

Priser og konkurrenceforhold på lægemiddelområdet

Betænkning afgivet af
det af sundhedsministeren
nedsatte udvalg



BETÆNKNING NR. 1156
December 1988



trykt på genbrugspapir

ISBN 87-503-7703-5

Stougaard Jensen/København

Su 00-7-bet

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Udvalgets nedsættelse, medlemmerne og arbejdet.....	1
2. Kapitel 1. Karakteristiske træk ved pris-, omsætnings- og erhvervsforholdene for lægemidler.....	3
Producenterne.....	4
Grossisterne.....	10
Apotekerne.....	12
Lægerne.....	16
Forbrugerne.....	16
Det offentliges tilskud.....	17
3. Kapitel 2. Udvalgets forslag.....	18
Prisen på lægemidler i Danmark og i andre lande.....	18
Prisdannelsen på lægemidler.....	20
Lavere lægemiddelpriser - hvordan?.....	21
Udvalgets forslag til indgreb, der kan sikre lavere lægemiddelpriser.....	22
Udvidet beskyttelse af dokumentationsmateriale.....	24
Kontrol med prisstigninger.....	25
Liberalisering af grossistleddets aftalesystemer.....	27
Sikring af et rent lægemiddeldistributionssystem gen- nem separation af DAK fra Apotekerforeningen.....	28
Ophævelse af apoteksmonopolet på håndkøbslægemidler....	28
Færre apoteker og rationalisering af apotekets arbejdsgang.....	29
Ændret apoteksavance.....	30
Bedre lægemiddelinformation.....	31
Ændret medicintilskud.....	32
Nedsat moms på lægemidler.....	36
Afslutning.....	36
4. Bilag: Oversigt over synspunkter i høringssvarene til udvalget	
5. Apotekernes detailforhandling af lægemidler.	

Udvalgets nedsættelse, medlemmerne og arbejdet

Folketingets dagsorden nr. D 34 af 14. januar 1988 pålagde regeringen at nedsætte et sagkyndigt udvalg , uafhængigt af særinteresser, som inden 1. januar 1989 - på grundlag af undersøgelser af prisdannelsen og markedsføringspraksis på lægemidler i alle led - skulle fremsætte forslag, der kunne sikre forbrugerne såvel som det offentlige de lavest mulige lægemiddelpriser og omkostninger. Det blev endvidere pålagt udvalget at gøre rede for de opgaver, herunder produktion og forhandling, der varetages af apotekerne, apotekernes organisation og de foreningsejede selskaber.

Ved skrivelse af 11. april 1988 blev udvalget nedsat med følgende sammensætning:

Mette Koefoed Bjørnsen (formand)
Cheføkonom Anne E. Jensen
Overlæge, dr. med. Jens P. Kampmann

Udvalget har holdt 25 møder.

Udvalgets sekretariatsfunktion er varetaget af Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Monopoltilsynet i forening af følgende personer:

Sundhedsministeriet: Kontorchef Jørgen Bartels Petersen og sekretær Kasper Axel Nielsen. Sundhedsstyrelsen: Afdelingschef Jens Overø og kontorchef Lis Ellinor Jensen. Monopoltilsynet: Kontorchef Madvig Sørensen og fuldmægtig Jens Carlsen.

Det var ved udvalgets nedsættelse forudsat, at udvalget gjorde sig bekendt med berørte organisationers synspunkter. Udvalget har derfor besøgt Danmarks Apotekerforening, DAK a/s (Danmarks Apotekerforenings Kontrollaboratorium a/s) , MEDIF (Medicinimportørforeningen) , MEFA (Medicinfabrikkerne) og MEGROS (Medicinalgrossisterne). Herudover har udvalget gennem anmodning om hørings-svar gjort sig bekendt med de berørte parter synspunkter.

Det har været udvalgets opfattelse, at alle forhold af væsentlig betydning for prisdannelsen på lægemidler skulle vurderes

med henblik på at belyse, hvorvidt ændringer af love, aftaler, sædvaner og principper kan bidrage til at sikre både det offentlige og forbrugeren lavere priser på lægemidler end dem, der gælder i dag.

En række forhold af stor økonomisk betydning har udvalget imidlertid betragtet som forudsætninger for sit arbejde. Det er således lagt til grund, at der fortsat skal være let adgang til forsyning med lægemidler i alle egne af landet, at apoteksforbeholdet for de receptpligtige lægemidler opretholdes, at lægemidler skal koste det samme på alle landets apoteker, og at EF-rettens regler, som forbyder diskriminering over for importerede præparater, overholdes.

Betænkningens kapitel 1 indeholder en redegørelse for branchens forhold, herunder også en beskrivelse af apotekernes distributionsforhold mv. Betænkningens kapitel 2 indeholder udvalgets forslag. Som bilag er medtaget resumé af høringssvar til udvalget fra en række organisationer med interesser i lægemiddelområdet. Da det imidlertid i kommissoriet er pålagt udvalget særligt at gøre rede for apotekernes forhold, har udvalgets sekretariat udarbejdet en beskrivelse af apotekervæsenet i Danmark som en særskilt publikation.

Omslaget viser udvalgets 10 forslag og i kort skematisk form virkningerne for producenterne (MEFA, MEDIF og DAK), grossisterne, apotekerne, forbrugerne og det offentlige.

De blanke felter er udtryk for, at de pågældende omsætningsled ikke berøres af forslaget.

Skemaet er udarbejdet under den forudsætning, at alle de fremsatte forslag realiseres, da de afbalancerer og supplerer hinanden.

København den 30. december 1988

Mette Koefoed Bjørnsen

Anne E. Jensen

Jens P. Kampmann

kapitel 1

KARAKTERISTISKE TRÆK VED PRIS-, OMSÆTNINGS- OG ERHVERVSFORHOLDENE FOR LÆGEMIDLER

Distributionsvejene samt pris-, avance- og omkostningsforholdene ved fremstilling og forhandling af lægemidler er i mange henseender fastlagt ved lovbestemmelser, bekendtgørelser og brancheaftaler.

Nedenfor omtales kort de væsentligste forhold af betydning for den økonomiske side af lægemiddeldistributionen, dvs. forhold omkring priser, avancer, omkostninger og konkurrencemuligheder/-begrænsninger. De i denne henseende vigtigste regler findes i:

1. Monopolloven, navnlig §§ 11 og 12.
2. Pris- og avanceloven, navnlig § 6.
3. Apotekerloven, navnlig §§ 1, 5, 10, 11-15, 41, 42, 44, 45 og 49-57.
4. Lægemiddeloven, navnlig § 5, jf. § 3, stk. 2, og §§ 13, 20, 22, 23 og 26-31.
5. Patentlovgivningen, navnlig ændringen fra december 1983, hvorefter der kan udtages patent på lægemiddelstoffer.
6. Sundhedsministeriets aftale med Danmarks Apotekerforening om størrelsen af apotekernes samlede bruttoavance (apotekernes bruttoavanceaftale, jf. apotekerlovens § 45).
7. Sundhedsministeriets bekendtgørelse om apoteksavancens fordeling på de enkelte pakninger og om ydelse af rabat (apotekernes avanceformler, jf. apotekerlovens § 44).
8. Branchens aftale om, hvilke virksomheder der kan drive grossistvirksomhed, og om grossisternes forpligtelse til at nægte distribution af lægemidler fra producenter og importører, der selv vil foretage distributionen til visse apoteker (totaldistributionsaftalen, registreret i Monopoltilsynets register under reg. nr. 3009).
9. En til totaldistributionen knyttet brancheaftale om forholdet mellem prisen for klinikpakninger bestående af

- et antal enkeltpakninger og prisen for et tilsvarende antal enkeltpakninger, der ikke er samlet til en klinikpakning (aftalen om klinikpakninger).
10. Branchens aftale om grossistavancens størrelse for de enkelte pakninger efter de omkostninger, der er ved at distribuere dem (præstationsrabatsystemet registreret i Monopoltilsynets register under reg. nr. 2639).
 11. Vedtægterne for Danmarks Apotekerforening (registreret i Monopoltilsynets register under reg. nr. 2619).
 12. Sundhedsministeriets bekendtgørelse om tilskud til lægemidler.
 13. Indenrigsministeriets skrivelse af 18. december 1984 om overdragelse af registreringsrettigheder til DAK-Laboratoriet a/s. (Danmarks Apotekerforenings Kontrollaboratorium a/s).

De brancheorganisationer, der har indgået de under punkterne 8-10 omtalte aftaler er Foreningen af danske Medicinfabrikker (MEFA), Medicinimportørforeningen (MEDIF), Foreningen af Medicingrossister (MEGROS) og Danmarks Apotekerforening (DA).

I den følgende gennemgang af omsætningsforholdene er anvendt tal for 1987.

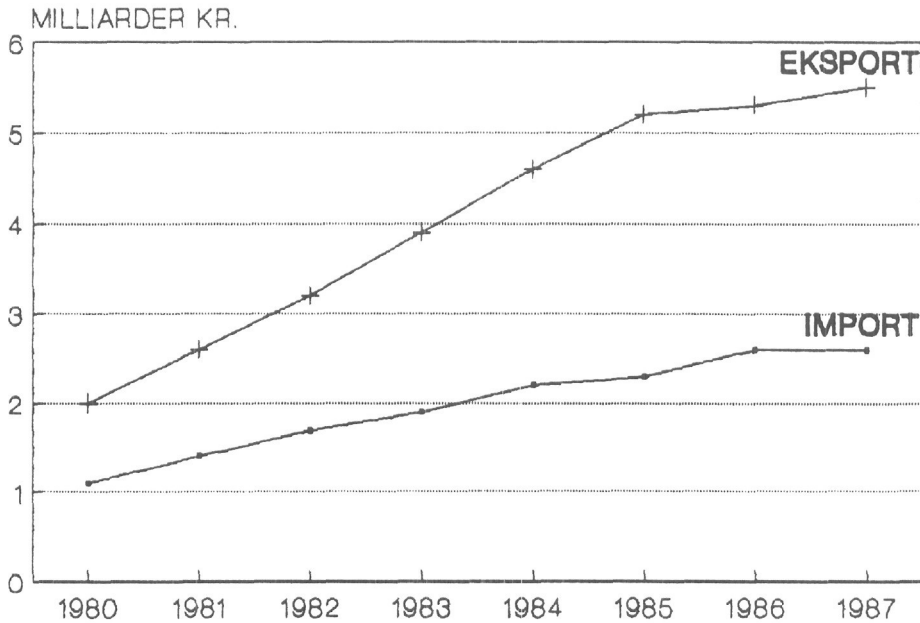
PRODUCENTERNE

1. Virksomheder og omsætning

Industrispecialiteter:

Henved 20 danske lægemiddelproducenter leverer årligt for ca. 910 mio. kr. medicin til hjemmemarkedet målt i apoteksindkøbspriser (AIP) og de har en eksport til en værdi af ca. 5.525 mio. kr. Endvidere findes der 35 - 40 importører af udenlandske lægemidler. Importen af lægemidler - for ca. 1.650 mio. kr.- foregår oftest gennem danske datterselskaber. Hertil kommer import af råvarer og halvfabrikata til den danske medicinindustri for knap 900 mio. kr.

Udviklingen i værdien af eksport og import af lægemidler fremgår af nedenstående figur:



Kilde: MEDIF

DAK-specialiteter:

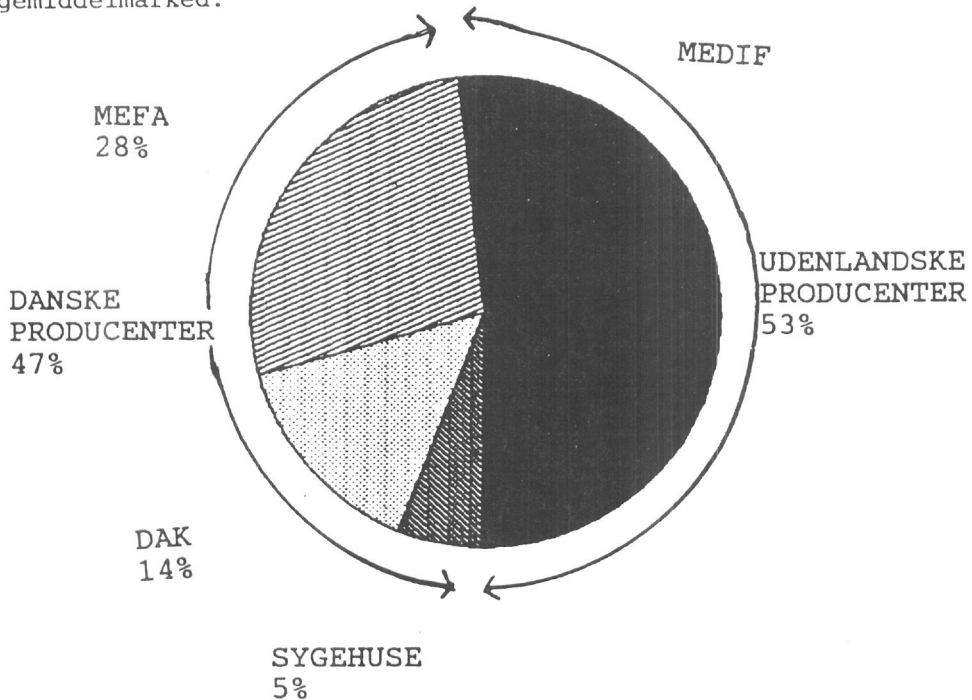
Det af Danmarks Apotekerforening ejede DAK-Laboratoriet a/s har registreringsretten til apoteksfremstillede lægemidler. Fremstillingen af disse lægemidler sker dels i lønarbejde på 12 produktionsapoteker og enkelte medicinalvarefabrikker (i 1987 til samlet værdi af 280 mio. kr.), dels på de private apoteker (i 1987 for 70 mio. kr.).

Anden produktion:

De private apoteker fremstiller en vis mængde magistrelle lægemidler - i 1987 for ca. 50 mio. kr. målt i apoteksudsalgspriser (AUP). Endvidere fremstiller sygehusapotekerne en betydelig mængde lægemidler til sygehusets eget forbrug. Med den nyeste apotekerlov, der trådte i kraft den 1. januar 1985, er der åbnet adgang for sygehusapoteker til at videresælge de sygehusapoteks-

fremstillede lægemidler til andre sygehusapoteker. Den årlige omsætning af sygehusapoteksfremstillede lægemidler er ca. 260 mill. kr. målt i apoteksudsalgspriser. Endelig fremstilles der en vis mængde lægemidler på Statens Seruminstitut og på Statens Veterinære Serumlaboratorium.

Nedenstående figur viser udenlandske og danske producenters samt DAK's og sygehusapotekernes markedsandele på det danske lægemiddelmarked:



Kilde: MEDIF

2. Priser og indtjening

Priserne på lægemidler er højere her i landet end i en række andre lande. Typisk ligger de 18 - 20% over gennemsnittet af priserne i Italien, Frankrig, Norge, Østrig, Finland, Belgien og Sverige, men 12 - 15% under gennemsnitspriserne i Schweiz, Vesttyskland og Holland. De sidstnævnte "højprislande" er sammen med Danmark udprægede eksportlande på lægemiddelområdet, medens "lav-

prislandene" ikke i samme grad har eksportinteresser på dette område.

Forbruget pr. indbygger (medicinmængden) er i Danmark lavt sammenlignet med andre landes. Eksportværdien og beskæftigelsen i medicinindustrien er i forhold til andre lande meget høj i Danmark. Den samlede indtjening i den danske medicinalindustri har i årene 1975 - 1986 i gennemsnit været ca. 15% af den investerede kapital.

Den gennemsnitlige pris pr. pakning er 2 - 3 gange så høj for industrispecialiteter som for DAK-specialiteter. I 1986 var gennemsnitsprisen således godt 125 kr. for importerede industrispecialiteter, ca. 85 kr. for danske industrispecialiteter og godt 35 kr. for DAK-specialiteter, solgt på recept til forbrugerne. DAK's sortiment består overvejende af ældre præparater, der fremstilles ved hjælp af kendt teknologi ud fra ikke-patenterede stoffer.

3. Erhvervsvilkår

1. Lægemidler kan ikke markedsføres uden Sundhedsstyrelsens godkendelse. Der kræves omfattende dokumentation for virkninger og bivirkninger.

2. Lægemidler sælges som mærkevarer. De er beskyttet af patentrettigheder, i praksis 6 - 10 år efter markedsføringen.

3. Der sker ikke forhåndsgodkendelse af priserne.

4. De danske lægemiddelproducenter, importørernes og DAK's priser er i princippet omfattet af kontrol efter monopolloven og pris- og avanceloven.

5. Bedømmelsen af priser i henhold til monopolloven sker som hovedregel efter det såkaldte enkeltvarekalkulationsprincip, der indebærer, at prisen på en vare ikke belastes med omkostninger, som vedrører andre varer.

Efter en ændring af monopolloven i 1983 fraviges dette princip for den forskende lægemiddelindustri vedkommende. Disse virksomheder har herefter frihed til at inddække forskningsomkostningerne i priserne på de præparater, der kan bære omkostningerne,

og på de markeder - eksportmarkeder eller hjemmemarked - hvor konkurrencen gør dette muligt, uanset om omkostningerne har forbindelse med de pågældende præparater. Denne frie fordeling af forskningsomkostningerne gælder også ved bedømmelsen af priserne på importeret medicin.

Kun i det tilfælde, hvor virksomhedens samlede indtjening på lægemidler bedømmes som urimelig stor, kan et indgreb komme på tale. Dette har ikke foreligget i praksis.

6. Ved bedømmelsen af en lægemiddelvirksomheds samlede indtjening skal Monopoltilsynet som for andre virksomheder kun medregne omkostninger i det omfang, de er nødvendige og rimelige. Tilsynet kan imidlertid ikke se bort fra nogen del af en lægemiddelproducents forskningsomkostninger, uanset om forskningen tilsigter at finde frem til præparater, der medfører terapeutiske fremskridt, eller den udelukkende tilsigter at fremstille præparater, der samfundsmæssigt ikke er behov for.

Prisen på det enkelte medicinpræparat kan i realiteten ansættes frit under hensyn til konkurrencen med andre præparater, andre behandlingsformer og eventuelle kopipræparater, der bringes på markedet efter patentets udløb.

"]_. Erfaringen har vist, at effektiv kontrol med priserne på importerede lægemidler i praksis er meget vanskelig at gennemføre, fordi det ikke er muligt at tvinge udenlandske virksomheder til at fremlægge et tilstrækkelig fyldigt bedømmelsesgrundlag. De udenlandske virksomheders danske datterselskaber kan underkastes sædvanlig kontrol, men deres indkøbspriser, dvs. afregningspriserne til de udenlandske moderselskaber, kan ansættes vilkårligt, uden at en direkte kontrol er mulig. En vis bedømmelse kan ske på grundlag af prissammenligninger, men den vil ifølge Monopoltilsynet sjældent være tilstrækkelig til at danne grundlag for et indgreb i priserne.

j3. Der kan på samme præparat ansættes én pris i Danmark og andre priser på hvert af eksportmarkederne. Prisen i Danmark er ifølge industrien vejledende for prisen på de udenlandske markeder. Priserne rummer ofte et dækningsbidrag, der er meget stort

i forhold til de direkte produktionsomkostninger. En salgsforøgelse bidrager derfor stærkt til fortjenesten, selvom salgsforøgelsen eventuelt må ske til forholdsvis lave priser og med forholdsvis store salgsmkostninger på et udenlandsk marked.

9. Prisen pr. enhed for forskellige pakningsstørrelser af samme præparat kan ansættes efter et af producenten bestemt forhold.

10. Den pris, fabrikanterne og importørerne fastsætter, gælder ved salg til apotekerne (apoteksindkøbsprisen, AIP). På denne pris ydes en rabat til grossisterne efter faste regler baseret på den enkelte paknings omkostninger ved engrosdistributionen (præstationsrabatsystemet). Denne rabat er grossistens avance.

11. Reklame- og informationsvirksomheden, der i 1987 medførte omkostninger svarende til 9,9% af omsætningen for de danske fabrikker og 13,5% for importørerne, kan inden for visse grænser frit rettes mod lægerne og andre "medicinalpersoner". Reklamer for lægemidler over for offentligheden skal derimod forhåndsgodkendes af Sundhedsstyrelsen.

12. Producenterne og importørerne kan sælge lægemidler til grossister, der er godkendt af Sundhedsstyrelsen, samt direkte til private apoteker og sygehusapoteker. For visse veterinære lægemidler gælder en undtagelse fra reglen om, at lægemidlerne skal passere et apotek.

