mod disse principper.

Statshandelsmonopolerne i art. 37 er i begrebsmæssig henseende offentlige virksomheder i art. 90's forstand. Omformningskravet efter art. 37 betyder imidlertid en udvidet forpligtelse i forhold til art. 90 for staterne på grund af kravet om, at forskelsbehandling skal være udelukket. På den anden side indebærer art. 37, at omformningen skal ske gradvis, medens forpligtelserne efter art. 90 gælder allerede fra traktatens ikrafttrædelse.

Art. 37 omfatter indretninger, der funktionelt kan karakteriseres som statslige handelsmonopoler og statskoncessionerede monopoler, og hvis virksomhed er baseret på en legal eneret. Bestemmelsen fastslår nærmere, at der er tale om sådanne monopoler »gennem hvilke(t) en medlemsstat, de jure eller de facto, direkte eller indirekte kontrollerer, leder eller øver mærkbar indflydelse på samhandelen mellem medlemsstaterne«[11]).

Bestemmelsen omfatter kun handelsmonopoler, detail eller engros. Produktionsmonopoler falder derimod uden for reglens område. For monopoler, der både omfatter handels- og produktionsrettigheder er det alene handelsvirksomheden, som art. 37 får virkning for.

Af bestemmelsens placering i traktatens kapitel om ophævelse af kvantitative restriktioner mellem medlemsstaterne fremgår, at art. 37 tager sigte mod restriktioner, der har tilsvarende virkning som kvantitative restriktioner[12]).

Som følge heraf indebærer art. 37 ikke blot et påbud om national ligebehandling, men afskærer - som udgangspunkt - importbegrænsninger, selv om disse ikke medfører en beskyttelse af indenlandske produkter[13]).

Kommissionen er efter art. 37, stk. 5, bemyndiget til at udstede uforbindende henstillinger vedrørende den nærmere udformning af og tempoet for afviklingen af restriktionerne i de bestående statshandelsmonopoler. Med hjemmel i denne bestemmelse har Kommissionen fremsat en lang række henstillinger til medlemsstaterne om omformning af eksisterende statsmonopoler. Det følger heraf, at Kommissionen særlig anser følgende forhold for stridende mod art. 37:

- begrænsninger af import i forhold til afsætningsmulighederne,
- forskelsbehandling med hensyn til beskatning og prisfastsættelser,
- forskelsbehandling med hensyn til afsætningsvilkår i øvrigt, særlig reklame, markedsføring og forsyning af detailhandlere,
- indrømmelse af en ret for monopolet til at tildele importtilladelser.

Det fremgår endvidere af Kommissionens praksis, at betænkelighederne er størst, hvor monopolerne er bemyndiget til at udøve disse beføjelser diskretionært.

Kommissionen har i alt væsentligt alene rettet disse henstillinger til statshandelsmonopoler med fiskale formål. Ingen af de omhandlede henstillinger indeholder en klar udtalelse om omformning af

11) Jfr. bl.a. *Claude A. Colliard* i L'Entreprise publique et la concurrence, Semaine de Bruges 1968 (Bruges 1969) s. 145, *Gundersen*, Statslige handelsmonopoler og EF (Oslo-Bergen-Tromsø, 1973) s. 56. En anden teori, bl.a. *Glaesner* i Wohlfarth m.fl. Kommentar Zum EWG-Vertrag (Berlin-Frankfurt 1960), opfatter genstanden for art. 37 som »ethvert organ gennem hvilket en medlemsstat, de jure eller de facto, direkte eller indirekte, kontrollerer, leder eller øver mærkbar indflydelse på samhandelen mellem medlemsstaterne« uanset om det pågældende organ efter almindelig sprogbrug kan karakteriseres som et handelsmonopol. Bestemmelsen får herved et væsentligt udvidet virksomhedsområde. Gundersen peger således på, at efter denne fortolkning ville art. 37 kunne omfatte det norske lægemiddelregistreringsnævn (specialitetsnemnda).

12) Bestemmelsen var i de første traktatudkast placeret i sammenhæng med konkurrencereglerne. Den nuværende placering angiver, at bestemmelsen vedrører virkeliggørelsen af det fælles marked og ikke blot indskrænker sig til at sigte på en fjernelse af hindringerne herfor.

13) I kommissionens henstillinger angående de italienske og franske alkoholmonopoler hedder det i den almindelige del (EFT C 31 af 9/2 1970): (uautoriseret oversættelse, *Gundersen*, I.e., s. 71): »Art. 37, . . . tar sikte på ved avslutningen av overgangstiden å oppnå samme resultat for de produkter som er underlagt et statsligt handelsmonopol som er oppnåd for de øvrige produkter gjennom anvendelse av artiklerne 30 til 34, nemlig det frie varebytte.«

detailhandelsmonopoler[14])

I de nævnte henstillinger er Kommissionen fremkommet med anvisninger på, hvorledes den retsstridige adfærd i de enkelte tilfælde kan bringes til ophør. Af særlig interesse kan her nævnes, at Kommissionen i flere tilfælde har givet udtryk for, at *den bedste løsning* ville være en ophævelse af den pågældende virksomheds eneret til import[15]).

Det fremgår af art. 37, stk. 1, at de statslige handelsmonopoler skal tilpasses, således at diskriminering er *udelukket* fra overgangsperiodens udløb[16]).

Det er i teorien et omtvistet spørgsmål, hvilken betydning kravet om at diskriminering skal være udelukket har for medlemsstaternes mulighed for efter overgangsperiodens udløb at opretholde eksisterende handelsmonopoler.

På den ene side hævdes det, at ordene i art. 37, stk. 1, må opfattes bogstaveligt, således at diskriminering ikke alene ikke må finde sted, men også faktisk skal være udelukket. Efter denne opfattelse repræsenterer statshandelsmonopoler en sådan mulighed for diskriminering, at dette krav ikke kan anses for opfyldt. Disse forfattere mener derfor, at omformningskravet i art. 37, stk. 1, medfører, at i alt fald import/eksport-enerettigheder skal afvikles efter overgangsperiodens udløb[17]).

Heroverfor er det fremført, at art. 37, stk. *1*, ikke kræver afskaffelse af enerettighederne, men alene en tilpasning. Heraf udledes, at medlemsstaterne er berettiget til at opretholde monopolerne under forudsætning af, at disse afholder sig fra diskriminatorisk virksomhed[18]).

Som en mellemløsning er det endelig anført, at det ikke er muligt generelt at udlede et forbud mod statslige monopolrettigheder af art. 37, stk. 1. Efter denne opfattelse må spørgsmålet løses ud fra en konkret vurdering af de enkelte statshandelsmonopoler. Hvis det er muligt at opnå en tilstrækkelig grad af sikkerhed mod diskrimination, vil monopolet kunne fortsættes. I modsat fald vil en ophævelse af monopolet kunne være en nødvendighed for at opfylde art. 37, stk. 1[19]).

Som nævnt foran indeholder art. 37, stk. 2, en forpligtelse for medlemsstaterne til at afholde sig fra at indføre foranstaltninger, der strider mod de principper, der er omhandlet i stk. 1, eller begrænser rækkevidden af de artikler, der angår afskaffelse af told og kvantitative restriktioner mellem medlemsstaterne.

I sagen Costa-ENEL (sag 6/64), hvor en italiensk statsborger, Costa, nægtede at betale sin elektricitetsregning under henvisning til, at en italiensk lov, der nationaliserede den italienske elektricitetsindustri, stred mod art. 37, stk. 2, udtalte fællesskabsdomstolen »Det er forbudt under henvisning til art. 37, stk. 2, i det omfang det vil indføre ny diskriminering i forsyningsvilkårene, at oprette et nyt monopol eller organ, som omfattes af art. 37, stk. 1«[20]).

På denne baggrund kan det fastslås, at art. 37, stk. 2, i sig selv ikke forhindrer oprettelsen af nye statshandelsmonopoler. Spørgsmålet om, hvilke rettigheder sådanne monopoler faktisk kan tildeles, må derimod afgøres efter de samme kriterier som anført foran vedrørende omfanget af omformningspligten efter art. 37, stk. *1*.

Ved fastlæggelsen af området for art. 37 opstår et afgrænsningsproblem over for andre traktatbestemmelser. Opgaven består i at afgøre, hvilke bestemmelser der finder anvendelse ved en regelkollision. Her skal alene forholdet til art. 36 og 90 omtales.

Ifølge *art. 36* er bestemmelserne i artiklerne 30-34 (om ophævelse af kvantitative restriktioner) ikke til hinder for sådanne forbud eller restriktioner vedrørende samhandelen, som er begrundet i hensynet til den offentlige orden, sikkerhed og sundhed.

14) *Gundersen*, I.e., s. 82. Jfr. endvidere Kommissionens udtalelse i EFT L 237/35 af 29/8 1974.

15) F.eks. vedrørende det franske tobaksmonopols eneret til import af tændstikker.

16) For de oprindelige seks medlemslande udløb overgangsfristen den 31/12 1969. Ved rådets resolution af 6/2 1970 er det bestemt, at Frankrig og Italien senest den 31/12 1975 tilpasser de bestående tobaksmonopoler. Det blev samtidigt i rådsprotokollen fastslået, at denne afgørelse ikke præjudicerer medlemslandenes forpligtelser efter art. 37.

For de nye medlemslande er der fastsat en overgangsfrist til den 31/12 1977 (Tiltrædelsesakten § 44).

17) F.eks. *A. Pappalardo*, i Wirtschaft und Wettbewerb, 1971, s. 242.

18) Således *M. L. Ferrari-Bravo*, i L'Entreprise publique et la concurrence, Semaine de Bruges 1968 (Bruges, 1969) s. 436, hvor det anføres: »Tout ce qu'il est possible de faire et qui est fait sur la base de l'Art. 37 c'est de rendre les discriminations *improbables«* (i modsætning til *»impossibles«).*

19) Således M. *Waelbrouck* i Le droit de la CEE (Bruxelles, 1970) s. 130 f. Sidstnævnte fremhæver at kommissionens opfattelse tilsyneladende har ændret sig. I nogle henstillinger fra 1962 til Frankrig og Italien om omformning af de nationale tobaks-, tændstik- og kalimonopoler, har kommissionen, under henvisning til art. 37, stk. 1, henstillet, at enerettighederne burde ophøre. I et forslag til rådsforordning fra 1967, hvori foresloges en afvikling af nationale importmonopoler for forarbejdede tobaksvarer, henviser kommissionen alene til art. 235 og ikke art. 37.

20) Samme dom udtaler, at art. 37, stk. 2 er umiddelbart gældende i medlemslandene (»self-executing«), således at borgerne direkte kan støtte ret på bestemmelsen for de nationale domstole.

Selv om art. 36 ikke henviser direkte til art. 37, må det antages, at de situationer, som er omfattet af art. 36, ikke vil repræsentere restriktioner i art. 37's forstand[21]).

Det antages i almindelighed, at art. 36 skal fortolkes indskrænkende, og at den ikke finder anvendelse på områder, der reguleres af andre bestemmelser i traktaten. Ligeledes vil lovharmoniseringer i henhold til art. 100 kunne begrænse rækkevidden af art. 36. Foranstaltninger efter art. 36 må ikke række ud over, hvad der er nødvendigt for at opnå det omhandlede formål[22]).

I forhold til *art 90, stk. 1,* må art. 37 som den specielle regel få forrang[23]). Dette gælder dog kun i det omfang, hvor undtagelsen fra art. 90, stk. 1, er nødvendig for opnåelsen af et af formålene med art. 37: at sikre monopolets naturlige funktion under omformningsprocessen[24]). I andre tilfælde samt efter at omformningen efter art. 37 er fuldstændigt gennemført, må de to bestemmelser anvendes kumulativt.

For så vidt angår forholdet mellem art. 37 og *art. 90, stk. 2,* vedrørende fiskale monopoler og statsvirksomheder med opgaver af almindelig økonomisk interesse, må det antages, at art. 90, stk. 2, repræsenterer en undtagelse fra art. 37. D.v.s. i det omfang, hvor et statshandelsmonopol er pålagt opgaver af den i art. 90, stk. 2, omhandlede karakter og på de heri nævnte betingelser, er monopolet ikke omfattet af omformningskravet i art. 37[25]).

4.2. Særligt om lægemiddeldistribution

4.2.1. Indledning

Ved vurderingen af hvilken betydning de forannævnte traktatbestemmelser om offentlig virksomhed vil kunne få for udformningen af den fremtidige lægemiddeldistributionsstruktur, er det vigtigt at understrege, at fastlæggelsen af de pågældende bestemmelsers indhold ikke alene beror på en juridisk fortolkning af EØF-traktaten og de heraf afledte retsakter. Traktatbestemmelserne repræsenterer på dette område i vidt omfang nogle principielle målsætninger, hvis nærmere indhold og dermed virkeliggørelse vil komme til at fremtræde som et resultat af en politisk proces, hvor både fællesskabets målsætninger og medlemsstaternes nationale interesser vil indgå som faktorer.

Det kan anses for givet, at det ikke vil stride mod fællesskabsreglerne at forbeholde forhandling af lægemidler m.v. for særlige distributionsenheder. Der er her lale om en virksomhed, hvis opgaver ikke vil kunne løses inden for et helt ureguleret konkurrencesystems rammer.

De målsætninger af sundhedsmæssig og social karakter, som varetages af distributionssystemet, nødvendiggør ligeledes, at det offentlige i betydeligt omfang får mulighed for at iværksætte regulerende foranstaltninger inden for området.

Dette er klart forudsat i de under 3.1. omhandlede direktivforslag om gennemførelse af den frie etableringsret m.v. for engrosforhandlere af lægemidler og for apotekere.

4.2.2. Detaildistribution af lægemidler

4.2.2.1. Bevillingssystem

Den struktur for selve *sepoteksdistributionen* i Danmark, som i dag er gældende, vil næppe i sig selv kunne give anledning til væsentlige EF-problemer. De af sociale hensyn betingede bestemmelser om ens lægemiddelpriser for hele landet og geografisk fordeling af distributionsenheder samt de heraf nødvendiggjorte af gifts/tilskudsregler vil klart kunne forenes med traktatens regler.

De i kap. VI, afsnit 2 fremsatte forslag til ændringer i det bestående system bl.a. med henblik på en smidiggørelse af dette vil ikke ændre heri.

Den eksisterende tilrettelæggelse af apotekernes *egenproduktion* af lægemidler vil derimod kunne medføre visse vanskeligheder, også selv om der til grund for vurderingen lægges de bestemmelser om registrering af medicinske (farmaceutiske) specia-

21) Jfr. *Gundersen,* I.e. s. 51 f.
22) Jfr. C. *Boye Jacobsen,* i EF-Karnov (København, 1973) s. 97.
23) Dette vil dog kun have materiel betydning i perioden indtil omformningsforpligtelserne efter art. 37 er fuldstændigt opfyldt.
24) *Gundersen,* I.e., s. 44 udtrykker det således: »Spørgsmålet om art. 90 kan anvendes på handelsmonopoler må bero på, om den offentlige påvirkning er en forudsætning for monopolets naturlige funktion«, jfr. endvidere Waelbrouck, I.e., s. 122 ff.
25) Jfr. *Waelbrouck,* I.e., s. 123, *Gundersen,* I.e., s. 46.

liteter, som er indeholdt i forslaget til lov om lægemidler.

Det forhold, at apotekernes egenproduktion udgør en væsentlig del af det samlede lægemiddeludbud, samtidig med at apotekerne har monopol på forhandling af lægemidler, udgør ud fra en objektiv synsvinkel en risiko for, at apotekerne i deres salgspolitik vil favorisere egenproduktionen. Det vil endvidere på samme måde kunne hævdes, at prisfastsættelsesmekanismen og afgifts/tilskudssystemet indebærer en skjult subventionering af apoteksproduktionen til skade for fabriksproduktionen. Disse problemer må antages øget i takt med centraliseringen af apoteksproduktionen og den udbyggede markedsføringsvirksomhed fra apotekernes (apotekerforeningens) side.

Det vil formentlig ikke her være tilstrækkeligt i de enkelte tilfælde at søge at påvise, at der ikke finder diskriminering sted. Systemets uigennemsigtighed må antages at være af en sådan karakter, at diskriminering ikke i tilstrækkelig grad kan siges at være udelukket.

De eksisterende medicintilskudsregler understreger dette forhold yderligere. Efter disse regler tages der ved fastsættelsen af, hvilke lægemidler der ydes tilskud til, i et vist omfang prismæssige hensyn. De pågældende regler kan derfor i nogle tilfælde indebære indgreb i priskonkurrencen.

Hvis en fortsat apoteksproduktion, bl.a. af forsyningsmæssige årsager opretholdes, vil en fuldstændig organisatorisk adskillelse mellem distributions- og produktionsfunktionen være den løsning, som bedst vil kunne give den fornødne sikkerhed mod potentiel diskrimination. I det mindste må det anses for nødvendigt, at der foretages en regnskabsmæssig adskillelse mellem de to funktioner. Der henvises herved til den nærmere omtale i kapitel V.

4.2.2.2. *Statsligt apotekervæsen*

Såfremt man forestiller sig et system, hvor det offentlige overtager apotekerne uden i øvrigt at ændre disses funktion, vil situationen i relation til EF næppe være væsentlig anderledes end under det nuværende system.

En nærliggende begrundelse for oprettelsen af et statsligt apoteksmonopol vil imidlertid som nævnt være, at der herigennem åbnes mulighed for etablering af en central indkøbsfunktion, ligesom det vil være muligt gennem salgspolitikken at varetage en række sundhedspolitiske målsætninger.

Som omtalt andetsteds i betænkningen fungerer den almindelige priskonkurrence på området efter gruppens opfattelse ikke tilstrækkelig effektivt til i sig selv at sikre forbrugerne og dermed samfundet rimelige lægemiddelpriser. Således medfører produkternes karakter, at producenterne ofte står i en art monopolstilling. Endvidere har forbrugerne som regel ingen forudsætninger for at kunne vurdere det aktuelle udbud, hvortil kommer, at det oftest ikke er disse, der i de enkelte tilfælde træffer bestemmelse om, hvilke produkter der skal anvendes. Endelig betyder det offentlige medicintilskud, at patientens og den ordinerende læges interesse i økonomisk forbrugsvalg svækkes.

Det er derfor gruppens opfattelse, at uanset hvorledes lægemiddelforsyningen i fremtiden organiseres, vil det være nødvendigt med øget offentligt indseende med prisdannelsen for lægemidler. Den særlige omkostningsstruktur for lægemiddelindustrien i forbindelse med det faktum, at ca. halvdelen af det danske forbrug af medicinske specialiteter hidrører fra udenlandske producenter, bevirker imidlertid, at effekten i Danmark af en traditionel priskontrol eller et frivilligt prisreguleringssystem som det engelske vil være relativt begrænset.

En centraliseret indkøbsfunktion gennem hvilken mulighederne for en aktiv prispåvirkning må antages at være væsentlig større, vil næppe i sig selv være i strid med de principper, der danner grundlag for traktatens bestemmelser om frie varebevægelser på lige vilkår.

Det er herved gruppens udgangspunkt, at

der sikres en statslig indkøbscentral en sådan organisatorisk selvstændighed, at risikoen for en påvirkning af indkøbspolitikken, hvorved f.eks. indenlandsk produktion begunstiges, elimineres. Det er endvidere forudsat, at prispolitikken tilrettelægges således, at der foruden en rimelig fortjeneste indrømmes producenterne økonomiske muligheder for fortsat forskning og produktudvikling.

Som omtalt foran må det forudsættes, at et centraliseret detaildistributionssystem i princippet vil være forpligtet til at levere alle de medicinske specialiteter, der er godkendt af registreringsmyndighederne, og som efterspørges. Heri ligger, at apoteksmonopolets præparatsortiment i realiteten fastlægges af et organ, som er uafhængigt af monopolet. Herved udelukkes en af Kommissionens væsentligste betænkeligheder vedrørende de eksisterende statshandelsmonopoler: at monopolerne har mulighed for at foretage begrænsninger af import i forhold til afsætningsmulighederne.

Dette betyder dog ikke, at et statsligt apoteksmonopol i forbindelse med forhandlinger med leverandører om pris og andre vilkår for markedsføring af præparater vil være afskåret fra at afvise aktiv markedsføring af visse registrerede specialiteter. Herved ville et væsentligt formål med at etablere direkte prisforhandlinger mellem det offentlige og leverandørerne forspildes. Sådanne afvisninger vil imidlertil kun kunne begrundes i almindelige forretningsmæssige vurderinger og således ikke være et led i en bevidst sundhedspolitisk styring af lægemiddeludbudets størrelse og sammensætning[26]).

En af mulighederne for at undgå risikoen for diskrimination kunne endelig bestå i at udbyde større lægemiddelleverancer i international licitation.

For så vidt angår en videreførelse af en betydelig apoteksproduktion under et statsligt apotekervæsen henvises til afsnit 4.2.1.1 Bemærkningerne her om nødvendigheden af en adskillelse mellem distribution og produktion i et privat apotekervæsen vil have tilsvarende gyldighed ved statslig drift.

4.2.3. *Engrosdistrihution af lægemidler*

4.2.3.1. Fortsat privat drift

Det er omtalt tidligere, at engrosdistribution af lægemidler i Danmark er et frit erhverv i den forstand, at der ikke kræves en særlig tilladelse hertil.

En lovgivning, hvorved den pågældende næring gøres betinget af en offentlig tilladelse, vil være forenelig med EF-reglerne, ligesom en sådan tilladelse vil kunne gøres afhængig af opfyldelsen af visse pligter, såsom leveringspligt inden for et nærmere fastsat sortiment. Der henvises herved til forudsætningerne herom i de i afsnit 3.1. omhandlede direktivforslag om fri etableringsret for engrosforhandlere af lægemidler.

4.2.3.2. *Statsligt engrosmonopol*

Når man ser bort fra kreditgivning til apotekerne, vedrører de eksisterende lægemiddelgrossisters funktioner alene den fysiske varehåndtering samt visse serviceforanstaltninger over for apotekerne. Grossisterne har derimod ingen indflydelse på prisfastsættelsen samt lægemiddeludbudets størrelse og sammensætning, ligesom de ikke varetager markedsføringsopgaver.

En statsovertagelse af engrosdistributionen af lægemidler, der kun tager sigte på en videreførelse af de funktioner, som de private grossistvirksomheder hidtil har udøvet, vil derfor ikke medføre nogen øget risiko for en adfærd, der strider mod traktatens principper, og vil derfor næppe medføre EF-problemer.

Som anført foran finder gruppen imidlertid, at et hovedformål med dannelsen af et eventuelt statsmonopol på engroshandelen med lægemidler, må være etableringen af centralindkøb for herigennem at få øget offentlig indflydelse på fastsættelsen af lægemiddelpriserne .

26) Dette spørgsmål må anses for at være udtømmende reguleret i 1. direktiv om medicinske specialiteter.

Isoleret set må vilkårene for et statsligt engrosmonopol i så henseende i det store hele være identiske med de, der gælder for et statsligt detailhandelsmonopol i forholdet til EF. Der henvises til omtalen heraf foran.

Der kan dog være anledning til at gøre opmærksom på, at en statsovertagelse af engroshandel med lægemidler vil medføre, at et statsmonopoliseret grossistsystem skal fungere ved siden af et privat, monopoliseret apotekervæsen, som endvidere er undergivet en omfattende offentlig regulering. Det vil på denne baggrund ikke kunne afvises, at det vil være forbundet med vanskeligheder at præstere en tilstrækkelig overbevisende dokumentation for, at der ikke foreligger diskrimination.

Forud for folkeafstemningen i Norge om tilslutning til EF blev spørgsmålet om Norsk Medisinaldepot's virksomhed drøftet mellem de norske myndigheder og EF's institutioner. Om resultatet af disse forhandlinger fremgår det af St. meld. nr. 50, vedlegg 1, s. 32: »Når det gjelder Norsk Medisinaldepot, ble det likeledes vist til de generelle bestemmelser om monopolers virksomhet og den enighet som var oppnådd. Fra Fellesskapenes side har man erkjent at Medisinaldepotets virksomhet faller inn under Romatraktatens artikkel 37. Man hadde ikke andre merknader til Medisinaldepotet fra Fellesskapenes side. Medisinaldepotet vil således ikke bli berørt ved et eventuelt norsk medlemskap.«

Betydningen af de norske myndigheders konklusion i dette citat må dog ikke overvurderes. I anerkendelsen fra EF's side om, at Norsk Medisinaldepot falder ind under traktatens art. 37 ligger formentlig alene, at en eventuel ændring af depotets virksomhed kan ske gradvis i overensstemmelse med den procedure, der er fastlagt i artiklen. Hvorvidt og i givet fald i hvilket omfang Norsk Medisinaldepot skulle undergives en omformning efter art. 37 er der formentlig herved ikke taget stilling til[27]).

27) *Gundersen,* I.e., s. 215.

KAPITEL XI

Nogle hovedlinier i ekspertgruppens overvejelser

Som det fremgår af kap. I, har ekspertgruppen først og fremmest haft til opgave at overveje alternative strukturer for lægemiddeldistributionen, herunder også en forbliven ved den nuværende struktur om end med forskellige ændringer, som efter gruppens vurdering vil kunne forøge systemets effektivitet og give mulighed for en bedre offentlig indsigt og styring.

De foranstående kapitler indeholder beskrivelser, vurderinger og ræsonnementer i tilknytning til det nuværende såvel som til alternative systemer. Indeværende kapitel er ikke at opfatte som et sammendrag af det foranstående, men først og fremmest en fremhævelse af vigtige sider af og problemer ved forskellige strukturer eller organisationsformer. Et egentligt resumé er givet i kap. XII.

Generelt - og således også i det foreliggende tilfælde - må et valg mellem alternative organisationsformer i samfundet bygge på en vurdering af effektiviteten indbygget i de forskellige muligheder. Ordet »effektivitet« må her tages i en bred betydning som en vurdering af, hvor langt man når i opfyldelsen af sine målsætninger. Forstået på denne måde vil det ses, at begrebet må opfattes som flerdimensionalt, og således ikke kan blive entydigt. En given organisationsform kan nå vidt i relation til én målsætning, mindre vidt i relation til en anden, hvoraf nødvendigvis følger, at en samlet vurdering må bero på en sammenvejning. Det er næppe muligt at gennemføre sådanne sammenvejninger og vurderinger på et strengt objektivt grundlag. I sidste ende er det et rent politisk problem. Heraf følger ingenlunde, at alvorlige bestræbelser på at vurdere så objektivt, som det måtte være muligt, er uden interesse.

Når man som i det foreliggende tilfælde ikke i alle spørgsmål kan undgå vurderinger, bliver der råderum for mere ideologisk prægede argumentationer. Erfaringen viser, at distribution af medicinalvarer i praksis kan gennemføres på højst forskellig måde: I England og i Vesttyskland er der meget fri adgang til at åbne et apotek, i Sverige gennemføres detaildistributionen i offentlig regi, i Norge gælder dette for engrosfunktionen; og her i landet er detaildistributionen koncessioneret, samtidig med at engrosdistributionen i princippet er fri. I alle de nævnte lande fungerer systemerne i den forstand, at befolkningen får de ønskede varer. Det er tilmed meget vanskeligt at fastslå, hvorvidt dette - alle forhold taget i betragtning - sker billigst og/eller bedst i det ene eller det andet system, og det er endnu vanskeligere at fastslå, i hvilket omfang man her i landet med held ville kunne indrette systemet efter de nævnte udenlandske modeller.