Efter aftale mellem branchens organisationer påtager grossisterne sig kun distributionen af en producents eller en importørs præparater, hvis hele distributionen overdrages grossisterne. En producent eller importør kan således ikke selv foretage en del af distributionen og overlade resten af distributionen til grossisterne (totaldistributionsaftalen). Denne aftale har bl.a. den virkning, at producenterne og importørerne afskæres fra at sælge billigere til sygehusapotekerne end til de private apoteker. Der er tidligere set eksempler på meget store prisafslag til sygehusapotekerne, og i udlandet er der endog set eksempler på gratisleverancer. Disse prisafslag blev ydet for at opnå, at de pågældende præparater blev anvendt på sygehusene i håb om, at de også ville

blive anvendt i primærsektoren, idet lægen vil tage det som en anbefaling, at et præparat bruges på et sygehus, uanset at der efter patientens hjemsendelse ofte kan fås billigere præparater. Prisafslagene blev således ydet på de almindelige forbrugeres bekostning.

Monopoltilsynet har under hensyn hertil accepteret totaldistributionsaftalen. Denne afgørelse er stadfæstet af Monopol-ankenævnet og af Østre Landsret, hvor sagen har været indbragt af Amtsrådsforeningen. Sagen verserer p.t. for Højesteret.

GROSSISTERNE

1. Virksomheder og omsætning

Industrispecialiteter:

De lægemidler, der fremstilles af danske producenter, og de lægemidler, der importeres, distribueres gennem 4 "specialitetsgrossister" med en samlet omsætning på ca. 2,5 mia. kr. Desuden findes enkelte mindre grossister, som kun forhandler veterinære lægemidler.

DAK-specialiteter:

De af DAK fremstillede lægemidler distribueres gennem det af Danmarks Apotekerforening ejede engrosselskab Bang & Tegner a/s.

2. Avance og indtjening

Specialitetsgrossisterne opnår en bruttoavance, der for de forskellige pakningsstørrelser i gennemsnit er 7,8% af salgsprisen, dvs. apoteksindkøbsprisen.

Specialitetsgrossisternes nettoindtjening har i de senere år svaret til 15 - 20% af den investerede kapital.

3. Erhvervsvilkår

1. Grossisterne er forpligtet til at videresælge til den af leverandørerne fastsatte apoteksindkøbspris. Deres bruttoavance er som nævnt den af leverandørerne herpå ydede rabat, som for de enkelte pakninger er fastsat i præstationsrabatsystemet. Da avancerne er aftalebestemt, er deres størrelse og dermed grossisternes indtjening underkastet Monopoltilsynets kontrol. Tilsynet har gennem tiden foretaget en gradvis nedsættelse af den gennemsnitlige grossistavance fra ca. 10% i 1974 til de nugældende 7,8%. Endvidere har tilsynet foranlediget en omlægning af beregningen af præstationsrabatsystemets satser, så satserne fra januar 1989 alene er bestemt af de enkelte pakningers distributionsomkostninger. Satserne vil herefter variere fra knap 4% til ca. 17%. Den gennemsnitlige grossistrabat er fortsat 7,8%.

2. Specialitetsgrossisterne skal føre fuldt varesortiment, dvs. at de skal forhandle og være lagerførende i alle fabriksfremstillede lægemidler.

3. Grossisterne kan ikke konkurrere på prisen, jf. punkt 1, og da også kredittiden er fastlagt, er det kun muligt at konkurrere på serviceydelser over for kunderne, herunder navnlig hyppige leveringer og villighed til at foretage hasteleverancer i mangelsituationer.

Det enkelte apotek har oftest 2 grossistleverandører, og modtager typisk daglige leverancer fra hver af disse grossister. Konkurrencen har medført, at grossisterne alle foretager en meget effektiv EDB-styret ekspedition og leverer til de forholdsvis få kunder efter faste rutiner. Den største af grossistvirksomhederne fører lager for en række af de mindre importører og distribuerer derfra på importørernes vegne til de øvrige grossister.

4. Der er mellem branchens organisationer aftalt regler for oprettelse af nye grossistvirksomheder. Ansøgerne skal opfylde vidtgående krav med hensyn til omsætning, de skal føre fuldt varesortiment, være villige til at påtage sig hasteleverancer til deres kunder og følge de vedtagne kreditbetingelser mv.

APOTEKERNE

1. Virksomheder og omsætning

312 private apoteker har en samlet årlig omsætning på ca. 4,3 mia. kr. målt i apoteksudsalgspriser (AUP) uden moms. (1987). Endvidere er der 16 sygehusapoteker, som leverer indkøbte lægemidler skønnet til 260 mio. kr. målt i forbrugerpriser til de sygehuse, de er tilknyttet. Herudover fremstiller en række sygehusapoteker i betydeligt omfang lægemidler til brug på de pågældende sygehuse.

Til de private apoteker er knyttet 31 apoteksfilialer og knap 100 apoteksudsalg samt knap 900 håndkøbsudsalg og knap 600 medicinudleveringssteder.

2. Avance og indtjening

Apotekernes gennemsnitlige avance på lægemidler er ca. 36% af AUP svarende til ca. 56% af AIP. For de billigste pakninger er apoteksavancen over 200% af AIP, og for de dyreste godt 30% af AIP. Der ydes rabatter på 10% til sygehuse og på 5% til dyrlæger.

Det beløb, der udgør apotekernes samlede bruttoavance ved salg af lægemidler og andre varer mv., fastsættes hvert andet år ved aftale mellem sundhedsministeren og Danmarks Apotekerforening. Beløbet skal dække apotekernes omkostninger og en indtægt til de 312 apoteker på i alt 111 mio. kr. (1987).

Reglerne for avancen på den enkelte lægemiddelpakning fastsættes af sundhedsministeren og beregnes efter følgende form-
ler:

Hvis AIP er under 20 kr., er apoteksavancen:

$(0,65 \text{ AIP} + \text{kr. } 2,00) \cdot 0,898 + \text{kr. } 1,35$ (receptgebyr)

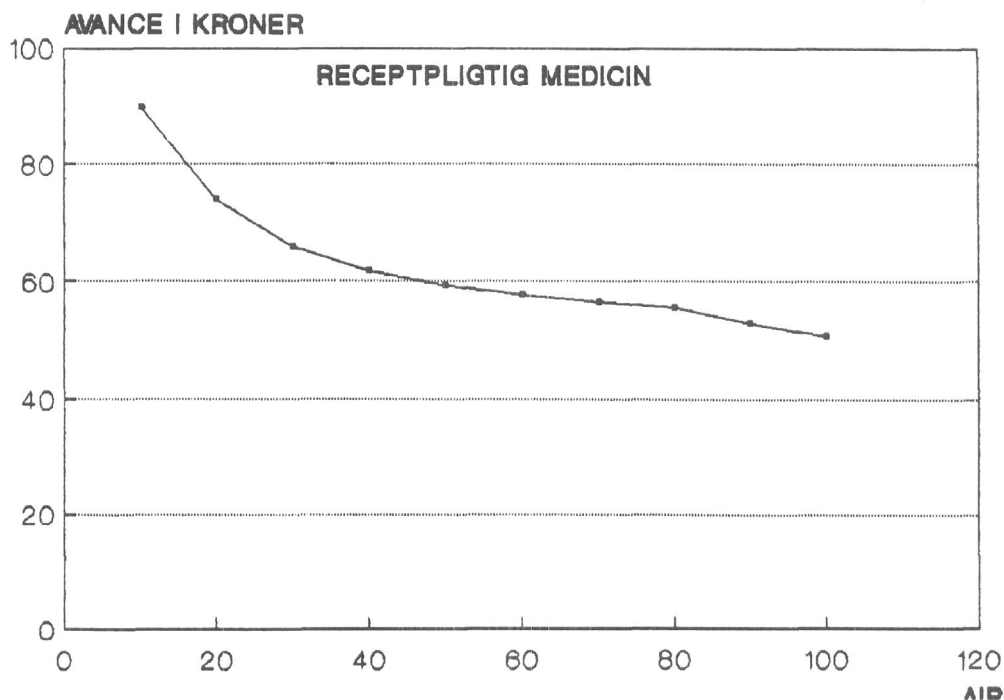
Hvis AIP er mellem 20 og 80 kr., er apoteksavancen:

$(0,55 \text{ AIP} + \text{kr. } 4,00) \cdot 0,898 + \text{kr. } 1,35$ (receptgebyr)

Hvis AIP er over 80 kr., er apoteksavancen:

$(0,35 \text{ AIP} + \text{kr. } 20,00) \cdot 0,898 + \text{kr. } 1,35$ (receptgebyr)

Resultatet er følgende avanceprofil for udvalgte apoteksind-
købspriser:



3 eksempler på avanceberegningen :

1. Kloramfenikol, øjendråber 0,5%, 10 ml.	AIP =	18,49 kr.
procentvis avance:	$18,49 \times 65\%$	= 12,02
fast kronebeløb :		<u>2,00</u> -
i alt :		14,02 -
reguleres med udskrivningsprocent:	$14,02 \times 0,898$	= 12,59
receptgebyr :		<u>1,35</u>
samlet avance (ca. 75% af AIP) :		<u>13,94 kr.</u>

2. Naproxen, tabletter, 250 mg, 50 stk.	AIP =	58,12 kr.
procentvis avance:	$58,12 \times 55\%$	= 31,97
fast kronebeløb :		= <u>4,00</u>
i alt :		35,97 -
reguleret med udskrivningsprocent:	$35,97 \times 0,898$	= 32,30
receptgebyr :		<u>1,35</u> -
samlet avance (ca. 58% af AIP) :		<u>33,65 kr.</u>

3. Lasix, tabletter, 40 mg, 250 stk.	AIP =	162,37 kr.
procentvis avance:	$162,37 \times 35\%$	= 56,83 -
fast kronebeløb :		= <u>20,00</u>
i alt :		<u>76,83</u> kr.
reguleret med udskrivningsprocent:	$76,83 \times 0,898$	= 68,99 kr.
receptgebyr :		<u>1,35</u>
samlet avance (ca. 43% af AIP) :		<u>70,34 kr.</u>

Avancen vil i praksis være mere degressiv, end det fremgår af oversigten og de tre regneeksempler, idet der her ikke er taget hensyn til de rabatter, apotekerne skal yde sygehuse (10%) og dyrlæger (5%). Disse to kundegrupper aftager især forholdsvis dyre pakninger.

Der foretages en udligning af apotekernes fortjeneste, jf. apotekerlovens §§ 49-53. Efter bestemmelserne skal apoteker med en omsætning over en vis beløbsgrænse (i 1987 13.560.000 kr. svarende nogenlunde til gennemsnitsomsætningen brutto) svare en afgift, som efter en stigende skala kan nå op på 13% af den del af omsætningen, der overstiger den pågældende beløbsgrænse med mere end 60%. Til gengæld udbetales der tilskud til de apoteker, som har

en omsætning under beløbsgrænsen på op til 6% af det beløb, omsætningen ligger under 75% af beløbsgrænsen. Udligningen sikrer dog langt fra en ensartet indtjening for apotekerne.

Avanceberegningen har stor betydning for indkomstfordelingen blandt apotekerne. En meget degressiv avancemodel medfører således økonomiske problemer for store apoteker med mange rabatbelagte leverancer, mens apoteker med en relativ stor omsætning af håndkøbs lægemidler høster fordele. Det skyldes, at apotekerlovens udligningssystem ikke passer til en degressiv apoteksavance. Det er derfor nødvendigt at tilpasse udligningsordningen til den valgte avancemodel, der er stærkt degressiv.

Det driftsresultat, der tilfaldt apotekerne efter indbetaling af afgifter/udbetaling af tilskud, beløb sig i 1987 til 79,3 mio. kr. eller i gennemsnit 253.000 kr. pr. apotek.

Nedenstående tabel viser apotekernes fordeling i 1987 efter driftsresultatets størrelse, efter regulering ved afgiftsbetaling/-tilskudstildeling.

Driftsresultat 1987

Udbytte i <u>1000 kr.</u>	Antal apoteker.
underskud	58
fra 0 - til 300.000 kr..	127
fra 300.000 - 500.000 kr.	79
fra 500.000 - 1.000.000 kr.	40
fra 1 mio. og derover	<u>8</u>
I alt. :	<u>312</u>

3. Erhvervsvilkår

1. Apotekerne har eneret på detailforhandling af lægemidler. Herfra gælder kun ganske få undtagelser for præparater fremstillet af rene naturprodukter og visse veterinære lægemidler.

2. Apoteksvirksomhed kan kun udøves efter særlig bevilling. Apotekets placering afgøres af sundhedsministeren.

3. Apotekerne skal føre passende lager og være i stand til hurtigt at fremskaffe ethvert lægemiddel, der ordineres ved recept.

4. Apotekerne kan ud over lægemidler forhandle varer inden for sundheds- og sygeplejen og andre varer, som naturligt og hensigtsmæssigt forhandles sammen med lægemidler.

LÆGERNE

Lægerne skal ved deres ordination af lægemidler først og fremmest vælge det terapeutisk bedst egnede præparat. Derudover er lægerne forpligtet - såvel af lægeloven som af overenskomsten med sygesikringen - til at tage økonomiske hensyn over for patienterne. På næsten alle sygehuse er der oprettet lægemiddelkomitéer, der fastlægger retningslinjer for sygehusets valg og brug af lægemidler. Disse retningslinjer fastsættes ud fra lægelige og økonomiske synspunkter. Også i primærsektoren, dvs. uden for sygehusene, er der igangsat lægemiddelkomitéarbejde omend i mindre omfang.

FORBRUGERNE

Fra de private apoteker leveres lægemidler for godt 4 mia. kr. uden moms til private forbrugere og til sygehuse, der ikke har et sygehusapotek. De fleste præparater kan kun købes efter recept, og forbrugerne er her afskåret fra at vælge mellem forskellige lægemidler med samme virkning.

Også håndkøbslægemidler er apoteksforbeholdte, men de kan desuden købes i en række håndkøbsudsalg, der forsynes fra et apotek.

Forbrugerne stilles over for ens priser på det samme lægemiddel på alle landets apoteker og har som nævnt for de receptpligtige lægemidlers vedkommende ingen indflydelse på, hvilke varer de skal købe. Da der yderligere til de vigtigste lægemidler ydes tilskud fra det offentlige på 50% eller 75% af prisen, er forbrugernes prisbevidsthed stærkt reduceret for så vidt angår de receptpligtige lægemidler, der udgør godt 80% af omsætningen.

DET OFFENTLIGES TILSKUD

Det offentlige betaler som ovenfor anført gennem tilskud en væsentlig del af prisen på lægemidler.

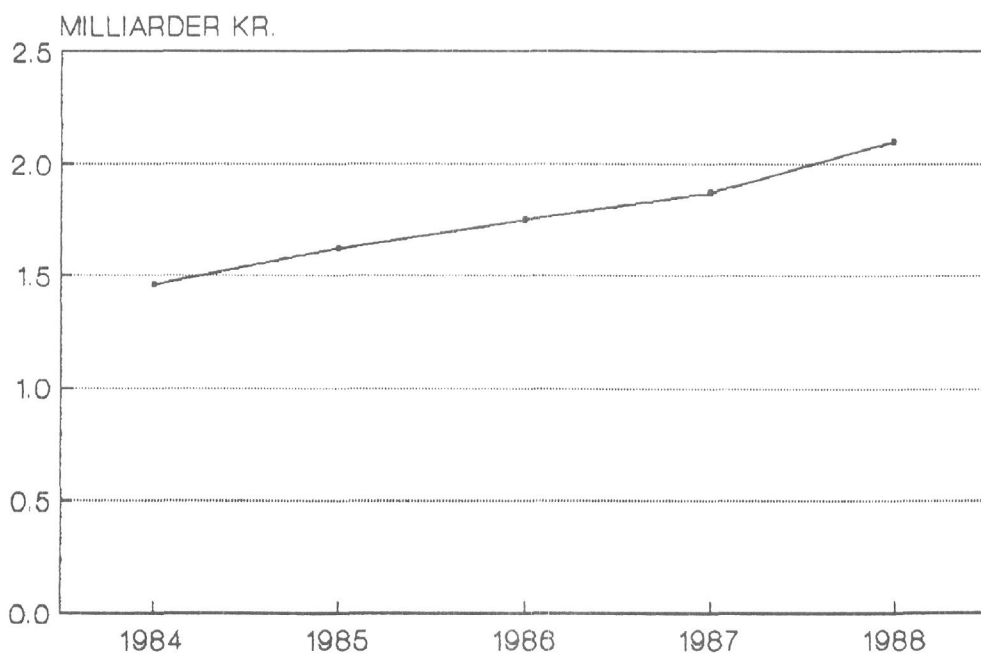
Tilskuddet er procentvis fastlagt, idet der ydes enten 50% eller 75% af udsalgsprisen, jf. lov om offentlig sygesikring.

50% tilskud ydes til lægemidler med sikker og værdifuld terapeutisk effekt, medmindre der foreligger risiko for et overforbrug. Lægemidler får tilskud med 75%, hvis de ud over at opfylde disse krav anvendes til behandling af veldefinerede, ofte livstruende sygdomme, og hvis lægemidlerne ikke umiddelbart kan anvendes på mindre hensigtsmæssige indikationer.

Efter lov om social pension kan kommunerne yde medicinhjælp til økonomisk særligt vanskeligt stillede pensionister ud over det generelle offentlige tilskud, således at medicinen bliver gratis for pensionisten.

Ifølge bistandsloven kan der efter kommunens trangsvurdering ydes hjælp til medicin. Desuden kan der ydes tilskud til personer med fysiske og psykiske handicap. Endelig ydes der tilskud til kronisk syge til den del af egenudgiften til tilskudsberettiget medicin, som overstiger 500 kr. pr. måned.

Sygesikringens udgifter til medicintilskud er i de seneste år steget mere end de offentlige udgifter på de fleste andre sundhedsområder. Figuren viser udviklingen i sygesikringens medicintilskud fra 1984-1988:



kapitel 2

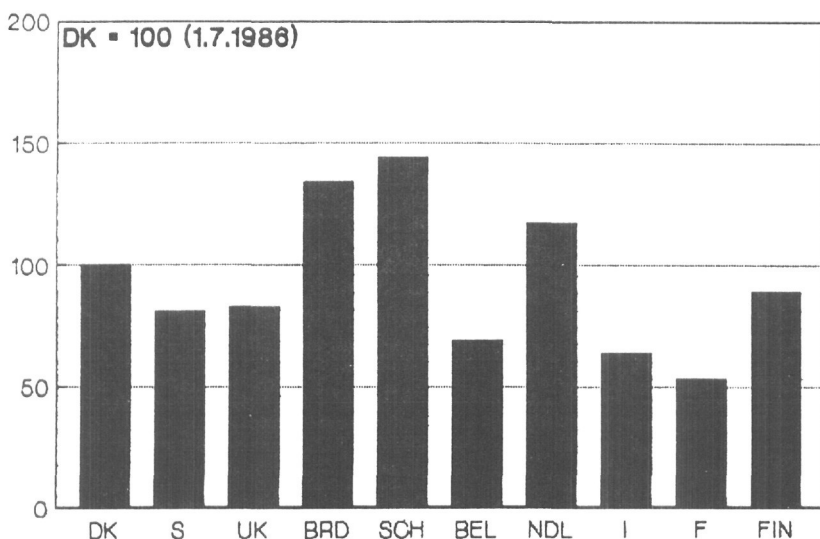
Udvalgets forslag.Prisen på lægemidler i Danmark og i andre lande.

En lang række undersøgelser viser, at medicinpriserne i Danmark er høje målt efter international standard. Det gælder såvel priserne af producent som salgspriserne fra apoteket. Samtidig må det konstateres, at medicinforbruget i Danmark ligger lavt sammenlignet med forbruget i de fleste andre lande.

Internationale prissammenligninger påvirkes dog stærkt af udviklingen i valutakurserne, ligesom forskelle i varesammensætningen kan fordreje billedet af virkeligheden.

Det er således ikke alene danske medicinpriser, der ligger højt ved internationale sammenligninger. Det danske prisniveau er højt for de fleste varer, hvilket bl.a. afspejler, at valutakursudviklingen i de senere år har været ensbetydende med en opvurdering af den danske krones internationale værdi set i forhold til dens hjemlige købekraft.

Da endvidere sammensætningen af medicinforbruget varierer meget fra land til land, er det vanskeligt at foretage prissammenligninger, som kan give et reelt billede af prisforskellene.



Kilde: Sveriges Apoteksbolag, 1986

Figuren viser en sammenligning af medicinpriserne i udvalgte lande. Trods de nævnte forbehold må det konkluderes, at de danske priser ligger højt; kun Vesttyskland, Holland og Schweiz har højere priser.

Der er en tendens til, at lande med en betydelig medicinekseport har høje priser. Heri kunne ligge en skjult støtte til medicinindustrien, med det formål at sikre et indtjeningsgrundlag, der fremmer forskning og udvikling. I Danmark er hjemmemarkedet af beskeden økonomisk betydning for producenterne (kun ca. 1/8 af den samlede omsætning). Her bruger producenterne de høje hjemmemarkedspriser på medicin som et argument i forhandlingerne om at opnå tilsvarende høje priser på eksportmarkedet. Dette argument er hidtil blevet godtaget både af Monopoltilsynet og af det politiske flertal.

Producentprisen i Danmark er således noget højere end i andre lande. Figur 2 viser, at grossistavancen er lav efter international standard, mens apoteksavancen er meget høj. Danmark har endvidere den højeste moms på lægemidler af alle lande.

	Producentpris	Grossistavance	Apoteksavance
Vesttysk land	53.8%	9.9%	36.3%
Schweiz	53-65%	11-15%	27-38%
Østrig	55.5%	11.1%	33.4%
England	57.5%	12.5%	30.0%
Holland	58.6%	12.6%	28.8%
Danmark	58.4%	4.5%	37.1%
Finland	60.3%	5.3%	32.4%
Frankrig	61.0%	6.6%	32.4%
Spanien	61.0%	8.3%	30.7%
Norge	63.9%	7.4%	28.7%
Italien	67.0%	8.0%	25.0%
Sverige	68.5%	3.5%	28.0%
Portugal	72.0%	8.0%	20.0%

Kilde: MEFA, tal og data, 1988.

Prisdannelsen på lægemidler.

Prisdannelsen på lægemidler i Danmark er typisk karakteriseret ved ufuldstændig konkurrence.

Der er en meget begrænset gennemsigtighed i efterspørgslen. Den enkelte bruger har ofte kun ringe viden om produkter og prisforhold, og store offentlige tilskud medvirker til at mindske prisbevidstheden. Hertil kommer, at varevalget er separeret fra varens betaling, idet det er lægen, der vælger præparatet, og forbrugeren, der efterfølgende betaler.

På udbudssiden begrænses konkurrencen i producentledet af patentbeskyttelse og de høje faglige krav, der stilles til lægemiddeldelproducenterne og til deres dokumentation i forbindelse med registrering af lægemidler, og i distributionen af et lovgivningsrænssigt fastsat apoteksmonopol.

Begrænsningerne i konkurrencen på udbudssiden skal sikre opfyldelse af en række vigtige målsætninger for lægemiddelforsyningen. Patentbeskyttelsen er således en økonomisk betingelse for den forskning og udvikling, der kan sikre nye landvindinger inden for brugen af lægemidler. Store krav til dokumentation af produktets virkninger og bivirkninger kan hæmme nye produkters entré på markedet, men de er nødvendige af hensyn til befolkningens sikkerhed. Dette hensyn er også baggrunden for monopoliet i distributionen af lægemidler.

Ønsket om en sikker distribution betyder, at en fordyrelse af lægemiddeldistributionen må accepteres.

En række krav i lovgivningen modvirker således lave medicinpriser. Hertil kommer konkurrencebegrænsende brancheaftaler.

Ud over sundhedspolitiske hensyn må industripolitiske overvejelser indgå i en vurdering af medicinpriserne. Medicinindustrien i Danmark skaber store nettovalutaindtægter, som det er væsentligt at bevare. Som nævnt hævder industrien, at medicinpriserne i Danmark ofte er vejledende for den pris, der kan opnås på de udenlandske

markeder. En høj hjemmemarkedspris får dermed - også indirekte - stor betydning for producenternes indtjening. Udvalget finder dog, at denne påstand ikke er overbevisende dokumenteret.

Lavere lægemiddelpriser - hvordan?

Lavere lægemiddelpriser kan skabes, dels gennem øget konkurrence, dels gennem direkte offentlig regulering af priser og avancer.

På udbudssiden kan øget konkurrence skabes gennem liberaliseringer og andre institutionelle ændringer (fx en ændret struktur for grossisternes virkemåde/antal apoteker, deres opgaver og spørgsmålet om apoteksmonopolet). De institutionelle ændringer skal forstærke incitamenterne til at gennemføre reduktion af omkostningerne i alle omsætningsled.

Myndighederne kan gribe direkte ind i prisdannelsen gennem priskontrol i producent-/importør- og grossistledet og ved ændring af apotekernes avanceberegning.

På efterspørgselssiden kan der skabes større gennemsigtighed gennem information om lægemidler og disses priser, ligesom en ændring af tilskuds- og skattesystemet kan give brugerne et klarere signal om de faktiske medicinudgifter - for brugerne og for det offentlige.

Udvalgets forslag til indgreb, der kan sikre lavere lægemiddelpri- ser

Forudsætningen for lavere priser på lægemidler og dermed besparelser for såvel brugerne som det offentlige er en reduktion i een eller flere af de komponenter, der udgør et lægemiddels udsalgspris, nemlig producentpris, grossist- og apoteksavance. For brugerne kan lavere priser desuden skabes gennem nedsat moms og større medicintilskud og for det offentlige gennem mindre medicintilskud.

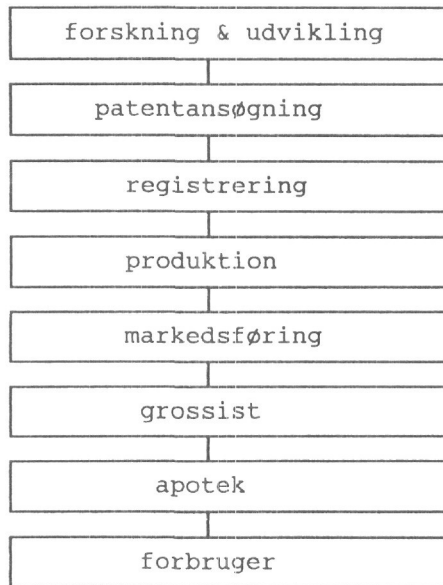
Forslag til sikring af lavere lægemiddelpriiser kan derfor indebære følgende bivirkninger:

- Lavere priser for brugerne betyder mindre fortjeneste i et eller flere salgslid.
- Mindre indtjening kan betyde ringere serviceniveau, der således må afvejes mod fordelene ved de lavere priser.
- Mindre indtjening i medicinindustrien kan betyde en forsinket udvikling af nye lægemidler samt på visse udenlandske markeder en lavere eksportpris. Dette indebærer forringet international konkurrenceevne og mindre valuta-indtjening.

Prisforholdene for lægemidler er et resultat af mange indbyrdes sammenhængende enkeltfaktorer. Skal der sikres lavere priser, kræves derfor en samlet løsningsplan, hvor flere samtidige ændringer afvejes mod hinanden i et forsøg på at hindre u hensigtsmæssige følgevirkninger.

De foreslåede ændringer harmonerer med gældende EF-regler på området. Det er også tilstræbt, at forslagene ikke strider mod kommende initiativer i forbindelse med etableringen af det indre marked i EF, som forventes at ville indebære, at store prisforskelle fra land til land på farmaceutiske produkter udjævnes under hensyntagen til ønsket om på den ene side at opnå lave priser og på den anden side at fastholde og udbygge den internationale konkurrenceposition EF-landenes medicinindustri har i dag.

Udvalgets forslag er ikke opstillet i prioritetsrækkefølge, men følger produktets vej fra producent til forbruger, jf. nedenstående figur:



Udvalget foreslår:

1. Udvidet beskyttelse af dokumentationsmateriale
2. Kontrol med prisstigninger
3. Liberalisering af grossistledets aftalesystemer
4. Sikring af et rent lægemiddeldistributionssystem gennem separation af PAK fra Apotekerforeningen
5. Ophævelse af apoteksmonopolet på håndkøbslægemidler

6. Færre apoteker og rationalisering af apotekets arbejdsgang
7. Ændret apoteksavance
8. Bedre lægemiddelinformation
9. Ændret medicintilskud
10. Nedsat moms på lægemidler

Uddybning af de enkelte punkter:

1. Udvidet beskyttelse af dokumentationsmateriale

Danmark har siden 1983 - som de fleste andre lande - haft en produktpatentperiode for nye lægemidler på 20 år - det samme som for andre varer. Denne periode, hvor patentindehaverens væsentligste indtjening foregår, er i de senere år blevet stadig mere udhulet. Patentet udtages af konkurrencehensyn straks efter det potentielle lægemiddels syntese, men tiden herfra til registrering og markedsføring af produktet finder sted, kan på grund af stadig større dokumentationskrav og længere godkendelsesprocedurer for mange præparater nu udstrække sig til 12-14 år. Den faktiske indtjeningsperiode for det patenterede produkt er derfor ofte reduceret til 6-8 år. Indførelse af et markedsføringspatent ville sikre producenten af originalpræparatet en indtjeningsperiode uafhængigt af stigende krav til dokumentation i forbindelse med registreringen af lægemidlet.

Indførelse af et markedsføringspatent ville imidlertid indebære, at Danmark fraveg internationale aftaler på området, hvilket udvalget hverken skønner hensigtsmæssigt eller realistisk.

På denne baggrund skal udvalget derfor foreslå, at Danmark anvender muligheden for at indføre en yderligere beskyttelse af dokumentationsmaterialet for lægemidler. Udvides den nuværende beskyt-

telse af dokumentationsmaterialet fra 6 til 10 år regnet fra markedsføringsstartspunktet, vil dette have næsten samme effekt som en forlængelse af den effektive patenttid. Muligheden for at indføre denne udvidede beskyttelse af dokumentationsmaterialet er sikret ved den højteknologipakke, EF vedtog i 1987,

Efter beskyttelsesperiodens udløb vil salget af lægemidlet foregå under fri konkurrence, så lægerne efter intensiveret information og omlægning af medicintilskuddene (se punkt 8 og 9 s. 31 og 32) bedre end nu kan ordinere det billigste middel blandt terapeutisk ligeværdige muligheder. Gennemførelse af Sundhedsstyrelsens krav om samme absorption af synonympræparater og originalpræparater er et vigtigt led i en mere udstrakt anvendelse af synonympræparater efter patenttidens og beskyttelsesperiodens udløb. Ændringsforslaget skal derfor også ses på baggrund af de foreslåede nye regler for medicin-tilskud

2. Kontrol med prisstigninger

I forbindelse med udvalgets forslag om ændret avanceberegning for apoteker og momsnedsettelse på medicin foreslår udvalget, at den nuværende priskontrol suppleres med kontrol af prisstigninger. En sådan priskontrol skal hindre, at momsnedsettelse og omlæggelse af apotekernes avance resulterer i prisforhøjelser fra producenterens side.

Den nuværende priskontrol med lægemidler udføres for producenters og grossisters vedkommende af Monopoltilsynet på baggrund af monopolloven og pris- og avanceloven.

Siden monopollovens ændring i 1983 baseres priskontrollen for den forskende lægemiddelindustri vedkommende på en vurdering af lægemiddelproducenterens samlede indtjening og ikke som for andre virksomheder på indtjeningen for den enkelte vare eller tjenesteydelse. Der tages hermed hensyn til de store forsknings- og udviklingsomkostninger, og i praksis har virksomhederne frihed til at indregne omkostningerne på de præparater, der kan bære dem.

Den danske priskontrol er særdeles lempelig set i international belysning. I Schweiz, Vesttyskland og Holland reguleres priserne

efter den almindelige pris- og monopollovgivning. Men i de øvrige vesteuropæiske lande er der særlige - ofte meget strenge - regler for prisfastsættelsen på medicin. Disse regler indebærer, at priserne skal godkendes før markedsføring kan finde sted, og at priserne ikke kan forhøjes uden forhåndsgodkendelse. I Norge bliver markedsføringstilladelse totalt afslået, hvis prisen ikke findes rimelig i sammenligning med prisen for allerede markedsførte præparater. Kontrolreglerne indebærer i mange lande begunstiggelse af den nationale industri i pris og tilskudsmæssig henseende, særlige regler for importører, der vil investere i anlæg i de pågældende lande, regler for importvarer om, at prisen ikke må overstige prisen i præparatets hjemland eller prisen for synonympræparater, der måske/måske ikke respekterer gældende patentrettigheder. I middelhavslandene holdes lægemiddelpriserne nede gennem langvarig sagsbehandling. Det tager således ofte 1 år at få en prisansøgning behandlet regnet fra det tidspunkt, hvor alle relevante oplysninger foreligger.

I England omfatter kontrollen - som i Danmark - kun virksomhedernes samlede indtjening på lægemidler, og den tilladte avance fastsættes for hver virksomhed efter, hvor store forskningsudgifter virksomheden har i England, og efter hvor store investeringer virksomheden har foretaget i England. I de senere år er England skiftet fra at være et udpræget lavprisland til at være et højprisland omtrent på linje med Danmark. Denne omlægning af prispolitikken skyldes ønsket om at styrke virksomhedernes eksportindtægter.

Sammenfattende kan det siges, at der i Vesteuropa findes markeder uden særlig offentlig regulering med hensyn til lægemidler og markeder med en særlig regulering af dette område. Priskontrollen i de sidstnævnte lande bygger på principper, der adskiller sig væsentligt fra den danske monopollovs, og som i øvrigt er tvivlsomme i relation til EF-reglerne.

Priskontrollen i Danmark kan imidlertid skærpes, uden at EF-reglerne overtrædes.

At dette ikke er sket, skyldes dels hensynet til eksporten, dels vanskelighederne med at føre priskontrol overfor importeret medicin.

I betragtning af, at det offentlige betaler mere end halvdelen af medicinudgifterne, finder udvalget imidlertid en skærpet priskontrol påkrævet. Udvalget finder således, at priskontrollen bl.a.

kunne sigte på at begrænse industriens reklameomkostninger, fx ved kun at tillade, at en del af industriens reklameudgifter fx 50% kan indkalkuleres i produktets pris.

3. Liberalisering af grossistledets aftalesystemer

Efter de nugældende regler er grossistdistributionen af lægemidler baseret på et såkaldt flerkanalsystem, hvor alle branchens grossister er forpligtet til at forhandle samtlige varer. En producent eller importør kan heller ikke selv foretage en del af distributionen og overlade resten til grossisterne. Grossisterne skal sælge til de af producenten fastsatte apoteksindkøbspriser og den eneste mulighed for at påvirke fortjenesten er konkurrence på grossistens serviceydelser med tilbud om op til flere daglige vareudbringninger til apotekerne. Grossistavancen i Danmark er lav, i gennemsnit 7,8% af apoteksindkøbsprisen.

Det er udvalgets opfattelse, at grossistfunktionen i lægemiddeldistributionen i Danmark foregår rationelt, og da grossistavancen kun udgør en forholdsvis lille del af lægemidlets pris, vil ændringer i dette led ikke indebære mulighed for væsentligt lavere priser og omkostninger på lægemidlerne.

Det er dog samtidig udvalgets opfattelse, at det nuværende sæt af aftaler på grossistområdet sætter så faste rammer for drifts- og konkurrencebetingelserne, at en opblødning er hensigtsmæssig.

Afskaffelse af det nuværende flerkanalsystem vil reducere en overdreven service over for apotekerne og kan muligvis føre til en omkostningsbesparende konkurrence mellem grossisterne om at blive distributør for de enkelte leverandører.

Afskaffelse af totaldistributionsaftalen vil endvidere medføre, at producenter og importører atter får mulighed for at sælge billigere direkte til sygehusapoteker., Producenternes fristelse til ved prisdifferentiering at hente tabet på de billige lægemidler til sygehusbehandling ind ved at tage ekstra høje priser på de samme præparater uden for sygehuset kan modvirkes ved bedre information og øget samarbejde mellem lægemiddelkomitéerne i primær- og sekundærsektoren, samt ved indførelse af et nyt tilskudssystem med større egenbetaling for dyrere, ensvirkende lægemidler.

4. Sikring af et rent lægemiddeldistributionssystem gennem separation af PAK fra Apotekerforeningen

DAK (Danmarks Apotekerforenings Kontrollaboratorium) blev kort før vedtagelsen af den nugældende apotekerlov i 1985 ændret til et aktieselskab ejet af Danmarks Apotekerforening. DAK's overskud overføres ikke til Apotekerforeningen, men anvendes til konsolidering og produktudvikling. DAK udvikler traditionelt ikke originale præparater, men markedsfører kopipræparater og nye farmaceutiske formuleringer af allerede eksisterende produkter. Den øvrige medicinindustri hævder, at apotekerne favoriserer salget af DAK's præparater, men dette afvises fra apotekerside.

For at fjerne denne uklarhed kunne man i apotekerloven formulere et forbud mod, at apotekerne handler med produkter fremstillet af firmaer, som Apotekerforeningen eller apoteket har en interesse i. Som en konsekvens heraf og for at skabe større gennemsigtighed i prisdannelsen på medicin foreslår udvalget konkret, at Danmarks Apotekerforenings ejerskab af DAK bringes til ophør fx ved, at DAK omdannes til en selvejende institution.

En adskillelse af DAK fra Apotekerforeningen vil ikke i sig selv ændre medicinpriserne, men den vil sikre apotekerne en neutral position over for lægemiddelindustrien i deres rådgivning af forbrugerne. Det vil endvidere lette apotekernes deltagelse i lægemiddelkomitéarbejdet, der bør have stigende betydning som baggrund for lægens ordinationsmønster.

5. Ophævelse af apoteksmonopolet på håndkøbslægemidler

For at styrke konkurrencen i prisdannelsen på håndkøbslægemidler og samtidig sikre forbrugerne let adgang til almindeligt brugte lægemidler foreslår udvalget, at håndkøbspræparater tages ud af apoteksmonopolet. Derved vil avanceberegningerne på disse præparater ikke længere skulle følge reglerne om apotekernes avanceberegning.

Håndkøbsmidler med tilskud skal fortsat kun kunne fås på apoteket, som også stadig skal administrere medicinkortordningen (supplerende tilskud til lægemidler i henhold til pensions- og bistandslovgivningen). Forslaget indebærer ikke en ophævelse af apotekets pligt til at fremskaffe og sælge alle håndkøbsmidler. Pligten, men

ikke retten, til at fremstille magistrelle lægemidler foreslås derimod ophævet.

Uden for apoteket må håndkøbslægemidler kun sælges i forretninger efter regler udarbejdet af Sundhedstyrelsen.

Forslaget vil med stor sandsynlighed føre til lavere priser på håndkøbsmedicin og hermed et vist tab for apoteket, omend en del håndkøbsmedicin sælges på recept og dermed stadig vil være forbeholdt apoteket.

Det er udvalgets opfattelse, at veterinære lægemidler bør forblive apoteksforbeholdte. Gives der dyrlægen mulighed for at købe lægemidler direkte hos grossisten eller producenten, er der en risiko for, at dyrlægen får økonomisk interesse i salget af lægemidler. En sammenblanding af ordinationsret og økonomiske interesser er u hensigtsmæssig.

6. Færre apoteker og rationalisering af apotekets arbejdsgang

Apotekerne skal fortsat sikre en rationel distribution af receptpligtige lægemidler med ens priser over hele landet. Der bør være langt større fleksibilitet end i dag med hensyn til nedlæggelse og oprettelse af apoteker. Antallet af apoteker foreslås reduceret, samtidig med at flere apoteksfilialer etableres. Under det nugældende regelsæt kan et apotek kun nedlægges med apotekerens samtykke eller ved pension. Det vil derfor tage meget lang tid at sanere systemet. På lidt længere sigt vil den teknologiske udvikling kunne nedsætte behovet for apoteker i traditionel forstand. Recepter kan overføres fra lægen til apoteket ad elektronisk vej eller via telefax. Stregkodemarkering af pakningerne vil kunne forenkle såvel kontrolfunktionen som lagerstyringen og dermed indebære en rationalisering af distributionen, sådan som det for tiden sker i den øvrige detailhandel. Det er i øvrigt udvalgets opfattelse, at de farmaceutiske kandidater i stigende grad vil være overkvalificerede til arbejdet på et moderne apotek. Apoteket bør ikke opretholdes endsige udbygges som primært sundhedscenter.