For det første er den danske situation naturligvis forskellig fra den, der gælder for et stort land som England med en relativ lille lægemiddelimport, ligesom den er forskellig fra situationen i mere tyndt befolkede lande som Norge og Sverige.

For det andet - og måske vigtigere - har den historiske udvikling og tradition en tung vægt. Vi har her i landet længe - i hvert fald formelt og i en række henseender også reelt - haft offentlig indseende (med varierende formål) i såvel importled, produ-

centled, engrosled som detailled. I detailleddet har den koncessionslignende ordning rødder langt tilbage, og det eksisterende system er - som i øvrigt i mange lande — på godt og ondt ret stærkt præget af traditioner. I vurderingen af alternativer er det således nødvendigt at tage historiske hensyn; overhovedet at have en fortid lægger bånd på dagens valgmuligheder. (Såfremt man kunne starte helt »forfra«, ville mange nok hælde imod at betragte lægemiddeldistributionen som en offentlig opgave).

I sine vurderinger af det nuværende system og mulige alternativer hertil har gruppen taget udgangspunkt i mere almene lægemiddelpolitiske synspunkter og målsætninger, jfr. kap. IV. Uden at forsøge at referere kapitlet ønsker man at fremhæve følgende:

For det første skal gruppen fremhæve betydningen af, at detaildistributionen tilrettelægges på fleksibel måde. Bevillingssystemet har i praksis ført til et usmidigt distributionssystem: Enten et apotek eller et håndkøbsudsalg. Mulighederne for de såkaldte A-udsalg findes, men er af forskellige grunde lidet udnyttede. Der er et klart behov for et meget mere fleksibelt system. Behovet herfor er blevet stærkt accentueret i kraft af udviklingen: Medens medicin tidligere var et håndværksprodukt, er det nu for langt størstedelens vedkommende et industriprodukt; apoteket er i dag overvejende en detailhandel, der over skranken ekspederer færdigpakninger, hvorved den vigtigste faglige funktion bliver receptkontrollen. Til dette kommer, at de stærkt forbedrede kommunikationsmuligheder bør have konsekvenser for detaildistributionens struktur. Gruppen har ikke som konsekvens af dette synspunkt følt sig foranlediget til at beskrive en detaljeret struktur for detaildistributionen: I *x* amt bør der ligge *y* apoteker af »den klassiske type«, bemandet sådan og sådan; der bør være z udsalg af den og den type og bemanding; der bør etableres *m* sygehusapoteker med *n* filialer o s v, o s v Et sådant detaljeret strukturprogram har det ikke været gruppens opgave at udarbejde; men hertil kommer det meget vigtige, at i et samfund i udvikling lader det sig overhovedet ikke gøre at beskrive et endegyldigt - eller et blot for få år gældende - optimalt mønster. Det er netop en afgørende svaghed ved de nugældende forhold, at strukturen er så stiv, hvilket står i grel modsætning til det hastigt ændrede samfund.

Den påkrævede fleksibilitet bør under alle omstændigheder udstrækkes til ikke alene at gælde antal apoteker og udsalg m.v., men tillige disses indretning, sortiment og bemanding. Den nævnte udvikling kalder herunder på en mere gradueret uddannelsesstruktur, jfr. kap. VIII, som svarer til de reelle behov i et fleksibelt system. Under et fortsat bevillingssystem vil øget fleksibilitet forudsætte, at bevillinger gives mere generel gyldighed, således at en bevilling ikke gives til et bestemt apotek, men f.eks. til at drive apotek i et bestemt amt.[1])

For det andet synes det at gælde, at incitamenterne til en streng økonomisering i detailleddet har virket for svagt bl.a. med den følge, at der har fundet en stærk, for samfundet kostbar, standardglidning sted. Dette gælder uanset, at der inden for de givne rammer er gennemført rationaliseringer. Afgiftssystemet og det hertil hørende system for indtægtsudligning — samt den

1) Aldersgrænsen for at opnå bevilling (50 år) kan også forekomme unødig skarp. Der er intet paradoksalt ved samtidig at nævne, at den gennemsnitlige forfremmelsesalder (godt 45 år) er høj.

I forlængelse heraf skal man foreslå, at hele den af det offentlige over for apotekspersonalet anlagte politik tages op til revision. Det kan forekomme ejendommeligt, at provisorer er af lønnet på overenskomstbasis, stort set på linie med de af akademikerorganisationerne i øvrigt trufne aftaler, men samtidig opnår pension, som om de havde haft ijenestemandsstatus. Det må forekomme endnu mere ejendommeligt, at de i organisationerne ansatte farmaceuter er statspensionerede.

Det må tillige forekomme ejendommeligt, at den nævnte tjenestemandspension suppleres med en pension, som delvis betales af arbejdsgiveren - i sidste ende finansieret enten af staten eller af medicinpriserne

stærke faglige tradition - har gjort sit til dette. Rationaliseringsbestræbelser bør derfor utvivlsomt intensiveres. Som led heri er der et klart behov for, at prispolitikken og den næsten mekaniske offentlige prisgodkendelse tages op til — iøvrigt løbende — revision.

Mere generelt synes det påkrævet under alle omstændigheder at forstærke bevillingsindehavernes incitament til at økonomisere[1]). Konsekvensen heraf behøver dog ikke at være, at man ganske fjerner udligningsordninger mellem apotekerne. Såfremt man ønsker at opretholde ens priser over hele landet og desuden ønsker en vis servicefunktion tilgængelig i rimelig afstand over hele landet, er en udligningsordning påkrævet.

For det tredie er det beskæmmende, så lidt der overhovedet vides om lægemiddelforbruget i Danmark. En lægemiddelpolitik må som udgangspunkt have en konkret viden om omfang og fordeling af lægemiddelforbruget. Fra import-, produktions- og eksportstatistik kan afledes meget summariske tal for totalsalget, ligesom en i 1971 gennemført receptopgørelse kaster lys over problemet[2]). Men det *er* meget summariske tal, som næppe tillader en egentlig lægelig eller samfundsmæssig vurdering. Og hertil kommer det meget væsentlige, at på dette område er totaler og gennemsnit lidet sigende, fordi spredningen formentlig er meget stor. Det er en almindelig »fornemmelse«, at der finder såvel et under- som et overforbrug sted. Men blot tilnærmelsesvis præcis viden herom mangler. Uden forbehold anbefaler gruppen, at der under alle omstændigheder tages skridt til udbedring af dette, hvilket bl.a. må omfatte en forskning vedrørende de nævnte forhold.

I denne sammenhæng må nævnes, at man må anse det for betænkeligt, at lægerne, der har en afgørende indflydelse på forbruget af medicin, ikke modtager en systematisk og uafhængig information om tilgængelige lægemidler. Det er velkendt, at læger oversvømmes med reklamer, men hvad man kunne efterlyse, var regelmæssige, systematiske oversigter. Der foreligger en betænkning, Statslig Lægemiddelinformationsvirksomhed, maj 1974 (stencileret), som har taget disse problemer op, men det er åbenbart, at der her er en lang vej at gå i retning af en aktiv »forbrugerpolitik«.

For det fjerde skal man fremhæve, at der synes at mangle en overordnet samordning af de offentlige administrationsgrenes mange delaktiviteter på lægemiddelområdet. Det er karakteristisk for området, at beslutninger med vidtrækkende konsekvenser reelt træffes (på evt. lidt forskelligartede sæt af præmisser) i en række organer, der anlægger lægelige og andre faglige vurderinger, som det — på dette ømtålelige område — kan være vanskeligt for ministeriet: overhovedet at anfægte (og som der isoleret og teknisk anskuet heller ikke er grund til at anfægte). Eksempelvis kan nævnes, at lægemidler vurderes før eller efter godkendelse af bl.a. specialitetsnævnet, medicinudvalget og farmakopékommissionen. Derimod synes der at mangle et led, som kan indpasse og give korrektiver til de faglige vurderinger i mere samfundsmæssigt betonede rammer og tage reel stilling til rimeligheden eller nødvendigheden af indstillinger og forslag. Rent faktisk har sundhedsstyrelsen tilsyneladende ikke fungeret som et sådant led eller filter, men har fungeret som et mere fagligt betonet direktorat. Gruppen har ikke på dette område en færdig organisatorisk skabelon. Man kan forestille sig en styrkelse af ministeriets og/eller sundhedsstyrelsens indsats som samordnende instans eller måske oprettelse af et udvalg, hvorigennem alle mere væsentlige indstillinger fra de fagligt betonede udvalg passerer og vurderes ud fra mere samfundsmæssige synspunkter. En tredie mulighed er, at man enten etablerer

1) Også ved en offentlig overtagelse af detaildistributionen må det overvejes at opretholde, respektivt forstærke, sådanne incitamenter. Man kan i denne forbindelse tillige mere generelt henvise til erfaringerne og udviklingen i en række østeuropæiske lande igennem det sidste tiår.

2) Jfr. kapitel II, afsnit 7.

en særskilt lægemiddelstyrelse eller et uafhængigt organ, som på eget initiativ afgiver indstillinger.

I det hele gælder - *for det femte* - at der på trods af mange, teknisk betonede, offentlige kontrolforanstaltninger ikke har været tilstrækkelig offentlig styring. Delvis, men også kun delvis, hænger dette sammen med, at kun få overhovedet har overblik over hele sektoren. For at skabe oversigt og baggrund for — bl.a. politisk — debat må man anse det for hensigtsmæssigt, at der tages foranstaltninger til at offentliggøre en årlig beskrivende og vurderende beretning.

Gruppen ønsker i denne forbindelse at udtrykke nogen betænkelighed ved den notorisk meget stærke stilling, som områdets interesseorganisationer har opnået. Denne udvikling er et resultat af manglende offentligt modspil, og det er uomtvisteligt, at ikke mindst Danmarks Apotekerforening på dygtig og dynamisk måde har udfyldt dette tomrum og på mange måder taget initiativ til løsning af, hvad man ellers ville betegne som offentlige opgaver. På trods heraf må man ud fra mere generelle samfundsmæssige synspunkter sætte spørgsmålstegn ved en sådan udvikling, der bl.a. indebærer, at Danmarks Apotekerforening næsten suverænt kan træffe beslutning om en given politik og efterfølgende lade denne finansiere af kontingenter, som på sin side — i princippet uden begrænsning - overvæltes på medicinpriserne. Dette er på længere sigt ikke en holdbar situation, idet det reelt betyder, at der herved indrømmes en privat organisation en selvstændig beskatningsmyndighed. Ligeledes må nævnes, at foreningen i øjeblikket er i gang med at gennemføre produktionsaftaler med enkelte apoteker, hvorunder apoteksproduktionen koncentreres på enkelte apoteker uden at et hertil svarende effektivt offentlig indseende sikres, og uden at der f.eks. søges en tilpasning til de samtidig i amtskommunal regi udviklede planer om udbygning af sygehusapotekernes produktionskapacitet. Ej heller dette vil på længere sigt være en holdbar situation, så meget mere, som det, jfr. kapitel V, synes uafklaret, hvilken stilling disse produktionsafdelinger ville kunne have i forhold til apotekprivilegiet.

Gruppen har bestræbt sig på at undgå ideologisk farvede vurderinger i spørgsmålet om en eventuel offentlig overtagelse af engros- og/eller detailleddet. Man har således forsøgt alene at skønne over, hvorvidt sådanne strukturer ville kunne fungere mere effektivt, med givne lægemiddelpolitiske målsætninger, end det nuværende system, eventuelt med visse ændringer heri. Det har imidlertid ikke været muligt for gruppen ved dette skøn at nå frem til definitive konklusioner. Hvorvidt der ved de i Norge og Sverige gennemførte ændringer er sket en effektivisering — igen: ordet taget i bred forstand - synes det ikke muligt - påstande herom ufortalt - at bekræfte eller afkræfte. Som fremhævet beror kritik, som internationalt har været fremført mod det svenske system, delvis på misforståelser.

I det følgende skal gives enkelte kommentarer til tre mulige organisationsformer: Offentlig drift af detaildistributionen; offentlig drift af engrosdistributionen; fortsættelse af det nuværende ejendomsretlige system.

En *offentlig overtagelse af apotekerne* kan, som beskrevet i kap. VI, gennemføres som en éngangsoperation — bl.a. med heraf følgende erstatningsproblemer, jfr. kap. IX - eller ved en successiv overtagelse af ledige privilegier. På langt sigt - en snes år - bliver resultatet det samme. Formålet hermed kan ikke være at søge i den mindre besparelse, der eventuelt umiddelbart kunne opnås ved, at den gennemsnitlige reelle indtjening pr. apoteker måske kan siges at ligge en smule over, hvad en tilsvarende offentlig ansat ville opnå. Dette drejer sig om småpenge, særlig såfremt man samtidig ønsker at give offentlig ansatte apotekere incitamenter til at økonomisere, jfr. ovenfor.

Snarere må man fremhæve, at et sådant

indgreb giver forbedrede muligheder for (a) at effektivisere detaildistributionens struktur ved efter behov at tilstræbe en integrering og differentiering og (b) at realisere mere generelle lægemiddelpolitiske målsætninger. - Det må dog her være en afgørende forudsætning, at man ikke indskrænker sig til at lade det offentlige overtage ejendomsretten og så i øvrigt lade alt være uændret.

ad (a). I et begrænset omfang findes disse muligheder inden for det nuværende systems rammer. Men markedsmekanismen er på dette område ifølge sagens natur så slet fungerende, at spørgsmålet næppe vil blive, om man skal have offentlig regulering eller ej, men derimod hvor detaljeret man skal regulere. Det er åbenbart, at der åbner sig langt videre muligheder ved offentlig overtagelse. Problemerne er nærmere omtalt i kapitel VI.

ad (b). Et af problemerne på dette område er naturligvis, at markedet er meget uigennemskueligt. Offentlig drift kunne tænkes i et vist omfang at råde bod herpå. Uafhængig af organisationsformen ville den før omtalte informationstjeneste over for læger kunne yde et bidrag.

Dette givet, er det vel tillige uomtvisteligt, at en præcis styring forudsætter en meget præcis farmaceutisk og medicinsk viden kombineret med økonomisk indsigt med hensyn til det eksisterende udbud af lægemidler og de herfor gældende prisvilkår og øvrige indkøbsvilkår - hvor virkeligheden er præget af usikker viden. Denne vanskelighed forøges, fordi varesortimentet på grund af fremskridt i viden og teknologi er præget af stadige ændringer.

Gruppen ønsker i tilknytning hertil at fremhæve, at en offentlig overtagelse i ganske vidt omfang med held måtte kunne bygge på det af Danmarks Apotekerforening opbyggede apparat. Det kan ingenlunde udelukkes, at man netop burde lade dette apparat være et knudepunkt i processen. En henvisning til Sverige må her være relevant.

Det kunne måske ved en umiddelbar betragtning synes nærliggende at opnå en styring af hele sektoren ved *offentlig overtagelse af engrosfunktionen,* således som gennemført i Norge. Umiddelbart synes dette så meget mere en mulighed, som engrosleddet kun omfatter fire virksomheder, d.v.s, en monopoliseret tilstand er en nærliggende risiko. Forholdet er imidlertid det, at dette led, hvis virksomhed i øvrigt for så vidt angår distributionen af specialiteter kan karakteriseres som lønarbejde, ikke i øjeblikket viser tendenser til eller synes at have oplagte muligheder for at »udnytte« monopolet. Engrosleddet synes presset mellem importører og producenter på den ene side og Danmarks Apotekerforening på den anden side. Dette pres synes de få eksisterende virksomheder at have reageret tilfredsstillende på - ud fra et samfundsmæssigt synspunkt — ved ganske vidtdrevne rationaliseringer af deres funktioner.

Det er gruppens indtryk, at således som engrossystemet i dag fungerer for så vidt angår specialiteter, ville systemets effektivitet næppe i sig selv kunne forøges væsentligt ved offentlig drift i dette led. En begrundelse kunne naturligvis være at ændre engrosleddet til i højere grad at blive et aktivt indkøbsled. Kort: Et købermonopol. Under alle omstændigheder er det åbenbart, at i det omfang, man kan formulere præcise (og detaljerede) lægemiddelpolitiske målsætninger, vil disse i højere grad kunne realiseres ved en offentlig overtagelse end ved at opretholde status quo. Det er i øvrigt åbenbart, at de stærke koncentrationstendenser i dette led under alle omstændigheder må gøre det nødvendigt, at det offentlige nøje følger branchens udvikling.

Man må i øvrigt have opmærksomheden rettet mod de virkninger, ændringer i vilkårene for engrosforhandlingen af specialiteter måtte kunne have for den hertil knyttede forhandling af råvarer til apotekerne. Som beskrevet, jfr. kapitel II og VII, foretages distributionen af disse to varegrupper af de samme virksomheder. En latent mulig-

hed er, at Danmarks Apotekerforening via sit engroshandelsselskab, Bang & Tegner A/S, integrerer engroshandelen med detailhandelen.

En tredie mulighed er naturligvis at *fortsætte det nuværende system* i hovedtræk, men med mindre drastiske ændringer, herunder at man i et vist omfang tilstræber en styrkelse af markedsmekanismen, der dog som før nævnt under alle omstændigheder kun kan fungere ufuldkomment på dette område. Men denne mulighed udelukker ikke, at man gennemfører ganske gennemgribende reformer og herunder får en række lægemiddelpolitiske målsætninger bedre opfyldt. Herom skal især fremhæves:

(a) Et langt mere smidigt distributionssystem er som nævnt påkrævet. Herved kan »det klassiske apotek«, som kan alt, blive noget nær en undtagelse. Antallet af sådanne kan indskrænkes ganske stærkt, samtidig med at detailenheder med varierende tilbudsmuligheder etableres.

(b) Bl.a. i konsekvens af det lige anførte bør uddannelsesstrukturen differentieres stærkere, end tilfældet er i dag, jfr. kapitel VIII.

(c) Det kan anbefales, at bevillinger under alle omstændigheder fremover tildeles med forbehold, som gør det muligt i fremtiden at gennemføre væsentlige ændringer uden heraf følgende erstatningsretlige problemer. Som allerede nævnt må man tillige anbefale, at privilegiet ikke i fremtiden bliver knyttet til drift af et ganske bestemt apotek, hvis status derved er fastlåst i en måske meget lang årrække.

Gruppen føler i denne forbindelse anledning til at sætte spørgsmålstegn ved fagets udnævnelsesprocedure, hvor de faglige organisationer har en afgørende indflydelse på den enkeltes karriere, hvilket igen har afledede virkninger på distributionsstrukturen. En sådan indflydelse kendes ikke i øvrigt i den offentlige administration, hvilket der er gode argumenter for. Det må dog tilføjes, at rent faktisk synes det nævnte system at kunne fungere uden åbenbare urimeligheder, når den udvalgte kreds af aspiranter accepteres.

(d) Man må fremhæve nødvendigheden af, at forholdet mellem bevillingens ret og pligt til distribution af lægemidler og retten til produktion, såvel som de øvrige konsekvenser af de indgåede aftaler mellem apotekere og Danmarks Apotekerforening, afklares.

(e) Takstfastsættelsen gennemføres i øjeblikket uden egentlig omkostningskontrol, men med det sigte, at den gennemsnitlige indtjening pr. apoteker skal svare til 37. lønramme. Hvorvidt dette niveau er rimeligt, er et politisk spørgsmål, men det er givet, at det regnskabsmæssige materiale, der benyttes som grundlag for realisering af denne målsætning, bygger på forhold og forudsætninger, som udviklingen forlængst er løbet fra.

(f) Apotekerfonden må siges at være en overlevering fra en tid, hvor man i mange grene af den offentlige — eller halv-offentlige - sektor levede efter et »æskesystem«, d.v.s. ekstremt: Hver funktion fik tildelt indtægter og måtte heraf afholde udgifter; for at få sikkerhed for, at balance blev opnået, opbyggedes fonde, som dels kunne være stødpuder og dels kunne give en aktuarmæssig sikring for fremtidige krav.

Dette system er hastigt ved at forsvinde til fordel for mere totale betragtninger, hvor resterne af analogier i finansiel henseende mellem privat og offentlig aktivitet fortoner sig. Gruppen vil anbefale, at man drager konsekvensen heraf også på dette område. Dette udelukker ikke, at man i det omfang, det måtte være politisk ønskeligt, lader medicinpriserne finansiere udligninger, pensioner m.v. Men det betyder, at man opgiver en illusion om, at man skal have en speciel fond. Samfundsmæssigt ligger heri jo ikke nogen tilsikret finansiering.

Realøkonomisk har dette synspunkt ingen konsekvenser. Der er alene tale om et bogholderi, som i sin nuværende form dels kan forvirre, dels er administrativt belastende.

(g) I den offentlige debat er det flere gange blevet fremhævet, at der mangler en egentlig styring af denne sektor. Der må tages forbehold over for en sådan kritik. Ikke mindst i løbet af den sidste halve snes år er styringen intensiveret. Men det er sket i Danmarks Apotekerforenings regi. Danmarks Apotekerforening har udviklet sig stærkere og stærkere som styringsorgan på lægemiddelforsyningens område. Det samlede apotekervæsen antager herved mere og mere karakter af et privat, centralt ledet apotekskollektiv.

Som modstykke hertil har der derimod kun været meget spinkle tilløb til en offentlig styring - hvilket man kunne mene var det relevante. Såfremt denne udvikling får lov at fortsætte, ender man hurtigt i en situation, hvor sektorens udvikling og vilkår mere eller mindre suverænt fastlægges af sektoren selv. Ud fra helt enkle samfundsmæssige betragtninger må dette være uholdbart.

KAPITEL XII

Resumé

I *kapitel I* er omtalt gruppens nedsættelse, kommissorium samt arbejdets forløb.

I *kapitel II* er foretaget en detaljeret gennemgang og vurdering af den eksisterende lægemiddelforsyning. Sigtet hermed har været — foruden at tilvejebringe en almindelig oversigt over lægemiddeldistributionsforholdene i Danmark - at beskrive præmisserne for en række af de vurderinger og forslag, som er indeholdt i de følgende kapitler.

For så vidt angår *detaildistributionen* belyser kapitlet bl.a. apoteksindehavernes usædvanlige mellemstilling mellem privat erhverv og tjenestemandsstatus - en mellemstilling, der bl.a. fremkommer i kraft af privilegiesystemet, det indtægtsmæssige sikkerhedsnet og en til tjenestemandspension svarende statslig pensionsordning. Den almindelige strukturudvikling i erhvervene er i det store og hele gået uden om apoteksbranchen, hvilket dog også i afgørende grad hænger sammen med lægemiddelområdets hele særstilling, derunder sikkerhedskravene og kravene til en adækvat farmaceutisk service overalt i landet, uanset forskelle i det økonomiske underlag herfor. Imidlertid har også den mangel på fleksibilitet, som bevillingssystemet i den eksisterende udformning er karakteriseret ved, i høj grad været medvirkende til den manglende strukturudvikling.

I en sammenligning med anden detaildistribution, de tjenesteydende erhverv og med den offentlige sektor, peges der på, at man må regne med fortsatte relative prisstigninger for lægemidler på linie med, hvad der er tilfældet for andre tjenesteydende erhverv og den offentlige sektor.

I en gennemgang af indtjeningsforhold og de til grund for reguleringen heraf anvendte regnskabsdata fremdrages bl.a. det i branchen meget diskuterede »31.000 kr.'s spørgsmål«, d.v.s. det forhold, at apoteksindehaverne ved siden af det tilstræbte gennemsnitsudbytte – svarende til tjenestemandslønnen i lønramme 37 - har betydelige indtægter i kraft af de usædvanligt lange rentefri kreditter, der er opnået hos grossisterne.

Med hensyn til apotekervæsenets omkostninger fremhæves, at den automatiske omkostningsdækning medfører tendens til kraftig opadgående standardglidning hvad angår apotekernes indretning m.v.

De organisatoriske og institutionelle forhold på området er præget af megen detailregulering fra det offentlige, men samtidig fravær af en kraftig og samlet overordnet styring. Det hermed skabte tomrum er udfyldt af branchens organisationer, først og fremmest Danmarks Apotekerforening.

Engroshandelen med lægemidler har i de senere år været præget af kraftige brydninger, som står i forbindelse med, at branchen — der for så vidt angår hovedområdet, de medicinske specialiteter, kun tæller fire virksomheder - er kraftigt klemt mellem det monopoliserede detailled og et leverandørled, der ligeledes er præget af betydelige monopolistiske islæt.

I *kapitel III* redegøres for lægemiddeldistributionen i Sverige, Norge og England.

I *Sverige* blev apotekerne pr. 1. januar

1971 overtaget af et statsligt domineret selskab, Apoteksbolaget AB, der samtidig fik væsentlige interesser inden for engroshandel med lægemidler. I tiden op til statsovertagelsen af apotekerne havde den svenske stat endvidere erhvervet aktiemajoriteten i virksomheder inden for den industrielle lægemiddelproduktion. I forbindelse med gennemførelsen af den nye distributionsstruktur blev der foretaget en fuldstændig organisatorisk adskillelse mellem den svenske stats interesser inden for distribution og produktion, herunder den produktion, der tidligere foregik på apotekernes distriktslaboratorier.

I kapitlet redegøres for den nuværende distributionsstruktur i detailleddet. Det er her et fremherskende træk, at man i Sverige har en væsentlig stærkere differentiering af salgssteder m.v., end tilfældet er i Danmark. Dette var allerede tilfældet under den tidligere struktur, men differentieringen er blevet yderligere forstærket under den nye organisationsform.

For så vidt angår sortimentspolitik følger Apoteksbolaget den linie at forhandle alle lægemidler, der er godkendt af sundhedsmyndighederne. Der refereres herved udtalelser fra Apoteksbolagets ledelse, hvorefter distributionen vurderes at være den formentlig mindst betydende af lægemiddelpolitikkens mange aspekter. Derimod anses de lokale lægemiddelkomitéer, der er oprettet ved flere regionssygehuse, at kunne komme til at spille en afgørende rolle i svensk lægemiddelpolitik.

Gruppen har ikke taget stilling til den kritik, som Apoteksbolagets første regnskabsresultater samt de første års prisforhøjelser gav anledning til. Det fremhæves dog, at apoteksdriften i Sverige i 1971 blev belastet med meget betydelige lønforhøjelser på grund af den almindelige kraftige lønudvikling i denne periode og en særlig kraftig lønstigning for apoteksteknikerne. Endvidere er kritikken for en væsentlig del baseret på sammenligninger mellem udviklingen i indeks for henholdsvis apotekernes indkøbspriser og deres udsalgspriser. Der foreligger imidlertid her sådanne problemer, at en sammenligning vil være behæftet med væsentlig usikkerhed.

I *Norge* er engrosdistribution af lægemidler forbeholdt et statsmonopol, Norsk Medisinaldepot, der påbegyndte sin virksomhed i 1957.