7. Ændret apoteksavance

Apoteksavancen er idag i gennemsnit 37 % af udsalgsprisen før moms. Avancen, der er den højeste i Europa, beregnes efter en degressiv skala, således at de dyreste præparater leveres med den relativt mindste avance. Alligevel er den absolutte avance i kroner meget stor for dyre præparater, fx 176 kr. for et receptpligtigt produkt med en indkøbspris på 500 kr.

Da der ikke er sammenhæng mellem et præparats pris og det besvær der er forbundet med at forhandle det, synes det urimeligt at opretholde en avanceberegning, hvor det absolutte avancebeløb stiger med indkøbsprisen. Systemet foreslås derfor ændret, så alle receptpligtige lægemidler i princippet pålignes samme kronebeløb, for visse præparater eventuelt med et tillæg, som dækker særlige omkostninger ved disse præparaters distribution. Kroneavancen fastlægges svarende til 30 kroner, dog bør der fastsættes en højeste % for avancen, så de billige lægemidler ikke bliver for dyre. Herved bliver billige præparater dyrere, mens dyre præparater vil blive betydeligt billigere. Som en konsekvens af sådanne avanceregler vil størrelsen og sammensætningen af omsætningen for det enkelte apotek blive ændret. Det vil påvirke indkomstfordelingen for apotekerne, og det vil derfor være nødvendigt at tilpasse indretningen af udligningssystemet (beregning af det enkelte apoteks afgift eller tilskud).

De højeste afgiftssatser i det nuværende udligningssystem-afgifterne på 11 og 13% - virker hindrende for gennemførelse af en mere degressiv apoteksavance på lægemidler. Den del af et apoteks omsætning, hvoraf der skal betale 13% i afgift over udligningssystemet og 10% i rabat til modtageren (en leverance til et sygehus), kan ikke bære en væsentlig lavere avance end den nuværende, hvis denne del af omsætningen fortsat skal yde et positivt bidrag til apotekets indtjening. Indførelse af en mere degressiv avance som foreslået forudsætter derfor en revision af udligningssystemet.

Udvalget anbefaler, at det nuværende meget stive udligningssystem gøres mere smidigt med henblik på at bane vejen for det fremsatte forslag om ændring af apoteksavancen. Et konkret forslag i denne forbindelse er en anbefaling af, at de nuværende afgifts-/tilskudsprocenter og afgifts-/tilskudsintervaller fastsættes på de årlige finanslove. Ved denne fremgangsmåde kunne en større flek-

sibilitet opnås end ved det eksisterende afgiftssystem, hvor en lovændring er nødvendigt, hvis afgiftssystemet ønskes ændret.

8. Bedre lægemiddelinformation

Lægemiddelinformationsnævnet er nedsat i henhold til lægemiddellovens § 37 med den opgave at rådgive Sundhedsstyrelsen i sager om lægemiddelinformation. Ifølge bemærkningerne til loven skal Lægemiddelinformationsnævnet endvidere tage initiativ til igangsættelse af en statslig lægemiddelinformation. Nævnet har imidlertid ikke været indkaldt siden 1982.

Udvalget foreslår, at lægemiddelinformationsnævnet reaktiveres. Dette forslag skal ses på baggrund af et behov for øget information over for både sundhedspersonalet og forbrugerne. En nedprioritering af apoteksinformationsydelser og -rådgivning kombineret med en hurtigere omlægning af lægemiddelforbruget fra dyrere til billigere analog- og synonympræparater vil styrke behovet for en lægemiddelinformation uafhængig af producenterne.

Informationsnævnet skal give overordnede retningslinier for lægemiddelinformation, koordinere lægemiddelkomitearbejdet, udbygge lægemiddelstatistikken og være bindeled mellem de allerede eksisterende informationskilder som Ugeskriftets lægemiddelinformation, Medicinfortegnelsen, Månedsskriftet, Praktisk Lægemiddel Information (PLI), mv. En egentlig statslig lægemiddelinformation foreslås ikke oprettet på nuværende tidspunkt. Informationsopgaven bør efter udvalgets opfattelse løses som led i den praktiske lægegering og ikke ved oprettelse af et bureaukratisk, statsligt organ. Lægemiddelkomitearbejdet foreslås styrket specielt blandt praktiserende læger, bl.a. ved hjælp af informationsnævnet.

Informationsnævnets større virksomhed er stort set omkostningsfri, da der allerede findes mange medier til formidling af ideer og forslag på området.

Information om det enkelte lægemiddels virkninger og bivirkninger - såkaldte "indlægssedler" - skal efter EF-regler indføres senest 1. januar 1992.

Indlægssedlerne skal efter udvalgets opfattelse forfattes af producenten med et indhold og omfang nogenlunde svarende til lægemidlets omtale i Medicinhåndbogen. Sedlen skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.

9. Ændret medicintilskud

Udvalget finder, at tilskudsreglerne bør ændres, så de i højere grad end nu favoriserer billigere analog- og synonympræparater. Ved synonympræparater forstås kemisk identiske lægemidler med ens virkninger og bivirkninger. Analogpræparater er præparater med ens indhold af terapeutisk aktivt stof med nogenlunde ens virkninger og bivirkninger, selv om enkelte patienter kan reagere forskelligt på analoge præparater. Synonym- og analogpræparater med ensartede hovedvirkninger udgør en terapeutisk gruppe. Ved en ændring af tilskudsreglerne, er det vigtigt at se synonym- og analogpræparater inden for en terapeutisk gruppe som en helhed.

Omlægningen kan gennemføres på mange måder. En mulighed er et fast kronetilskud til samtlige præparater i gruppen svarende til det nuværende tilskud til gruppens billigste præparat. En ulempe ved denne model er dens indskrænkede økonomiske valgfrihed, idet alle andre præparater end det billigste bliver dyrere til skade for de patienter, som fx på grund af bivirkninger ikke kan anvende netop dette billigste præparat. Modellen kan endvidere administrativt være vanskelig at håndtere på grund af tilskudsændringer afhængig af prisen på gruppens billigste præparat.

En anden mulighed er indførelse af en degressiv tilskudsprocent, eventuelt slet intet tilskud til en analog- og synonymrækkes dyreste præparater. Denne model vil som den oven for nævnte føre til store prisstigninger på de dyreste midler i gruppen. Modellen vil dog samtidig fremme en værdifuld klinisk farmakologisk vurdering af de forskellige præparaters nytteværdi i forbindelse med fastsættelse af tilskudsskalaen for den enkelte lægemiddelgruppe.

En tredje model kombinerer elementer af de to allerede nævnte, idet der ydes et fast procentuelt tilskud, som dog inden for de forskellige terapeutiske grupper højst kan nå et på forhånd fastsat

maksimalt beløb. Herved øges den klinisk farmakologiske styringsmulighed af forbruget inden for præparatsortimentet samtidig med, at fastsættelsen af det maksimale tilskudsbeløb, fx svarende til en gruppes nuværende gennemsnitstilskud, medfører, at der bevares en vis frihed til en økonomisk forsvarlig ordination mellem forskellige terapeutisk ligeværdige præparater.

Udvalget foreslår derfor, at lægemidlerne (som nu) opdeles i 3 grupper; én gruppe uden tilskud, én gruppe med 50% tilskud og én gruppe med 75% tilskud, idet tilskuddene inden for hver terapeutisk gruppe højst kan nå et af Medicintilskudsnævnet fastlagt maksimalt beløb, som bør variere med den aktuelle lægemiddelgruppes terapeutiske muligheder og prisstruktur.

For "terapeutiske gennembrud" kan maksimalbeløbet sættes højere end for "sammenlignelige" grupper, fx må nuværende høje tilskud bevares for nye, dyre midler mod forhøjet blodtryk (som ACE-inhibitorer) i sammenligning med ældre, billige midler (som vanddrivende medicin).

Tabellen på viser et eksempel på tilskud efter de nuværende regler og efter modellen med fastkronetilskud og modellen med fast procenttilskud op til et vist maksimalt beløb.

Prissammenligning mellem midler mod mavesår (H_2 -blokkere). Prisen er beregnet for en 4-ugers kur. Der er tale om pakninger på 30 stk. (Nizax dog 28 stk.) og éngangsdosering. Priserne stammer fra Specialitetstaksten fra november 1988.

Præparat	Pris i alt	Patient- andel nu	Patient- andel ved fastkrone- tilskud svæ- rende til billigste mid- del (162,15 kr.)	Forøgelse af patient- andel	Patient- andel ved nyt til- skudsfor- slag (50%, dog højst 250 kr.)	Forøgelse af patient- andel
<u>Cimetidin - 800 mg</u> (kr.)	(kr.)	(kr.)	(kr.)	(kr.)	(kr.)	(%)
Aciloc	324,25	162,15	162,15	uændret	162,15	uændret
Acinil	373,55	186,80	211,40	13,2	186,80	uændret
Tagamet	514,05	257,00	351,90	36,9	264,05	2,7
<u>Famotidin - 40 mg</u>						
Pepcidin	590,45	295,25	428,30	45,1	340,45	15,3
<u>Nizatidin - 300 mg</u>						
Nizax	464,00	232,00	301,85	30,1	232,00	uændret
<u>Ranitidin - 300 mg</u>						
Ultidine	679,55	339,80	517,40	52,3	429,55	26,4
Zantac	698,60	349,30	536,45	53,6	448,60	28,4

Det ses, at der ved modellen med et fast procentuelt tilskud op til et maksimalt beløb bevares en uændret patientandel ved gruppens billigste præparater, mens de dyrere får end større patientandel. Dette bør medføre enten ændret ordinationsmønster med præparat-skift til billigere midler eller en prisreduktion for de dyreste midler. I begge til-fælde bliver resultatet mindre medicinudgifter både for brugerne og for det offentlige.

Maksimalgrænsen på 250 kr. er valgt, så der er en vis tilskudsmæssig valgfrihed - her mellem 2 cimetidinpræparater og famotidin - denne grænse kan flyttes afhængig af det terapeutiske udbud i gruppen.

Gennemførelse af den foreslåede tilskudsordning kan medføre besparelser for det offentlige på flere hundrede millioner kroner årligt. Disse besparelser vil samtidig være udgiftsneutrale for forbrugerne, hvis lægernes ordinationsmønstre ændres til billigere synonym- og analogpræparater. Der bliver tale om et tab for producenterne, men dette kompenseres i et vist omfang ved ændrede regler for beskyttelse af dokumentationsmaterialet for lægemidler.

Den foreslåede nye tilskudsmodel kan for enkelte patienter, som ikke kan anvende billigere præparater med procentuelt stort tilskud, men i stedet må bruge dyrere midler med relativt mindre tilskud, blive økonomisk belastende. Udvalget foreslår derfor, af sociale grunde, at reglen om en samlet maksimal gennemsnitlig månedlig udgift til tilskudsberettiget medicin ændres med en nedsættelse af det nuværende maksimale beløb, fx til 300 kr.

Som andre tilskudsmæssige ændringer foreslår udvalget en rutinemæssig revurdering af alle præparaters tilskudsmæssige status fx hvert 5. år, hvor tilskuddet kan ændres afhængig af præparatets relative nytteværdi, samt en noget mere restriktiv tildeling af generelle tilskud til nye præparater end den nugældende. Endelig bør der indføres en bagatelgrænse, dvs. afskaffelse af tilskud til meget billige præparater. Amtsrådsforeningen bør have et medlem i Medicintilskudsnævnet, da det overvejende er amterne, der betaler medicintilskuddene.

Generisk ordination, hvor lægen overlader til apoteket at vælge, hvilket synonympræparat der udleveres fra en given lægemiddelgruppe, bør efter udvalgets mening ikke gennemføres. Ordination af receptpligtig medicin er lægens opgave. Dette forhold bør ikke ændres.

Udvalget skønner, at generisk ordination vil kunne have en negativ indflydelse på læge-patientforholdet, og lægen bør ikke ved at anvende generisk ordination have mulighed for at fraskrive sig ansvaret for, hvilket lægemiddel den enkelte forbruger benytter.

Lægen bør opfordres til så vidt muligt at ordinere flere udleveringer pr. recept.

10. Nedsat moms på lægemidler

Mange lande i Europa har moms på medicin, men ingen så høj som Danmark. Som et led i udviklingen af EF's indre marked har Kommissionen foreslået en harmonisering bl.a. af momssatserne med det formål at imødegå grænsehandel, når de fysiske landegrænser bortfalder. De fleste EF-lande har en differentieret moms med en lav momssats på elementære fornødenheder - herunder medicin - og en højere momssats på luksusvarer.

Udvalget foreslår en nedsættelse af momsen på medicin. Det vil betyde lavere priser for forbrugerne, med størst nedsættelse for de dyre præparater.

Staten vil lide et provenutab, men kun svarende til momsnedsættelsen på patientens andel. Dette tab kan eventuelt hentes ind gennem mindre udgift til medicintilskud.

Det bør ved priskontrol sikres, at momsnedsættelsen fører til en tilsvarende prisnedsættelse.

Afslutning

Det er ikke svært at opnå lavere lægemiddelpriser for forbrugerne på bekostning af det offentlige budget. Det kan gøres ved at nedsætte momsen. Det er heller ikke svært at opnå lavere offentlige udgifter mod større udgift for forbrugerne - det kan gøres ved at reducere medicintilskuddene. Men det er svært på én gang at nå til lavere lægemiddelpriser for forbrugerne og samtidig lavere udgifter for det offentlige. Denne gordiske knude kan kun løses, hvis andre end forbrugerne og det offentlige betaler eller, hvis man accepterer en ringere præstation i et eller flere led i lægemiddeldistributionen (lavere service). Udvalgets forslag udmønter denne kendsgerning.

Udvalget har foretrukket at pege på tilrettelæggende frem for restriktive indgreb. Begrundelsen er, at de tilrettelæggende indgreb motiverer de berørte parter til at ændre deres adfærd i den ønskede retning, mens restriktive indgreb, der består i forbud og tvang, som oftest søges omgået og dermed mister virkningen.

I betænkningen er forslagene opstillet i uprioriteret rækkefølge, men i overensstemmelse med distributionsvejen, fra producent til forbruger.

Vurderes forslagene efter deres effekt på lægemiddelpriserne, ønsker udvalget at fremhæve: ændringen af medicintilskuddene (9), ændringen af apotekernes avance (7) samt ophævelse af monopolet på håndkøbslægemidler (5).

En momsnedsættelse (10) kombineret med kontrol med prisstigning (2) vil naturligvis omgående have virkning på lægemiddelpriserne. En væsentlig mindre priseffekt har udvalgets forslag om liberalisering af grossistledets aftalesystemer (3).

Forslag om færre, mere rationelle apoteker (6) vil på grund af aftalerne på området først give lavere priser på længere sigt.

Forslaget om bedre lægemiddelinformation (8) skal styrke brugen af billige synonym- og analogpræparater og må derfor ses i sammenhæng med forslaget om ændret medicintilskud (9). Forslaget om udvidet beskyttelse af dokumentationsmateriale (1) må også ses som en forudsætning for forslag (9). Det skal bøde på det tab, producenter af originalpræparater vil få ved større brug af analog- og synonympræparater.

Forslaget om separation af DAK fra Apotekerforeningen (4) skal understrege apotekernes neutralitet i rådgivningen af forbrugeren og i lægemiddelkomitéarbejdet. Et ændret ejerforhold for DAK vil desuden kunne styrke virksomhedens mulighed for at øge kapitalgrundlaget og dermed for vækst.

Udvalgets forslag om momsnedsættelse kompenseres over for de offentlige budgetter ved mindre medicintilskud på grund af forventet større anvendelse af billige synonym- og analogpræparater.

Også forslaget om priskontrol vil kunne reducere de offentlige medicintilskud. Forslaget er fremsat trods den manglende interesse for priskontrol såvel hos myndighederne som politikerne.

bilag

Oversigt over synspunkter i høringssvarene til udvalget

I udvalgets kommissorium er det forudsat, at udvalget gør sig bekendt med berørte organisationers synspunkter. Udvalget udarbejdede derfor en redegørelse om karakteristiske træk ved pris- omsætnings- og erhvervsforholdene, som blev sendt til nedestående organisationer med anmodning om disses kommentarer. Hovedtrækkene af den redegørelse, der blev sendt ud, fremgår af betænkningens kapitel 1.

På baggrund af de modtagne kommentarer er følgende resuméer udarbejdet:

MEFAS produkter er en integreret del af sundhedssektoren. Ca 10% af de samlede sundhedsudgifter bruges til lægemidler. Anvendelsen af lægemidler medfører samtidig store besparelser i andre dele af sundhedssektoren.

Medicinindustriens indsats må vurderes over en ret lang periode. De lægemidler, der markedsføres i dag, er resultatet af en forskning i 1960'erne og 1970'erne, og medicinindustriens fremtidige udvikling er bestemt af det forskningsarbejde, som udføres i øjeblikket. Indgreb, der rammer forskning og udvikling, vil derfor først med flere års forsinkelse vise deres skadelige virkninger på virksomhedernes vækst og konkurrenceevne.

Konkurrencen på det internationale marked er blevet skærpet i de senere år, og der kræves store økonomiske ressourcer for at opnå gennemslagskraft. Samtidig er vilkårene for forskning og udvikling i Danmark blevet ringere bl.a. som følge af lovene om miljø og genteknologi.

En stadig kortere effektiv patenttid har været medvirkende til at svække den forskende industri. Det er efter MEFAS opfattelse nødvendigt at sikre den forskende medicinindustri en reetablering af patentbeskyttelsen.

MEFA henstiller endvidere, at der ikke indføres ændringer i det nuværende priskontrolsystem for lægemidler. Af hensyn til

ønsket om at opnå størst mulig eksportindtjening er det vigtigt, at industrien bevarer handlefriheden i prisfastsættelsen.

Den danske medicinindustri har meget hårde vilkår på hjemmemarkedet på grund af konkurrencen fra importerede præparater og fra kopipræparaterne. Prisen på hjemmemarkedet er imidlertid - hævdes det - afgørende for den pris, der kan opnås på eksportmarkedet.

Der hersker en ulige konkurrence på hjemmemarkedet, fordi apotekerne, der har monopol på detailhandelen, også har producentinteresser gennem ejerskabet af DAK a/s. Dette gør endvidere apotekerne inhabile i informationsarbejdet, fremhæves det.

MEFA anbefaler, at den nuværende apoteksavance gøres mere degressiv. Dette vil medføre besparelser for det offentlige.

MEFA er modstander af ændringer i medicintilskuddene, således at tilskud gives som et fast beløb beregnet efter prisen på det billigste kopipræparat. Dette system vil favorisere producenter af kopipræparater og skade den forskende medicinindustri. En sådan ændring af tilskudssystemet vil - siger MEFA - medføre overvejelser fra den forskende danske medicinindustri om at opgive Danmark som oprindelsesland for fremtidig produktion.

MEDIF opregner en række forslag, som efter foreningens opfattelse vil føre til lavere medicinpriser, hvis de gennemføres:

1. Fjernelse af momsen på den receptpligtige tilskudsberettigede medicin. Dette vil umiddelbart føre til et prisfald på ca. 18%. Et momsbortfald vil ikke udløse prisstigninger i producentens pris, fordi priserne styres af den konkurrence, der er på markedet. Et bortfald af momsen vil ikke påvirke virksomhedernes indbyrdes konkurrencesituation og dermed ikke prisen.

2. Omlægning af apoteksavancen. MEDIF foreslår, at omlægningen af apoteksavancen i mere degressiv retning gennemføres. Dette vil medføre besparelser for det offentlige, idet den dyre tilskudsberettigede medicin som hovedregel vil blive billigere. Da medicintilskuddet beregnes som en % af lægemidlets pris, vil lavere pris på lægemidlet automatisk medføre lavere tilskud.

3. Omlægning af grossistdistributionen. Det er MEDIF's opfattelse, at det vil være forbundet med en rationaliseringsgevinst at indføre et eenkanaldistributionssystem svarende til det system, der findes i Sverige og Finland.

4. En liberalisering af salget af håndkøbslægemidler vil efter forningens opfattelse medføre lavere priser for det sortiment, der bliver udsat for fri konkurrence fra den øvrige detailhandel. Det vil endvidere kræve en rationalisering på apoteket, hvis ikke det resterende apoteksforbeholdte sortiment - de receptpligtige lægemidler - skal stige i pris. MEDIF finder det utilfredsstillende, at industrien er tvunget til at afsætte sine håndkøbsprodukter gennem et detailmonopol, der gennem ejerskabet af lægemiddelproducenten DAK a/s har økonomisk interesse i salget af bestemte præparater.

5. Overflytning af flere lægemidler til udlevering i håndkøb. Denne omlægning vil både spare lægekonsultationer og medicintilskud, for så vidt det er tilskudsberettigede lægemidler, der overflyttes til håndkøb.

6. MEDIF påpeger endvidere, at det er et alvorligt problem for den forskende medicinindustri, at den effektive patenntid bliver stadig kortere som følge af stigende dokumentationskrav i forbindelse med registrering af præparaterne. MEDIF foreslår derfor en udvidet beskyttelse af dokumentationsmateriale for lægemidler.

DAK-laboratoriet gør rede for de forhold, der er karakteristiske for DAK i forhold til andre producenter af lægemidler, herunder opdelingen af produktionen i en central og en decentral del. Den samlede værdi af DAK-produkter målt i AIP var i 1987 346,2 mio. kr. fordelt med 277,7 mio. kr. i central produktion og 68,5 mio. kr. i decentral produktion. DAK fremstiller ca. 600 forskellige specialiteter (juli 1988).

MEGROS kommenterer udelukkende forhold, der vedrører grossisternes funktionsområde. MEGROS erkender, at eenkanalsystemet, som er indført i Sverige og Finland, i disse lande har ført til en

grossistavance, som er lavere end den, der var gældende under det tidligere flerkanalssystem. Det er dog MEGROS' opfattelse, at denne sænkning af avancen i grossistleddet også ville være fremkommet, hvis flerkanalssystemet havde været bibeholdt. Flerkanalsystemet anvendes i de øvrige europæiske lande, men kun i Sverige er grossistavancen lavere end i Danmark.

Der er efter MEGROS opfattelse ingen større økonomiske forskelle på de to distributionsformer. Det danske distributionssystem er i grossistleddet et af de mest rationelle og billige i Europa.

Apotekerforeningen bemærker, at det nuværende økonomisystem for apotekerne i langt højere grad end før apotekerlovens ikrafttræden i 1985 tilskynder til at gennemføre rationaliseringer af driften på apotekerne. Apotekerne har gennemført sådanne rationaliseringer, men de dermed forbundne rationaliseringsgevinster er i vidt omfang blevet inddraget af det offentlige ved fastsættelsen af apotekernes samlede bruttoavance.

I dag befinder apotekssektoren sig i en økonomisk uholdbar situation, som bør ændres. Det er apotekerforeningens opfattelse, at de økonomisk vanskelige vilkår for apotekerne er en belastning for lægemiddelomsætningens sikkerheds- og serviceniveau.

Apotekernes nuværende økonomiske struktur har ført til et klima, hvor der ikke er ressourcer til nytænkning. Apotekerforeningen opfordrer derfor udvalget til at se på sektorens økonomi i lyset af den aktive rolle, apotekeren vil kunne spille med henblik på at sikre de lavest mulige priser og omkostninger på lægemidler.

Efter Dansk Farmaceutforenings opfattelse er den eneste mulighed for at opnå lavere priser på lægemidler bedre kontrol med prisfastsættelsen af fabrik. I alle andre led er priser og avancer fastsat af myndighederne efter forhandling med de berørte parter.

Den nuværende avance på lægemidler er efter foreningens opfattelse for lille set i forhold til størrelsen af de virksomheder (apoteker), der er tale om. Bruttoavancen er ikke tilstrækkelig til at sikre midler til modernisering og serviceforbedrende fremstød omkring befolkningens sundhed samt et rimeligt udbytte til apotekerne.

Farmaceutforeningen støtter en konsekvent gennemførelse af lægemiddelkomitéarbejde i primærsektoren.

Danske Apoteksteknikeres Forening påpeger, at lægemidler ikke er almindelige dagligvarer, hvorfor der bør gælde særlige forhold omkring udleveringen af dem. Foreningen foreslår, at apotekernes økonomisystem i højere grad end i dag tilrettelægges, så det bliver muligt at oprette flere apoteksudsalg i stedet for at oprette et stort antal håndkøbsudsalg. Denne udvikling vil sikre forbrugerne den nødvendige faglige betjening.

Den Almindelige Danske Lægeforening finder, at hovedtrækkene af de nuværende rammer omkring lægemidlers produktion og distribution er bevaringsværdige. Alle nuværende kontrolfunktioner bør opretholdes uændret på grund af lægemiddelområdets særlige karakter.

Foreningen anbefaler en opprioritering af informationsindsatsen vedrørende lægemidler, herunder anvendelse af præparatspecifikke indlægssedler i lægemidlers pakninger. Lægemedellovens informationsnævn bør aktiveres, fremhæves det.

Læger bør være forpligtede til at anvende det billigst mulige præparat, og striden mellem originalproducent og producenten af kopipræparater bør - efter foreningens mening - ikke løses ved konsultation og receptudskrivning, men på lovgivningsplan, fx ved indførelse af et markedsføringspatent.

Landbrugsrådet og Den Danske Dyrlægeforening mener, at det ikke er nødvendigt, at den veterinære medicin distribueres gennem apoteket, idet dyrlægen allerede i dag i vidt omfang er lagerførende og selv kontrollerer lægemidlerne. Der er således ikke nogen sikkerhedsmæssig begrundelse for at opretholde apotekets monopol på dette vareområde.

Organisationerne mener, at den reelle begrundelse for at opretholde apotekets eneret på forhandlingen af de veterinære lægemidler er, at denne del af omsætningen bidrager til at opretholde en decentral apoteksstruktur og dermed en let adgang til de humane lægemidler i alle egne af landet. Dette hensyn må - fremhæver organisationerne - tilgodeses på andre måder end ved at

opretholde apotekets eneret på at forhandle veterinære lægemidler. Organisationerne foreslår, at håndkøbsmedicin frigives til salg i almindelig detailhandel, ligesom det bør overvejes, at den receptpligtige humane medicin udleveres under andre former end den nuværende.

Landbrugsministeriet finder, at det fortsat bør sikres, at dyrlæger ikke opnår en egentlig fortjeneste ved salg af lægemidler, idet dette vil stride mod princippet om adskillelse af dyrlægegering og forhandling mv. af lægemidler. Et provenu ved ændrede rabatregler mellem apotek og dyrlæge for de veterinære lægemidler, bør komme forbrugeren til gode.

Den nuværende fastsættelse af apotekernes avance hviler på forhandlinger mellem Apotekerforeningen og Sundhedsministeriet. For de veterinære lægemidlers vedkommende ønsker Landbrugsministeriet at blive inddraget i forhandlingerne.

Amtsrådsforeningen gør opmærksom på, at den nuværende lovgivning på apoteker- og lægemiddelområdet medfører begrænsninger i amternes muligheder for at nedbringe medicinudgifterne. Særlig amternes udgifter til medicintilskud er styringsmæssigt et problem for amterne, som ikke har nogen umiddelbar indflydelse på disse udgifter. Oprettelse af lægemiddelkomitéer og udgivelsen af informationsbladet PLI har ikke været tilstrækkelige til at dæmpe væksten i medicintilskuddene.

Det er Amtsrådsforeningens opfattelse, at amtskommunerne, som via Sygesikringen finansierer ca. 50% af udgiften til lægemiddelforbruget, bør have større indflydelse på medicintilskudsområdet. Denne indflydelse kan gennemføres bl.a. ved at give Amtsrådsforeningen den fulde kompetence til at træffe beslutning om oprettelse af sygehusapoteker og sygehusapoteksfilialer. Det foreslås endvidere at fjerne de begrænsninger for sygehusapotekernes produktion, som apotekerloven sætter. Endelig mener Amtsrådsforeningen, at sygehusapoteker bør have mulighed for at købe lægemidler direkte hos producenten. Dette kræver ophævelse af totaldistributionsaftalen.

Foreningen anbefaler endvidere, at apoteksavancen gøres mere degressiv end den nuværende. Dette vil - fremhæves det - gøre avancen mere omkostningsrelateret.

Da amterne via sygesikringstilskud og sygehusenes medicinforbrug dækker omkring 65% af de samlede medicinudgifter, er det Amtsrådsforeningens opfattelse, at forhandlingskompetencen til at fastsætte apotekernes priser og avancer bør henlægges til amtskommunerne. Amtsrådsforeningens synspunkter deles af Københavns kommune og Frederiksberg kommune.

Butikshandelens Fællesråd anbefaler en liberalisering af salget af håndkøbslægemidler. Det vil skærpe konkurrencen til gavn for forbrugerne. Priserne på håndkøbslægemidler vil falde, og serviceniveauet over for forbrugerne vil stige.

Butikshandelens Fællesråd gør opmærksom på, at apotekssektoren må kunne tåle en konkurrence på håndkøbsområdet, idet omsætningen af håndkøbslægemidler kun udgør ca. 18% af apotekssektorens samlede salg, og kun en del af omsætningen af håndkøbslægemidler vil blive vundet af konkurrerende detailforretninger.

En liberalisering af salget af håndkøbslægemidler vil tillige delvist afhjælpe det forhold, at Apotekerforeningen har monopol på detailforhandlingen af lægemidler, samtidig med at foreningen har producentinteresser via ejerskabet af DAK a/s.

Efter Forbrugerrådets opfattelse er der brug for forholdsregler, der kan sikre konkurrencen på markedet. I tilfælde, hvor dette ikke kan lade sig gøre, bør der etableres en effektiv priskontrol. Den eksisterende monopol- og prislovgivning er helt utilstrækkelig, hvilket giver medicinindustrien mere lempelige konkurrencevilkår end andre erhverv.

Det er Forbrugerrådets holdning, at enkelt-vare-kalkulationsprincippet også bør gælde for medicin. Den lempelige priskontrol har ikke ført til udvikling af væsentlig flere originalpræparater i den danske medicinindustri. Endvidere foreslås indgreb over for industriens udgifter til reklame, således at kun en fastsat del af disse udgifter kan indregnes i produktets pris.

Som alternativ til branchens egen reklameaktivitet foreslår Forbrugerrådet, at der oprettes en statslig lægemiddelinformation.

Under de nuværende brancheaftaler har grossisterne ingen mulighed for at konkurrere på prisen. Det foreslås, at disse aftaler ophæves. Grossisterne kan endvidere gennem et samarbejde med den registrerende myndighed (Sundhedsstyrelsen) bidrage til lavere priser i producentleddet. Det er Forbrugerrådets opfattelse, at dyre produkter bør afregistreres, når der findes billigere substitutionsmuligheder.

Omkostningsniveauet i apotekssektoren er for højt, siger Forbrugerrådet, og sektorens overskud er vokset betydeligt i de senere år. Dette er udtryk for, at de centrale myndigheder enten mangler forhandlingsstyrke eller forhandlingsgrundlag i forbindelse med fastsættelsen af apotekernes bruttoavance.

Forbrugerrådet advarer mod at indføre en avancestruktur, der er mere degressiv end den nuværende. Degressiviteten i den nuværende avanceskala er mindst lige så stor, som den ville være tilfældet, hvis området var undergivet fri konkurrence. En større degressivitet i avancen vil gøre de billige lægemidler, typisk håndkøbslægemidlerne, for dyre. Dette vil give fornyet næring til forslag om en liberalisering af salget af håndkøbslægemidler. Både af økonomiske og af lægemiddelpolitiske hensyn kan en sådan liberalisering være uheldig, mener Forbrugerrådet.

Lægen bestemmer forbrugerens medicinvalg, men betaler ikke medicinen. Denne sammenhæng medfører efter Forbrugerrådets opfattelse en pligt for lægen til at ordinere så økonomisk rationelt som muligt for forbrugeren. Det er Forbrugerrådets opfattelse, at lægen bør være erstatningspligtig, hvis der ikke ordineres det billigste lægemiddel blandt ligeværdige. Lægens aflønning bør ikke være afhængig af, hvor mange recepter der udskrives.

Forbrugerrådet har sympati for forslaget om at ændre medicin-tilskuddet til et fast beløb beregnet efter prisen på det billigste synonympræparat, men understreger, at det er forbrugeren, der løber risikoen for en højere egenbetaling for medicin, hvis lægens ordination ikke foreskriver det billigste præparat.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Bevillingssystemet.....	1
2. Apotekernes opgaver og deres eneret på forhandling af lægemidler til forbrugerne.....	1
3. Apoteksproduktionen.....«.....	7
4. Apoteksstrukturen.....	11
5. Apotekspersonalet.....	13
6. Apoteksomsætningen i Danmark.....	15
7. Apotekernes regnskabsaflæggelse.....	17
8. Fastsættelse af apotekernes samlede bruttoavance.....	24
9. Fastsættelse af forbrugerpriser på lægemidler.....	29
10/. Udligningssystemet.....	31
11. Samspillet mellem avanceskalaen og udligningssystemet.....	33
12. Specielt om sygehusapoteker.....	37
13. Det offentliges tilskud til lægemidler.....	39
14. Udvidet information om lægemidler.....	41

APOTEKERNES DETAILFORHANDLING AF LÆGEMIDLER

1. Bevillingssystemet

Bortset fra sygehusapotekernes distribution til sygehuse er forhandling og udlevering af lægemidler til forbrugerne i det væsentlige forbeholdt private apoteker og et dertil hørende forsyningsnet med filialer og forskellige former for udsalg mv.

Grundlaget for udøvelsen af apoteksvirksomhed er en af det offentlige udstedt bevilling. Det nærmere indhold af bevillingen er fastlagt i lovgivningen, og der kan ikke i bevillingen pålægges forpligtelser eller tages forbehold,, der ikke har lovhjemmel.

Bevillingen til et apotek bortfalder med udgangen af den måned, hvori indehaveren fylder 70 år, samt når indehaveren har været fraværende fra apoteket i et år, og fraværet ikke skyldes sygdom. Skyldes fraværet sygdom, skal Sundhedsstyrelsen forelægge spørgsmålet om tilbagekaldelse af bevillingen for Sundhedsministeriet.

Endvidere kan der efter § 22, stk. 1, i lov om apoteksvirksomhed ske frakendelse af bevillingen på grund af indehaverens legemlige eller psykiske mangler, og efter lovens § 25 kan en bevilling tilbagekaldes, såfremt en apoteker groft eller gentagne gange tilsidesætter sine forpligtelser.

En apoteker kan til enhver tid frasige sig bevillingen.

2. Apotekernes eneret på forhandling af lægemidler til forbrugerne og apotekernes opgavevaretagelse

Apotekernes opgaver, herunder rettigheder og forpligtelser, er reguleret af lov om apoteksvirksomhed samt af de i medfør af loven udstedte bekendtgørelser.

Apotekernes hovedvirksomhed er forhandling til forbrugerne af lægemidler, hvis forhandling er forbeholdt apotekerne. Hovedparten af alle lægemidler er omfattet af apotekernes eneret.

Bevillingen giver endvidere indehaveren adgang til forhandling af ikke-apoteksforbeholdte lægemidler og andre varer, som naturligt hører sammen med lægemiddelhandelen.

Bevillingen indebærer endvidere en pligt for det enkelte apotek til at fremstille magistrelle lægemidler dvs. lægemidler fremstillet til den enkelte patient efter lægens forskrift.

Bevillingen giver endelig adgang til fremstilling af farmaceutiske specialiteter, såfremt de pågældende specialiteter alene forhandles fra det pågældende apotek til forbrugerne.

Forhandling af lægemidler mv.

Forhandling af lægemidler til forbrugerne er forbeholdt apotekerne, jf. § 5 i lov om lægemidler. Visse lægemidler er dog fritaget fra apoteksforbeholdet. Det drejer sig om sera, vacciner og blodprodukter fra Statens Seruminstitut og Statens Veterinære Serumlaboratorium, visse svangerskabsforebyggende midler, radioaktive lægemidler, medicinske gasser, naturlægemidler, vitamin og mineralpræparater, visse lægemidler til veterinær anvendelse samt en række konkrete lægemidler som bl.a. jodtabletter, Samarin og flere hårshampooer.

Apotekerne har sammen med en eneret til forhandling af lægemidler også en forpligtelse til at levere lægemidler.

Efter § 10 i lov om apoteksvirksomhed skal befolkningen sikres en rimelig let og sikkerhedsmæssig forsvarlig adgang til lægemidler. Dette forhold tilgodeses i forbindelse med Sundhedsstyrelsens og Sundhedsministeriets afgørelse af spørgsmål om de enkelte apotekers antal og placering. Den lette adgang til lægemidler sikres ved en passende geografisk fordeling af distributionsenheder, dvs. apoteker, apoteksfilialer, apoteksudsalg, håndkøbsudsalg og medicinudleveringssteder.

Den sikkerhedsmæssige forsvarlige adgang til lægemidler reguleres ved af pålægge "farlige" lægemidler receptpligt.

Evt. ophævelse af apoteksforbehold for håndkøbslægemidler

I en årrække har forskellige brancheorganisationer vist interesse for at få adgang til at forhandler håndkøbslægemidler.

Ophæves apoteksforbeholdet for håndkøbslægemidler vil forbrugerprisen på disse præparater utvivlsomt blive lavere. Dette hænger

sammen med, at apoteksleddet er et forhandlerled med store omkostninger til indretning og udstyr og især til personale med en særlig uddannelse. Endvidere medfører den avancestruktur, der anvendes for apoteksforbeholdte lægemidler, at håndkøbslægemidlerne er pålagt en avance, der er væsentligt større end den avance, der vil gælde, hvis lægemidlerne blev solgt gennem almindelig detailhandel.

I forhold til den nuværende situation frembyder en liberalisering af salget af håndkøbslægemidler ikke væsentlige sikkerhedsmæssige problemer. Håndkøbslægemidler forhandles allerede i dag gennem håndkøbsudsalgene, hvor der ikke er krav om lægemiddelkyndigt personale. Gemmen Sundhedsstyrelsens mulighed for at godkende de butikker, der ønsker at forhandle håndkøbslægemidler kan de nødvendige hensyn til opbevaring mv. varetages.

På et enkelt område er der erfaring med, hvordan lægemidler i fri handel sælges. Det drejer sig om nogle veterinære lægemidler, de såkaldte "V-mærkede specialiteter". Disse præparater blev undtaget fra apoteksforbeholdet ved lægemiddellovens vedtagelse i 1975. Sundhedsstyrelsens erfaringer med denne lægemiddelforhandling er ikke gode. Der er ofte problemer med den rigtige opbevaring f. eks. ved at lægemidlerne opbevares ved for høj temperatur eller under uhygiejniske forhold. Endvidere er der eksempler på, at holdbarhedstiden for præparatet ikke overholdes.

Der er dog ikke noget grundlag for at parallelisere disse erfaringer med de "V-mærkede lægemidler" til de humane lægemidler. Forhandling af håndkøbslægemidler vil som hovedregel blive taget op af forretninger der har erfaring med salg og opbevaring af levnedsmidler, kosmetik og naturlægemidler. Personalet i sådanne forretninger har den fornødne viden om opbevaring, sidste salgsdato mv.

Forhandling af veterinære lægemidler

Efter apotekerloven har dyrlæger ret til at udlevere lægemidler til de dyr, de har i behandling. Udleveringen til landmanden sker til normal AUP, og dyrlægens avance (omkostningsdækning) opnås ved, at dyrlægen får en rabat på 5%, når lægemidlerne indkøbes på apoteket.

Information og service

Lægemiddelsikkerheden er et grundlæggende argument for apoteksmonopolet. Gennem krav til personalets uddannelse og regler for lægemiddeludleveringen er det målet at sikre, at det rigtige lægemiddel udleveres til den rette patient, medfølgende den nødvendige instruktion til den rette anvendelse. Gennem monoopolet opnås samtidig mulighed for tilbagetrækning af lægemidler med kort varsel.

Information og serviceaktiviteter er ikke omtalt i lov om apotekervirksomhed. Bemærkningerne til loven indeholder imidlertid tilkendegivelse herom. Til apotekernes virksomhedsområde knytter sig således en pligt til information og service såvel over for publikum som over for medicinalpersoner.

Apotekernes servicevirksomhed omfatter blandt andet eftersyn af medicinske på sygehuse, plejehjem mv. samt dosisdispensering af lægemidler til den enkelte patient.

Når apotekerne er forpligtiget til at drive apoteket forsvarligt i overensstemmelse med gældende bestemmelser, skal der tillige tages hensyn til, at dette sker på et rimeligt serviceniveau.

Information over for publikum vedrører blandt andet oplysning om korrekt anvendelse, holdbarhed, opbevaringsforhold mv. for lægemidler, ligesom informationen omfatter vejledning i forbindelse med indkøb af håndkøbslægemidler og andre varer inden for sundhedsområdet. Endvidere oplyser apoteket om det sociale sikkerhedssystem vedrørende lægemidler mv. Informationen over for medicinalpersoner kan fx bestå i vejledning i forbindelse med præparatvalg.