Det må antages, at etableringen af et købermonopol har medvirket til, at prisniveauet for lægemidler i Norge er lavere end i de fleste andre lande, idet indkøbssidens stilling i forhandlingerne med inden- og udenlandske leverandører herved er blevet styrket. Medvirkende har dog også her været den særlige norske »behovsprøvning«, hvorefter sundhedsmyndighederne forud for godkendelsen af en medicinsk specialitet ikke alene foretager en vurdering af specialitetens kvalitet, men også af om der er et rimeligt behov for det pågældende præparat på det norske marked. I denne vurdering indgår prismæssige hensyn.

Det er fra norsk side oplyst over for gruppen, at den væsentlige mulighed for at føre lægemiddelpolitik ligger hos registreringsmyndigheden. Norsk Medisinaldepot har pligt til at føre alle registrerede præparater. Opfyldelse af lægemiddelpolitiske formål er navnlig blevet tilstræbt gennem informationsvirksomhed, lægemiddelkomitéer, forskellige forskningsprojekter etc.

Det var gruppens indtryk fra studierejsen til Norge, at centraliseringen af engrosfunktionen havde skabt mulighed for rationalisering af ordre- og lagerfunktionerne samt for hensigtsmæssige omlægninger af apotekernes indkøbsvaner. Endvidere muliggjorde centraliseringen udarbejdelsen af en værdifuld lægemiddelstatistik.

Detaildistribution af lægemidler finder sted efter de samme principper som i Danmark.

I *England* er der inden for detailhandel med lægemidler etableringsfrihed, idet det alene er en betingelse, at et apotek ledes af en registreret farmaceut. Også juridiske personer kan drive apotek, hvilket er baggrunden for en række apoteks-kæder. Modstyk-

ket til etableringsfriheden er, at der ikke er noget indtægtsudligningssystem blandt apotekerne.

Apotekernes varesortiment omfatter en lang række produkter, som ikke har nogen forbindelse med lægemidler, og som udgør et væsentligt omsætningsmæssigt grundlag for apotekerne.

Det er almindelig anerkendt, at de engelske lægemiddelpriser er blandt de laveste i verden. Af væsentlig betydning herfor er efter gruppens opfattelse det særlige frivillige prisreguleringssystem. Efter dette tager sundhedsmyndighederne ikke stilling til prisen på det enkelte lægemiddel, men søger i stedet at kontrollere den enkelte producents samlede indtjening på det engelske marked. Systemets effektivitet må ses på baggrund af, at det engelske lægemiddelsalg i alt væsentligt hidrører fra indenlandsk produktion.

I *kapitel IV* har gruppen gennemgået en række af de målsætninger, der fra politisk side kan tænkes varetaget gennem lægemiddelforsyningen, og som kan danne grundlaget for overvejelserne om den fremtidige distributionsstruktur.

Gruppen har herved særlig fremhævet betydningen af, at lægemiddelsektoren opbygges således, at den vil kunne indpasses i den overordnede styring af samfundsudviklingen. Ved opfyldelsen af dette mål har gruppen peget på nødvendigheden af, at der på det overordnede administrative plan skabes en entydig ansvars- og opgavefordeling, som sikrer, at faglige hensyn koordineres med andre samfundsmæssige hensyn.

Gruppen har endvidere givet udtryk for, at det fremtidige lægemiddelforsyningssystem bør udformes så overskueligt og gennemsigtigt, at de offentlige styrende organer bevarer et samlet overblik herover. Endvidere bør reguleringen af forsyningsstrukturen tilrettelægges således, at denne struktur smidigt kan tilpasses ændrede behov. Betydningen af indsamling og bearbejdning af informationer vedrørende lægemiddelforsyningens forskellige aspekter er ligeledes blevet understreget i denne forbindelse.

I *kapitel V* er apoteksproduktionens stilling i den fremtidige lægemiddelforsyning behandlet. Der redegøres for den stedfindende koncentrering af apoteksproduktionen på nogle få produktionsapoteker samt forholdet mellem denne udvikling og forudsætningerne i apotekerloven om, at konventionelle apoteker både er produktions- og distributionsapoteker. Det anføres i denne forbindelse, at den nævnte udvikling ikke har været overvejet eller godkendt af de offentlige myndigheder i nogen samlet sammenhæng.

Det omtales nærmere, hvorledes Danmarks Apotekerforening gennem aftaler med indehaverne af de nye produktionsapoteker har sikret sig en overordentlig kraftig indflydelse på planlægning, styring og kontrol af den koncentrerede apoteksproduktion.

Gruppen har ikke fundet tilstrækkeligt grundlag for en stillingtagen til spørgsmålet om, hvorvidt der gennem fastlæggelsen af distributionsavancen for medicinske specialiteter finder en skjult subventionering sted af apoteksproduktionen. Gruppen har dog samtidig konstateret, at kombinationen inden for apotekervæsenet af dels en produktionsinteresse, dels et retligt monopol på detaildistribution af en konkurrerende produktion *kan* indebære en konkurrenceforvridning. Denne interessekonflikt kan efter gruppens opfattelse forventes skærpet gennem centraliseringen af apoteksproduktionen. I samme retning taler, at det område, hvor der består en direkte konkurrence mellem apoteksproduktion og den industrielle produktion, kan forventes udvidet ved gennemførelse af forslaget til lov om lægemidler, hvorefter den faktiske eneret på produktion af en række omsætningsmæssigt betydende lægemidler, som apotekerne og de kontrollerede laboratorier hidtil har haft, vil blive ophævet.

Ved en *statsovertagelse af apotekervæsenet* finder gruppen, at der ikke bør opretholdes en stor kommerciel apoteksprodukt-

tion i konkurrence med industrien eller med henblik på en konkurrence på produktudvikling fra et statsligt produktionsselskabs side.

På den anden side er det efter gruppens opfattelse fortsat nødvendigt at opretholde produktionsfaciliteter for så vidt angår individuel medicin (magistrelle ordinationer) samt de præparater, der af omsætningsmæssige eller andre grunde ikke bliver produceret på lægemiddelfabrikkerne. Sådanne produktionsmuligheder bør forefindes i et sådant omfang, at de tillige frembyder en reel alternativ produktionsmulighed til lægemiddelindustrien. Dette vil dels kunne have en prisdæmpende effekt, dels vil man herigennem kunne tilgodese beredskabsmæssige hensyn.

Den nævnte produktion bør dog ikke foregå på samtlige apoteker, men fordeles på enkelte produktionsapoteker, og det skønnes, at der hertil kun kræves et fuldt udbygget centralapotek i hver amtskommune.

For det tilfælde, at en egentlig konkurrerende apoteksproduktion ønskes videreført i offentlig regie, foreslås det, at der foretages en klar organisatorisk og regnskabsmæssig opdeling mellem distributionsfunktionen og den egentlige produktion.

Såfremt det politisk besluttes at *videreføre apotekervæsenet som privat system baseret på offentligt tildelte bevillinger*, må der lægges afgørende vægt på at bringe den nuværende uklare retstilstand omkring produktionsafdelingernes stilling til ophør.

For så vidt angår de apoteker, der allerede har etableret sig med afdelinger for koncentreret produktion, finder gruppen, at en efterfølgende vurdering med hensyn til de dispositioner, der allerede er truffet, formentlig vil gå ud på godkendelse af retten til både produktion og monopoliseret detaildistribution i nuværende bevillingshavers funktionstid. Gruppen finder dog samtidig, at det bør overvejes, om de med industriproduktion konkurrerende produktionsgrene skal være omfattet af særlige indtægtsgarantier.

Vedrørende fremtidig *oprettelse af nye produktionsafdelinger* er det gruppens opfattelse, at disse bør bringes ind under et offentligt godkendelsessystem bl.a. med henblik på at opnå en koordinering i forhold til sygehusapoteker og de kontrollerede laboratorier. Det må herved tillige være et hovedsigte at søge at begrænse tendenserne til overkapacitet på området.

På denne baggrund forekommer det gruppen nærliggende at indføre to bevillingsarter, nemlig bevilling til at drive enten et rent produktionsapotek eller et rent distributionsapotek, således at førstnævnte ikke kan være direkte involveret i detaildistribution og sidstnævnte ikke involveret i produktion af farmaceutiske specialiteter, således som disse er defineret i forslaget til ny lægemiddellov.

Såfremt en sådan fuldstændig adskillelse mellem produktion og distribution ikke ønskes, er det gruppens opfattelse, at der under alle omstændigheder bør gennemføres en regnskabsmæssig adskillelse mellem de to sider af apoteksdriften.

I *kapitel VI* er opstillet forskellige modeller for detaildistribution af lægemidler.

Det fastslås indledningsvis i kapitlet, at det ved opstillingen af de enkelte modeller har været afgørende for gruppen at tilstræbe så lave samfundsmæssige omkostninger ved detaildistribution som muligt ved den ønskede service- og sikkerhedsgrad m.v. samt under hensyntagen til overordnede lægemiddelpolitiske målsætninger. Det er gruppens opfattelse, at dette kan ske uden en tilsidesættelse af hensynet til faglig integritet og ansvar.

Som en væsentlig begrundelse for en eventuel *statsovertagelse af apotekervæsenet* nævnes den større fleksibilitet med hensyn til de forskellige apoteksenheders størrelse, indretning, sortiment og bemanding m.v., som vil opnås.

Endvidere må indførelse af statsdrift af apotekervæsenet forudsættes ledsaget af overgang til centralindkøb af lægemidler, hvilket efter gruppens opfattelse vil give de-

tailleddet en stærkere stilling ved prisforhandlingerne med leverandørerne.

Endelig vil et statsmonopol kunne anvendes som et instrument i en overordnet statslig lægemiddelpolitik, der tager sigte på at styre lægemiddelforbruget ud fra såvel medicinske som økonomiske hensyn, ligesom en række tilsynsfunktioner vil kunne indbygges i systemet.

Det er omtalt, at en statsovertagelse kan finde sted dels som en egentlig nationalisering, dels som en gradvis proces, hvorved staten overtager de enkelte apoteker, efterhånden som de bliver ledige.

Gruppen har ikke taget stilling til i hvilken virksomhedsform et eventuelt statsligt apoteksmonopol bør drives. Det er imidlertid understreget, at det under alle omstændigheder, og hvadenten der måtte blive tale om en egentlig nationalisering eller en gradvis statsovertagelse, vil være af afgørende betydning, at organisationsformen bliver af en sådan art, at der skabes råderum for en handlekraftig ledelse.

Det er i øvrigt gruppens opfattelse, at det svenske apotekervæsen med enkelte forbehold vil kunne tjene som model, såfremt det besluttes at gennemføre en egentlig statsovertagelse af apotekervæsenet i Danmark.

Som en anden form for offentlig drift af apotekervæsenet har gruppen drøftet en *decentraliseret lægemiddeldistribution.* Et sådant system kunne eventuelt tænkes gennemført på den måde, at det var de enkelte primærkommuner, der ejede og drev de forskellige apoteksenheder med en stærk koordination gennem amtskommunerne. En anden mulighed ville være, at apotekervæsenet fuldt ud blev drevet i amtskommunalt regie på samme måde som hovedparten af sygehusvæsenet.

Gruppen har fundet, at der er afgørende betænkeligheder ved sådanne løsninger. Det fremhæves herved bl.a., at en række af de målsætninger, som lægemiddelforsyningen skal varetage, bl.a. hensynet til ens lægemiddelpriser i hele landet, forudsætter en ret høj grad af centralisering.

Gruppen har endelig overvejet en model baseret på *centralisering i et privat, koncessioneret selskab.* Aktiemajoriteten i et sådant selskab måtte forventes fast placeret hos f.eks. Danmarks Apotekerforening. Et sådant selskab måtte naturligvis forudsætte et indgående offentligt indseende.

En løsning baseret på denne model ville indebære en række af de fordele med hensyn til fleksibilitet, som vil kunne opnås ved en statslig centralisering. Derimod vil mulighederne for at realisere visse overordnede lægemiddelpolitiske målsætninger formentlig blive stærkt forringede.

Såfremt det besluttes at *videreføre apotekervæsenet inden for de nuværende ejendomsretlige rammer,* er det gruppens opfattelse, at det vil være nødvendigt at gennemføre en gennemgribende revision af den gældende apotekerlov. På denne baggrund har gruppen fremsat en række konkrete forslag til ændringer.

Det foreslås således, at der med henblik på eventuelle senere grundlæggende ændringer af distributionsstrukturen tilvejebringes hjemmel til i apotekerbevillingerne at optage et forbehold om, at bevillingshaverne er pligtige at afstå bevillingen uden særskilt erstatning.

Endvidere foreslås det, at bevillingssystemet indrettes således, at retten ifølge bevillingen ikke knyttes til et bestemt apotek, ligesom der i højere grad end i dag bør være mulighed for at tage forbehold i bevillingen. Samtidig bør udnævnelseskriterierne tages op til overvejelse.

Det er gruppens opfattelse, at antallet af selvstændige apoteksenheder bør reduceres, og i forbindelse hermed foreslås det, at der gøres videre brug af farmaceutbetjente apoteksudsalg (filialapoteker), ligesom det anbefales at gennemføre forsøgsordninger med apoteker og udsalg med begrænset lægemiddelsortiment.

For så vidt angår sygehusapotekernes forhold foreslås det at liberalisere reglerne om disses udlevering af lægemidler til ambulante patienter m.v. Endvidere bør lovreglerne

udformes således, at sygehusapotekerne får mulighed for at handle indbyrdes.

Det fremhæves, at der bør gennemføres en bedre koordination mellem de almindelige apoteker og sygehusapotekerne, ligesom behovet for bedre planlægning inden for apotekssektoren generelt fremhæves.

Angående principperne for beregning af apoteksavancerne samt for afgiftssystemet har gruppen i bilag 7 skitseret nogle muligheder. For reglerne om medicinprisfastsættelsen har det grundlæggende princip været at undgå den hidtidige automatiske indregning af distributionsomkostninger (i vid betydning) i medicinpriserne, idet det foreslås, at de omkostninger, som tillades indregnet, fastsættes på forhånd efter generelle regler. Man har endvidere skitseret modeller for afgiftssystemer, som tager sigte på at tilskynde til rationalisering og økonomisering, og som endvidere repræsenterer en forenkling i forhold til det gældende system.

Vedrørende pensionsforholdene for de farmaceuter, der ikke er apoteksindehavere, foreslår gruppen, at den hidtidige adgang til at blive medlem af apotekervæsenets pensionsordning og dermed opnå krav på en tjenestemandslignende pension, bør ophøre.

For apotekere finder gruppen, at der er en række argumenter for at bibeholde den pensionsmæssige stilling. I så fald vil det være nærliggende at anvende samme lønramme for pensionsberegningen som ved beregning af et tilstræbt gennemsnitsudbytte.

I *kapitel VII* redegøres for spørgsmålet om gennemførelse af en særlig lovgivning for engroshandelen.

Under de nuværende forhold vil en statsovertagelse af engroshandelen kun kunne anses for velbegrundet, hvis man ønsker en væsentlig ændret grossistfunktion, d.v.s. såfremt det ønskes at grossistleddet skal have en egentlig indkøbsfunktion også m.h.t. specialiteter. De funktioner, de bestående grossistvirksomheder under tidvis skarp konkurrence udfylder i dag, vil derimod næppe kunne varetages bedre af et offentligt monopol.

Såfremt de hidtil stærke brydninger inden for branchen resulterer i en tilstand, hvor der kun er en eller to grossister tilbage, eller hvor der sker en integration mellem grossisterne og deres leverandører eller aftagere (apotekerne), vil dette imidlertid efter gruppens opfattelse kunne gøre det nødvendigt, at der gennemføres en særskilt lovgivning for lægemiddelengroshandel. Ved en sådan lovgivning ville engroshandel med lægemidler kunne gøres betinget af en koncession, og således at modstykket til monopolet ville være en forpligtelse til at fremskaffe råvarer og halvfabrikata til apotekerne samt til at forhandle medicinske (farmaceutiske) specialiteter. Under en sådan ordning måtte engrosavancen forudsættes kontrolleret af det offentlige.

I *kapitel VIII* er redegjort for personaleforbruget samt de uddannelseskrav, der fremtidig må stilles til personalet inden for lægemiddelsektoren.

På baggrund af en gennemgang af de opgaver, som må forventes varetaget fremover, foreslås det, at der etableres en særlig mellemteknikeruddannelse i form af en receptaruddannelse. Denne uddannelse bør henlægges til Danmarks farmaceutiske Højskole og bør i videst mulig omfang bestå af moduler, som indgår i den farmaceutiske kandidatuddannelse. Indholdet af uddannelsen må tage sigte på de ændringer i praktisk apoteksarbejde m.v., der er sket i og med, at det konventionelle apoteks funktion i stadig stigende grad er blevet en ren distributionsfunktion uden samtidig produktion, bortset fra visse magistrelle tilberedninger.

I *kapitel IX* er der gennemgået nogle ejendomsretlige spørgsmål i forbindelse med en statsovertagelse af lægemiddeldistributionen.

Det er gruppens opfattelse, at der ved en statsovertagelse af *detaildistribution* af læ-

gemidler vil opstå en erstatningsforpligtelse for de økonomiske tab, som ophøret af apoteksprivilegiet vil betyde for indehaveren. Denne værdi svarer i et vist omfang til, hvad der i en traditionel forretningsvirksomhed betegnes som good-will. Der er herved lagt vægt på, at bevillingen må opfattes som en tilsikret eneret til fra et bestemt sted at distribuere lægemidler.

Fastsættelsen af erstatning for tab af privilegieværdi bør ske bl.a. under hensyntagen til de vilkår, hvorunder apotekerne må forudsættes at blive tilbudt fortsat beskæftigelse i et statsligt apotekervæsen.

Engrosdistribution af lægemidler finder i dag sted på grundlag af et almindeligt næringsbrev. Gruppen finder på denne baggrund ikke, at de hidtidige grossister ved en eventuel statsovertagelse af engrosdistribution af lægemidler vil få et krav på erstatning fra statskassen for næringstabet som sådant, idet retten ifølge næringsbrevet ikke kan betragtes som en tilsikret ret til fortsat udøvelse af virksomhed ved engrosforhandling af lægemidler.

Såvel ved en statsovertagelse af detaildistribution som af engrosdistribution af lægemidler vil der endvidere blive tale om erstatning for tab på varelager, inventar, bygninger m.v.

I *kapitel X* er der gjort rede for EF-medlemsskabets betydning for lægemiddeldistributionens organisering.

Det fastslås, at det ikke i sig selv vil stride mod EF-reglerne at forbeholde forhandling af lægemidler for særlige distributionsenheder, hvad enten disse organiseres i privat eller offentligt regie. Det afgørende er den funktionelle tilrettelæggelse af distributionen.

For så vidt angår den *eksisterende detaildistribution* vil denne ikke give anledning til EF-problemer. Det fremhæves imidlertid, at en betydelig *apoteksproduktion* vil kunne tage sig ud som potentiel diskrimination, og at den bedste løsning i relation til EØF's konkurrenceregler derfor vil bestå i en fuldstændig organisatorisk adskillelse mellem distributions- og produktionsfunktionen inden for apotekervæsenet. I det mindste må en regnskabsmæssig adskillelse mellem de to funktioner anses for nødvendig.

Ved en *statsovertagelse af detaildistribution* af lægemidler vil det væsentlige spørgsmål i relation til EF være opbygningen af en centraliseret indkøbsfunktion. Det er gruppens opfattelse, at en sådan ikke i sig selv vil være i strid med bestemmelserne i EØF-traktaten. Det er herved forudsat, at der sikres en statslig indkøbscentral en sådan organisatorisk selvstændighed, at risikoen for skjult diskrimination elimineres, ligesom det er lagt til grund, at et statsligt apoteksmonopol i princippet forpligtes til at forhandle alle de medicinske specialiteter, som er godkendt af registreringsmyndighederne.

En *statsovertagelse af engrosdistribution* af lægemidler der kun tager sigte på en videreførelse af de funktioner, som de private grossistvirksomheder hidtil har udøvet, vil næppe give anledning til EF-problemer.

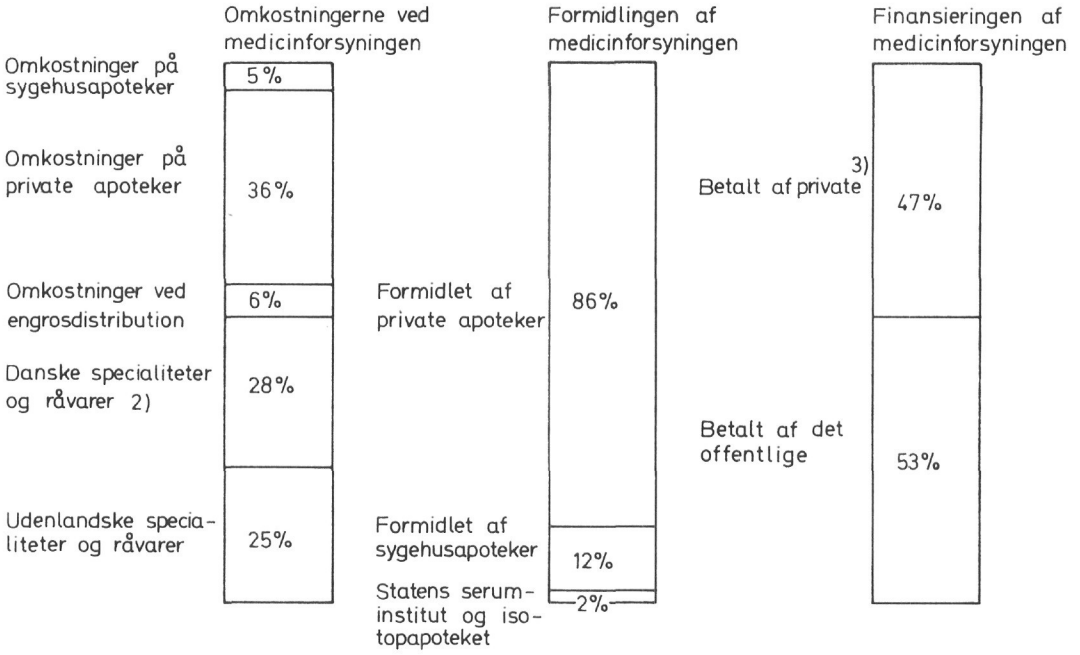
Såfremt der samtidig ønskes etableret en centraliseret indkøbsfunktion, vil problemstillingen i væsentligt omfang være identisk; med den, der gælder for et statsligt detailmonopol.

I *kapitel XI* er fremhævet nogle hovedlinier i de overvejelser, gruppen har foretaget i tilknytning til såvel det nuværende som til alternative systemer.

DET JURIDISKE
LABORATORIUM
VED
KØBENHAVNS UNIVERSITET

Bilag

OVERSIGTER VEDRØRENDE LÆGEMIDDEL-
UDGIFTERNE 1) OG DISSES FINANSIERING, 1972 (1,1 MIA. KR. EXCL MOMS



1) Omfatter også salg af sygeplejeartikler m.v. fra apotekerne.
2) Omfatter også leverancer fra statens seruminstitut og isotopapoteket.
3) Den private andel må tillægges moms.

Apotek nr..

Bilag 2

Form. 3800

OPGØRELSE

af

omsætning og overskud

for året 19 72

på 344 11/12 apotek er

Opgørelsen skal i medfør af apotekerlovens § 37 inden **den 15. februar** indsendes til sundhedsstyrelsen, St. Kongensgade 1, 1264 - København K. - Ved indehaverskifte i årets løb skal opgørelsen for den forløbne del af året indsendes inden 3 mdr. efter skiftet.

Indtægt (efter fradrag af udgående alm. merværdiafgift)

Alle ørebeløb udelades.

1. Bruttoomsætning ved udlevering efter recept med undtagelse af de nedenfor under post 2 anførte lægemidler			736.088.000
2. Bruttoomsætning af insulin etc.			6.913.000
3. Bruttoomsætning af håndkøb			208.570.000
4. Salg til andre apoteker samt salg af vacciner m. v. uden avance, jfr. medicintakstens §1, stk. 4			10.707.000
		I alt	962.278.000
÷ Tab på udestående fordringer			220.000
		Bruttoomsætning	962.058.000
Rabat ydet på	recepturomsætning	27.375.000	
	håndkøbsomsætning	3.262.000	30.637.000
		Nettoomsætning	931.421.000

Udgift (for samtlige konti – såvel vareforbrugskonto som øvrige konti, herunder inventar- og indretningskonti – skal beløbene anføres efter fradrag af alm. merværdiafgift – indgående afgift – i det omfang, denne over for toldvæsenet kan fradrages i den udgående afgift).

Alle ørebeløb udelades.

1. Forrentning af anlægskapitalen	Inventarkonto ved årets begyndelse	49.246.000	
	Varelagerkonto ved årets begyndelse	94.046.000	
	Konto for udestående fordringer*)	74.200.000	
	Samlet anlægskapital	217.492.000	
	Forrentning: % af		
	» » »		
	» » »		
	» » »		24.786.000
2. Afskrivning af inventar	Overført fra specifikation nedenfor		5.844.000
3. Indretning og vedligeholdelse	a. Indretning (Oprindelig størrelse:) Indretningskonto ved årets begyndelse	4.255.000	
	Forrentning 11½% heraf	490.000	
	Udgifter til indretning i 1972	5.834.000	
	I alt	10.579.000	
	Heraf afskrives	4.463.000	
	(Rest at overføre til 1973 kr. 6.116.000)		
	b. Vedligeholdelse af lokaler og inventar	3.137.000	7.600.000
4. Husleje af lokalerne			18.954.000
5. Brændsel, gas og elektricitet			3.357.000
6. Forsikring			1.851.000
7. Lønninger		22,2 %**)	213.372.000
8. Vareforbrug		58,7 %**)	564.355.000
9. Inkasso			259.000
10. Andre driftsudgifter			31.661.000
11. **Overskud**			59.382.000
		I alt	931.421.000

*) Efter fradrag af udgående alm. merværdiafgift. **) Angivet med 1 decimal i procent af bruttoomsætningen.

Specifikationer

Bevægelser på inventarkontoen i indeværende år (mindre anskaffelser kan opføres som een post).

		trp.:	
		Nyanskaffelser	9.520.000
		Inventarkonto ved årets begyndelse:	49.246.000
trp.:			

Afskrivning 8 % af begyndelsessaldo	3.940.000	
20 % af nyanskaffelser	1.904.000	5.844.000
Inventarkonto at overføre til næste år		52.752.000

Specifikationer

Udgiftspost 3a: Indretningsudgifter afholdt i indeværende år (mindre udgifter kan opføres som een post).

I alt	

Udgiftspost 3b: Udgifter til vedligeholdelse af lokaler og inventar afholdt i indeværende år (mindre udgifter kan opføres som een post).

I alt	

Udgiftspost 10: Andre driftsudgifter.