Apotekernes informationsvirksomhed forudsættes udøvet på et objektivt grundlag.

Det tilstræbes, at apotekets information er saglig, korrekt og i overensstemmelse med gældende officielle regler og alment accepterede opfattelser vedrørende sygdomsbehandling og forebyggelse samt sundhedsfremmende foranstaltninger. Endvidere tilstræbes det, at informationen er neutral for så vidt angår producentinteresser. Danmarks Apotekerforening har i samarbejde med personaleorganisationerne udarbejdet retningslinier for informationspraksis på apoteket.

Ved receptekspedition koordineres apotekets information med behandlerens vejledning, og apoteket vil blandt andet sikre sig,

at forbrugeren kan anvende lægemidlet korrekt. En farmaceut skal kontrollere, at en udleveret recept indeholder de nødvendige angivelser fra lægens side (mængde, evt. styrke mm.), og om det ordinerede er korrekt ekspederet. I denne kontrol indgår en hensigtsmæssighedsvurdering (sammenhængen mellem præparatet og dets anvendelse fx at der ikke udleveres middel mod mavesår til en hjertepatient). Forinden udlevering skal yderligere enten en farmaceut eller en apoteksassistent bl.a. kontrollere om der er overensstemmelse mellem ordination og det ekspederede. Apoteket informerer endvidere om priser, tilskud, pakningsstørrelser, udleveringsbestemmelser samt andre praktiske og tekniske forhold. Såfremt der opstår tvivlstilfælde, vil apoteket henvise til behandleren.

I forbindelse med udlevering af håndkøbslægemidler er det apotekets opgave at vejlede forbrugeren med hensyn til valg af lægemiddel samt vejlede med hensyn til korrekt anvendelse af lægemidlet.

Apoteket informerer i stigende grad om lægemidlers bivirkninger, kontraindikationer mv.

Den mundtlige information ved udlevering af lægemidler kan suppleres med skriftligt informationsmateriale om lægemidler, fx foldere med oplysninger om håndkøbslægemidler samt pjecer vedrørende korrekt anvendelse af lægemidler.

Den ofte daglige kontakt med Icegen i forbindelse med indtelefonering af recepter giver gode muligheder for informationsudveksling om lægemidler. Apoteket informerer blandt andet om lægemidlers sammensætning, dispenseringsformer, absorptionsforhold, priser, tilskudsmuligheder, holdbarhed, opbevaringsbetingelser samt beslægtede præparater.

I takt med, at der tages EDB i anvendelse på apotekerne, forsyner flere og flere apoteker først og fremmest det offentlige (sygesikringen), men også læger i lokalområdet, med oplysninger om forbruget af receptmedicin.

Apotekervæsenet har derfor udvidet sit virkefelt til at omfatte andet end udlevering af lægemidler, og mange apoteker har derfor arbejdet på at markedsføre apoteket som en servicevirksomhed. Der er således indført service mht. anvendelsen af hjælpemidler, dosisdispensering, rygeafvænnning, blodtryksmåling mv.

På en række apoteker er en del af varesortimentet flyttet ud i publikumsrummet i en selvvalgsafdeling (selvbetjening kombineret med faglig rådgivning). Selvbetjeningsprincippet er blevet en del af publikums dagligdag og salgsformen har derfor også naturligt vundet indpas på apoteket. Varesortimentet omfatter blandt andet hudplejemidler, tandplejemidler, forbindsstoffer, krydderier mv. Håndkøbslægemidler indgår ikke i sortimentet.

Andre forskellige serviceopgaver

Forebyggelse af AIDS

I København og Frederiksberg kommuner samt i et par amtskommuner medvirker apotekerne i aktiviteter, som skal hindre spredning af AIDS, gennem udlevering af gratis sprøjter og kanyler til narkomaner. Et apotek i Københavns kommune varetager endvidere betjeningen af en automat med sprøjter og kanyler opstillet i Istedgade. Endvidere er der fra et mindre antal apoteker indledt forsøg med salg af kondomer fra automater.

Sundhedsfremmende foranstaltninger

Flere apoteker har i samarbejde med andre sundhedsprofessioner iværksat sundhedsfaglige foranstaltninger i lokalsamfundet, fx rigtig ernæring, motion og lignende.

Sæddeponering

Enkelte apoteker optræder som modtager af sæd med henblik på viderelevering til en sæddeponeringsbank.

Medicindestruktion

Apotekerne modtager fra såvel apotekets kunder som læger, sygeplejersker, plejehjem mv. medicin til destruktion. Endvidere modtages kviksølvholdigt affald som fx kviksølvtermometre og batterier til høreapparater samt brugte kanyler mv. Destruktion af medicin sker på Kommunekemi a/s, med hvem Danmarks Apotekerforening har indgået aftale. Apoteket varetager sorteringen af medicinaffaldet, udfyldelsen af deklARATIONER samt forsendelsen til nærmeste kommunale modtagestation.

Forsøgsvirksomhed

En mellem Danmarks Apotekerforening og Dansk Farmaceutforening indgået samarbejdsaftale om apotekets fremtidige udvikling har til formål at sikre bedre og mere effektivt fungerende apoteker, blandt andet i form af forbedret information og forbedret service.

Til udmøntning af den indgåede udviklingsaftale er af Danmarks Apotekerforening afsat økonomiske midler, som skal sikre, at der bliver tale om seriøse udviklingsprojekter inden for apotekervæsenet. Der er etableret et sekretariat, som skal koordinere de forskellige projekter, og som endvidere vil kunne give såvel faglig som økonomisk støtte.

Forsøgsvirksomheden omfatter blandt andet:

- Forsøg med telefaxoverførsel af recepter
- Forsøg med ændring af receptkontrollfunktionen
- Udarbejdelse af ernæringsvejledning
- Tværfagligt samarbejde inden for den primære sundhedstjeneste
- Undervisning af skolebørn, fx vedrørende brug af svangerskabsforebyggende midler samt brug og misbrug af medicin.

Sammenfatning

Apotekervæsenets opgaver er i henhold til lov om apoteksvirksomhed med tilhørende bemærkninger centreret omkring lægemidler. Apotekspersonale er uddannet specielt inden for lægemiddeldområdet, og det er derfor også naturligt, at den information og de serviceopgaver, som det efter lovbemærkningerne forventes, at apoteket udbyder vedrører lægemidler. Derudover forhandler og fremstiller apotekerne andre varer, som naturligt og hensigtsmæssigt hører sammen med lægemidler.

En lang række af de ovenfor anførte opgaver falder umiddelbart ind under det aktivitetsområde, som er omtalt i lov om apoteksvirksomhed.

3. Apoteksproduktion

Ved apoteksproduktion forstås i dag:

A) Magistrel fremstilling, dvs. fremstilling på apotek af et lægemiddel til den enkelte patient efter en ordination eller rekvisition.

B) Produktion på apotek indenfor bevillingen af farmaceutiske specialiteter til salg til andre apoteker og produktion af farmaceutiske specialiteter uden for bevillingen.

Apoteksproduktionens andel af lægemiddelsalget i Danmark er ca 25%. Omfanget af den magistrelle produktion har været stærkt aftagende.

Den hidtidige ordning

Indtil lov om lægemidler trådte i kraft den 1. januar 1976 blev de lægemidler, som industrien udviklede og fremstillede, optaget i Sundhedsstyrelsens specialitetsregister, mens de lægemidler, der indgik i apoteksproduktionen, var beskrevet i officielle formelsamlinger (farmakopéer mv.).

Apotekerne og sygehusapotekerne havde i realiteten en fuldstændig eneret til at fremstille de lægemidler, som var optaget i officielle formelsamlinger.

Ved lægemiddelovens vedtagelse ophævedes de anførte begrænsninger i adgangen til at søge specialiteter registreret. Herefter kunne alle lægemidler nu fremstilles og søges registreret af apoteker og industrien. Apotekernes produktion skulle også optages i specialitetsregistret. Dette skete ved en overgangsbestemmelse i lovens § 49. Lægemiddeloven tilsigtede ved forskellige overgangsregler at undgå ændringer i produktionsstrukturen, indtil folkettingen ved en revision af apotekerloven kunne tage stilling til spørgsmålet om rammerne for apotekets produktionsopgaver.

Apoteksproduktionen havde helt op til begyndelsen af 1970'erne karakter af egenproduktion, dvs. produktion af lægemidler på det enkelte apotek til dets egen patientkreds. Egentlig markedsføring af præparater var der ikke tale om. Siden 1972 er der sket en væsentlig centralisering af apoteksproduktionen. Dette skete gennem Danmarks Apotekerforenings initiativ og tilrettelæggelse ved aftaler mellem foreningen og de enkelte apoteker om, at disse producerer bestemte lægemidler i bulk (færdigforarbejdede, men ikke fyldt i forbrugerpakninger) og leverer dem til påfyldning i for-

brugerpakninger til andre apoteker med henblik på salg derfra. Da apotekerloven trådte i kraft var der 16 apoteker, der havde indgået sådanne aftaler med Danmarks Apotekerforening. Lægemidlerne fra den centraliserede apoteksproduktion blev (og bliver) leveret fra produktionsapotekerne til aftagerapoteker gennem grossistfirmaet Bang & Tegner a/s. De priser, som produktionsapotekerne fik, blev fastsat af apotekerforeningen, og de skulle dække råvare- og fremstillingsomkostninger samt fortjeneste. Lægemidlerne blev solgt til de priser, der er fastsat officielt i medicintaksten.

Udviklingen fra håndværksmæssig til industriel apoteksproduktion medførte, at apotekerne samtidig med deres eneret til detaildistribution af lægemidler blev konkurrenter til medicinindustrien. Dette forhold blev i slutningen af 70'erne og begyndelsen af 80'erne i stigende grad kritiseret af industrien.

Ordningen under den nye apotekerlov

Et af hovedformålene med den nye apotekerlov fra 1984 var at fastlægge de fremtidige rammer for apoteksproduktionen og her igennem sikre den størst mulige ligestilling mellem apoteksproduktion og industriproduktion.

I overensstemmelse med apotekerlovens forudsætninger tillagde indenrigsministeriet for en 5 årig periode med virkning fra den 1. januar 1985 DAK-laboratoriet, der pr. 1. januar 1984 var blevet omdannet til et aktieselskab med Danmarks Apotekerforening som eneaktionær, registreringsretten til § 49 sortimentet.

Som vilkår for tildelingen af registreringsretten fastsatte indenrigsministeriet bl.a., at DAK-laboratoriet for samtlige lægemidler fastsætter en AIP, der giver inddækning for samtlige omkostninger ved udvikling, fremstilling, markedsføring mv. af lægemidlerne.

Det var endvidere et vilkår, at den del af apoteksproduktionen, der finder sted på apotek med henblik på videresalg gennem DAK-laboratoriet i henhold til særlige aftaler med laboratoriet skal foregå udenfor bevillingen og dermed regskabsmæssigt adskilt fra distributionsvirksomheden. Der skal indsendes særskilt regnskab til sundhedsministeriet for produktionsafdelingerne. Inden den 31. december 1989 skal der være gennemført en fuldstændig per-

sonalemæssig adskillelse mellem produktionsafdelingen og distributionsvirksomheden.

Det var et vilkår, at lægemidler, der fremstilles centralt, senest pr. 1. juni 1989 leveres til de distribuerende apoteker i færdigpakket stand. Indenrigsministeriet forudsatte samtidig, at nyudviklede lægemidler kun undtagelsesvist registreres til decentral fremstilling.

Som registreringsindehaver blev DAK-laboratoriet a/s ansvarlig for forsyningen med de pågældende præparater, der var registreret til fremstilling på apotek. Med henblik på DAK-laboratoriets muligheder for at opfylde denne forpligtelse accepterede indenrigsministeriet, at DAK-laboratoriet formidlede oplysning om, hvilke apoteker der var villige til at producere bestemte lægemidler med henblik på videresalg til andre apoteker. Det var et vilkår for indenrigsministeriets accept af ordningen, at salget skete til den fastsatte AIP og at lægemidlerne alene blev forhandlet i færdigpakket stand.

I forbindelse med fastsættelse af vilkårene for tildelingen af registreringsretten tilkendegav indenrigsministeriet over for selskabet, at ministeriet forudsatte, at selskabet ikke inden for en overskuelig årrække udloddede udbytte til aktionæren.

Selskabet er endvidere forpligtet til at indsende budgetter og regnskabsoplysninger til ministeriet.

Efter tildelingen pr. 1. januar 1985 af registreringsretten til § 49 sortimentet har DAK afregistreret en del lægemidler og sortimentet rummer idag ca. 550 forskellige farmaceutiske lægemidler, når samtlige dispenseringsformer og styrker medregnes. Der er tale om et bredt dækkende basissortiment, der består af tidligere farmakopéprodukter og synonymprodukter.

Omsætningen af DAK-lægemidlerne udgør - målt i pakninger - 33% af den samlede lægemiddelomsætning og 15% målt i apoteksindkøbspriser.

4. Apoteksstrukturen

Det samlede antal selvstændige apoteker er reduceret med 41 siden 1962. I perioden er der oprettet 7 nye apoteker, mens der er nedlagt 48. Pr. 1. september 1988 er der 311 apoteker. Apotekernedlæggelserne har især fundet sted i Københavns og Frederiksberg kommuner til dels i takt med befolkningsudviklingen i dette område. I landområderne er der i et vist omfang sket en omdannelse af selvstændige apoteker til apoteksfilialer.

En apoteksfilial varetager samme opgaver som et selvstændigt apotek, bortset fra lægemiddelfremstilling, og filialen yder i det store og hele samme service som et selvstændigt apotek. Apoteksfilialerne har lavere etablerings- og driftsomkostninger end et selvstændigt apotek, hvorfor det med apoteksfilialer har været muligt at bevare eller etablere en lægemiddeldistribution til et mindre befolkningsgrundlag.

Oprettelse af selvstændige apoteker har især fundet sted i egentlige udviklingsområder med store befolkningskoncentrationer.

Lægemiddeldistributionen sker endvidere gennem apoteksudsalg, der er en enhed knyttet til et selvstændigt apotek og drives for apotekerens regning i selvstændige lokaler med et af apotekeren ansat fagligt uddannet personale. I modsætning til apoteksfilialerne kan apoteksudsalget ikke umiddelbart ekspedere recepter. Der er pr. 1. september 1988 etableret 100 apoteksudsalg.

Til apotekerne er der endvidere knyttet ca. 900 håndkøbsudsalg og ca. 550 medicinudleveringssteder. Et håndkøbsudsalg er et ud salg, der modtager lægemidler, der kan købes uden recept, og andre varer fra et apotek. Håndkøbsudsalget er typisk indrettet hos en anden handlende, som honoreres med en rabat på de varer, der modtages fra apoteket.

Medicinudleveringsstedet er i modsætning til håndkøbsudsalget ikke lagerførende, men modtager fra et apotek adresserede forsendelser, som udleveres til den enkelte patient.

Medicindistribution varetages endvidere af dyrlæger og i et meget begrænset omfang af læger. Alle dyrlæger har ret til at distribuere lægemidler indkøbt på et dansk apotek. Ganske få læger bosiddende på mindre øer har tilladelse til at distribuere lægemidler.

Gennemsnitligt er der i Danmark ca. 15.000 indbyggere pr. farmaceutbetjent enhed (apotek og apoteksfilial). Det gennemsnitlige befolkningsunderlag pr. apotek varierer betydeligt fra område til område. Lavest ligger Københavns og Frederiksberg kommuner, Storstrøms og Viborgs amter med omkring 11.000 indbyggere pr. apotek. Højest ligger Roskilde amt med 30.000 indbyggere pr. apotek og apoteksfilial og Frederiksborg amt med 21.000 indbyggere pr. farmaceutbetjent enhed.

Ved overvejelserne om oprettelse og nedlæggelse af apoteker og apoteksfilialer er det grundlæggende hensyn at sikre befolkningen rimelig let adgang til medicinforsyning. Der er ingen faste regler om afstande, normer for befolkningsgrundlag og ordinationstal for den enkelte enhed, men disse elementer indgår i beslutningsgrundlaget, ligesom der specielt ved beslutning om oprettelse af nyt apotek eller ny apoteksfilial lægges vægt på, at apoteksenheden skal være økonomisk forsvarlig.

Efter apotekerlovens § 4 kan et apotek eller en apoteksfilial kun nedlægges eller flyttes i forbindelse med en ledig bevilling, medmindre apotekeren samtykker i dispositionen. Bestemmelsen indebærer således, at apotekeren har ret til at drive sit apotek på det hidtidige sted indtil 70'årsalderen. Bestemmelsen vanskeliggør såvel en løbende strukturtilpasning i overensstemmelse med udviklingen som en mere langsigtet planlægning af udviklingen inden for et større geografisk område.

Med henblik på at opnå en større smidighed i distributionsstrukturen og for at give bedre muligheder for en samlet tilrettelæggelse af lægemiddelforsyningen er der med den nye apotekerlov fra 1984 åbnet mulighed for at meddele en apoteksbevilling for en tidsbegrænset periode. Det vil herigennem være muligt på et senere tidspunkt at tilrettelægge gennemførelsen af større tilpasninger af apoteksstrukturen inden for et område, hvor en øjeblikkelig gennemførelse ikke kan forenes med de omliggende bevillingshaveres rettigheder.

Der er ikke inden for detailhandelen med lægemidler som inden for den øvrige detailhandel sket en koncentration på færre og større enheder. Udover de nævnte vanskeligheder med at gennemføre en mere langsigtet planlægning af apoteksstrukturen har det også spillet ind, at der ikke på apoteksområdet foreligger konkurrence-

mekanismer, som i sig selv medfører en strukturtilpasning. Hertil kommer, at der traditionelt er betydelig lokalpolitisk og tildeles fagpolitisk modstand mod rationaliseringer inden for apoteksstrukturen i form af apoteksnedlæggelser.

5. Apotekspersonalet

Den gældende apotekslov indeholder ikke i modsætning til tidligere regler om minimumskrav til det antal farmaceuter, der skal være ansat på et apotek. Apotekeren er imidlertid efter loven forpligtiget til at sørge for, at apoteksvirksomheden foregår forsvarligt. Apoteksvirksomheden skal udøves på en sådan måde, at hensynet dels til sikkerheden, dels til opretholdelsen af et rimeligt serviceniveau, tilgodeses. Apotekeren vil derfor blandt andet være forpligtiget til at sørge for, at der på apoteket er ansat et personale, der med hensyn til uddannelse og sammensætning er passende i forhold til arten og omfanget af opgaverne på det pågældende apotek.

Apotekerne beskæftiger i dag - ud over apotekerne - provisorer (cand.pharm.), apoteksmedhjælpere (exam.pharm.), apoteksassistenter, defektricer og ikke-faglært arbejdskraft. Apoteksassistentelever er i uddannelsesperioden ansat på apoteket. Apotekerne modtager endvidere farmaceutstuderende i praksis.

Apotekspersonalets sammensætning og andel (omregnet til fuldtidsbeskæftigede) i perioden 1. januar 1983 til 1. januar 1987 fremgår af nedenstående oversigt:

	1983	1984	1985	1986	1987
Farmaceuter/ medhjælpere	810	790	750	750	740
Apoteksassistenter/ defektricer	2.650	2.600	2.570	2.640	2.630
Andet personale	1.690	1.650	1.490	1.650	1.440

Pensionsforhold

Staten yder pension til apotekere samt til visse farmaceutiske kandidater, herunder provisorer, der var tillagt pensionsret efter den tidligere apotekerlov. Pensionerne finansieres i det væsentligste gennem pensionsbidrag, der indbetales som en procentdel af apoteksomsætningen.

Farmaceuter, der ikke er omfattet af den statslige pensionsordning er medlemmer af Dansk Farmaceutforenings pensionskasse.

Apoteksteknikerne er medlemmer af Danske Apoteksteknikeres pensionskasse.

Præmieindtægterne for de private pensionskasser består af 5% eget bidrag og 10% arbejdsgiverbidrag.