Apotekerforeningskontingenter	12.331.000
Generalforsamling / Kredsmøder	117.000
Kørsel med egne befordringsmidler:	2.165.000
km à øre =	
km à øre =	
Avertering og udsmykning	307.000
Undervisning (herunder handelsskole og sygekasse) / Kurser	2.429.000
Telefon	1.709.000
Kontorrekvisitter	886.000
Takster, bøger og blade	725.000
Vask og rengøringsmidler	1.929.000
Vandafgift	138.000
Opgørelse af varelager	1.300.000
Porto, der ikke refunderes	1.551.000
Traktement af personalet under arbejdet	1.063.000
Repræsentation	892.000
Revisorhonorar	1.912.000
Fradragsberettigede kontingenter	156.000
Anskaffelse af inventar under 1200	758.000
Securitas, vægter	446.000
Leje af materiel	372.000
Personalefester	90.000
Stempeludgifter	66.000
Diverse	319.000
I alt	31.661.000

Udgiftspost 4 – Husleje

A. Apotekeren er lejer	Husleje efter kontrakt	9.220.000
B. Apotekeren er ejer	Husleje 19 kr. + 7½ % heraf kr.	
	Forholdsmæssig anpart af skatteforhøjelser/-nedsættelser	
	Eventuel beregning af lejeværdi på andet grundlag (de i opgørelsesvejledningen nævnte undtagelsestilfælde):	
		9.734.000

Udgiftspost 8 – Vareforbrug

Varelager ved årets begyndelse	94.046.000
Indkøb	572.706.000
I alt	666.752.000
÷ varelager ved årets slutning	102.417.000
Vareforbrug	564.335.000
Opgørelsen af varelagerets værdi har fundet sted / 19 og fandtes at være	97.439.000
Vareindkøb fra opgørelsesdagen til 31/12	
I alt	
÷ varelager ved årets slutning	
Vareforbrug fra opgørelsesdagen til 31/12	
Bruttoomsætning fra opgørelsesdagen til 31/12	

*) Angivet med 1 decimal i procent af bruttoomsætningen.

Udestående fordringer

Nettotilgodehavende pr. 31/3	Nettotilgodehavende pr. 30/9
» » 30/6	» » 31/12
Gennemsnitsnettotilgodehavende	

		Antal	Beløb	Gennemsnitspris
I Receptordinationer til enkeltpersoner:	Insulin etc.	182.000	6.624.000	36,40
	Specialiteter	22.252.000	526.471.000	23,66
	Andre	8.569.000	90.507.000	10,56
	I alt	31.003.000	623.602.000	20,11

		Antal	Beløb	Gennemsnitspris
II Leverancer til sygehuse o. l. af receptmedicin (medregnes ikke under I):	Insulin etc.			
	Specialiteter			
	Andre			
	I alt	2.539.000	73.637.000	29,00

		Antal	Beløb	Gennemsnitspris
III Leverancer til dyrlæger af receptmedicin (medregnes ikke under I):	Insulin etc.			
	Specialiteter			
	Andre			
	I alt	856.000	45.762.000	53,46

Revisor:

.....
(Dato)

.....
(Apotekets navn)

.....
(Apotekerens underskrift)

Distributionsudvalgets redegørelse vedrørende apotekervæsenets distributionssystem

1. Det i februar 1969 nedsatte apotekerlo vudvalg overvejede blandt andre forhold spørgsmålet om en eventuel ændring af apotekervæsenets distributionssystem.

For at skabe klarhed over, hvilket lægemiddeldistributionsapparat, der fremover skulle anvendes, nedsatte udvalget i august 1970 et underudvalg, distributionsudvalget, bestående af repræsentanter for Danmarks Apotekerforening, Dansk Farmaceutforening, indenrigsministeriet, direktoratet for apotekervæsenet og sundhedsstyrelsen. Distributionsudvalget fik til opgave at fremkomme med forslag om, hvor mange apoteker der skulle nedlægges, efter hvilke kriterier dette skulle ske, og hvilke distributionsmuligheder der skulle sættes i stedet.

Distributionsudvalgets redegørelse indeholdende forslag til en rationalisering af lægemiddeldistributionen i detailleddet forelå i maj 1971 og drøftedes i det samlede apotekerlovudvalg, der uden at gå ind i en omfattende behandling tiltrådte redegøreisens forslag. I efteråret 1971 anmodede den daværende indenrigsminister imidlertid apotekerlovudvalget om at standse sine videre overvejelser om lægemiddelforsyningens struktur m.v.; distributionsudvalgets redegørelse, der ikke forinden var offentliggjort, indgik derfor ikke i apotekerlovudvalgets betænkning af september 1972.

Uanset dette har distributionsudvalgets redegørelse øvet indflydelse på de seneste års apoteksnedlæggelser.

2. Distributionsudvalgets redegørelse indeholder en beskrivelse af det nuværende detail-distributionssystem. Detailhandel med lægemidler er som hovedregel forbeholdt apoteker, og disses indretning og drift er underkastet offentlig regulering og indseende. Udvalget går ud fra, at denne eneret vil blive opretholdt, samt at apotekerne fortsat vil have adgang til selv at fremstille lægemidler.

Udvalget påpegede, at der ikke hidtil har eksisteret en samlet plan over oprettelse og nedlæggelse af apoteker. Dette skyldes dels det eksisterende bevillingssystem, der gør det nødvendigt at udsætte offentlige indgreb, indtil apotekeren har nået aldersgrænsen, dels vanskelighederne ved at nedkegge apoteker, når det ikke er muligt at kompensere den deraf følgende serviceforringelse gennem oprettelse af en anden form for distributionsenhed.

Den manglende planlægning har efter udvalgets opfattelse medført, at afvandringen fra landdistrikterne og udflytningen fra de større byers cityområder ikke i tilstrækkeligt omfang er blevet fulgt af apoteksnedlæggelser. Hertil kommer, at en række apoteker, hvis eksistens tidligere var berettiget på grund af særlige afstands- og trafikforhold er blevet opretholdt, til trods for at forbedrede kommunikationsforhold har gjort dette overflødigt. Samtidig har den høje husleje i de nye bykvarterer gjort det vanskeligt at oprette nye apoteker i takt med befolkningstilvæksten i disse områder.

Udvalget fandt ikke anledning til at fore lå ændringer i det gældende bevillingssystem, men henstillede, at hjemmelen til oprettelse af filialapoteker udnyttes, samt at der i den fremtidige lovtekst indføjes en almindelig bestemmelse, hvorefter der skal

være et vist økonomisk grundlag for at tillade oprettelse af apoteksudsalg.

3. Med henblik på udformningen af et mere effektivt distributionssystem har udvalget foretaget en vurdering af de med en økonomisk og faglig forsvarlig apoteksdrift forbundne nødvendige udgifter og indtægter.

Denne opstilling af driftsøkonomiske og faglige normer for forsvarlig drift af apoteker og apoteksudsalg udgør redegørelsens centrale afsnit; det må imidlertid anføres, at anvendeligheden af de opstillede normer er begrænset, idet udvalgets beregninger er foretaget under forudsætning af uændrede økonomiske forhold på apotekerne herunder uændrede afgiftsregler og prisbestemmelser, samt som nævnt under forudsætning af opretholdelse af det nuværende bevillingssystem.

Det af udvalget foreslåede distributionssystem omfatter 5 typer af detailsalgsenheder varierende fra konventionelt apotek til ikke-apoteksejet håndkøbsudsalg; lægers og dyrlægers distributionstilladelser forudsættes tilbagekaldt, mens muligheden for oprettelse af medicinafleveringssteder forventes opretholdt og forsendelse af medicin tænkes anvendt i øget omfang.

For et *konventionelt apotek* med produktionsudstyr og laboratorier som sædvanligt under det hidtidige decentraliserede produktionssystem opstilles et arealkrav på mindst ca. 450 m^2, fordelt med mindst 250 m^2 primært areal (d.v.s. officin, receptur, præparationsrum, kontor m.v.) og ca. 200 m^2 sekundært areal (garderobe, lager, skyllerum m.v.). Disse normer, der er beregnet på grundlag af oplysninger om 5 i 1967-69 faktisk gennemførte nyindretninger og i øvrigt under forudsætning af en omsætningsfordeling med 25 % på håndkøbs- og 75 % på receptsalg vil blive nærmere omtalt nedenfor.

Ud fra oplysninger om 4 af de nævnte 5 apoteker samt yderligere 3 formentlig i samme tidsrum nyoprettede apoteker er de typiske inventarudgifter opgjort til ca. 300.000 kr., medens der ikke er opstillet tilsvarende skøn over udgifterne til indretning, der oplyses at kunne variere stærkt (i de undersøgte tilfælde fra ca. 30.000 kr. til ca. 200.000 kr.).

På dette grundlag og idet det, jfr. apotekerlovens § 24, stk. 2, forudsættes, at der på et apotek foruden apotekeren bør beskæftiges mindst 1 farmaceut samt et hertil svarende personale i øvrigt (opgjort til 3 teknikere, 3 elever og 2 ikke-apoteksfaglærte), finder udvalget, at den mindste apoteksenhed, der under de hidtil sædvanlige forhold kan drives på økonomisk og faglig forsvarlig måde skal have en omsætning på ca. 1,25 mill. kr. (1969-priser) svarende til ca. $^3/_4$ af den gennemsnitlige bruttoomsætning pr. apotek. Et sådant apotek antages at kunne ekspedere 50-60.000 receptordinationer årligt.

For et *distributionsapotek,* der forudsættes at kunne yde samme service over for publikum som det konventionelle apotek, opstilles et arealkrav på ca. 350 m^2 fordelt med ca. 250 m^2 primært og ca. 100 m^2 sekundært areal.

Det anføres, at i den udstrækning produktionen indskrænkes, må der på det personalemæssige område kunne opnås besparelser ved konvertering af et konventionelt apotek til et distributionsapotek; - denne tankegang, der synes at kunne udstrækkes også til andre omkostningsarter, f.eks. inventar og indretning, forfølges ikke videre.

Den meget beskedne arealbesparelse ved indretning af et apotek med begrænsede produktionsmuligheder begrundes af udvalget med henvisning til, at der også på et distributionsapotek skal foregå en produktion af ukomplicerede præparater, f.eks. opløsninger, samt at denne apotekstype altid skal råde over apparatur m.m., der muliggør fremstilling af magistrelle præparater.

Udvalget går derfor ud fra, at et distributionsapotek ikke med hensyn til personaleforbrug, indretning og drift vil adskille

sig væsentligt fra et konventionelt apotek og har af denne grund ikke overvejet en differentiering af apoteker i de 2 kategorier.

Et *A-udsalg* defineres som et apotekerejet og farmaceutbetjent udsalg, hvorfra der foruden håndkøbsvarer kan ekspederes receptordinerede færdigpakninger (d.v.s. ubrudte forbrugerpakninger), men hvor der ikke må foregå egentlig tilberedning af lægemidler. Det antages, at et sådant udsalg vil have et arealbehov på i alt ca. 150 m^2 fordelt med ca. 100 m^2 primært og ca. 50 m^2 sekundært areal. De samlede udgifter til indretning og inventar skønnes at variere fra ca. 250.000 til ca. 350.000 kr. (1969-priser); ved etablering af A-udsalg i tidligere apotekslokaler påregnes oprettelsesudgifterne dog at være yderst beskedne.

Under disse forudsætninger og ud fra antagelsen om en omsætningsfordeling med 40 % på håndkøbs- og 60 % på receptsalg fandt udvalget, at oprettelse af et A-udsalg i bestående, henholdsvis nyindrettede lokaler, kun bør finde sted, såfremt udsalgets omsætning ventes mindst at ville andrage godt 3/4 mill. kr., henholdsvis mindst 1 mill, kr.

Det anføres, at såfremt A-udsalg alene har farmaceutbetjening nogle timer daglig, vil der kunne opnås en væsentlig besparelse i lønudgifterne; — i så fald synes de nævnte omsætningsgrænser at kunne reduceres betydeligt.

Idet ca. 90 % af samtlige receptordinationer ifølge apotekernes hidtidige erfaringer kan effektueres ved hjælp af færdigpakninger, antager udvalget, at A-udsalget kan yde næsten samme service over for befolkningen som et apotek. Da der ikke foreligger praktiske erfaringer vedrørende den belastning, oprettelse af A-udsalg medfører for moderapoteket, foreslår udvalget, at der gennemføres praktiske forsøg med denne type dels i områder med befolkningsmæssig vækst, dels i områder med stagnerende eller faldende indbyggertal.

Et *B-udsalg* der defineres som et apotekerejet udsalg, der er betjent af apoteksfagligt personale, der kan modtage recepter men ikke foretage direkte receptekspedition, vil efter udvalgets opfattelse kunne indrettes på hensigtsmæssig måde, såfremt det råder over et primært areal på ca. 50 m^2 og et sekundært areal på ca. 25 m^2. Dette svarer til størrelsen af de hyppigt i indkøbscentrene tilbudte lejemål.

De samlede udgifter til indretning og inventar antages at udgøre 100-170.000 kr., hvilket efter udvalgets opfattelse indebærer, at B-udsalg kun bør oprettes i bestående lokaler, såfremt udsalgets omsætning kan ventes mindst at andrage 500-600.000 kr., mens oprettelse i nyindrettede lokaler bør baseres på en omsætning på mindst ca. 700.000 kr. (1969-priser).

For *C-udsalg* der svarer til de traditionelle håndkøbsudsalg og som efter udvalgets opfattelse efterhånden alene bør bestyres af personer med næringsbrev, forudsættes inventaret leveret af apoteket. Da de samlede oprettelsesudgifter er beskedne, har udvalget ikke fundet det nødvendigt at opstille driftsøkonomiske vurderinger vedrørende denne type.

Om *distribuerende læger* anfører udvalget, at behovet for denne form for medicindistribution er formindsket i væsentlig grad som følge af de senere års udvikling på samfærdsels- og kommunikationsområdet. På denne baggrund og i betragtning af behovet for farmaceutisk kontrol med lagerhold og udlevering af lægemidler tilslutter udvalget sig den af sundhedsstyrelsen i 1968 til indenrigsministeriet afgivne indstilling om, at ordningen med de distribuerende læger bringes til ophør. Samtidig gives der tilslutning til en lignende indstilling for så vidt angår de *distribuerende og dispenserende dyrlæger*.

Om medicinforsendelse anføres, at det i henhold til den gældende apotekerlov er overladt den enkelte apoteker at afgøre, i hvor stor udstrækning der fra apotekets side skal ydes service i form af udbringning af medicin. Da det af udvalget foreslåede

distributionssystem antages i højere udstrækning end hidtil at medføre sådan udbringning af medicin, finder udvalget det nødvendigt, at der ved en lovændring gives sundhedsstyrelsen bemyndigelse til at fastsætte regler for medicinforsendelse.

4. På grundlag af de ovenfor gengivne principielle overvejelser vedrørende kravene til forskellige typer distributionsenheder, under anvendelse af tidligere indhentede oplysninger, samt ud fra et almindeligt kendskab til apotekernes søgningskreds og økonomiske forhold m.v. opregner distributionsudvalget derefter i alt 80 apoteker, der efter udvalgets opfattelse bør *nedlægges,* eller hvor nedlæggelse eller flytning bør overvejes, eventuelt i forbindelse med oprettelse af nye apoteker.

En sådan nedlæggelse forudsætter imidlertid, at apotekerne er ledige. Dette er ikke tilfældet, og udvalget har ud fra bevillingsindehavernes aldersfordeling beregnet, at kun ca. halvdelen af det nævnte antal vil kunne nedlægges frem til 1980. Andelen skulle dog kunne øges og en hurtigere gennemførelse af strukturændringen blive mulig, såfremt en del af de berørte apotekere søger førtidspensionering eller forflyttelse.

Udvalget understreger til slut, at de offentlige myndigheders styring ikke hidtil har vist sig fuldt tilstrækkelig. Idet man endvidere går ud fra, at den af udvalget foreslåede distributionsplan må undergå en løbende revision, henstilles at der i apotekerloven skabes hjemmel til oprettelse af et nævn med den opgave at ajourføre og videreføre den af udvalget forelagte plan. Dette *styringsnævn,* i hvilket apotekernes og provisorernes organisationer tænkes repræsenteret, skal have til opgave til stadighed at følge befolkningsudviklingen m.m., således at det kan fungere som et rådgivende organ for myndighederne i spørgsmål om distributionsenhedernes antal, art og placering.

5. Ved *vurderingen* af distributionsudvalgets redegørelse bemærkes, at denne stort set bygger på forudsætningen om alt andet lige: Opretholdelse af det gældende bevillingssystem, uændrede afgifts- og tilskudsregler, uændrede bestemmelser om beregningen af medicinpriser, fastholdt varesortiment, opretholdelse af en vis apoteksproduktion m.v.

Af særlig værdi for videre overvejelser vedrørende detaildistributionens struktur synes for det første udvalgets tanker om oprettelse af et offentligt styringsnævn til formidling af en samlet planlægning og koordinering på området samt for det andet udvalgets forslag om opsplitning af salgsenhederne i forskellige typer af apoteker og apoteksudsalg. Behovet for en samlet, overordnet styring i offentligt regie er almindeligt erkendt — og bør søges tilgodeset for en så omfattende del af lægemiddelsektoren som muligt. Og differentiering af elementerne i distributionssystemet, således at det bliver muligt at afstemme distributionsomkostningerne i en lokalitet efter dennes efterspørgselsforhold må anses for nødvendig af økonomiske grunde og tilsiges også af fleksibilitetshensyn.

Øget anvendelse af medicinforsendelse må som forudsat i distributionsudvalgets redegørelse indgå som et betydningsfuldt led i et mindre stift distributionssystem. Det synes imidlertid også tænkeligt at udnytte mulighederne for distribution gennem læger, dyrlæger og sygehuse; her er tale om bestående distributionskanaler med begrænsede sikkerhedsmæssige problemer.

6. En nærmere stillingtagen til udformningen af forskellige typer af elementer i et lægemiddeldistributionssystem må ske på grundlag af en lang række forudsætninger bl.a. vedrørende det ønskede lægemiddeludvalgs art og omfang, apoteksproduktionens størrelse og placering samt en række økonomiske, sikkerhedsmæssige og servicemæssige hensyn i øvrigt.

Visse teknisk-økonomiske normer kan

dog antages i det væsentlige at gå igen, uanset hvilken distributionsmodel der i øvrigt er tale om. Det er derfor værdifuldt, at der i distributionsudvalgets betænkning er søgt opstillet såvel teknisk-faglige som økonomiske normer for forsvarlig lægemiddeldistribution og i tilknytning hertil angivet en række kritiske værdier for størrelsen af de forskellige distributionsenheder.

Imidlertid er der anledning til at fremkomme med kritiske bemærkninger til nogle af distributionsudvalgets betragtninger. Det understreges, at denne kritik alene udfoldes inden for rammerne af de af udvalget fastholdte forudsætninger og således ikke søger at foregribe den diskussion, som en ændring af disse vil nødvendiggøre.

7. Det beslutningsgrundlag, der fremlægges i distributionsudvalgets redegørelse, er på en række punkter mangelfuldt eller uklart.

Indvendinger kan således rettes mod udvalgets talmæssige beregninger i forbindelse med opgørelsen af et *konventionelt apoteks arealbehov.* Disse beregninger bygger på en af Danmarks Apotekerforening gennemført undersøgelse af 5 i årene 1967—69 nyindrettede apoteker.

Herefter opdeles apoteksarealerne i stue- og kælderplan. Det anføres, at alle arbejdslokaler er placeret over naturligt terræn — dette må også gælde visse gangarealer og forrum - medens der til kælderplanen er henlagt »rum der fortrinsvis tjener til opbevaring af reservelagre og emballager endvidere varemodtagelse, skylleri og garderober med toiletter«.

Arealet i stueplan varierer ifølge undersøgelsen fra 224 til 350 m^2, kælderarealet fra 0 til 249 m^2 og det samlede areal fra 330 til 568 m^2. Herudfra og på grundlag af forskellige betragtninger bl.a. vedrørende kælderplanens »ofte dårlige udnyttelsesgrad« konkluderes, at arealbehovet for et konventionelt apotek typisk andrager 250 m^2 i stue- og ca. 200 m^2 i kælderplan.

Det må bemærkes, at en sammenlægning af de til forskellige funktioner henførte arealer ikke giver en sum lig med de anførte totale arealstørrelser, samt at det ikke med sikkerhed fremgår, hvorvidt de for en række funktioner angivne arealer helt eller delvis skal henføres til stue- eller kælderplan.

I distributionsudvalgets redegørelse anføres under henvisning til den ovenfor refererede undersøgelse af 5 nyindrettede apoteker, at det typiske arealbehov for konventionelle apoteker udgør 250 m^2 primært og 200 m^2 sekundært areal. Primært areal defineres som officin, receptur, præparationsrum, kontor, personalerum, svalerum og varemodtagelse med tillæg af gangareal og forrum og svarer formentlig nogenlunde til den omtalte undersøgelses begreb »stueplan«. Sekundært areal defineres som garderobe, lager og skyllerum med tillæg af gangareal, formentlig nogenlunde svarende til undersøgelsens »kælderplan«.

Af opstillingen i undersøgelsen fremgår imidlertid at det primære areal opgjort på denne måde, men inklusive påfyldnings rum (der ikke er nævnt i afgrænsningen af hverken det primære eller det sekundære areal) og eksklusive gangareal og forrum (der intetsteds er specificeret) udgør følgende:

	Primært areal m^2
Albertslund	218
Skovlunde	239*)
Jerne	223
Værløse	208*)
Axeltorv	201*)

*) Inklusive varemodtagelse, der i mangel af oplysninger her er anslået til 20 m^2.

Svarende hertil fremkommer omstående tal for det sekundære areal.

Det fremgår, at det i redegørelsen anslåede arealbehov ikke er dokumenteret i undersøgelsen, men at uklarheder og usikkerhed nødvendiggør en nærmere analyse, førend der kan drages endelige slutninger ved-

	Sekundært areal m²
Albertslund	61
Skovlunde	136*)
Jerne	108
Værløse	160*)
Axeltorv	171*)

*) Med fradrag af areal til varemodtagelse, her anslået til 20 m^2, jfr. ovenfor.

rørende resultaterne af den foretagne undersøgelse af konventionelle apotekers arealbehov.

Det må tillige erindres, at de 5 undersøgte apoteker varierer omsætningsmæssigt, en variation, hvis indflydelse på arealbehovet ikke er belyst, samt at arealbehovet som tidligere nævnt er opgjort under forudsætning af en bestemt omsætningsmæssig fordeling mellem håndkøbs- og receptsalg.

Hertil kommer, at arealbehovet afhænger af, i hvilket omfang der er anvendt pladsbesparende inventar, således som det bl.a. fremgår af det stærkt reducerede areal i det kælderløse apotek i Albertslund. Denne og analoge sammenhænge bør studeres nærmere ud fra den erkendelse, at de beregnede kritiske værdier ikke kan være absolutte. — Man må sagt på en anden måde holde sig for øje, at målsætningen ikke er færrest mulige kvadratmeter, men lavest mulige omkostninger (ved en given aktivitet).

Ud over problemerne i forbindelse med de opstillede talmæssige beregninger rejser sig et andet spørgsmål, der ligeledes må besvares, førend der kan tages endelig stilling til distributionsudvalgets konklusion vedrørende arealbehovet i et konventionelt apotek, nemlig hvorledes de 5 apoteker er udvalgt, og hvilken gruppe af apoteker de repræsenterer.

Selv om apotekerne var repræsentative for »nye«, »moderne« apoteker, er det jo ikke givet, at de repræsenterede det optimale for situationen i 1967—69 og end mindre, at de kan opstilles som norm nu eller fremover. I denne forbindelse er den store variation de 5 apoteker imellem bemærkelsesværdig. - Svarede det empirisk fundne til det teoretisk optimale, ville videre overvejelser vel i øvrigt stort set være upåkrævede.

8. Efter at have fastlagt normer for arealforbruget i konventionelle apoteker overfører distributionsudvalget disse normer til *distributionsapotekerne,* hvis arealbehov sættes til 250 m^2 primært og 100 m^2 sekundært areal. Udvalgets formulering er yderst forsigtig: ». . . kan det ikke afvises, at behovet for primært areal som omtalt i Danmarks Apotekerforenings materiale, bilag 4, må være af samme størrelsesorden som på det nuværende konventionelle apotek, d.v.s. ca. 250 m^2«. Dog anslås det sekundære areal at kunne reduceres fra 200 til 100 m^2 som følge af mindre behov for lagerplads til kemikalier.

Udvalget anfører imidlertid samme steds, at »i den udstrækning produktionen indskrænkes, må der på det personalemæssige område kunne opnås besparelser ved konvertering af et konventionelt apotek til et distributionsapotek«, en tankegang, der ikke forfølges i redegørelsen, men som må kunne udstrækkes til andre omkostningsarter.

På denne baggrund synes videregående overvejelser også vedrørende dette punkt at være nødvendige, førend udvalgets konklusioner tiltrædes.

9. Distributionsudvalgets beregninger vedrørende arealbehovet i de forskellige typer *apoteksudsalg* skal ikke kommenteres her; men de under de to foregående punkter anførte forbehold vil helt analogt kunne gøres gældende også for disse detailsalgstyper.

Af samme grund skal ej heller de normer for udgifter til *inventar* og *indretning* udvalget opstiller kommenteres nærmere i denne sammenhæng.

10. Den egentlige »kritiske« produktionsfaktor i detaildistributionen af lægemidler er imidlertid ikke areal eller inventar og indretning, men *farmaceutisk arbejdskraft* — under eventuelt ændrede sikkerhedsregler, måske tillige anden arbejdskraft, apoteksassistenter og andre mulige grupper af apoteksfaglærte. Ifølge det grå hæfte 1972, udgør husleje 2 %, inventar og indretning 1 % og lønninger 22 % af apotekssystemets samlede bruttoomsætning; det er derfor afgørende, at der tages stilling til apotekspersonalets sammensætning, herunder til størrelse og sammensætning af den mindste, »harmoniske« arbejdsgruppe.

Som tidligere anført afgrænser distributionsudvalget denne gruppe til 1 apoteker, 1 provisor, 3 teknikere, 3 elever og 2 ikke apoteks-faglærte. Afgrænsningen er sket i overensstemmelse med et af Danmarks Apotekerforening udarbejdet materiale.

En stillingtagen hertil må bygge på oplysninger om de forskellige personalegruppers arbejdseffektivitet, først og fremmest målt i behandlede receptordinationer pr. tidsenhed (distributionsudvalget antager som nævnt, at et konventionelt apotek med nævnte besætning årligt kan ekspedere 50—60.000 receptordinationer), på visse tidligere anførte forudsætninger om varesortimentets størrelse, apoteksproduktionens omfang m.v. samt på en forudsætning om struktureringen af kompetencegivende uddannelser.

Endvidere må den indflydelse ændring af disse forudsætninger har på størrelsen og sammensætningen af den mindste arbejdsgruppe analyseres. En (mindste) gruppe som af distributionsudvalget angivet medfører (mindste) udgifter til løn, der på årsbasis kan anslås til ca. 400.000 kr. pr. 1. januar 1974, hvilket med en lønprocent på 22 svarer til en årsomsætning på ca. 2 mill. kr. Der må således lægges afgørende vægt på muligheden for at differentiere personalesammensætningen i forskellige typer af salgsenheder, og det ses, hvorfor det er så vigtigt for fleksibilitet og omkostningstilpasning, at der består mulighed for at kunne nøjes med en farmaceut (eventuell: receptar) en del af dagen, med en apoteksassistent, med distribution via læge eller dyrlæge, salg fra sygehuse til patienter i ambulant behandling o.s.v.