6. Apoteksomsætningen i Danmark

Bruttoomsætningen udtrykker det samlede salg fra apotek uden fradrag af rabat og tab på udestående fordringer. Bruttoomsætningen er opgjort eksklusive moms og beløb sig i 1987 til 4.255 mio. kr. Bruttoomsætningen fordeler sig således:

	1987	
	millioner kr.	%
Receptomsætning	3.285	77,2
Håndkøbsomsætning	911	21,4
Salg uden avance	9	0,2
Salg til andre apoteker	50	1,2
Bruttoomsætning:	4.255	100,0
- Rabat	57	1,3
Nettoomsætning:	4.198	98,7

Af apotekernes samlede bruttoomsætning i 1987 på 4.255 mio. kr. hidrørte knapt 166 mio. kr. fra omsætningen gennem apoteksfilialerne, mens omsætningen gennem apoteksudsalg og håndkøbsudsalg udgjorde 253 mio. kr. henholdsvis 348 mio. kr. Gennem medicinudleveringsstederne opkræves knapt 19 mio. kr.

Udviklingen i bruttoomsætningen, receptsalget, håndkøbssalget og salget til andre apoteker i perioden 1983 - 1987 fremgår af nedenstående oversigt:

I 1.000 kr.	1983	1984	1985	1986	1987
Enkeltpersoner	2.108.075	2.195.421	2.413.214	2.594.568	2.706.215
Salg efter recept, sygeh. mv.	245.674	259.723	280.494	286.631	297.576
Dyrlægeordinationer	182.458	192.247	206.827	223.013	226.909
I alt.....	2.536.207	2.647.391	2.900.535	3.104.212	3.284.700
Håndkøb	622.283	732.385	826.548	868.901	911.450
Salg til andre apoteker mv.	131.737	140.688	31.426	48.957	59.488
Bruttoomsætning	3.290.227	3.520.464	3.758.509	4.022.073	4.255.638

Bruttoomsætningens fordeling i 1986 efter apotekernes størrelse fremgår af omstående oversigt:

Bruttoomsætning i mio. kr.	Antal
Over 21,0.....	28
18,0 - 21,0.....	30
16,0 - 18,0.....	16
14,0 - 16,0.....	28
13,0 - 14,0.....	14
12,0 - 13,0.....	25
11,0 - 12,0.....	32
10,0 - 11,0.....	22
9,0 - 10,0.....	31
8,0 - 9,0.....	28
7,0 - 8,0.....	25
6,0 - 7,0.....	16
Under 6,0.....	18
I alt.....	313

7. Apotekernes regnskabsaflæggelse

En apoteker skal efter reglerne i bekendtgørelse nr. 92 af 23. januar 1985 for hvert kalenderår udarbejde et apoteksregnskab bestående af en resultatopgørelse med ledsagende specifikationer samt en opgørelse over nærmere opregnede aktiver og passiver.

Regnskaberne anvendes til beregning af afgifter og tilskud. Til dette brug er det imidlertid tilstrækkeligt med oplysning om bruttoomsætningen og de omsætningsbeløb, der skal fratrækkes bruttoomsætningen før afgifts-/tilskudsberegning.

Forhandlingerne mellem Danmarks Apotekerforening og Sundhedsministeriet om den samlede bruttoavance baseres endvidere på oplysningerne i regnskaberne om sektorens udgifter og ressourceforbrug. Herudover danner regnskabet for et enkelte apotek grundlag for vurdering af tildeling af ekstraordinære tilskud.

Apoteksregnskabet skal give et retvisende billede af apotekets økonomiske forhold i regnskabsåret. På regnskabet kan der alene opføres udgifter, der er nødvendige eller naturlige som led i apoteksdriften. Apotekeren har pligt til på apoteksregnskabet at oplyse, hvorvidt forhold, der ikke fremgår af apoteksregnskabet, har haft indflydelse på apotekets økonomi.

Ved udformningen af regnskabsskemaet er der lagt vægt på, at oplysningerne såvidt muligt skal afspejle de faktiske omkostninger ved apoteksdriften. Som nærmere omtalt nedenfor opgøres nogle omkostningsposter på grundlag af en standardiseret opgørelsesmetode. Dette skyldes ønsket om, at regnskabsskemaet skal udvise det overskud, som apoteksvirksomheden afkaster uafhængigt af finansieringen af driften.

Regnskabets indtægter (bruttoomsætningen) omfatter det fulde beløb, der er solgt for, uden fradrag for rabat og udestående fordringer.

Apotekernes bruttoavance (bruttoomsætning med fradrag af vareforbrug og rabatudgifter), driftsudgifter og overskud til apotekerne i 1986 og 1987 fremgår af nedenstående oversigt:

	1986		1987	
	1.000 kr.	%	1.000 kr.	%
Bruttoomsætning.....	4.022.073	100,0	4.255.638	100,0
Vareforbrug.....	2.533.210	63,0	2.765.045	65,0
Rabatudgifter.....	56.943	1,4	58.779	1,4
Bruttoavance.....	1.431.920	35,6	1.431.813	33,6
Lønudgifter.....	862.328	21,4	918.185	21,6
Pensionsbidrag.....	66.562	1,7	68.253	1,6
Husleje.....	70.559	1,7	78.739	1,9
Energi.....	14.662	0,4	12.848	0,3
Vedligeholdelse.....	14.815	0,4	15.378	0,4
Forsikringer.....	4.753	0,1	4.949	0,1
Tab på udestående fordringer...	905	-	1.020	-
Andere driftsudgifter	149.088	3,7	164.036	3,9
Forretning.....	56.605	1,4	58.575	1,4
Afskrivning.....	27.713	0,7	26.702	0,6
Overskud før afgifter/tilskud..	163.930	4,1	83.128	2,0
Afgifter - tilskud.....	7.635	0,2	8.026	0,2
Driftsresultat.....	156.295	3,9	75.102	1,8

Af udgiftsposterne under andre driftsudgifter i 1987 er de største kontingenter (26.752 mio. kr.), kontorhold (20.258 mio. kr.) og undervisning og kurser (33.809 mio. kr.).

Som det fremgår af oversigten udgør vareforbruget og lønudgifterne tilsammen 86,6% af bruttoomsætningen.

Rabatudgifter

Rabatudgifter omfatter dels rabatter ydet i overensstemmelse med bestemmelserne i § 22 i bekendtgørelse nr. 61 af 22. februar 1985 om beregning af apotekernes priser ved salg til forbrugerne af lægemidler, hvis forhandling er forbeholdt apotekerne, dels

vederlag til bestyrere af håndkøbsudsalg og medicinudleveringssteder.

Efter bestemmelsen i prisbekendtgørelsens § 22 ydes der distribuerende læger og dyrlæger en rabat på 5 %. Såfremt lægen indkasserer hele beløbet eller en del heraf hos patienten, ydes der yderligere 5 % af det indkasserede beløb.

Til sygehuse og andre offentlige institutioner ydes der en rabat på 10 %. Til andre institutioner og til enkeltpersoner ydes der en rabat på 5 %, såfremt institutionens eller enkeltpersonens årlige indkøb beløber sig til mindst 50.000 kr.

Vareforbrug

Apotekernes indkøb af lægemidler omfatter dels færdigpakkede farmaceutiske specialiteter, dels færdigfremstillede lægemidler i bulk, der pakkes på apoteket, samt råvarer, der på apoteket forarbejdes til lægemidler.

Vareforbruget er apotekernes største udgiftspost og udgjorde i 1987 65 % af bruttoomsætningen. Vareforbrugsprocenten har været stigende de senere år. Denne tendens må forventes fortsat som følge af dels forskydningen i retning af indkøb af lægemidler i færdigfremstillet og færdigpakket stand, dels fremkomsten af nye og dyrere lægemidler.

Lønninger

På kontoen for lønudgifter opføres alle lønudgifter, herunder særlige pensionsbidrag, indbetalt til pensionskasser, gratialer, tantiemer, sociale bidrag mv.

Lønudgiften udgjorde i 1987 918 mill. kr. svarende til 21,5% af bruttoomsætningen.

Pr. 1. januar 1987 var antallet af farmaceuter ansat på apotek omregnet til fuldtidsbeskæftigede ca. 740, af apoteksteknikere 2630 og af øvrigt personale 1440.

Efter overenskomster mellem Danmarks Apotekerforening på den ene side og Dansk Farmaceutforening på den anden side afregnes den overenskomstmæssige løn til de ansatte farmaceuter og apoteksteknikere centralt. Til dækning af disse lønudgifter indbetaler den enkelte apoteker månedlig en afgift pr. beskæftiget farmaceut og apotekstekniker (pr. apoteksassistent og pr. apoteksdefektrice).

Afgiften fastsættes af Danmarks Apotekerforenings bestyrelse. Endvidere indbetaler apotekerne til den centrale lønadministration en vagtafgift på ca. 6,5% af lønudgiften. Afgiften anvendes til delvis at kompensere apotekere med vagtforpligtelse.

Det særlige system med lønafgifter mv. indebærer, at der ikke er direkte forbindelse mellem et apoteks lønomkostninger (summen af lønafgifter mv.) og lønindtægterne for personalet på det pågældende apotek.

Efter overenskomsten mellem Danmarks Apotekerforening og Dansk Farmaceutforening nedsættes den månedlige arbejdstid for provisorer, der er fyldt henholdsvis 55 og 60 år og som har en høj anciennitet med henholdsvis 16 og 17 timer uden lønnedgang. Efter overenskomsten ydes der endvidere en særlig arbejdsløshedsunderstøttelse til farmaceuter med høj anciennitet, der uden egen grund afskediges efter det fyldte 50. år. Understøttelsen udgør 70% af overenskomstlønnen, dog maksimalt højeste dagpengesats. Har farmaceuten indtægt ved delvis apoteksansættelse eller på anden måde, f. eks i form af offentlig arbejdsløshedsunderstøttelse udgør understøttelsen 90% af den overenskomstmæssige løn.

Til finansiering af de nævnte (sociale) ydelser indbetaler apotekerne et bestemt beløb pr. måned pr. ansat provisor til en særlig fond (løntilskudsfonden). Afgiften udgør pr. 1. oktober 1988 1095 kr. Provisorerne indbetaler 34 kr. pr. måned til fonden.

De på apoteksregnskabet opførte lønudgifter dækker endvidere udgifterne ved den centrale lønanvisning.

Pensionsbidrag til apotekervæsenets pensionsordning

Størrelsen af det pensionsbidrag, der af apotekerne skal indbetales til apotekervæsenets pensionsordning, fastsættes af Sundhedsministeriet. Bidraget fastsættes til en procentandel af bruttoomsætningen med fradrag af salg af lægemidler uden avance, salg til andre apoteker, rabatudgifter og tab på udestående fordringer. Procentsatsen for pensionsbidraget udgjorde 1,85 % for 1987' vedkommende. Bidraget finansierer pensionerne til apotekere og provisorer m.fl.

Husleje

Af den opførte udgift til husleje i 1987 på 78.739.000 kr. vedrørte 35.571.000 kr. lejede lokaler og 43.168.000 kr. lokaler, der ejes af apotekeren.

Den opførte udgift for lejemål i lejede lokaler svarer til den faktiske afholdte udgift i henhold til den mellem apotekeren og udlejereren indgåede lejekontrakt. Der stilles ikke længere krav om, at lejekontrakten skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Huslejen for lokaler, der ejes af apotekeren, opføres med den af apotekeren skønnede lejeværdi. Den af apotekeren opførte lejeværdi godkendes og kontrolleres ikke af myndighederne. En apoteker, der søger om ekstraordinære tilskud, er dog forpligtiget til at redegøre for, hvorledes huslejeudgiften er fastsat.

Energi

Under denne post opføres de afholdte udgifter til opvarmning, elektricitet og lignende. Ejers lokalerne af apotekeren, skal forbrugt så vidt muligt opgøres efter særskilt måler.

Vedligeholdelse

Under denne konto opføres afholdte udgifter til reparation og vedligeholdelse af apotekslokaler og inventar. Såfremt apotekslokalerne er indrettet i ejendomme, der ejes af apotekerne, er udgifterne til vedligeholdelse af ejendommen apoteksregnskabet uvedkommende.

Apotekere, der søger om ekstraordinære tilskud, skal specificere udgiften til vedligeholdelse.

Forsikringer

Under denne post opføres udgifter til forsikringer af apotekets inventar, varelager, drift og personale. Endvidere kan der opføres udgifter til ophørende livsforsikringer, der ligger til sikkerhed for lån optaget af hensyn til apoteksdriften.

Tab på udestående fordringer

Under denne konto opføres de i årets løb afskrevne tab med fradrag af beløb indgået på tidligere afskrevne fordringer.

Forrentning af apotekets anlægskapital

Udgiften til forrentning er opgjort efter en standardiseret metode.

Til apotekets "anlægskapital" henregnes følgende aktiver:

1. Inventar
2. Indretning
3. Varelager
4. Udestående fordringer
5. Værdien af varevogne
6. Kapital vedrørende lejede lokaler

Forrentningen af de nævnte aktiver med undtagelse af udestående fordringer beregnes på grundlag af et gennemsnit af aktivernes bogførte værdi ved årets begyndelse og udgang efter foretagne afskrivninger.

Forrentningen af udestående fordringer beregnes på grundlag af et gennemsnit af de udestående fordringer ved udgangen af hvert kvartal forhøjet med 50 %

Som nævnt forrentes varelagerets værdi med en af Sundhedsministeriet fastsat procentsats. Medicingrossisterne yder imidlertid apotekerne rentefri varekreditter på i gennemsnit 60 dage. Fordelen ved den rentefri leverandørkredit skal derfor modregnes i det beløb, apotekeren udgiftsfører til forrentning. Størrelsen af apotekernes rentefordel ved leverandørkreditten beregnes som $60/360$ af apotekets vareforbrug ganget med den af Sundhedsministeriets fastsatte forretningsprocent.

Sundhedsministeriet giver hvert år meddelelse om, hvilken rentesats, der skal benyttes ved opgørelsen af forrentningsudgifterne. Forrentningsprocenten har siden regnskabsåret 1985 været fastsat til 11.

Begrundelsen for at anvende en standardiseret beregningsmetode for forrentningsudgifterne er den, at apotekernes driftsmæssige og private indtægter og udgifter ikke kan adskilles, da apoteket ikke kan drives i selskabsform. Det har endvidere været et ønske, at driftsresultatet ikke skulle påvirkes af, om apotekeren har finansieret investeringerne ved egne eller lånte midler. En apoteker, der har skudt egne midler i apoteket, får således investe-

ringen forrentet over anlægskapitalen og ikke som i andre virksomheder over overskuddet.

Afskrivninger

Reglerne om afskrivninger er fastsat i bekendtgørelse nr. 92 af 23. januar 1985 om aflæggelse af apoteksregnskab. Reglerne afviger på væsentlige punkter fra de skattemæssige afskrivningsregler.

Den bogførte værdi for inventar ved årets begyndelse afskrives med 8 % Inventaranskaffelser i årets løb afskrives dog med 20 % Inventaranskaffelser med en anskaffelsessum på 3.000 kr. eller derunder udgiftsføres over driften.

Samlede indretningsudgifter på indtil 50.000 kr. afskrives i det år, hvor udgiften er afholdt. Inretningsudgifter på mere end 50.000 kr. afskrives med 10 % dog mindst 50.000 kr. årligt.

Afskrivning på varevogn beregnes med 30 % af anskaffelsessummen i anskaffelsesåret. I de følgende år afskrives 30 % af den bogførte værdi ved årets begyndelse.

Der er ikke adgang til afskrivning på varelageret.

Statusoplysninger

Apotekerne skal ikke udarbejde sædvanlig status med opgørelse over samtlige aktiver og passiver. Regnskabsskemaet skal alene indeholde oplysninger om nærmere opregnede aktiver og passiver.

Nedenfor anføres størrelsen pr. 31. december 1986 af de aktiv- og passivposter, apotekerne er forpligtiget til at oplyse:

Inventar.....	145,8	mio. kr.
Indretning.....	23,6	mio. kr.
Varelager.....	393,3	mio. kr.
Udestående fordringer (gennemsnit).....	257,0	mio. kr.
Varevogne.....	8,2	mio. kr.
Kapital vedrørende lejede lokaler.....	7,3	mio. kr.
Leverandørkreditter....	404,4	mio. kr.

Endvidere skal såvel indgående som udgående merværdiafgift samt skyldige feriepenge oplyses.

8. Fastsættelse af apotekerens samlede bruttoavance

Avancefastsættelsen under den tidligere lovgivning

Efter lov om apotekervæsenet fra 1954 fastsatte det offentlige i medicintaksten apotekernes udsalgspriser i form af regler for beregning af avance og regler om tillæg, gebyrer mv. Sigtet med prisfastsættelsen var at opnå en apoteksavance af en sådan størrelse, at avancen dækkede apotekernes driftsudgifter, samt et gennemsnitligt udbytte pr. apotek, svarende til lønnen til en stats-tjenestemand i lønramme 37 inklusive generelle tillæg og et specielt tillæg på 14.465 (oktober 1983-niveau).

Udgangspunktet for om der skulle ske ændringer i medicinpriserne var en bedømmelse af, om apotekerne på grundlag af gældende priser, omkostninger og omsætningsforhold m.m. kunne forventes at opnå det tilsigtede gennemsnitlige overskud i et kalenderår, eventuelt over en lidt længere periode betragtet som en helhed. Opnåede apotekerne i en periode ikke det tilstræbte overskud eller oversteg overskuddet det tilsigtede, blev det overskydende eller manglende beløb indregnet i prognosen for en ny periode.

Den prognosticerede omsætnings- og omkostningsudvikling byggede på et skøn, hvori indgik udviklingen i de seneste år. Det berettigede eller det nødvendige i at afholde de prognosticerede udgifter blev ikke nærmere vurderet af sundhedsmyndighederne. Indenrigsministeriet har dog i helt enkeltstående tilfælde bortset fra prognosticerede udgifter.

Fastsættelse af apotekernes bruttoavance efter gældende lov

Prisfastsættelsen efter den tidligere lov indeholdt ikke i sig selv incitament for apotekerne under et til at rationalisere og effektivisere apoteksdriften, idet sektorens konstaterede udgiftsstigning automatisk blev indregnet i priserne. Hertil kom, at den enkelte apoteker i kraft af nettoafgiften på 40% af overskuddet alene havde en behersket tilskyndelse til at effektivisere driften.

Det prisfastsættelsessystem, der blev indført med loven om apoteksvirksomhed med virkning fra den 1. januar 1985 havde til formål at tilskynde den enkelte apoteker til at effektivisere og

rationalisere apoteksdriften - med deraf følgende muligheder for at opnå en gevinst - og at undgå de årlige opgørelser af, hvorvidt en bestemt gennemsnitsindkomst er opnået med dertil knyttede pris-korrektioner.

Efter § 45 i lov om apoteksvirksomhed fastsættes det samlede beløb, der udgør apotekernes bruttoavance, samt reguleringen af beløbene ved aftale mellem Danmarks Apotekerforening og Sundhedsministeriet. Det er forudsat, at det i aftalen fastlægges, under hvilke forudsætninger den i aftaleperioden kan tages op til genforhandling. Aftalen indgås for to år ad gangen med mulighed for uamdret forlængelse i et år.

Kan der ikke indgås nye aftaler inden for de fastsatte tidsrammer, skal Sundhedsministeriet fremsætte forslag til lov om fastsættelse af apotekernes bruttoavance.

Efter lovbemærkningerne skal der indgås aftale om det beløb, der ved indgangen til en periode skal være den samlede bruttoavance. I de to aftaler, der hidtil er indgået, er størrelsen af den samlede bruttoavance aftalt i januar-prisniveau i det første aftaleår.

Det er endvidere forudsat, at den aftalte bruttoavance sættes i relation til apotekernes indkøbspriser (AIP). Dersom udviklingen i apotekernes udgifter til lønninger og øvrige omkostninger er sammenfaldende med udviklingen i apotekernes indkøbspriser, vil et system, hvor det totalbeløb, der er aftalt, fastsættes til en procentvis bruttoavance, være i balance. I denne situation vil apotekerne ved stigninger i apoteksindkøbspriserne opnå en nieravance, der gør det muligt at finansiere stigningerne i apotekernes omkostninger i perioden.

Omsættes det samlede beløb, der udgør bruttoavance, til en procentvis avance, vil der i følge lovbemærkningerne være risiko for, at medicinindustrien og indehaveren af registreringsretten til de apoteksproducerede lægemidler vil have en fælles interesse i at forhøje apotekernes indkøbspriser. Stiger apotekernes indkøbspriser i perioden procentvis mere end den procentvise stigning i apotekernes omkostninger, vil apotekerne i givet fald få en (betydelig) overinddækning. I disse tilfælde vil der ikke være noget større incitament til at rationalisere på apotekerne.