- Parentetisk kan i denne forbindelse anføres, at man ved bedømmelsen af det antal receptordinationer, et bestemt personale har kapacitet til at ekspedere, bl.a. må forudsætte et vist forhold mellem receptur- og håndkøbssalg.

Det forekommer nærliggende at overveje opstillingen af distributionsmodeller, hvor salget af håndkøbsvarer er reduceret f.eks. til sådanne som har *direkte* relation til kundens/patientens sygdomssituation; i hvert fald bør konsekvenserne af en reduktion af apotekernes sortiment af ikke-lægemidler overvejes.

11. I det foregående er rettet kritik mod forskellige punkter i distributionsudvalgets redegørelse. Tilbage står at pege på et par forhold, der ganske vist er fremdraget i redegørelsen, men formentlig uden at der er lagt tilstrækkelig vægt på de videre konsekvenser af det anførte.

I redegørelsen anføres således, at erfaringsmæssigt ca. 90 % af samtlige receptordinationer kan ekspederes ved hjælp af færdigpakninger, og »A-udsalget kan således yde næsten samme service over for befolkningen som et apotek«. Oprettelsesudgifterne ved etablering af A-udsalg I tidligere apotekslokaler er endvidere bedømt som yderst beskedne.

I forbindelse med overvejelser vedrørende en begrænsning i antallet af C-udsalg, anføres dernæst at »med de kommunikations- og transportmuligheder man i de senere år har fået rådighed over, vil lægemiddelforsyningen af et sådant udsalgs kundekreds imidlertid i dag kunne varetages på tilfredsstillende vis ved forsendelser fra apoteket direkte til kunden«.

Konsekvenserne af disse to synspunkter synes langt mere vidtrækkende end antydet af distributionsudvalget.

Undersøgelse af apotekernes leverandørkreditter

1. På møde i sundhedsstyrelsen i november 1971 med de i apotekerlovens § 30 nævnte takstkonsulenter blev det omtalt, at Danmarks Apotekerforening i forbindelse med behandlingen af en sag i monopol-ankenævnet var fremkommet med oplysning om, at medicinalgrossisterne rentefrit ydede apotekerne leverandørkredit i et omfang, der svarede til en rentefordel på det pågældende tidspunkt på omkr. 31.000 kr. årligt pr. apoteker. Dette forhold fremgik ikke af de apoteksregnskaber, der ifølge apotekerlovens § 37, stk. 1, indsendes til sundhedsstyrelsen. Nævnte rentefordel - svarende til omkring 25 % af det tilsigtede gennemsnitsudbytte pr. apotek - indebar, at de hidtidige reguleringer af medicintaksten var sket på andet grundlag end antaget.

På baggrund af diskussionen i takstnævnet anmodede sundhedsstyrelsen indenrigsministeriet om at tilkendegive, hvorvidt den fremdragne oplysning burde medføre en ændring i det hidtidige grundlag for takstarbejdet. Af ministeriets svar fremgik, at man ikke på daværende tidspunkt fandt en ændring hensigtsmæssig, men ministeriet anmodede samtidig sundhedsstyrelsen om at foranstalte en undersøgelse af apotekernes indtægtsforhold, der kunne danne grundlag for overvejelser om en eventuel ændring, bl. a. i takstarbejdet.

Den af Industrirådet indstillede takstkonsulent pegede i denne sammenhæng over for sundhedsstyrelsen på en række usikkerhedsmomenter i forbindelse med takstarbejdet. Endvidere gjorde apotekerforeningen gældende, at apotekerne uden for prisfastsættelsesgrundlaget afholder udgifter, som nogenlunde svarer til fordelene ved de rentefri leverandørkreditter, og at der burde tages hensyn hertil ved en samlet bedømmelse af apotekernes økonomiske situation.

I overensstemmelse med ministeriets tilkendegivelser blev undersøgelsen, for hvilken sundhedsstyrelsens redegørelse forelå i september 1973, begrænset til spørgsmålet om, i hvilket omfang apotekerne opnåede økonomiske fordele som følge af kreditgivning fra vareleverandører, medens bl. a. omfanget af og udviklingen i andre særlige apoteksindtægter og -udgifter ikke blev berørt. I redegørelsen henstilledes det imidlertid, at såvel de direkte af undersøgelsen omfattede forhold som de af apotekerforeningen og af Industrirådets takstkonsulent påpegede omstændigheder blev gjort til genstand for overvejelser i en bredere sammenhæng.

I det følgende (punkt 2-5) refereres de ved undersøgelsen fremkomne oplysninger vedrørende udviklingen i apotekernes kreditvilkår og omfanget af den over for apotekerne ydede leverandørkredit. Dernæst (punkt 6-8) omtales de af apotekerforeningen og Industrirådets takstkonsulent fremdragne forhold af betydning for takstfastsættelsen og for en samlet bedømmelse af apotekernes økonomiske situation. Endelig (punkt 9) sammenfattes og vurderes det med undersøgelsen af apotekernes leverandørkreditter fremkomne materiale.

Det tilføjes, at takstarbejdet hidtil er udført uden hensyntagen til såvel økonomiske fordele for apotekerne på grund af rentefri kreditter, som i øvrigt til det af Industri-

rådets takstkonsulent og apotekerforeningen i denne sammenhæng anførte.

2. Undersøgelsen af apotekernes leverandørkreditter tager sit udgangspunkt i kreditforholdene i årene førend apotekerloven af 1954 og belyser den siden da stedfundne udvikling i kreditforholdene med særlig vægt på forholdene i de seneste år op til 1971.

Til brug for undersøgelsen er indhentet oplysninger og udtalelser fra apotekerforeningen og de daværende 5 medicinalgrossister. Herudover er anvendt materiale indhentet fra indenrigsministeriets, monopoltilsynets og sundhedsstyrelsens arkiver.

3. Af undersøgelsen fremgår, at de af apotekernes leverandører ydede rentefri varekreditter ved apotekerlovens ikrafttræden i 1955 normalt udgjorde løbende måned plus 15—20 dage, og at andre former for långivning ikke forekom i væsentlig omfang. Frem gennem 1960'erne øgedes kredittiden imidlertid, bl. a. som følge af grossisternes indbyrdes konkurrence[1]), og sidst i perioden var 4 måneders rentefri kredit almindelig. Også kreditgivning herudover forekom, og der var i øvrigt ikke af grossisterne fastsat generelle regler for ydelse af rentefri kredit.

En fast regel fandtes derimod i en af grossisterne i juli 1970 udsendt erklæring, der bebudede den rentefri kreditperiode nedsat til 1 måned. Den uro, der herefter opstod i branchen, havde imidlertid til følge, at de nye regler ikke gennemførtes som tilsigtet. Det fremgår af undersøgelsen, at det må antages, at den typiske rentefri kredittid i 1971-72 begrænsedes fra 4 til 3 måneder, men at leverandørkredit i øvrigt i vidt omfang fortsat ydedes i henhold til individuel aftale.

I tilknytning hertil har apotekerforeningen anført, at apotekernes 4-måneders rentefri kredit ikke er af et større omfang end kendt inden for utallige andre brancher. Dette finder imidlertid ikke støtte i de for monopoltilsynet foreliggende oplysninger. Det anføres herom, at selv om der kan konstateres store variationer i leverandørkredittens omfang i forskellige brancher og på forskellige tidspunkter, og selv om der tillige er tale om betydelige individuelle forskelle i kreditgivningens omfang, må en rentefri leverandørkredit af det af apotekerne tidligere opnåede omfang efter tilsynets erfaringer betegnes som overordentlig omfattende, når det tages i betragtning, at talen er om varer, der indgår i det daglige forbrug, hvis omsætningshastighed er betydelig[1]), og for hvilke levering finder sted praktisk taget daglig (for specialiteter typisk 1-2 gange daglig).

Det anføres videre, at også en rentefri kredittid på 90 dage på denne baggrund synes at måtte betegnes som usædvanlig stor, og det tilføjes, at den af apotekerne selv ydede rabat over for større aftagere såsom kommuner og sygehuse er betinget af, at betaling finder sted månedsvis og senest 1 måned efter regnings modtagelse.

4. Den af apotekerforeningen for 1970 opgjorte rentefordel på 31.000 kr. i gennemsnit pr. apoteker er beregnet ud fra et skøn over de samlede renteudgifter ved alternativ dækning af et lån på i alt 90 mill. kr. svarende til den udnyttede del af den 3-måneders rentefri kredit, som grossisterne i juli 1970 bebudede inddraget.

Undersøgelsens beregninger vedrørende perioden 1967-71 viser en gennemsnitlig rentefordel på ca. 20.000 kr. i 1967-68 stigende til godt 30.000 kr. i 1970-71, altså resultater, der er i overensstemmelse med det af apotekerforeningen opgjorte. Undersøgelsen fastslår, at medicinalgrossisterne

1) Da priskonkurrence ikke er mulig i grossistleddet, har konkurrencen her antaget andre former, f. eks. konkurrence på åbningstid, sortiment og ikke mindst leverings- og betalingsbetingelser, herunder kredittider.

1) Apotekernes varelagre omsattes i 1970 gennemsnitlig ca. 5,5 gange. For specialiteter, der udgjorde 75-80 % af omsætningen, var omsætningshastigheden over 12, medens omsætningshastigheden for øvrige varer var 1,8.

siden ikrafttrædelsen af den nugældende apotekerlov har udvidet den over for apotekerne ydede rentefri kreditperiode med ca. 3 måneder, og at denne merkredit alt andet lige for apotekerne har betydet en uden for regnskabsskemaet faldende indtægt, der i årene op til 1971 kan anslås at svare til ca. 25 % af det tilsigtede gennemsnitlige apoteksudbytte; i 1970 således en rentefordel på ca. 31.000 kr. over for et tilsigtet gennemsnitsudbytte på ca. 110.000 kr.

Af undersøgelsen fremgår endvidere, at grossisterne ud over almindelig varekredit i vekslende omfang har udlånt såvel rentefrie som rentekrævende beløb til apotekerne til finansiering af disses anskaffelse såvel af private som af apoteksdriften uvedkommende kapitalgoder. Eventuelle rentebetalinger i forbindelse med regnskabsskemaet og omfanget af disse beløb har ikke kunnet fås oplyst.

Herudover har apotekerne i et vist omfang opnået forrentning - ligeledes uden for regnskabsskemaet - af beløb indestående hos grossisterne, herunder af beløb indbetalt førend udløbet af den med leverandørerne individuelt aftalte kreditperiode. Heller ikke her foreligger talmæssige oplysninger vedrørende omfanget af långivningen eller størrelsen af det hermed forbundne rentebeløb.

5. Det fremgår endelig af undersøgelsen, at apotekerne i 1970 til finansiering af et samlet varelager på knap 90 mill. kr. har modtaget et rentebærende lån i apotekerfonden på ca. 50 mill. kr. samt rentefrie leverandørkreditter på ca. 125 mill. kr.

Således opgjort repræsenterede leverandørkreditten et indskud af rentefri fremmedkapital, der i det pågældende år har medført en overdækning af den i apotekernes varelagre bundne kapital med ca. 85 mill, kr.; dette svarer til et rentefrit indskud i apoteksdriften på gennemsnitlig ca. 240.000 kr. pr. apotek.

6. Den ovenfor refererede undersøgelse vedrører alene det særlige spørgsmål om apotekernes leverandørkreditter og de dermed forbundne økonomiske fordele, medens eventuelle andre særlige indtægter eller udgifter af betydning for arbejdet vedrørende fastsættelsen af medicintaksten ikke er inddraget. Ved en samlet afvejning af indtjenings-, takst- og afgiftsforholdene på apoteksområdet synes det imidlertid som nævnt nødvendigt at supplere de i redegørelsen fremdragne forhold med en omtale af såvel de af apotekerforeningen som de af Industrirådets takstkonsulent påpegede forhold. I det følgende er der redegjort nærmere herfor.

Den af Industrirådet indstillede takstkonsulent påpegede over for sundhedsstyrelsen behovet for, at en række tvivlsspørgsmål og usikkerhedsmomenter i takstarbejdet blev ryddet af vejen. Specielt fremhævedes behovet for et sikrere og mere relevant talmateriale til brug for takstnævnets sagsbehandling, samt det ønskelige i, at der iværksattes undersøgelser og vurderinger med henblik på mulige omkostningsbesparende foranstaltninger inden for apotekervæsenet. Opmærksomheden henledtes også på „de meget store omkostninger, som apotekerforeningen via kontingenterne påfører sine medlemmer til fællesaktiviteter som end ikke er motiverede i den pågældende lov" og på de af apotekerforeningen administrerede lønkasser m. v., hvis administration syntes unødigt omkostningskrævende. Endelig påpegedes den ikke umiddelbart forklarlige disparitet mellem indbetalte lønandele og reelt udbetalte farmaceutlønninger.

7. Danmarks Apotekerforening oplyste, at apotekerne afholder en række udgifter, som efter foreningens opfattelse nogenlunde svarer til fordelene ved rentefrie leverandørkreditter, og at dette forhold efter foreningens opfattelse må inddrages i en samlet bedømmelse af apotekernes økonomiske situation. Det anførtes, at man ganske vist kunne betegne den rentefrie kredit som en rentefordel for apotekerne - skulle den anslåede kredit forrentes, ville det koste apo-

tekerne de nævnte 31.000 kr. i gennemsnit - men at dette ikke var ensbetydende med, at apoteksindehaverne ud over den tilsigtede gennemsnitlige aflønning opnåede en yderligere indtjening på 31.000 kr. i gennemsnit som følge af de nævnte kreditfordele.

Apotekerforeningen redegjorde i denne forbindelse for de regnskabsmæssige regler, der er gældende for apoteker. Som det fremgår af omtalen af disse bestemmelser i nærværende betænkning kapitel II, afsnit 2.4., må årsagen til eventuel uoverensstemmelse mellem det deklarerede udbytte for en apoteker og det reelle udbytte af apoteksdriften søges i grundlaget for udbytteberegningen, d.v.s. i opbygningen af det regnskabsskema, der efter apotekerlovens § 37, stk. 1, skal indsendes til sundhedsstyrelsen. Her er apoteksudgifterne opdelt på en række poster, af hvilke enkelte er beregnede og uden direkte sammenhæng med apotekernes eventuelle faktiske udgifter til de pågældende formål (forrentning af anlægskapital, afskrivning af inventar, indretning samt husleje). Som nævnt er dette forhold forklaret gennem bestræbelserne på ved opgørelsesmåden for de 4 nævnte punkter at udelukke indflydelse fra apotekernes private indtægts- og formueforhold på resultatet af apoteksdriften.

8. Om de enkelte uden for regnskabsskemaet faldende udgiftsposter gjorde apotekerforeningen for det første gældende, at det af apotekerfondens årlige redegørelser kan udledes, at apotekernes anlægskapital er steget væsentligt i den sidste halvdel af 1960'erne, og at der herudover er foretaget meget væsentlige bygningsinvesteringer, nødvendiggjort af indretnings- og driftsmæssige krav.

Denne forøgelse af anlægskapitalen i videste betydning, der ikke har kunnet hentes ud af apotekernes afkast, er af apotekerforeningen opgjort til godt 19 mill. kr. årligt fra 1965 til 1970. Hertil lægger foreningen de over driften udgiftsførte afskrivninger, ca. *7,5* mill. kr., hvorefter den samlede årlige investering i anlægskapital findes til omkring 26,5 mill. kr. Det anføres, at da forrentning kun tillades indregnet efter anlægskapitalens størrelse ved regnskabsårets begyndelse, kan man ved at forudsætte, at investeringerne tidsmæssigt sker jævnt over året, fastslå, at overskudsberegningerne bør reduceres med en forrentning på 11 ½ % (svarende til apotekerfondens rente i begyndelsen af 1972) af halvdelen af det ovennævnte beløb. Denne reduktion findes herefter til i alt ca. 1,5 mill. kr. svarende til i gennemsnit godt 4.000 kr. pr. apotek.

I den samlede anlægskapital indgår udestående fordringer opgjort som apotekets gennemsnit af nettotilgodehavender ved hvert kvartals slutning. Apotekerforeningen anfører, at denne beregningsmåde normalt undervurderer den faktiske investering, idet de største debitorer, sygekasser og sygehuse, hvis rabat er afhængig af betaling inden 30 dage, i almindelighed foretager indbetaling inden udgangen af den efter leveringsmåneden følgende måned. Dette medfører, at posten for udestående fordringer nærmest udviser gennemsnittet af investeringen i varedebitorer, når denne investering er mindst, således at apoteksindehaverne ikke over apoteksregnskabet får dækket de reelle renteudgifter.

Apotekerforeningen opgør investeringerne i udestående fordringer i 1970 til i alt *57,8* mill. kr. svarende til ca. 165.000 kr. pr. apotek. Det anføres videre, at foreningen „er af den sikre overbevisning, at den merbelastning af likviditeten, der er tale om, lavt skønnet må ansættes til 50 % af de beløb, der indgår i regnskabsopgørelserne'[7]. En merinvestering på 50 % af 165.000 kr. svarer ved en rentesats på 11 V2 % p. a. til et årligt rentebeløb på 9.500 kr.

Herudover anfører apotekerforeningen, at den løbende drift af apotekerne lægger beslag på yderligere driftskapital af varierende størrelse, nemlig foruden egentlig driftsmæssig likviditet til større kontante udbetalinger, indestående på uforrentede eller lavt

forrentede konti, desuden byttepenge, anskaffelse af varevogne og lignende. Efter et umiddelbart skøn ansætter apotekerforeningen den nødvendige investering på disse områder til gennemsnitlig 100.000 kr. pr. apotek svarende til en ikke inddækket forrentningsudgift (11 V2 % af 100.000 kr.) på 11.500 kr.

På baggrund af ovenstående opstiller apotekerforeningen følgende oversigt:

	Gennemsnitlige årlige udgifter (kr. pr. apotek)
Inventarinvesteringer i årets løb	4.354 kr.
Yderligere udestående fordringer	9.500 -
Investering i mest likvid omsætningsformue (kontantbeholdning m. v.)	11.500 -
I alt mindre forrentning i regnskabsopgørelserne end ved de faktiske forhold	25.354 kr.

Apotekerforeningen anfører dernæst, at der ud over de nævnte udgiftsposter forekommer forskellige andre driftsudgifter, som ikke kan føres på apoteksregnskabet, men betragtes som apotekerens private udgift, således stempeludgifter, stiftelsesprovisioner m. v. i forbindelse med optagelse af driftslån. Disse udgiftsposter anføres at være af en ofte betydelig størrelsesorden; foreningen råder dog ikke over materiale til nærmere belysning heraf.

Herudover peger apotekerforeningen på, at apotekerne bl. a. i forbindelse med ejendomsinvesteringer og gennem kollektiv kaution i tilknytning til foreningens kreditformidlingsordninger er udsat for risiko for tab.

På baggrund af ovenstående er det foreningens opfattelse, at de af myndighederne fastsatte regler for apotekernes regnskabsaflæggelse og dermed for regulering af apoteksindehavernes indtægtsforhold gennemgående medfører det tilsigtede resultat, idet indtægten ved rentefrie varekreditter stort set ækvivalerer den manglende forrentning i regnskabsopgørelsen. Foreningen giver på denne baggrund udtryk for den opfattelse, at takstfastsættelserne ikke er sket på et fejlagtigt grundlag for så vidt angår gennemsnitsindtægt.

9. Ved *vurderingen* af de i det foregående refererede synspunkter og oplysninger, fremkommet i forbindelse med undersøgelsen af apotekernes leverandørkreditter, skal der til det af Industrirådets takstkonsulent påpegede kun knyttes enkelte bemærkninger. Det ønskelige i, at der tilvejebringes et sikrere og mere relevant økonomisk talmateriale til statistisk belysning af apoteksdriften, er nævnt bl.a. i nærværende betænkning, kapitel XI. Spørgsmålet om omkostningsbesparende foranstaltninger er for så vidt angår struktur- og personaleforbrug m. v. behandlet i bl.a. kapitel VI. For de af apotekerforeningen gennem medicinpriserne finansierede fællesaktiviteter er der gjort rede i kapitel II, og forholdet mellem lønfondsindtægter og -udgifter er kommenteret i kapitel II.

Forskellige af apotekerforeningen fremhævede forhold nødvendiggør derimod en nærmere omtale.

Foreningen er af den opfattelse, at værdien af den rentefrie leverandørkredit bør beregnes under anvendelse ikke af den almindelige lånerente, men af apotekerfondens - gennemgående lavere - rentesats, hvorved nævnte værdi reduceres fra ca. 31.000 kr. til knap 22.000 kr. i gennemsnit pr. apoteker i 1970.

Med henblik på en *aktuel* vurdering må heroverfor anføres, at det i dag ikke ville give anledning til en tilsvarende forskel, om man anvender apotekerfondens udlånsrente eller markedsrenten, idet fondens udlånsrente i de senere år er blevet tilpasset markedsrenten. Vedrørende opgørelsen for 1970 eller andre tidligere år, er det gruppens opfattelse, at som indtægtsfastsættelsessystemet hidtil har fungeret, må det være renten på det almindelige lånemarked, der er det relevante sammenligningsgrundlag. Såfremt systemet havde været praktiseret på den

måde, at der ved opgørelsen af den forrentningsberettigede kapital blev set bort fra de ikke-rentebærende varekreditter, ville det have været korrekt at opgøre værdien af disse kreditter ved anvendelse af fondens rentesats. Med de hidtil fulgte retningslinier indgår varelageret imidlertid til fuld værdi - dvs. uden modregning for varekreditter - ved opgørelse af forrentningskravet. Som modstykke hertil må værdien af de rentefri kreditter efter gruppens opfattelse beregnes ud fra markedsrenten. Det skal i denne forbindelse nævnes, at bortfald af disse kreditter ikke ville kunne kompenseres gennem træk på apotekerfonden; i stedet måtte apotekerne enten have ydet sædvanlig rente til leverandørerne eller have henvendt sig på det almindelige lånemarked.

Til den af apotekerforeningen foretagne opgørelse over uinddækkede renteomkostninger på i alt godt 25.000 kr. i gennemsnit pr. apoteker i 1970 (knap 19.000 kr. hvis beløbet beregnes ud fra apotekerfondens rentesats) skal anføres følgende:

a) Apotekernes anlægskapital omfatter ifølge regnskabsskemaet inventarkontoen ved årets begyndelse, varelagerkontoen ved årets begyndelse og kontoen for udestående fordringer fundet som gennemsnit af tilgodehavendet ved slutningen af hvert kvartal. Endvidere må kontoen for indretning, der opgøres ved årets begyndelse, opfattes som hørende til anlægskapitalen, da forrentning af denne konto tillades opført som udgift i apoteksregnskabet.

Apotekerforeningen har som nævnt opgjort stigningen i den samlede anlægskapital fra 1965 til 1970 til godt 19 mill. kr. årligt, hvortil foreningen lægger de over driften udgiftsførte afskrivninger ca. 7,5 mill. kr. eller i alt ca. 26,5 mill. kr. Under henvisning til at forrentning kun tillades beregnet efter anlægskapitalens størrelse ved regnskabsårets begyndelse, gør apotekerforeningen gældende, at der herved opstår en systematisk undervurdering af den forrentningsberettigede kapital med ca. halvdelen af nævnte beløb, og at der svarende hertil påføres apotekerne en uden for apoteksopgørelserne faldende omkostning på i alt ca. 1,5 mill. kr. eller gennemsnitlig godt 4000 kr. pr. apotek.

Udviklingen i apotekernes samlede anlægskapital, herunder indretningskonto, fremgår af nedenstående oversigt, hvis oplysninger er hentet fra apotekerfondens årlige redegørelse.

Udviklingen 1965-70.

Mill. kr. (primo saldi	1965	1970	Stigning
Inventarkonto	33,2	45,6	**12,4**
Varelagerkonto	54,3	76,4	**22,1**
Indretningskonto	1,6	2,9	1,3
Konto for udestående fordringer	31,3	57,8	26.5
I alt	120,4	182,7	62,3

Det fremgår heraf, at summen af de nævnte statusposter fra 1965 til 1970 er øget med 62 mill. kr. eller gennemsnitlig 12,5 mill. kr. pr. år.

Imidlertid opgøres de udestående fordringer som nævnt som gennemsnittet af de samlede tilgodehavender ved slutningen af hvert kvartal. Denne konto er således ikke behæftet med den af apotekerforeningen påpegede systematiske fejl, og må derfor holdes uden for den her foretagne korrektion.

For så vidt angår indretningskontoen bemærkes, at der til årets faktiske konteringsberettigede udgifter til indretning lægges rente af det på kontoen ved årets begyndelse opførte beløb, og at dette rentebeløb derefter straks skal føres til udgift. Ifølge vejledning til brug ved opgørelse af apotekernes omsætning og overskud skal der på indretningskontoen hvert år afskrives dels mindst 15 % af den oprindeligt afholdte udgift, dels det eventuelle rentebeløb. I denne sammenhæng kan der iøvrigt være anledning til at erindre om, at apotekerfonden refunderer 20 % af apotekernes udgifter til indretning.

De anførte kapitalandele for inventar,

varelager og indretning er fra 1965 til 1970 steget med ca. 36 mill. kr. eller gennemsnitlig ca. 7,2 mill. kr. pr. år ifølge oversigten. Anvendes samme fremgangsmåde som apotekerforeningen findes de hertil svarende ikke-indregnede renteomkostninger til ca. 430.000 kr. eller gennemsnitlig ca. 1200 kr. pr. apotek.

Imidlertid må det antages at nævnte beløb overvurderer de omhandlede eventuelle renteudgifter. Af ovennævnte vejledning fremgår, at hvor anlægskapitalen i årets løb er blevet væsentlig forøget, f. eks. ved større inventarkøb, vil apotekerfonden efter ansøgning kunne tillade at forøgelsen opføres til forrentning fra udgangen af det kvartal, hvor udgiften er afholdt.

Ved at inddrage de over driften udgiftsførte afskrivninger søger apotekerforeningen (formentlig) at indføre en korrektion for den årlige nedgang i bl.a. inventarkontoen der følger af, at et beløb herfra føres til udgift som afskrivning. Da forrentningen imidlertid beregnes af inventarkontoen ved årets begyndelse, altså førend årets afskrivninger, synes denne korrektion upåkrævet.

De af apotekerforeningen anførte ikkedækkede renteudgifter i forbindelse med stigende anlægskapital, gennemsnitlig godt 4000 kr. pr. apoteker, må herefter reduceres til et beløb måske af størrelsesordenen 1000 kr.

b) Udenstående fordringer, der indgår i den samlede anlægskapital, gøres til genstand for særlig omtale af apotekerforeningen, der gør gældende, at sammenvejning af de for denne post foretagne kvartalsopgørelser normalt undervurderer den faktiske investering, fordi bl. a. sygekasser og sygehuse i almindelighed afregner inden udgangen af den efter leveringsmåneden følgende måned. Selve dette, at sammenvejningen som nævnt angår beløb ultimo og ikke primo hvert kvartal, modvirker i nogen grad den af apotekerforeningen påpegede fejlkilde. Ved vurderingen af nævnte forhold må endvidere erindres, at det i forbindelse med kommunestrukturreformen i 1970 og etablering af den offentlige sygesikring i 1973 blev anført, at disse omlægninger ville medføre en lettelse af apotekernes likviditetsmæssige stilling, idet de nye administrative enheder i højere grad end tidligere måtte antages at overholde betalingsterminerne. Nærmere stillingtagen til de beregnede indtjeningsmæssige konsekvenser af eventuelle yderligere udestående beløb hos debitor må dog forudsætte oplysninger om betalingssædvaner m. v. udover de i øjeblikket tilgængelige. I apotekerforeningens skrivelse anføres der ikke faktiske beløb udover, at „Danmarks Apotekerforening er af den sikre overbevisning, at den merbelastning af likviditeten, der er tale om, lavt skønnet må ansættes til 50 % af de beløb, der indgår i regnskabsopgørelserne".

c) Apotekernes løbende drift lægger herudover ifølge apotekerforeningen beslag på en betydelig driftskapital, nemlig foruden egentlig driftsmæssig likviditet til større kontante udbetalinger, indestående på bankkonto m. v., byttepenge, anskaffelse af varevogn o. lign. Foreningen anfører ingen talmæssige oplysninger vedrørende omfanget af denne driftskapital, men opgør „efter et umiddelbart skøn" den nødvendige investering på disse områder til gennemsnitlig 100.000 kr. pr. apotek.

Hertil må anføres, at endelig stillingtagen til størrelsen af det med driften forbundne kapitalbehov forudsætter nærmere oplysninger om ind- og udbetalingsstrømme. Det til byttepenge knyttede kapitalbehov kan næppe andrage mere end nogle få hundrede kroner pr. apotek. Endvidere synes hensyntagen til varevogne ufornøden, idet der blandt regnskabsopgørelsens driftsudgifter indgår enten beregnet kørselsgodtgørelse i overensstemmelse med statens regler for tjenestemænd eller faktiske udgifter opgjort ud fra et kørselsregnskab omfattende direkte ud-

gifter til automobildrift, herunder skattemæssige afskrivninger samt normal forrentning.

d) Andre udgifter i forbindelse med apoteksdriften må ifølge apotekerforeningen også tages i betragtning, således stempeludgifter, stiftelsesprovisioner, deltagelse i kollektive kautionsordninger m. v., poster som foreningen imidlertid ikke råder over materiale til belysning af. Selv om en nærmere vurdering af den indflydelse, de af apotekerforeningen nævnte poster har på apotekernes likviditet således ikke er mulige, kan det dog anføres, at stempeludgifter i et stadigt stigende omfang har kunnet opføres på apoteksregnskaberne siden 1971, og at visse udgifter til stiftelsesprovision også kan opføres. Endvidere kan det nævnes, at ansvar pådraget ved kollektive kautionsordninger endnu ikke er gjort effektivt.

Sammenfattende må det vedrørende det af apotekerforeningen fremførte anføres, at der vel på forskellige områder stilles likviditetsmæssige krav til apotekerne udover regnskabsopgørelsens forrentningsgrundlag. Selv om det ikke på det foreliggende grundlag er muligt at tage endelig stilling til den beløbsmæssige størrelse heraf, må det dog ud fra foreningens argumentation fastslås, at det omhandlede kapitalbehov og de hertil svarende beregnede renteomkostninger er af et væsentligt mindre omfang end af apotekerforeningen anført, og at fordelene ved de rentefrie varekreditter er flere gange større end de nævnte renteomkostninger.

Sluttelig skal peges på 2 forhold af mere principiel art, som formentlig må indgå i videre overvejelser på det foreliggende område. For det første erindres om at forrentningsgrundlaget i de hidtidige beregninger er søgt opgjort ud fra apoteksregnskabernes aktivside, medens — mere traditionelle — beregninger ud fra passivsidens oplysninger om investeret egen- og fremmedkapital ikke er forsøgt.

Endvidere kan det synspunkt gøres gældende, at man systematisk har overvurderet den med det nævnte kapitalbehov forbundne reelle rentebyrde i det omfang man har anvendt apotekerfondens rentesatser på helt eller delvist værdisikrede aktiver.

Oprettelse af sygehusapoteker

1. Til belysning af problemerne omkring sygehusenes lægemiddelforsyning nedsatte Amtsrådsforeningen i Danmark i 1972 et fagligt udvalg, der fik til opgave at fremskaffe et for amtsrådene relevant materiale til belysning af, om flere sygehusapoteker bør oprettes, hvilken organisationsform, der i givet fald bør vælges, og hvilke funktioner sygehusapotekerne bør have, dels forsyningsmæssigt, dels informativt. Endvidere skulle udvalget overveje anvendelsen af EDB-teknik ved planlægningen og styringen af medicinrekvirering samt fremkomme med indstilling om sådanne ændringer i apotekslovgivningen, som fandtes nødvendige.

I udvalgets rapport[1]), der forelå i marts 1974, redegøres for de amtskommunale sygehuses medicinforbrug, for leverancerne af medicin til disse sygehuse m. v. Endvidere belyses de amtskommunale sygehusapotekers økonomi, og udformningen af en ny sygehusapoteksstruktur diskuteres. Indholdet af forskellige sygehusfarmaceutiske servicefunktioner omtales, og der gøres rede for sygehusapotekernes areal- og personalebehov. Endelig omtales sygehussektorens behov for anvendelse af EDB-systemer, og der stilles forslag til visse ændringer i den gældende lovgivning på området.

I det følgende gives en kortfattet redegørelse for og vurdering af det i rapporten om oprettelse af sygehusapoteker anførte.

2. I rapportens kapitel I omtales det gældende lovgrundlag for oprettelse og drift af sygehusapoteker.

Endvidere redegøres for et rundspørge til samtlige amtskommunale sygehuse, hvorved der indhentedes oplysninger om:

1) Omfanget af medicinforbruget i det amtskommunale sygehusvæsen, herunforbruget af sterile væsker.
2) Leverandørforhold.
3) Intern distributionsform, herunder ansvarsforhold.
4) Omfanget af egenfremstilling og forbrug af skyllevæsker og andre sterile væsker.
5) Eksistens af farmaceutisk service.

Samtlige 108 amtskommunale sygehuse besvarede spørgeskemaerne, men besvarelserne af punkt 4 og 5 var så uensartede, at udvalget fandt det uforsvarligt at anvende dette materiale.

Af de indhentede oplysninger fremgår, at medicinforbruget på amtskommunale sygehuse i 1971/72 udgjorde i alt 88 mill. kr. vurderet til bruttorecepturpris med fradrag af en rabat på 10 % (almindelig rabatsats for leverancer fra privat apotek). Halvdelen af dette medicinforbrug var ifølge rapporten[1]) koncentreret på 16 sygehuse og de her etablerede sygehusapoteker. Det resterende forbrug dækkedes gennem private apoteker.

I de nævnte forbrugsstørrelser indgår for-

1) Oprettelse af sygehus apoteker, rapport afgivet af en af Amtsrådsforeningen i Danmark nedsat arbejdsgruppe, København 1974. — Det bemærkes, at rapporten alene vedrører de amtskommunale sygehusapoteker og således ikke omfatter de ikke-amtskommunale sygehus apoteker under Københavns Kommune, på Rigshospitalet, på Frederiksberg Hospital og på Finseninstituttet.

1) Umiddelbart synes dette ikke at stemme med de nedenfor anførte tal vedrørende 5 sygehusapoteker.

bruget af sygehusspecifikke sterile væsker (infusions- og skyllevæsker m.v.). På grundlag af de herom indhentede oplysninger skønnes det, at der i de nærmeste år må forventes en stigning på ca. 33 % i det årlige forbrug af væsker pr. sygehusseng.

Om sygehusenes interne distribution af medicin oplyses, at den overvejende del af leverancerne direkte til de forbrugende afdelinger sker fra sygehusapotek, medens leverancer fra private apoteker sker til medicindepot, hvorfra fordelingen til afdelingerne foregår. I 74 sygehuse dækkende ca. 50 % af det totale medicinforbrug leveres medicinen til depot. Den daglige ledelse af disse 74 depoter forestås i 25 tilfælde af en farmaceut, i 46 tilfælde af en sygeplejerske og i 3 tilfælde af en læge.

Sygehusapotekernes økonomi belyses på grundlag af en analyse af regnskaberne for 5 amtskommunale sygehusapoteker i finansåret 1971/72. Resultatet heraf kan sammenfattes i nedenstående oversigt, der viser tal for de 5 sygehusapoteker under ét.

De 5 apotekers bruttoomsætning (leverancer brutto, men i modsætning til de tidligere anførte forbrugstal opgjort til bruttorecepturpris uden fradrag af 10 % rabat) udgjorde i 1971/72 i alt godt 68 mill. kr. svarende til ca. 3/4 af årets samlede medicinforbrug på amtskommunale sygehuse. Af de 68 mill. kr. medgik halvdelen til vareforbrug, 10,4 mill. kr. eller 15 % til lønninger og knap 2 mill. kr. eller 2,7 % til reparation og vedligeholdelse samt fremmede tjenesteydelser. Efter fradrag heraf fremkommer et „dækningsbidrag" (defineret som forskellen mellem bruttoomsætning og »direkte« omkostninger) på knap 22 mill. kr. svarende til en »dækningsgrad« (dækningsbidrag i procent af bruttoomsætningen) på 32.

Fem amtskommunale sygehusapotekers regnskab 1971/72.

	1000 kr.	Procent af totale udgifter	Procent af bruttoomsætning
1. Lønninger	10.432	20,3	15,3
2. Vareforbrug	34.119	66,2	50,0
3. Reparation og vedligeholdelser	675	1,3	0,9
4. Fremmede tjenesteydelser	1.222	2,4	1,8
5. Afskrivning og forrentning	3.165	6,1	4,6
6. Husleje			
7. Adm. bidrag	1.909	3,7	2,8
8. Totaludgifter	51.522	100,0	75,4
9. Bruttoomsætning[1])	68.310		100,0
10. »Direkte omkostninger« i alt (1–4)	46.448		68,0
11. Dækningsbidrag (9÷10)	21.862		32,0
12. Øvrige omkostninger (5–7)	5.074		7,4
13. Overskud (9÷8)	16.788		24,6

1) Leverancer opgjort til bruttosalgspriser (d v s. bruttorecepturpris *uden* fradrag af rabat).

Efter fradrag af øvrige omkostninger, 5 mill. kr., fremkommer et overskud på 16,8 mill. kr. eller knap 25 % af bruttoomsætningen. - Reduceres bruttoomsætningen med rabat (10 % svarende til 6,8 mill. kr.) fremkommer et dækningsbidrag på ca. 15 mill. kr. og en hertil svarende dækningsgrad på 25 samt et overskud på ca. 10 mill, kr. svarende til 16,6 % af bruttoomsætningen (efter fradrag af rabat, jfr. ovenfor).

De anførte gennemsnitstal dækker over en betydelig spredning de enkelte sygehusapoteker imellem. Således varierer nettooverskuddet udtrykt som en procent af bruttoomsætningen fra 15 til 32, mens dækningsgraden varierer fra 21 til 41. Det anføres, at tallene tyder på, at dækningsgraden øges med stigende omsætning; denne tendens er dog usikker.

På grundlag af regnskabsanalysen er foretaget en beregning af, hvilke dækningsbidrag der kan påregnes i de enkelte amtskommuner, såfremt disse opretter amtskommunale sygehusapoteker, jfr. nedenstående oversigt.

Beregnet dækningsbidrag ved oprettelse af amtskommunale sygehusapoteker (*dækningsgrad 25 %*)

Amtskommune	Dækningsbidrag 1000 kr.
Københavns	3.900
Frederiksborg	1.100
Roskilde	500
Vestsjællands	1.500
Storstrøms	1.500
Bornholms	200
Fyns	3.400
Sønderjyllands	900
Ribe	700
Vejle	1.400
Ringkøbing	900
Århus	4.400
Viborg	1.100
Nordjyllands	2.800
I alt	24.300

Det samlede dækningsbidrag for de 14 amtskommuner skulle således efter de foretagne beregninger udgøre knap 25 mill. kr., hvilket beløb herefter er til rådighed til dækning af de med oprettelse af amtskommunale sygehusapoteker forbundne udgiftsposter til forrentning og afskrivning af etableringsudgifter, andel af sygehusenes generalomkostninger og eventuelt „overskud". På grundlag af de beregnede dækningsbidrag anbefales oprettelse af amtskommunale sygehusapoteker i samtlige amtskommuner med undtagelse af Bornholm og måske Roskilde.

3. I rapportens kapitel II diskuteres udformningen af den fremtidige sygehusapoteksstruktur. En amtskommune har typisk et, eventuelt flere større sygehuse og derudover et antal mindre, eventuelt helt små sygehuse. Sygehusapoteker forekommer kun i nogle få af landets amtskommuner, men da sygehusapoteksopbygningen er koncentreret omkring de store sygehusenheder, er 50 % af landets sygehussenge dog dækket med lægemiddelforsyning fra sygehusapotek. Den resterende halvdel af sygehussengene er fordelt på mellemstore og små sygehuse m. v., der alle er beliggende uden for landets 4 største byer.

Det anføres, at der ved planlægningen af den sygehusfarmaceutiske service må tages stilling bl. a. til, hvorvidt serviceopgaverne skal løses centraliseret eller decentraliseret, hvor udstrakt service der skal præsteres, hvilken størrelse af sygehusapoteker der bør tilstræbes, og i hvilket omfang der skal forekomme produktion på sygehusapotekerne.

På baggrund af overvejelser vedrørende disse forhold anses det i rapporten for naturligt også i betragtning af landets administrative struktur og de gældende retningslinier for drift af sygehuse, at lade den enkelte amtskommune være rammen om opbygningen af lægemiddelforsyningen til de i kommunen værende sygehuse og institutioner.

Rapporten anbefaler opbygning af en decentraliseret servicevirksomhed styret og koordineret fra større sygehusapoteker. Det betragtes som ønskeligt, at en amtskommune råder over mindst ét sådant større sygehusapotek med alle nødvendige faciliteter til service og produktion. Hvor sygehusstrukturen taler for oprettelse af flere sygehusapoteker i samme amt, bør ét gives status som amtskommunens hovedsygehusapotek, eller de enkelte sygehusapotekschefer i amtet må danne en samarbejdende ledelsesenhed til sikring af fuld dækning inden for amtet af bl. a. farmaceutisk service. Dette skulle også muliggøre løsning af vagtmæssige og beredskabsmæssige problemer. Oprettelse af sygehusapoteker i et rimeligt antal fordelt landet over tillægges endvidere betydning med henblik på at opnå økono-

miske indkøb og en rationel distribution.

4. I kapitel III gennemgås de forskellige sider af den farmaceutiske service. En vigtig servicefunktion er sikringen af hurtige, tilstrækkelige og kvalitetssikrede leverancer af lægemidler m. v. til leveranceområdet. Specielt peges på behovet for udformning af retningslinier for udlevering af lægemidler til personer, der ikke opholder sig permanent på sygehusene, men som dog må opfattes som sygehuspatienter, f. eks. patienter hjemsendt på week-end, patienter til behandling i sygehusets ambulatorium, patienter i den første korte tid efter hjemsendelsen og patienter, der behandles med præparater, der kun er indregistreret til brug for sygehuse.

Behovet for fastlæggelse af inspektionsrutiner understreges. Det foreslås, at de af sundhedsstyrelsen udstedte forskrifter ændres således, at det pålægges sygehusapoteket i samarbejde med lægecheferne (lægemiddelkomiteen) at udarbejde nærmere regler for opbevaring af lægemidler og for inspektionsrutiner samt at lade apoteket organisere inspektionerne. I forbindelse med medicinskabseftersyn kan det blive aktuelt at pålægge sygehusapoteket at udbrede kendskabet til lægemiddelkomiteens beslutninger og hjælpe til ved disses gennemførelse. Om lægemiddelkomiteernes virksomhed anføres i øvrigt, at disses rekommandationer ifølge sagens natur må være overordnede, og at det må anses for rigtigst, at komiteernes rekommandationer kun har lokal gyldighed og ikke samarbejdes med andre på mere landsdelsdækkende basis for ikke uhensigtsmæssigt at indskrænke det totale terapeutiske erfaringsmateriale.

I forbindelse med omtalen af servicefunktioner i relation til lægemiddelsortimentet peges endvidere på anvendelsen af EDB ved medicinrekvirering og den mulighed for rutinemæssig udarbejdelse af forbrugsstatistikker m. v., som herved foreligger.

Som en af de vigtigste serviceydelser, der skal præsteres af et sygehusapotek, nævnes information i bredeste forstand, såvel intern information vedrørende udvalget af lægemidler m. v. som besvarelse af henvendelser udefra, f. eks. vedrørende forgiftninger. Endvidere hører kontaktformidling, udvalgsarbejde bl. a. i lægemiddelkomiteer, sikkerhedsudvalg og forureningsudvalg, undervisningsvirksomhed og kortlægning af behovet for service- og prøvepræparater med blandt informationsopgaverne.

Andre servicefunktioner, der med fordel kan pålægges sygehus apotekerne, er indseende med steriliseringsprocedurer, vagtberedskab med henblik på dækning af pludseligt opståede behov for medicin uden for de normale ekspeditionstider, analytiske serviceopgaver samt opgaver inden for den såkaldte kliniske farmaci, d.v.s. foranstaltninger, hvorved den farmaceutiske viden og know how bringes ud til den enkelte patient til anvendelse i dennes behandlingssituation. Også sygehusapotekets egen forskning såvel som dets deltagelse i andre afdelingers forskningsprojekter nævnes blandt servicefunktionerne. Endelig peges på service inden for sygehusets økonomifunktion. Sygehusapoteket er central instans for sygehusets lægemiddeldistribution og derfor det naturlige sted for udarbejdelse af lægemiddelstatistik til belysning af sygehusets lægemiddelforbrug målt i art, mængde og penge samt i øvrigt til belysning af sygehusapotekets økonomiske drift, herunder til kontrol af at varer indkøbes i rimelige mængder og til rimelige priser.

Til belysning af de sygehusfarmaceutiske servicefunktioner er i et bilag til rapporten redegjort for informationsaktiviteten på Københavns Kommunehospitals apotek, der leverer til ca. 4000 senge. Dette apoteks informationsafdeling, der oprettedes i 1967, beskæftiger 1 farmaceut og 1 assistent og råder over kontorlokaler på 15 m^2. Informationsafdelingens aktivitet omfatter bl. a. besvarelser af telefoniske og andre henvendelser vedrørende vareudvalg og leveringsmuligheder, styrker og dispenseringsformer m.v., vedrørende ukendte stoffer og læge-

midler samt vedrørende anvendelse af lægemidler.

5. Rapportens kapitel IV omhandler areal- og personalebehovet i 2 typer af sygehusapoteker, distributionsapoteker (beregnet til sygehuse med ca. 500 senge) og amtssygehusapoteker (beregnet på leverancer til et eller flere sygehuse med i alt ca. 1500 senge). Det anføres, at medens et distributionsapotek som regel vil kunne indpasses i eksisterende sygehusbyggeri, vil en selvstændig bygning være at foretrække for så vidt angår amtssygehusapoteker.

For distributionsapoteker og amtssygehusapoteker er arealbehovet opgjort til henholdsvis i alt ca. 500 m^2 og i alt ca. 1520 m^2 netto, jfr. nedenstående oversigt:

Sygehusapotekernes arealbehov	Amts-sygehus apotek	Distributions-apotek
	m²	m²
Administration etc.	130	48
Ekspeditionsafdeling med lagerfaciliteter	370	145
Præparatservice	–	50
Sterilafdeling*)	400	–
Galenisk afdeling	70	–
Tablet-Prøvelab. (Service)	30	–
Defektur	150	30
Kontrol - reagenslab.	80	15
Desinfektionsvæske – laboratorium	130	75
Lager for brandfarlige væsker	60	40
Personalerum	100	67
Tekniske anlæg	–	30
I alt	1520	500

*) I tilfælde af dialysevæskefremstilling må produktions- og lagerplads øges.

I distributionsapoteker, der er uden egentlig produktion, er primært afsat plads til ekspedition og administration. Det anføres, at det foreslåede areal kan synes rigeligt, men dette skyldes, at der i administrationslokalerne er gjort plads til en ekspanderende informationsservice. Endvidere er der afsat ret rigelig ekspeditions- og lagerplads med henblik på levering til et stigende antal ambulatoriepatienter. Der er tillige afsat plads til fremstilling af desinfektionsmidler i brugsfærdige koncentrationer, til visse påfyldninger m.v., men som nævnt ikke til rutineproduktion af medicin. Apoteksfremstillede varer forudsættes leveret fra amtssygehusapotek, fra det private apotekervæsen eller fra kontrolleret laboratorium.

Amtssygehusapoteket er tænkt som et distribuerende og producerende apotek med et areal svarende til de eksisterende sygehusapoteker med amtsfunktion. Også denne apotekstype har distribution som primær opgave, men har herudover produktion i et vist omfang. Ved opgørelsen af produktionsafdelingernes arealbehov er forudsat, at den stærke vækst i forbruget af væsker til infusion og steril skylning vil fortsætte endnu en årrække. Det anføres, at denne produktion dels er sygehusspecifik, dels er sygehusapotekets mest lønsomme, hvorfor særlig omhu bør ofres på oprettelse af sterile afdelinger i de større sygehusapoteker.

Endelig forudser rapporten fremtidig oprettelse af satellit-sygehusapoteker inden for de større sygehusapotekers leveranceområder. Konkrete planer vedrørende sådanne apoteker og disses service over for ambulante patienter er dog ikke udformet, men afventer lovændringer, hvorved samhandel mellem sygehusapoteker muliggøres.

Sygehusapotekernes personale udgøres af farmaceuter, apoteksassistenter, defektricer samt ufaglært kvindelig og mandlig arbejdskraft.

Det anføres, at et sygehusapoteks lederbehov fra både fagligt og fagpolitisk hold opgøres til 1 sygehusapoteker pr. 2,5 provisorer. Ved betragtning af de senere års udvikling i de lægelige afdelingers opbygning har man imidlertid konstateret et stigende behov for supplering og dublering på ledelsesniveau. Da denne udvikling antages også at gøre sig gældende på sygehusapoteksom-

rådet, vil man uanset bestemmelser i apotekerloven kunne komme ud for at skulle oprette sideordnede sygehusapotekerstillinger.

På de eksisterende sygehusapoteker beskæftiges typisk 3-4 apoteksassistenter/defektricer og lige så mange ufaglærte medarbejdere pr. provisor. På denne baggrund sættes et sygehusapoteks minimumsstab til 1 sygehusapoteker, 1 provisor, 3-4 teknikere og 3–4 ufaglærte.

Det anføres, at det vil være uforsvarligt at indskrænke anvendelsen af uddannet personel, f. eks. ved at konvertere teknikere til ufaglærte. Det anses endvidere for uheldigt, såfremt farmaceutstaben under en sygehusapoteker udgør mere end ca. 2,5 svarende til et samlet apotekspersonale på ca. 25 personer. Øges personalet herudover opstår behov for mere kapacitet på lederplan, således at man enten må opspalte funktionerne inden for apoteket på 2 sygehusapotekere eller opdele apoteket i mindre enheder.

6. Af rapportens afsluttende kapitel V fremgår, at alle de i øjeblikket på sygehusapotekerne anvendte EDB-systemer trods tekniske forskelle muliggør let og sikker medicinrekvirering samt periodiske opgørelser af medicinforbruget på forskellige niveauer. Såfremt udviklingen generelt går i retning af oprettelsen af amtssygehusapoteker forudses et stigende behov for at tage EDB i anvendelse til styring af sygehusapotekernes lager- og bestillingsrutiner. Det anbefales, at der i så fald nedsættes en teknikergruppe, der får til opgave at udarbejde et landsomfattende EDB-system, der dækker de ovennævnte behov.

Med henblik på at muliggøre en udvikling som i rapporten foreslået peges endelig på det ønskelige i at den nugældende lovgivning på apotekerområdet ændres, således at den ikke vanskeliggør oprettelsen af amtskommunale sygehusapoteker. Det anføres, at den eksisterende medicindepotordning ikke tilgodeser servicemæssige og legale krav, og at depoternes funktioner i videst muligt omfang bør henlægges til sygehusapoteker. Endvidere nævnes, at der bør skabes nye retningslinier for sygehusafdelingernes medicinhåndtering, idet den gældende af sundhedsstyrelsen i 1958 givne forskrift ikke længere kan anses for brugbar. Det anbefales til slut, at sygehusapotekernes mulighed for at betjene ambulatorie- og week-end-patienter legaliseres.

7. Ved *vurderingen*[1]) af rapporten om oprettelse af sygehusapoteker må det tages i betragtning, at det af amtsrådsforeningen nedsatte faglige udvalg stilledes over for en stærkt begrænset opgave. Udvalget skulle som nævnt alene beskæftige sig med den del af den samlede amtskommunale sygehussektor, der i øjeblikket ikke er dækket af sygehusapoteker, medens forholdene i de eksisterende amtskommunale og andre sygehusapoteker, der tilsammen leverer lægemidler til ca. halvdelen af landets sygehussenge, skulle lades ude af betragtning. Heller ikke opgavefordelingen mellem sygehusapoteker og det private apoteksvæsen skulle indgå i udvalgets overvejelser. Herved tabes selvsagt muligheden for stillingtagen i bredere sammenhæng til de rejste strukturproblemer. Rapportens konklusioner kan derfor kun have begrænset gyldighed for overvejelser vedrørende den hensigtsmæssige organisation af hele sygehusapoteksektoren og dennes indpasning i den samlede apotekstruktur.

Mange forhold gør det imidlertid nærliggende at inddrage sygehusapoteksvæsenet i overvejelser vedrørende lægemiddeldistributionens fremtidige struktur. Der skal deri:or i det følgende knyttes en række bemærkninger til rapportens konklusioner.

Rapportens afsnit om sygehusapotekernes økonomi bygger i det væsentlige på regnskabsoplysninger indhentet fra 5 amtskommunale sygehusapoteker. Det bemærkes herved, at disse oplysninger ikke umiddelbart kan sammenlignes med de for det private

1) Det bemærkes, at en vurdering af rapporten er offentliggjort i »Archiv for Pharmaci og Chemi«, nr.. 22, 2. november 1974.

apotekssystem foreliggende regnskabsopgørelser bl. a. som følge af de problemer der er knyttet til regnskabsmæssig adskillelse af apoteksdriften fra det øvrige sygehusvæsen.

Det fremgår, at der er tale om store variationer apotekerne imellem såvel i løn- og vareprocenter som med hensyn til „dækningsbidrag" og „overskud". En nærmere analyse af årsagerne til disse variationer, om apotekerne f. eks. løser forskellige opgaver eller arbejder under ulige betingelser samt en afklaring af, om forskel i konteringspraksis og omkostningsfordeling spiller ind, er nødvendig, førend der kan tages stilling til den foretagne undersøgelses repræsentativitet og drages konklusioner vedrørende den økonomiske side af apoteksdriften.

Hertil kommer som indledningsvis understreget, at de opstillede ræsonnementer er snævert knyttede til den amtskommunale sygehusapotekssektor, og forudsætter at denne behandles isoleret og udfra en snæver driftsøkonomisk synsvinkel. Oprettelse af nye sygehusapoteker vil imidlertid kunne øve indflydelse såvel indad i den samlede sygehusapotekssektor som udad, herunder i den private apotekssektor. Nye sygehusapoteker vil måske nok kunne indtjene dækningsbidrag, men man må antage, at disse dækningsbidrag i høj grad vil modsvares af faldende dækningsbidrag på de øvrige sygehusapoteker og på de private apoteker, hvor faldet i indtjening som følge af takstfastsættelsen vil resultere i tilsvarende højere medicinpriser. (De amtskommunale sygehuses andel af de private apotekers totale omsætning er ca. 6 %, og for en række private apoteker er sygehusleverancerne af væsentlig omsætningsmæssig betydning).

Rapportens økonomiske afsnit, herunder beregningerne vedrørende de med etablering og drift af sygehusapoteker forbundne regnskabsmæssige „dækningsbidrag" er derfor ikke et tilstrækkeligt grundlag for en bedømmelse af de driftsøkonomiske, endsige samfundsmæssige konsekvenser af oprettelse af sygehusapoteker.

Også rapportens øvrige betragtninger vedrørende opbygningen af den fremtidige sygehusapotheksstruktur bærer præg af, at man har begrænset sig til de ikke med apoteker forsynede amtssygehuse. Mulighederne for central styring inden for amtets grænser tillægges i rapporten stor vægt, men sådanne koordinationsovervejeiser bør helt utvivlsomt udstrækkes til det samlede sygehusvæsen og den samlede lægemiddeldistribution. Også afvejningen af i hvilket omfang, der bør finde produktion sted på det enkelte sygehusapotek, rejser problemer, der rækker ud over rammerne for det enkelte amtskommunale sygehusvæsen.

Rapporten opstiller på en overskuelig måde et katalog over de mange serviceprægede arbejdsopgaver, der kan komme på tale for et sygehusapotek. Her skal især fremhæves muligheden for udformning af EDB-rutiner ved medicinrekvirering og den hermed forbundne adgang til løbende udarbejdelse af lægemiddelstatistik. Stillingtagen til omfanget af de nævnte serviceopgaver må dog i nogen grad afvente fremskaffelsen af talmæssige oplysninger til afvejning af fordele og omkostninger ved de forskellige servicefunktioner.

Ved betragtning af de i rapporten opstillede areal- og personalenormer for sygehusapoteker må det erindres, at der i disse normer er gjort plads bl. a. til en ekspanderende apoteksservice og til en fortsat stigende produktion af infusionsvæsker m.v. Omfanget af det hermed forbundne ressourcebehov må imidlertid som allerede berørt endnu anses for uafklaret[1]). Specielt bemærkes, at beslutning om at ofre særlig omhu på oprettelse af sterile afdelinger i de større sygehusapoteker ikke bør træffes alene på grundlag af regnskabsoplysninger, der viser, at der her er tale om sygehusapotekets mest

1) Det kan tilføjes, at forbruget af infusionsvæsker m.v. ifølge de seneste oplysninger må antages at udvise en mindre stigningstakt end forudsat i rapporten.

lønsomme afdeling.

Endvidere forekommer det vanskeligt på det foreliggende grundlag og uden tekniske undersøgelser bl. a. af de eksisterende sygehusapotekers indretning at tage endelig stilling til de anførte arealnormer, hvis omkostningsmæssige konsekvenser ej heller er belyst.

Betragtninger svarende til ovenstående kan anstilles for så vidt angår de anførte personalenormer.

Bilag 6

Administration af apotekerloven - Myndigheder og organisationer

På s. 239 er opstillet en skematisk plan over de direkte i administrationen af den gældende apotekerlov involverede myndigheder, institutioner, råd og nævn samt organisationer. Antal ansatte ved den offentlige administration og kontrol på området er ca. 110. I dette tal er medlemmer af råd og nævn ikke medregnet. Det offentliges driftsudgifter på området (incl. råd og nævn) var i 1973/74 ca. 15 mill. kr.

Af de på planen indtegnede organisationer varetager Danmarks Apotekerforening væsentlige styringsfunktioner på området, og udgifterne finansieres fuldt ud over medicinpriserne. I foreningen (excl. Bang & Tegner A/S) er ansat ca. 175, og udgifterne var i 1973 ca. 26 mill. kr.

De øvrige faglige foreninger, Dansk Farmaceutforening, Danske Apoteksassistenters Forening og Danske Apoteksdefektricers Forening, finansierer langt den største del af deres virksomhed ved medlemskontingenter.

I øvrigt henvises til noterne.

1) Indenrigsministeriet. Departementets driftsudgifter, jfr. finanslovkonto § 13.1.01., ifølge statsregnskabet 1973/74 12.7 mill. kr. (excl. valg). Antal ansatte i departementet: ca. 135. Antal ansatte i 4. sundhedskontor, hvorunder henhører bl.a. lægemiddel- og apoteksområdet: 7, hvoraf 5 med akademisk uddannelse.

2) Sundhedsstyrelsen, ifr. finanslovkonto § 13.6.01. Driftsudgifter ifølge statsregnskabet 1973/74 18,2 mill. kr. Antal ansatte ialt ca. 175. Antal ansatte i lægemiddelafdelingen (afdeling A): 17, hvoraf 8 med akademisk uddannelse. Antal ansatte på isotopapoteket: 19, heraf 4 akademikere.

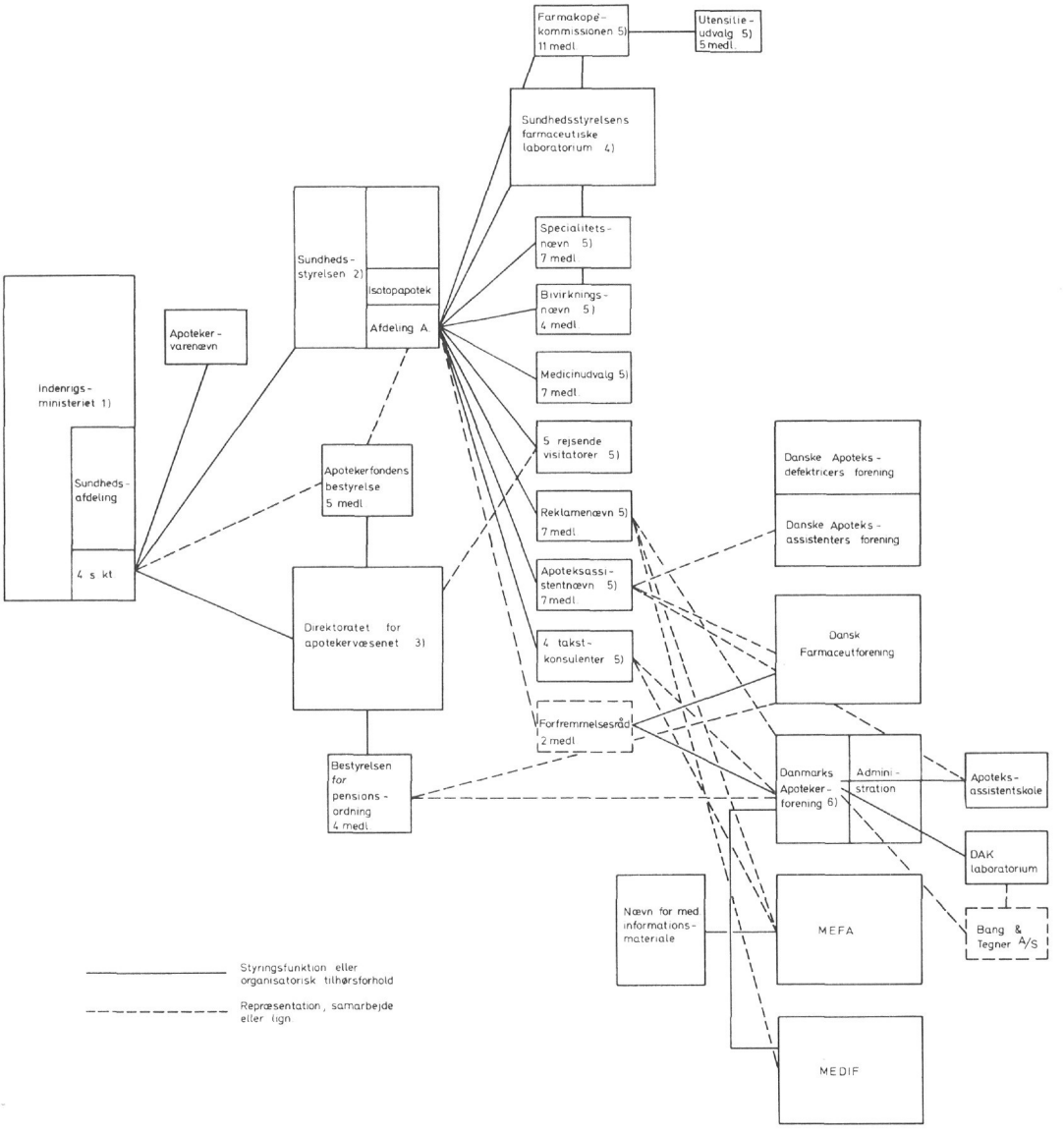
3) Direktoratet for apotekervæsenet, jfr. finanslovkonto § 13.30.01. Apotekerfondens centrale virksomhed. Driftsudgift ifølge statsregnskab 1973/74 4,2 mill. kr. (heri includeret driftsudgifter vedrørende 30 apoteksejendomme). Antal ansatte i direktoratet: 15, hvoraf 4 akademisk uddannede.

4) Sundhedsstyrelsens farmaceutiske laboratorium, jfr. finanslovkonto § 13.30.02. samt dele af § 13.30.03. Driftsudgifter (§ 13.30.02) i 1973/74 3,7 mill. kr. Antal ansatte 51, hvoraf 17 med akademisk uddannelse.

5) Udgifterne vedrørende de farmaceutiske visitatorer samt de angivne råd og nævn afholdes af apotekerfonden, jfr. finanslovkonto § 13.30.03. Driftsudgift på denne konto i 1973/74: 2,5 mill. kr.

6) Danmarks Apotekerforening. Indtægter i 1973 (ifølge regnskab offentliggjort i Archiv for Pharmaci og Chemi 1974, side 403 ff.): Kontingenter 13,9 mill. kr. (340 medlemmer), opkrævet fra lønkasserne til fælles aktiviteter ca. 7,2 mill. kr., skolepenge 1,7 mill. kr., andre indtægter (renter, salg fra DAK, taksationshonorarer m.v.) ca. 3,5 mill. kr., ialt ca. 26,1 mill. kr. Udgifter: Administration m.v. ca. 7 mill, kr., DAK-laboratoriet 11,3 mill. kr., Skolen i Hillerød 6,8 mill. kr., overskud og henlæggelser ca. 1 mill, kr., ialt ca. 26,1 mill. kr. Antal ansatte (ifølge Archiv for Pharmaci og Chemi 1973, side 617 ff.): Administration m.v. ca. 40, DAK-laboratoriet 81 fastansatte, Skolen i Hillerød 56, ialt ca. 175.

Foreningens udgifter inddækkes over de enkelte apotekers regnskaber og finansieres således af medicinpriserne.


Farmakopé-kommissionen 5) 11 medl.
Utensilie-udvalg 5) 5 medl.
Sundhedsstyrelsens farmaceutiske laboratorium 4)
Sundheds-styrelsen 2)
Isotopapotek
Afdeling A.
Specialitets-nævn 5) 7 medl.
Bivirknings-nævn 5) 4 medl.
Medicinudvalg 5) 7 medl.
5 rejsende visitatorer 5)
Reklamenævn 5) 7 medl.
Apoteksassi-stentnævn 5) 7 medl.
4 takst-konsulenter 5)
Forfremmelsesråd 2 medl.
Indenrigs-ministeriet 1)
Sundheds-afdeling
4 s kt
Apoteker-varenævn
Apotekerfondens bestyrelse 5 medl.
Direktoratet for apotekervæsenet 3)
Bestyrelsen for pensions-ordning 4 medl.
Danske Apoteks-defektricers forening
Danske Apoteks-assistenters forening
Dansk Farmaceutforening
Danmarks Apoteker-forening 6)
Admini-stration
Apoteks-assistentskole
DAK laboratorium
Bang & Tegner A/S
Nævn for med informations-materiale
MEFA
MEDIF
Styringsfunktion eller organisatorisk tilhørsforhold
Repræsentation, samarbejde eller lign.

Takst- og afgiftsmodeller i et privat drevet apotekssystem

/. Indledende bemærkninger

Et dominerende synspunkt ved et apotekssystem med lederejede enheder er naturligvis, at indehaveren i betydelig udstrækning selv kan træffe beslutninger om driften af apoteket. Der vil dog fortsat være behov for en takst- og dermed en avancefastsættelse, hvis man ønsker at fastholde en ensartet medicinpris i hele landet, ønsker at undgå priskonkurrence mellem apotekerne og ønsker at apoteksindehaverne i gennemsnit får en »rimelig« indkomst.

Mindre apoteksenheder vil have vanskeligt ved at opnå fornøden omkostningsdækning, hvis lægemiddelpriserne er fastsat således, at større apoteksenheder ikke tjener urimeligt meget. Hvis de mindre apoteksenheder er nødvendige af hensyn til lægemiddelforsyningen, er det derfor påkrævet at have en vis indkomstudligning apotekerne imellem, altså at have et tilskuds- og afgiftssystem.

Andre forhold end lille omsætning kan ligeledes resultere i ringe indtjening - noget der undertiden også kan være et argument for en vis udligning (jfr. senere).

Indkomstudligningen bør imidlertid efter gruppens opfattelse i størst mulig udstrækning ske ved at udligne indtjenings*mulighederne*. Udligning af nettoindkomsterne vil nemlig reducere incitamentet til at økonomisere.

Gruppens generelle overvejelser om takst- og afgiftsfastsættelsen er omtalt i kapitel VI. 2.2.3. Som indledning til diskussionen af forskellige takst- og afgiftsmodeller skal der her blot anføres nogle hovedsynspunkter.

a. Kun de af myndighederne godkendte omkostninger skal tillades inddækket via lægemiddelpriserne. Dette medfører bl.a., at størstedelen af det gældende tilskudssystems automatik afskaffes.

b. Reglerne skal kunne benyttes som et instrument i - og i det mindste ikke hindre - fortsat strukturtilpasning af lægemiddeldistributionen og lægemiddelsortimentet.

c. Der må tilstræbes tekniske forenklinger både af den meget komplicerede medicintakst og af reglerne om afgifter og tilskud.

d. Der skal både for systemet som helhed og for den enkelte apoteker være incitamenter til at økonomisere.

e. Det skal med større tydelighed end i dag fremgå, hvilke omkostninger der er forbundet med konkrete forslag til ændringer i forsyningsstrukturen, f.eks. oprettelse af et nyt apotek.

f. En forøgelse af lægemiddelomsætningen skal ikke fremstå som et primært driftsøkonomisk mål for den enkelte apoteker.

g. Takster og afgifter må fastsættes som en helhed, ikke uafhængigt af hinanden.

h. Endelig må der tilstræbes større gennemsigtighed.

ll. Takster og avancer. Finansiering af fællesudgifter

Medicinpriserne fastsættes i dag således, at apotekernes udgifter opnår at blive inddækket samtidig med, at apotekernes indtjening ifølge det anvendte apoteksregnskab i gennemsnit kommer til at svare til en bestemt tjenestemandsløn. Efter gruppens opfattelse bør det offentlige imidlertid tage stilling til rimeligheden/nødvendigheden af

de udgifter, der indregnes i medicinpriserne.

I denne forbindelse synes det nærliggende at indføre en ordning, således at kun investeringer, der er godkendt, kan medregnes til de omkostninger, der skal tages hensyn til ved prisfastsættelsen. For at undgå overadministration bør der nok i så tilfælde indføres en »bagatelgrænse«. (Et maksimumsbeløb for det enkelte år inden for et maksimumsbeløb over en årrække).

Efter en sådan ordning vil det stå enhver frit for at foretage investeringer for egen regning, men det må understreges, at dette vil give visse problemer ved indehaverskift, idet man må antage, at det vil blive betragtet som ukollegialt ikke at ville overtage også de udgifter, der er forbundet med de »private« investeringer, og presset for at disse investeringer efter indehaverskifte skal indregnes i medicinprisen, vil derfor nok blive ret stort. Her synes således at være visse argumenter for helt at nægte tilladelse til at foretage investeringer, der ikke kan anses for at være »nødvendige«.

Medicinpriserne bør efter gruppens opfattelse fastsættes på grundlag af forholdene på normale distributionsapoteker. Omkostningerne på produktionsapoteker bør ikke øve indflydelse på detailavancen. Selv blandt de apoteker, der ikke har noget nævneværdigt salg til andre apoteker, vil der være nogle, der bør sorteres fra ved beregningen af bruttoavanceprocenten. Dette må således gælde apoteker, hvor der ikke har været en heltidsbeskæftiget indehaver i hele regnskabsåret.

Man kunne eventuelt overveje helt at undlade at beregne bruttoavancen på grundlag af konkrete apoteker, men *forhandle* sig til rette om bruttoavancen og strukturtilskuddene, jfr. nedenfor, på grundlag af regnskaber for udvalgte apoteker. Faren herved er imidlertid, at dette kan resultere i, at »jordforbindelsen« kommer til at svigte, og at der dermed kan opstå uønskede virkninger bl.a. med hensyn til indtjeningsmulighederne.

Hvilke *fællesudgifter*, der skal finansieres over medicinpricerne, er naturligvis et overvejende politisk problem. Det vil imidlertid nok føles mest naturligt, hvis de løbende statslige pensionsudgifter i forbindelse med apotekervæsenet bliver finansieret over medicinpriserne. De nedenfor nævnte strukturtilskud bør formentlig også finansieres over medicinpriserne. Tilsvarende må gælde om andre nettoudgifter i forbindelse med en udligningsordning. Med hensyn til de af Danmarks Apotekerforening afholdte udgifter bør efter gruppens opfattelse kun udgifterne ved sådanne aktiviteter, der efter en nærmere vurdering kan siges at være et led i detaildistributionen, kunne belaste medicinpriserne. Tilskuddene bør endvidere efter gruppens opfattelse gives ved årlige bevillinger. Den automatiske overvæltning af samtlige omkostninger i Danmarks Apotekerforening må bringes til ophør.

Om også andre omkostninger vedrørende detaildistributionen skal finansieres over medicinpriserne, er et mere åbent spørgsmål. Dette gælder f.eks. udgifterne vedrørende den offentlige kontrolvirksomhed og eventuelle erstatninger for tab i forbindelse med nedlæggelse af apoteker.

Den del af fællesudgifterne, der skal finansieres over medicinpriserne, vil hensigtsmæssigt kunne opkræves som en afgift på omsætningen (excl. salg til andre apoteker) således som det også nu delvist finder sted. Det er imidlertid vigtigt, at finansieringen af fællesudgifterne ikke som nu kædes sammen med indkomstudligningen mellem apotekerne.

Der kan i tilslutning til foranstående være grund til at fremsætte nogle kommentarer til selve takstfastsættelsen. Når den samlede tilstræbte bruttoindtægt og dermed den gennemsnitlige procentvise avance for detaildistributionen er blevet fastlagt, skal den fordeles på de enkelte lægemidler efter regler i en af myndighederne fastsat medicintakst.

Den gældende medicintakst, der bygger

på en lang tradition, er et kompliceret beregningsværk og opererer med et meget stort antal gebyrer og satser. Derimod er den ikke udformet således, at disse gebyrer og satser fører til en omkostningsmæssig inddækning for den enkelte vare. Taksten bygger ikke på kalkulatoriske beregninger, og de enkelte satser m.v. er i tidens løb blevet reguleret — somme tider lidt tilfældigt - ud fra behovet for avanceændringer af hensyn til apotekernes indtjening.

Det grundlæggende synspunkt må efter gruppens opfattelse være, at det tilstræbes at avancen pr. leveret enhed modsvarer de med distributionen forbundne omkostninger, således at en apotekers økonomiske interesse i øget salg (eller i salg af bestemte pakningsstørrelser) elimineres. Det må dog bemærkes, at der må være grænser for, hvor dybtgående beregninger, der bør bekostes for at opnå nøjagtig omkostningsdækning, allerede fordi en sådan kun kan opnås som et gennemsnit med visse variationer fra apotek til apotek. Endvidere kan omkostningsdækning for den enkelte pakning af andre grunde blive anset for uacceptabel (f. eks. hvis beregninger viser, at forbrugerprisen aldrig vil blive under 10 kr., selv for pakninger, man af almindelige lægemiddelpolitiske grunde mener bør være små).

Som omtalt i kapitel II, afsnit 2.3.2. skal der ifølge den nuværende medicintakst ydes en lang række rabatter. Efter gruppens mening bør rabatter kun ydes i tilfælde, hvor driftsøkonomiske forhold for apoteket taler derfor[1]). Medens rabat må anses for velmotiveret ved større samlede leverancer (f. eks. til institutioner), kan det ikke være rimeligt at yde rabat ved levering til enkeltpersoner, især ikke når dette påfører apoteket et bogholderimæssigt merarbejde, og når betaling iøvrigt ikke som ellers sker kontant. Sådanne rabatter bør derfor afskaffes.

Når størstedelen af lægemiddelsalget (ca. 95 %) fremtidig kommer til at bestå af specialiteter, vil den samlede betydning af de komplicerede regler for taksering af apotekets egne tilberedninger være begrænset, og allerede af denne grund bør disse regler simplificeres væsentligt. Det må dog stadig for disse lægemidler sikres, at prisberegningen er ens på alle apoteker.

For varer, der ikke er forbeholdt apotekerne, er avanceberegningen i dag overladt til apotekerne selv, bl.a. fordi der her spiller konkurrencemæssige synspunkter ind. En fuldstændig ligestilling i konkurrencen ville i øvrigt medføre, at disse varer skulle holdes udenfor beregningen af både afgifter og tilskud (hvilket ikke sker nu).

Hvorledes prisfastsættelsen på disse ikke apoteksforbeholdte varer bør være, må naturligvis bl.a. afhænge af, hvor dyrt det er for apotekerne at distribuere dem.

Den i kapitel II, afsnit 2.3.2., nævnte stikprøveundersøgelse af 19 apoteker kan næppe siges i fuld udstrækning at have belyst dette spørgsmål, men undersøgelsen synes dog at indicere, at de nuværende af apotekerne selv fastsatte priser måske ikke er store nok til at give fuld omkostningsdækning. Hvis distributionsomkostningerne for disse frihandelsvarer er større end svarende til fortjenestmarginalerne, betyder dette, at forhandling gennem apotekerne på en måde subsideres via medicinpriserne.

Også med hensyn til frihandelsvarer kunne der være noget, der taler for, at priserne skulle fastsættes svarende til de omkostninger, de påfører systemet. I vurderingen må tillige indgå, at de forøger antallet af varenumre, hvilket kan øve indflydelse på sikkerheden, og at de forretninger, der handler med de samme varer som apotekerne, måske føler, at de er udsat for en urimelig konkurrence, idet der ikke er spændt indkomstmæssigt sikkerhedsnet under deres forretninger[1]). Men det må dog også tages i betragtning, at det ofte vil være hensigtsmæssigt for forbrugerne at købe de ikke apoteksfor-

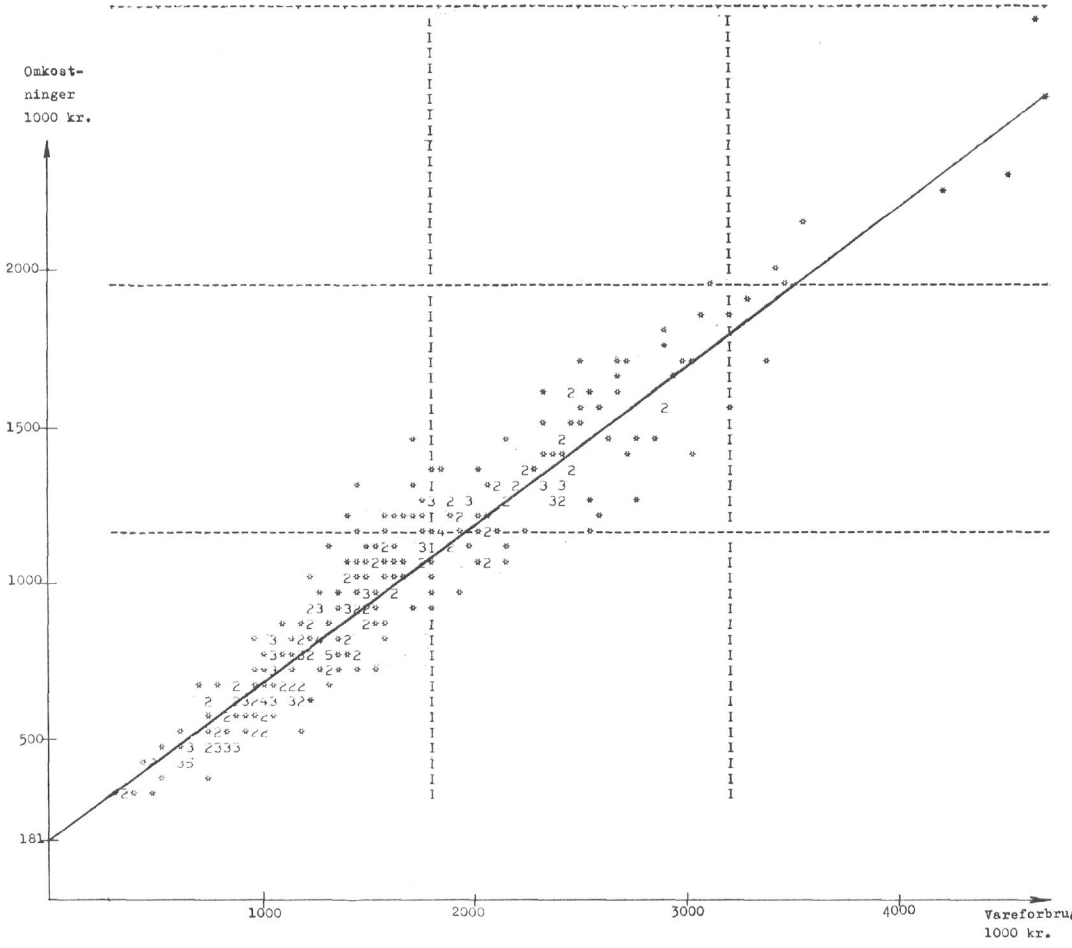
1) Det bør tilføjes, at tilskud til sådanne driftsøkonomisk motiverede rabatter synes ubegrundede, idet rabatterne modsvares af omkostningsbesparelser.

1) Muligheden for, at apotekernes høje bruttoavanceniveau smitter af på den almindelige detailhandel må også nævnes.

beholdte varer samme sted, som de køber medicin, og de vil måske også sætte pris på, at der kan gives kvalificeret vejledning. Endelig vil der i visse områder ofte være ganske langt til andre forretninger, der forhandler de nævnte varer.

Alt i alt synes spørgsmålet om forhandling og prisfastsættelse af de ikke-apoteksforbeholdte varer således at være et ganske kontroversielt spørgsmål, hvor der er behov for en politisk stillingtagen. Som den ene ekstreme mulighed kan man forestille sig at lade det enkelte apotek selv fastsætte priserne og friholde salget for omsætningsafgift til finansiering af fællesomkostninger. En anden ekstrem mulighed er helt at forbyde salg af andre varer end dem, der snævert hænger sammen med medicinsalget, og takstmæssigt behandle dette snævre sortiment helt på linie med lægemidler.

Figur 1. Sammenhængen mellem vareforbrug og videreforarbejdnings- og distributionsomkostninger incl. tilstrøbt apotekerindkomst. 1972.



Noter: Apoteker, der har skiftet indehaver eller været drevet af apotekerfonden i 1972, er frasorterede. Tilsvarende gælder de to apoteker med størst omsætning og de to med størst underskud.
Figuren er fremkommet ved linieudskrift fra EDB.
En * betyder 1 apotek. Tallene 2, 3, 4 og 5 viser antal apoteker i det pågældende punkt.

III. Udligningen af indkomstmulighederne

I et privat system må indkomstudligningen - ud over den der allerede finder sted over skatterne — efter gruppens opfattelse primært ske ved at forsøge at reducere de underliggende forskelle i de enkelte apotekers indtjeningsmuligheder, altså forhold vedrørende selve bevillingen (de »objektive forskelle«). Indtægtsforskelle, der skyldes de enkelte apotekers egne forhold (de »subjektive forskelle«) f.eks. arbejdsindsats og dygtighed, skal derimod ikke søges udlignet.

Forskelle i omsætningens størrelse er et af de objektive forhold, der øver kraftigst indflydelse på indtjeningsmulighederne. Dette hænger sammen med det forhold, at en væsentlig del af distributionsomkostningerne *ikke* vokser proportionalt med den omsatte varemængde. Der er med andre ord stordriftsfordele i apoteksdriften. Med udgangspunkt i 1972 regnskaberne er dette søgt illustreret i figur 1. Distributionsomkostningerne er i figuren defineret som: samtlige udgifter + tilstræbt gennemsnitsudbytte (i 1972 131.600 kr.) ÷ vareforbrug –.– overskud ÷ apotekerafgift. Den rette linie i figuren viser, at distributionsomkostningerne kan udtrykkes som bestående dels af et fast beløb (på 181.000 kr. for 1972), dels af en fast procent (på 51,5 % for 1972) af vareforbruget[1]). Beløbet på 181.000 kr. kan på en måde fortolkes som de basalomkostninger (f.eks. indtægt for én apoteker), der var forbundet med tilstedeværelsen af et apotek i 1972.

Også ved planlægningen af distributionssystemet er det af stor betydning at gøre sig klart, at der under de i 1972 gældende forhold må regnes med, at tilstedeværelsen af et apotek yderligere groft sagt vil betyde ekstra distributionsomkostninger på 181.000 kr. Ved overgang til rene distributionsapoteker og A-udsalg må det dog forventes, at disse »tilstedeværelsesomkostninger« kan nedbringes[1]).

Som følge af de ret markante stordriftsfordele ved apoteksdrift er det væsentligt, at man ved afgifts/tilskudssystemet i videst muligt omfang forsøger at udligne disse fordele. Med en ensartet pris på lægemidler og en ensartet avance på de enkelte varer, vil apoteker med en omsætning større end gennemsnittet som hovedregel opnå et større overskud end det tilstræbte, medens det modsatte vil være tilfældet med de små apoteker.

Nedenstående tabel 1 viser, hvorledes overskuddet ville have været for et lille, et »gennemsnitligt« og et større apotek i 1972, hvis disse apoteker havde haft omkostninger svarende til den rette linie i figur 1, og hvis deres bruttoavance *excl.* ydede rabatter havde været 65,3 % (svarende til gennemsnittet for de undersøgte apoteker i 1972[2]). Det fremgår af tabellen, at den eksisterende omsætningsafgift og det eksisterende omsætningstilskud reducerer spredningen, men det mindste apotek i tabellen tjener stadig mindre end halvdelen af det største. Selv efter anvendelsen af nettoafgifter og -tilskud er der stadig en ret så markant forskel i indtjeningen.

Den enkleste og klareste måde at udligne stordriftsfordelene på, når omkostningsforløbet er som vist i figuren, er at udbetale et beløb svarende til tilstedeværelsesomkostningerne, et *»strukturtilskud«* (181.000 kr. hvis tallene for 1972 bliver taget som udgangspunkt) og *nedsætte gennemsnitsavancen* (til 51,5 % af indkøbsprisen). Alle apoteker, der befandt sig på linien i figuren,

1) Den rette linie er bestemt ved simpel lineær regression. Ikke alle apoteker er medtaget, idet apoteker, der har skiftet indehaver eller har været drevet af apotekerfonden i 1972, er frasorterede. Tilsvarende gælder for de to apoteker, der havde størst omsætning, og for de to, der havde størst underskud.

1) Ved planlægningen af distributionssystemet er det meget væsentligt, at man forsøger at beregne disse tilstedeværelsesomkostninger, idet disse må danne udgangspunkt for overvejelserne vedrørende oprettelse/nedlæggelse af apoteksenheder.

2) For enkelheds skyld er der set bort fra refusion, grundafgifter samt salg af insulin m.v. Disse forhold vil øve indflydelse på konkrete apotekers indtjening, men ændrer intet principielt i forholdet mellem store og små apoteker.

Tabel 1. Overskuddets og udbyttets afhængighed af apotekets nettoomsætning i 1972. (1000 kr.)

(1) Omsætning netto	(2) Overskud ved avance på 65,3 pct.	(3) Omsætnings-tilskud/omsætningsafgift[1])	(4) (2) + (3)	(5) Nettotilskud Nettoafgift[1])	(6) (4) + (5) Udbyttet[1]) [2])
1500	76	+25	101	+ 1	102
2500	150	÷ 5	154	÷20	134
3500	242	÷35	207	÷41	166

1) Nugældende regler.
2) Såfremt det i teksten skitserede system havde været anvendt i 1972, ville udbyttet have været ens for de tre apoteker, nemlig = det tilstræbte gennemsnitsudbytte (131.600 kr. i 1972).

ville derved have fået præcist det tilstræbte gennemsnitsudbytte uden anvendelse af nettotilskud, respektive nettoafgifter (afgifter på nettoindtjeningen).

Ved de to her forudsatte, modsat rettede ændringer i forhold til det nugældende system, ville apotekernes totale indtjening forblive uændret i forhold til 1972. Det må understreges, at medmindre man reducerer de omkostninger, der overhovedet skal betales over medicinpriserne, vil den pris, som forbrugerne skal betale, ikke blive reduceret med disse ændringer. For at finansiere strukturtilskudene må man nemlig opkræve *øgede omsætningsafgifter* svarende til nedsættelsen af bruttoavanceprocenten.

Ved en sådan ordning vil tilstedeværelsesomkostningerne fremstå helt klart. Finansieringen af strukturtilskuddet forudsættes at ske ved at lade det indgå i de fælles omkostninger (jfr. ovenfor).

Selv om det af »pædagogiske« grunde vil være en fordel at udbetale et strukturtilskud til alle apoteker, bør det dog bemærkes, at helt den samme fordelingsmæssige virkning naturligvis kan fremkomme, hvis man modregner strukturtilskuddet i de opkrævede omsætningsafgifter og udbetaler et beløb til de mindste apoteker i den udstrækning afgiftsbetalingen ikke er stor nok til at dække strukturtilskuddet. Der vil således *som resultat* blive ydet tilskud til apoteker med særlig lille omsætning, medens apoteker med stor omsætning vil komme til at betale en afgift i forhold hertil.

Med andre ord, det skitserede system vil fungere som et system af ikke progressive omsætningstilskud, respektive afgifter, der vil udligne for stordriftsfordele.

Som nævnt er reglerne om bruttoavance og afgifter/tilskud under det her skitserede system tænkt udformet således, at der ydes ethvert apotek et fast beløb som *strukturtilskud,* samtidig med at den gennemsnitlige bruttoavance, som tilfalder indehaveren, fastsættes således, at de med distributionen forbundne (normale) omkostninger på det enkelte apotek netop dækkes af strukturtilskuddet og bruttoavancen. Det skal imidlertid bemærkes, at egentlige strukturtilskud også relativt let kan differentieres, hvis der kan påvises forskellige tilstedeværelsesomkostninger for apoteker med forskellig status. (Traditionelle apoteker, rene distributionsapoteker, apoteker med mange håndkøbsudsalg o.s.v.).

Udlignes der for stordriftsfordelene, vil den enkelte apotekers interesse i af økonomiske grunde at øge sit salg af lægemidler også blive elimineret. Den lavere bruttoavance vil nemlig betyde, at en marginal omsætningsforøgelse for en apoteker kun vil øge bruttoavancen så meget, at de med omsætningsforøgelsen forbundne omkostninger netop dækkes ind, uanset om der er tale

om et stort eller lille apotek.[1])

Hvis forholdet skulle ændre sig således, at marginalomkostningerne ved forøgelsen af salget ikke længere var helt uafhængige af apotekets størrelse (d.v.s. hvis kurven i figur 1 ikke længere var en ret linie, men f.eks. havde svagt faldende hældning), ville dette kunne løses ved en progressiv eller degressiv finansiering af de fælles omkostninger. Det væsentlige er imidlertid, at afgifts- og tilskudssystemet løbende tilpasses udviklingen i de nødvendige distributionsomkostninger. Strukturtilskud og bruttoavanceprocent må derfor fastsættes *årligt* og ikke gennem lovgivningen fastlåses i en længere årrække.

En anden vigtig årsag til uligheden i indtjeningsmulighederne er *huslejerne*. Som følge af inflationen, lejelovgivningen m.v. vil der være meget store forskelle fra apotek til apotek i huslejen. Den enkelte apoteker har ofte ringe indflydelse på størrelsen af lejen, efter at apotekets placering inden for visse rammer er bestemt af myndighederne, og en høj husleje kan i disse tilfælde siges at være »uforskyldt«, og dermed tilskudsberettiget. Det er imidlertid ikke hensigtsmæssigt at videreføre den gældende automatiske refusionsordning. Huslejetilskuddet bør i stedet ydes efter en konkret vurdering i tilfælde, hvor lejen udgør en så stor relativ udgift for apoteket, at indtjeningsmulighederne er væsentligt forringet. Man kunne eventuelt overveje helt at lade det offentlige afholde alle huslejeudgifter således, at disse ikke indgår i det enkelte apoteks udgifter, men afholdes som en fælles omkostning. Dette ville forudsætte, at lejekontrakter skulle afsluttes med det offentlige i stedet for med den enkelte apoteker, hvilket igen ville give væsentligt forbedrede muligheder for gennemførelse af lokaliseringspolitikken.

De tilfælde, hvor en apoteker selv ejer den ejendom, hvori apotek eller udsalg er indrettet, skal principielt ikke underkastes særbehandling. Lejeværdien skulle under et system som det skitserede fastsættes efter de regler, der almindeligt gælder for erhvervslejemål, og udbetales kontant til ejeren, hvad enten denne er apoteker eller ej. Hidtil har apotekere med egen apoteksejendom haft en særstilling, der bl.a. har ført til dobbelt inflationsdækning (jfr. kapitel II).

Variationen i apotekernes udbytte hænger også i nogen grad sammen med forskelle i udgifter til *inventar og indretning*. En del af denne variation kan skyldes tendenser til opadgående standardglidning, hvilket der naturligvis ikke bør ske nogen udligning for. Tilskud til indretning bør derfor ikke ydes efter automatiske regler, da dette netop vil øge risikoen for overforbrug. («Unødvendige« indretnings- og inventaromkostninger bør slet ikke accepteres som en del af distributionsomkostningerne, jfr. ovenfor).

Tilbage bliver imidlertid en vis variation i indretnings- og inventaromkostningerne, som hænger sammen med forhold, apotekerne ikke kan have indflydelse på. Nødvendige flytninger og påbud om ændringer kan nemlig ofte være af afgørende betydning.

Hvis man (jfr. kap. VI) indfører en ordning, hvorefter alle større investeringer og hermed alle større indretnings- og inventaromkostninger skal godkendes, kunne det eventuelt overvejes at lade disse omkostninger finansiere som en fælles udgift.

Også *takststrukturen* er af afgørende betydning for apotekernes indtjeningsmuligheder. Grundsynspunktet må her som nævnt være, at taksten i størst mulig udstrækning skal afspejle omkostningsforskelle, og fast-

1) Det bør dog bemærkes, at en omkostningsbestemt samlet bruttoavance kun er en nødvendig, men ikke en tilstrækkelig betingelse for, at den økonomiske interesse for en apoteker i en forøgelse af lægemiddelsalget elimineres. Der vil yderligere kræves, at avancen fordeles på de enkelte varer, således at disses bruttoavance ligeledes netop svarer til omkostningerne, eller at man går ud fra, at en apoteker ikke er i stand til ensidigt at øge sit salg af de mere lønsomme varekategorier. Jfr. i øvrigt herom senere.

sætteisen af taksten kan derfor også opfattes som et led i de foranstaltninger, der skal foretages for at sikre ligelige indtjeningsmuligheder.

Det er ikke på det foreliggende grundlag muligt at opgøre, hvad den omkostningsmæssigt »rigtige« bruttoavance og dermed de specifikke takster bør være for de enkelte dele af omsætningen, og da kendskabet til omsætningens sammensætning på de enkelte apoteker er ufuldstændigt, har det ikke været muligt at beregne, hvor meget det enkelte apoteks avance må nedsættes med, og hvordan taksterne nærmere burde have været differentieret, hvis man i 1972 havde haft et system som det her beskrevne.

Det må imidlertid tilføjes, at spredning omkring den rette linie i fig. 1 ikke siger meget om den spredning, der ville have været, hvis man havde haft strukturtilskud og havde reduceret avancerne på de enkelte varer tilsvarende. Omkostninger højere end svarende til linien vil kunne afspejle en høj andel for magistrelle ordinationer, og derfor bør avancen også være høj. Det modsatte gælder for apoteker med særlig små omkostninger.

IV. Udligningen af nettoindkomsterne

Der er næppe tvivl om, at det ikke vil være praktisk muligt fuldt ud at udligne indkomstmulighederne. Selv om man gør sig store anstrengelser, vil der stadig være indkomstforskelle, der ikke kan tilregnes indehavernes dispositioner. Hvis man mener, at denne ulighed ikke kan accepteres, synes udligning af nettoindkomsterne at være indiceret.

Men denne indkomstudligning må efter gruppens opfattelse ikke tillægges så stor vægt, at den enkelte apotekers interesse i at økonomisere bliver uden betydning. Hvis man vil prioritere indkomstudligningen meget højt, synes fast aflønning og dermed opgivelsen af privat drift at være den logiske løsning.

I et privat system er det nemlig interessen i at økonomisere, der er det vigtigste instrument til at sikre, at detaildistributionsomkostningerne holdes nede på et rimeligt niveau. Det bør i denne forbindelse bemærkes, at de personlige indkomstskatter har en sådan højde, at en væsentlig yderligere udjævning mellem apoteksindehaverne af *nettoindtægterne* næppe er forenelig med et system, hvor den enkeltes incitament til at økonomisere skal være drivkraften. Dette gælder navnlig for apoteker, hvor ekstraudgifter til f.eks. yderligere arbejdskraft, indretning og inventaranskaffelser ikke kun er en omkostning for indehaveren af apoteket, men også indeholder et umiddelbart konsumelement. Hvis man via skatterne og udligningsordningerne gør det meget billigt for apotekeren at afholde sådanne udgifter, må det derfor forventes, at de vil tendere at få et samfundsmæssigt uhensigtsmæssigt stort omfang.

Hvis man - også selv om man i videst muligt omfang søger at skabe lige indtjeningsmuligheder - ønsker at opretholde mulighederne for at udligne nettoindkomsterne, bør det ikke ske ved lovhjemlede nettoafgifter og nettotilskud, og de ekstraordinære tilskud bør ikke ydes efter automatiske regler, således som det gælder i dag. Det norske tilskudssystem synes at være en anvendelig model i denne forbindelse.

Det norske tilskudssystem kan karakteriseres som et *suppleringssystem.* Ved hjælp af en progressiv afgift på omsætningen får man i nogen udstrækning udlignet indkomstmulighederne[1]), og for de apoteker, der har opnået en tilsigtet minimumsindkomst, sker der ikke yderligere udligning. Disse apoteker (noget over halvdelen, men svarende til langt mere end halvdelen af omsætningen) har altså samme incitament til at økonomisere som andre erhvervsdrivende. De apoteker, der ikke opnår den tilsigtede minimumsindkomst, kan *søge* om driftstilskud og/eller afgiftslettelse. Hvis den lavere

1) Apoteksafgiften bruges til finansiering af apoteksektorens fælles udgifter. Afgiften fastsættes årligt af Stortinget (jfr. kap. III, 3 og kap. VI, 2).

indkomst kan henføres til uforskyldte forhold, bliver indkomsten suppleret op til det tilstræbte minimumsniveau.

Lav indkomst, der skyldes udgifter af en art, der ikke kan accepteres, giver således ikke anledning til tilskud (dette gælder f.eks. store lønudgifter som følge af, at apotekeren ikke lægger sin fulde arbejdskraft på apoteket).

DET JURIDISKE LABORATORIUM VED KØBENHAVNS UNIVERSITET

Ordliste

AIP
Apoteksindkøbspris for den enkelte pakning.

Analogpræparater
Præparater, hvis terapeutisk aktive indholdsstoffer kun afviger ubetydeligt fra hinanden i kemisk henseende, og hvis terapeutiske egenskaber m. v. anses for at være så godt som identiske. Se også »synonympræparater«.

Apoteksforbeholdte lægemidler
De lægemidler, hvis detailforhandling er forbeholdt for apotekerne, jfr. apotekerlovens § 34.

Arkana
Lægemidler, hvis sammensætning ikke er oplyst.

A-udsalg
Apoteksudsalg, der drives for apotekerens regning i selvstændige lokaler og med et af apotekeren ansat personale, herunder farmaceut(er). Et A-udsalg kan ekspedere recepter selvstændigt. Se også »B-udsalg« og »C-udsalg«.

AUP
Apoteksudsalgspris for den enkelte pakning.

Behovsprøvning
Den norske regel om, at en medicinsk specialitet ikke kan godkendes til forhandling, medmindre den - foruden at være tilstrækkelig effektiv, uskadelig m. m. - imødekommer et (udækket) behov på det norske marked.

B-udsalg
Apoteksudsalg, der drives for en apotekers regning i selvstændige lokaler og med et af apotekeren ansat personale, men uden farmaceut(er). Se også »A-udsalg« og »C-udsalg«.

Bulk
Et lægemiddel foreligger »i bulk«, når det er færdigforarbejdet (f.eks. som tabletter eller mikstur) men endnu ikke fordelt i forbrugerpakninger.

C-udsalg
Apoteksudsalg, der ikke drives for apotekerens regning, men som er indrettet hos - typisk - en anden handlende, der modtager en rabat for salget af de fra apoteket modtagne varer.

DAK
Danmarks Apotekerforenings Kontrollaboratorium.

DAK-præparater
Monografisamling (s.d.), der udsendes af Danmarks Apotekerforening. Udtrykket »DAK-præparater« anvendes undertiden som betegnelse for alle apoteksfremstillede præparater, uanset om de er optaget i den nævnte monografisamling.

Dispensere
Tilberede, sammenblande, dele eller afveje lægemidler til en patient.

Disp ens eringsform
Den præparatform, hvori en lægemiddelsubstans foreligger (f.eks. tabletter, salve, injektions væske).

Distributionsapotek
Apotek, der ikke foretager fremstilling af lægemidler (bortset fra enkelte simple opløsninger m.v.), men alene videreforhandler færdigpakninger.

Distributionstilladelse
Tilladelse fra indenrigsministeriet til en læge til at udlevere lægemidler til patienter på steder, hvor der ikke er apotek (apotekerlovens § 44). Dyrlæger har ret til at foretage sådan udlevering uden særlig tilladelse (lovens § 45).

Énkanaldistribution
Distributionsform, hvorved visse præparater kun engrosforhandles af en enkelt grossist.

Extemporær medicin
Medicin, der ikke færdigholdes på apoteket, men fremstilles i tilslutning til udleveringen.

Farmaceutiske specialiteter
Se medicinske specialiteter.

Farmakologi
Læren om lægemidlernes skæbne i og virkninger på den menneskelige organisme.

Farmakopé
Officielt autoriseret samling af lægemiddelmonografier, hvori kvalitetskriterier m.v. for lægemidler fastsættes, jfr. apotekerlovens § 2, stk. 1.

Filialapotek
Ikke-selvstændig distributionsenhed, der er tilknyttet et »moderapotek«, og som principielt kan yde samme service med hensyn til ekspedition som dette. Filialapoteker eksisterer i dag kun i form af A-udsalg (s.d.).

Fremstilling
Udtrykket omfatter for så vidt angår apotekernes lægemiddelproduktion også den fremstilling, der alene består i færdigkonfektionering (emballering og etikettering) af lægemidler, der er hjemkøbt i bulk (s.d.).

Frihandelsvarer
Varer, der må detailforhandles af andre end apotekerne. Begrebet omfatter dels ikke-lægemidler, dels de lægemidler, der ikke er apoteksforbeholdt.

Fællesnavn
Et af sundhedsstyrelsen fastsat navn for det terapeutisk aktive stof i en medicinsk specialitet (jfr. apotekerlovens § 70, stk. 1).

Galenika
Forarbejdede lægemidler.

»grå hæfte, Det«
Den af apotekerfonden årligt udgivne undersøgelse over apotekernes driftsforhold. Undersøgelsen bygger på de opgørelser, som apotekerne efter apotekerlovens § 37 årligt skal indsende til sundhedsstyrelsen, jfr. herved bilag 2.

Håndkøbstakst
De af Danmarks Apotekerforening udarbejdede takster for ikke-receptpligtige lægemidler og frihandelsvarer. Håndkøbstakst I omfatter råvarer og apoteksfremstillede varer, mens håndkøbstakst II omfatter hjemkøbte færdigpakninger (kemisk-tekniske artikler, forbindsstoffer, plastre m.v.).

Håndkøbsvarer
Varer, der kan udleveres uden recept eller rekvisition.

»Insulin m.v.«
Omfatter de medicinske specialiteter, som ifølge medicintaksten sælges med særlig lav apoteksavance, og hvis omsætningsandel ikke indgår i beregningen af omsætningsafgift/tilskud. Betegnes undertiden »livsvigtig medicin«.

Kombinationspræparat
Lægemiddel, hvori indgår to eller flere terapeutisk aktive stoffer.

Konditionere
Udøve virksomhed som provisor.

Konfektionering
De sidste stadier af »fremstillingen« (s.d.) af lægemidler, dvs. pakning, etikettering m.m.

Kontrolleret engrosvirksomhed
Virksomhed, der af indenrigsministeriet er godkendt efter apotekerlovens § 68 til at levere råvarer til apotekerne.

Kontrolleret laboratorium
Lægemiddelfremstillervirksomhed der er godkendt af indenrigsministeriet efter apotekerlovens § 67. Godkendelsen giver virksomheden ret til at sælge forarbejdede lægemidler i bulk (s.d.) til apotekerne og indebærer samtidig en leveringspligt for de lægemidler, der er optaget i farmakopeen m.m.

»Leverance«
Salg fra apoteker til større aftagere som hospitaler, dyrlæger, plejehjem m.m.

Magistrel ordination
Ordination (s.d.), der lyder på et ikke-standardlægemiddel, dvs. et lægemiddel, der fremstilles specielt (»magistrel fremstilling«) med henblik på en enkelt patients særlige behov.

Medicinske specialiteter
Fabriksfremstillede lægemidler i forbrugerpakning. Udtrykket defineres i apotekerlovens § 70 som »brugsfærdige lægemidler, der forhandles i fremstillerens for forbrugeren bestemte pakning under et særnavn eller under et af sundhedsstyrelsen fastsat fællesnavn med tilføjelse af fremstillerens firma navn eller -mærke«.

Medicintakst
Den af sundhedsstyrelsen ifølge apotekerlovens § 30 udarbejdede takst, der angiver apotekernes udsalgspriser for de apoteksforbeholdte lægemidler og dermed bestemmer bruttoavancen.

Monografi
Tekstbeskrivelse, der fastlægger de officielle kvalitetsnormer for et lægemiddel eller et lægemiddelstof.

Officiel formelsamling, officiel monografisamling
Omfatter de gældende udgaver af 1) den fællesnordiske farmakopé og 2) et særligt dansk tillæg hertil samt 3) »DAK-præparater« (s.d.).

Ordination
Forskrift på en recept (s.d.) for udlevering af et lægemiddel. En recept kan indeholde flere ordinationer (s.d.).

Prøveholdig
En råvare eller et præparat er prøveholdigt, når det opfylder de krav til renhed, sammensætning m.v., som fremgår af den pågældende monografi (s.d.) eller af lignende forskrifter.

Rayon
Det geografiske område inden for hvilket et bestemt apotek skal være beliggende; ved nyoprettelser angives rayonen i den kongelige resolution om oprettelsen.

Recept
En af en læge, tandlæge eller dyrlæge given forskrift for udlevering fra apotek eller sygehusapotek af et lægemiddel, enten til bestemte personer eller dyr, eller til sygehus, klinik eller lignende eller til brug i receptudstederens praksis. En recept kan omfatte flere ordinationer (s.d.).

Receptpligtige lægemidler
De lægemidler, der ifølge sundhedsstyrelsens regler herom kun må udleveres mod recept.

Receptur
Det eller de lokaler i et apotek eller A-udsalg, hvor recepterne ekspederes (Kontrol, etiketskrivning, ekstemporær (s.d.) og magistrel (s.d.) fremstilling etc.).

Recepturgebyr
Et gebyr, der ifølge medicintaksten opkræves for hver lægemiddelpakning, der ekspederes efter recept.

Recipe
Svensk udtryk for ordination (s.d.).

Standardlægemiddel
Et lægemiddel hvis styrke og øvrige sammensætning er fastsat i en farmakopé (s.d.) eller anden officiel formelsamling (s.d.).

Synonympræparater
Præparater, der indeholder samme terapeutisk aktive stof, men som hidrører fra forskellige fremstillervirksomheder. Se også analogpræparater.

Særnavn
Et af fabrikanten valgt navn for en medicinsk specialitet, der har karakter af varemærke (jfr. apotekerlovens § 70, stk. 1).

Takst
Se »medicintakst« og »håndkøbstakst«.

Terapeutisk effekt
Den virkning på sygdomme eller sygdomssymptomer, som opnås med et lægemiddel.