Det er på denne baggrund i lovbemærkningerne forudsat, at der ved aftaleforhandlingerne etableres en ordning, der eliminerer de nævnte risici for, at apotekernes bruttoavance og dermed forbrugerpriserne bliver for høje (eller lave) i aftaleperioden. Det er endvidere forudsat, at ordningen sikrer, at den enkelte apotekers interesse i at opnå en rationaliseringsgevinst bevares.

Aftalerne for de første to aftaleperioder

Aftaler for 1985 - 1986

Nedenfor i tabel 1 sammenlignes bruttoavanceaftalen for årene 1985 - 1986 med apotekernes regnskabstal for de pågældende år:

	Aftale 85 - 86		Driftsresultat			
	1. jan. 1985-priser		1985		1986	
	1.000 kr.	%	1.000 kr.	%	1.000 kr.	%
Bruttoomsætning	3.504,2	100,0	3.758,5	100,0	4.022,0	100,0
Vareforbrug	2.112,0	60,3	2.296,5	61,1	2.533,2	63,0
Rabatudgifter	58,5	1,7	60,2	1,6	56,9	1,4
Bruttoavance	1.333,7	38,1	1.401,6	37,3	1.431,9	35,6
Løn	870,0	24,8	846,0	22,5	862,3	21,4
Pensionsbidrag	60,0	1,7	62,3	1,7	66,6	1,7
Husleje	60,8	1,7	63,8	1,7	70,6	1,8
Energi	17,4	0,5	15,4	0,4	17,7	0,4
Vedligeholdelse	11,9	0,3	13,4	0,4	14,8	0,4
Forsikringer	5,0	0,2	4,4	0,1	4,8	0,1
Tab på debitorer	0,0	0,0	0,6	0,0	0,9	0,0
Andre driftsudgifter	134,0	3,8	132,4	3,5	149,0	3,8
Forrentning	56,6	1,6	50,3	1,3	56,6	1,4
Afskrivning	20,4	0,6	25,5	0,7	27,7	0,7
Overskud	97,6 ¹	2,8	187,2	5,0	163,9	4,1

1) Det "aftalte" overskud, der er anført i tabel 1, vedrørende 1986. For 1985 var det "aftalte" overskud 122,6 mio. kr.

Det i aftalen forudsatte overskud for 1985 svarede til et gennemsnitligt overskud pr. apotek på 391.000 kr. Det forudsatte overskud for 1986 svarede til et gennemsnitligt overskud pr. apotek på 312.000 kr.

Aftalen for 1987 og 1988

På baggrund af det gunstige resultat i årene 1985 og 1986 var der i forbindelse med forhandlingerne om bruttoavanceaftalen for 1987 og 1988 enighed mellem parterne om, at apotekernes overskud ikke ubegrænset skulle kunne overstige det aftalte. Der blev derfor i aftalen optaget bestemmelser om regulering i aftalepe-

rioden, såfremt det forventede overskud måtte antages at afvige væsentligt fra det aftalte.

Forventes der i et år et overskud, der overstiger det aftalte, foretages efter forhandling mellem parterne avanceændringer med henblik på at opnå det aftalte overskud. Såfremt meroverskuddet skyldes opnåede produktivetsforbedringer, udløser meroverskud på indtil 25% dog ikke avanceændring. Såfremt der forventes et mindre overskud end aftalt, ændres avancen i det omfang mindreunderskuddet ikke skyldes forringet produktivitet eller andre apotekerne tilregnelige merudgifter.

Nedenfor sammenlignes i tabel 2 bruttoavanceaftalen for 1987 og 1988 med apotekernes driftsresultater for 1987.

	Aftale 87 - 88		Driftsresultat	
	1.jan. 1987-pris.		1987	
	1.000 kr.	%	1.000 kr.	%
Bruttoomsætning	4.108,0	100,0	4.255,6	100,0
Vareforbrug	2.641,6	64,3	2.765,0	65,0
Rabatudgifter	67,0	1,6	58,8	1,4
Bruttoavance	1.399,4	34,1	1.431,8	33,6
Løn	890,9	34,1	918,2 ¹	21,6
Pensionsbidrag	66,1	1,6	68,3	1,6
Husleje	73,7	1,8	78,7	1,9
Energi	12,2	0,3	12,8	0,3
Vedligeholdelse	14,8	0,4	15,4	0,4
Forsikringer	5,0	0,1	4,9	0,1
Tab på debitorer	0,7	0,0	1,0	0,0
Andre driftsudgifter	143,0	3,5	164,0 ¹	3,9
Forrentning	54,5	1,3	62,4	1,5
Afskrivning	27,5	0,7	26,7	0,6
Overskud	111,0	2,7	79,3	1,9

- 1) En udgiftspost på 11 mio. kr. vedrørende lønudgifter til personale på apoteksassistenteskolen er ikke opført under kontoen "lønudgifter" på driftsregnskabet, men under kontoen "andre driftsudgifter". Det var ved aftalens indgåelse regnet med, at den omhandlede udgiftspost ville blive konteret under "lønudgifter" i lighed med tidligere år. Ved sammenligning af aftalen og driftsresultaterne bør lønudgiften derfor retteligt forhøjes med 11 mio. kr. og andre driftsudgifter reduceres med et tilsvarende beløb.

Det i aftalen forudsatte samlede driftsoverskud på 111 mio. kr. svarer til et overskud på 354.000 kr. pr. apotek i gennemsnit. Apotekerne opnåede et samlet overskud på 79,3 mio. kr. svarende til et gennemsnitligt overskud pr. apotek på 253.000 kr.

9. Fastsættelse af forbrugerpriser på lægemidler

I apotekerlovens § 44 er det bestemt, at sundhedsministeren giver regler for fastsættelse af apotekernes priser ved salg til forbrugerne af lægemidler, hvis forhandling er forbeholdt apotekerne. Reglerne fastsættes efter indhentet udtalelse fra Sundhedsstyrelsen og fra de takstkonsulenter, som Sundhedsstyrelsen rådfører sig med i spørgsmål om priserne på lægemidler, jf. § 44 i apotekerloven.

Formål

De overordnede formål med avanceskalaen er dels at opnå en fordeling blandt apotekerne af den samlede aftalte bruttoavance, dels at sikre, at prisen på et lægemiddel er den samme, uanset på hvilket apotek købet foretages.

Den nuværende avanceskalas udformning

Den nuværende avanceskala har følgende udseende (prisen er ekskl. moms):

AIP < 20 kr.:	(0,65 AIP + 2,00) 0.898 + recepturgebyr:	1,35
20 < AIP < 80 kr.:	(0,55 AIP + 4.00) 0.898 + recepturgebyr:	1,35
80 < AIP	: (0,35 AIP + 20.00) 0.898 + recepturgebyr:	1,35

Avanceskalaen er sammensat af et procenttillæg og et fast krone-tillæg. Endvidere anvendes en udskrivningsprocent, der for den nuværende avanceskala er på 89,8 %. Den avance, der tillægges AIP er degressiv, idet avancen beregnet som % af AIP er faldende med stigende AIP.

Degressiviteten i den gældende avanceskala er moderat, og avancen på det enkelte lægemiddel afspejler derfor kun i et vist omfang omkostningerne ved at sælge det pågældende lægemiddel,

idet avancen på de billige lægemidler ikke giver fuld dækning for apotekernes omkostninger, mens avancen på de dyrere lægemidler giver apoteket mere end fuld dækning.

Den nuværende avanceskala afspejler nemlig ikke det forhold, at der ikke er væsentlige omkostningsforskelle forbundet med at ekspedere et dyrt lægemiddel fremfor et billigt.

Nedenfor er anført nogle avanceprocenter for udvalgte AIP'er beregnet efter den nuværende skala (ekskl. moms):

AIP	Håndkøbslægemidler		Receptpligtige lægemidler	
	Avance	Avance i %	Avance	Avance i %
10	7,63	76,3	8,98	89,8
20	13,47	67,4	14,82	74,1
30	18,41	61,4	19,76	65,9
40	23,35	58,4	24,70	61,8
50	28,29	56,6	29,64	59,3
60	33,23	55,4	34,58	57,6
70	38,17	54,5	39,52	56,5
80	43,10	53,9	44,45	55,6
90	46,25	51,4	47,60	52,9
100	49,39	49,4	50,74	50,7
200	80,82	40,4	82,17	41,1
500	175,11	35,0	176,46	35,3

Ud over disse generelle avanceregler er det fastsat, at apoteket skal yde rabat op 5 % til dyrlæger og på 10 % til sygehuse og andre institutioner. Da disse aftagere fortrinsvis køber lægemidler i den dyrere ende af skalaen, hvor den procentvise avance er relativ lav, er avanceskalaen mere degressiv, end beregningerne for udvalgte AIP'er umiddelbart viser.

Lovbemærkningerne

I bemærkningerne til apotekerloven er anført følgende vedrørende avanceskalaens indretning:

"Det er hensigten at fastsætte den udvikling, der er lagt i 1983, i retning af en mere omkostningsrelateret avance. Dette gøres i praksis ved at forhøje det faste kronebeløb og formindske det procentvise tillæg, der lægges til vareprisen på apoteket. Følgen heraf er, at avancen på de relativt dyre lægemidler mindskes, mens avancen på de relativt billige lægemidler øges."

Baggrunden for denne tilkendegivelse er en erkendelse af, at der ikke er væsentlige omkostningsforskelle forbundet med at ekspedere et dyrt lægemiddel frem for et billigt.

10. Udligningssystemet

Reglerne for apotekernes udligningssystem er meget detaljeret fastsat i apotekerlovens kapitel 10.

Formål

Udligningssystemets formål er at udligne en del af den spredning i apotekernes indkomster, som nødvendigvis må forekomme, når det af hensyn til den overordnede lægemiddelforsyningsstruktur er nødvendigt at etablere og opretholde apoteker i egne af landet, hvor det driftsøkonomiske grundlag for at drive apotek ikke er til stede. Omvendt er nogle apoteker lokaliseret i områder, hvor befolkningsgrundlaget er så stort, at der havde været basis for etablering af konkurrerede apoteker, hvis erhvervet var frit. Gennem afgifterne i udligningssystemet udlignes en del af denne privilegieværdi, d.v.s. den økonomiske gevinst, der er forbundet med eneretsforhandlingen i et område. Systemet søger at opretholde en balance mellem økonomisk forskelligt stillede apoteker gennem opkrævning af afgifter og tildeling af tilskud.

Der er langt fra tale om en fuldstændig udligning, idet der er store forskelle i indtægter apotekerne indbyrdes, den enkelte apoteker har således stadig et incitament til rationel drift og omsætningsmaksimering, idet en marginal omsætningsforøgelse som altovervejende hovedregel er forbundet med større indtjening.

Det nuværende udligningssystems udformning

Apotekerlovens udligningssystem balancerer finansielt, således at de opkrævede afgifter svarer til de udbetalte tilskud. Ifølge apotekerlovens § 49 fastsættes årligt en beløbsgrænse. Apoteker med afgiftspligtig omsætning over denne beløbsgrænse betaler afgift af den del af omsætningen, der overstiger denne beløbsgrænse, mens apoteker med lavere afgiftspligtig omsætning modtager tilskud beregnet på baggrund af den del af omsætningen, der ligger under

beløbsgrænsen. Den beløbsgrænse, der anvendes til beregning af tilskud/afgift, var pr. 1. maj 1988 13.680.000 kr.

Den nuværende udligningsordning har følgende udseende:

"Kapitel 10 Udligning

§ 49. Indenrigsministeren fastsætter årligt en beløbsgrænse, i forhold til hvilken apotekere betaler en afgift, såfremt deres omsætning i det pågældende år overstiger beløbsgrænsen, eller modtager et tilskud, såfremt deres omsætning i det pågældende år er mindre end beløbsgrænsen.

Stk. 2. Den beløbsgrænse, der er nævnt i stk. 1, skal fastsættes således, at apoteksafgifterne efter § 50, stk. 1, for et kalenderår dækker statens tilskud efter § 50, stk. 2, i det pågældende kalenderår med tillæg af et beløb, der fastsættes efter forhandling med Danmarks Apotekerforening, til dækning af statens udgifter til tilskud til apotekere efter § 51 og til erstatninger efter § 70.

§ 50. Apoteker, hvis omsætning i et kalenderår overstiger den i § 49, stk. 1, nævnte beløbsgrænse, betaler til staten en omsætningsafgift beregnet på grundlag af forskelsbeløbet efter følgende skala:

Af beløb indtil 20 % af beløbsgrænsen	3 %
Af beløb på 20 % og indtil 40 % af beløbsgrænsen	6 %
Af beløb på 40 % og indtil 50 % af beløbsgrænsen	9 %
Af beløb på 50 % og indtil 60 % af beløbsgrænsen	11 %
Af beløb derudover	13 %

Stk. 2. Til apoteker, hvis omsætning i et kalenderår er mindre end den beløbsgrænse, der er nævnt i § 49, stk. 1, betaler staten et omsætningstilskud beregnet på grundlag af forskelsbeløbet efter følgende skala:

Af beløb indtil 25 % af beløbsgrænsen	3 %
Af beløb derudover	6 %

Stk. 3. For apoteker, hvortil der er knyttet apoteksfilial, reduceres den omsætning, der er nævnt i stk. 1 og 2, med halvdelen af filialens eller filialernes omsætning i det pågældende år.

Stk. 4. For hver apoteksfilial, der er tilknyttet apoteket, reduceres afgiften efter stk. 1 eller forhøjes tilskuddet efter stk. 2 med et beløb, der udgør 2 % af den i § 49, stk. 1, nævnte beløbsgrænse.

Stk. 5. For apoteker, hvortil der er knyttet apoteksudsalg eller håndkøbsudsalg, reduceres den omsætning, der er nævnt i stk. 1 og 2, med 1/10 af de tilknyttede udsalgsomsætning i det pågældende år.

§ 51. Når særlige forhold taler derfor, kan indenrigsministeren tilstå en apoteker afgiftslempelse eller tilskud for ét år ad gangen.

§ 52. Indenrigsministeren fastsætter regler om, hvilke beløb der indgår i den omsætning, der danner grundlag for beregningen af afgift og tilskud efter § 50, og kan derunder fastsætte, at omsætningen af varer, der ikke er lægemidler, og lægemidler, der sælges med rabat, helt eller delvist ikke indgår i omsætningen.

§ 53. Indenrigsministeren kan fastsætte regler om beregning og betaling af afgifter og tilskud, herunder om, at der i årets løb skal betales foreløbige afgifter og tilskud.

Stk. 2. Afgifter, der ikke betales rettidigt, tillægges rente på 1,3 % månedlig for hver påbegyndt måned fra forfaldsdagen at regne."

Som det fremgår af § 51 tildeles der ud over de generelle tilskud apoteker med lav afgiftspligtig omsætning også ekstraordinære tilskud. Dette gøres ud fra en forudsætning om, at det er nødvendigt yderligere at sikre apoteker med en meget lille indtjening over driften. De ekstraordinære tilskud ydes efter ansøgning fra det konkrete apotek ud fra en vurdering af apotekets regnskaber og i øvrigt specielle forhold, der kan betinge en ringe indtjening. De ekstraordinære tilskud er ligeledes neutrale i statsfinansiell henseende, idet også disse finansieres af afgifterne opkrævet over udligningsordningen. På grundlag af apotekernes omsætningstal for 1987 er der i 1988 tildelt ca. 10.100.000 kr. i ekstraordinære tilskud.

Ved vedtagelsen af det nye udligningssystem med apotekerloven gik man bort fra at beregne afgifter og tilskud på baggrund af apotekets overskud. Begrundelsen for udelukkende at beregne afgifter og tilskud på baggrund af omsætningen var at øge apotekernes incitament til rationel drift.

11. Samspillet mellem avanceskalaen og udligningssystemet

Det nuværende udligningssystem, som er normeret i detaljer i apotekerloven, harmonerer dårligt med kravene om større degressivitet i avanceskalaen. Dette medfører i sin yderste konsekvens, at omlægninger af avanceskalaen i mere degressiv retning gør de marginale leverancer direkte tabgivende for nogle apoteker.

Arbejdet med at konstruere en mere degressiv avanceskala

I november 1987 meddelte Sundhedsministeriet, at det var hensigten at indføre en mere degressiv avancestruktur fra 1. januar 1988 eller så hurtigt derefter, det var teknisk muligt. Blandt mange modelforslag til en mere degressiv avance blev følgende model valgt (prisen er ekskl. moms):

AIP $\leq$ 20 kr.: $(0,50 \text{ AIP} + 3,90) \cdot 1.0305 + \text{recepturgebyr} : 6,00$

$20 < \text{AIP} \leq 80$ kr.: $(0,30 \text{ AIP} + 7,90) \cdot 1.0305 + \text{recepturgebyr} : 6,00$

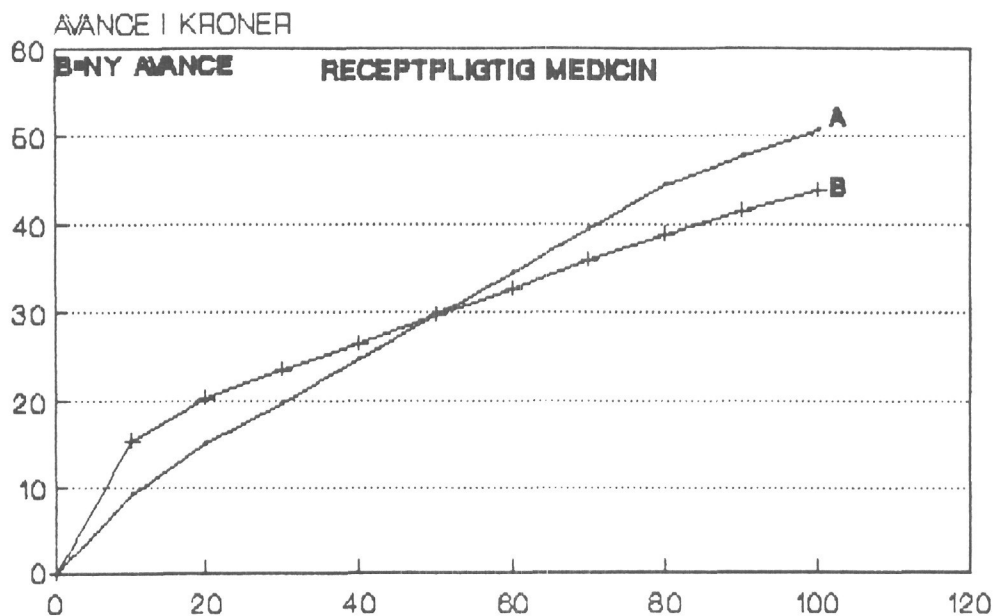
$80 < \text{AIP}$: $(0,25 \text{ AIP} + 11,90) \cdot 1.0305 + \text{recepturgebyr} : 6,00$

Den foreslåede avancemodel er mere degressiv end den nuværende og dermed mere omkostningstro over for de reelle ekspeditionsomkostninger på apoteket. Modellen opererer med et receptgebyr på 6,00 kr., idet et gebyr af denne størrelse svarer til de reelle meromkostninger, der er forbundet med at ekspedere et receptpligtigt lægemiddel fremfor et håndkøbslægemiddel.

De ændrede udsalgspriser på lægemidler som følge af den ændrede avancemodel fremgår af nedenstående tabel (ekskl. moms):

AIP	AUP Nuværende model		AUP Foreslåede model	
	Håndkøb	Recept	Håndkøb	Recept
10	17,63	18,98	19,17	25,17
20	33,47	34,82	34,32	40,32
30	48,41	49,76	47,42	53,42
40	63,35	64,70	60,51	66,51
50	78,29	79,64	73,60	79,60
60	93,23	94,58	86,69	92,69
70	100,17	109,52	99,78	105,78
80	123,10	124,45	112,87	118,87
90	136,25	137,60	125,45	131,45
100	149,39	150,73	138,03	144,03
200	280,82	282,17	263,79	269,79
500	675,11	676,46	641,08	647,08

Den stærkere degressivitet i den foreslåede avanceskala fremgår af nedenstående grafiske fremstilling:



Det ses, at for et håndkøbslægemiddel, der koster ca. 25 kr. i AIP, er avanceomlægningen neutral. For et receptpligtigt lægemiddel, der koster ca. 50 kr. i AIP, er avanceomlægningen neutral.

Danmarks Apotekerforening gav efterfølgende udtryk for, at en omlægning af avancen efter ovennævnte formel ville give en række apotekere alvorlige økonomiske problemer. På denne baggrund besluttede den daværende sundhedsminister at nedsætte en arbejdsgruppe til at gennemgå Apotekerforeningens konsekvensberegninger. I det omfang, der var udsigt til, at omlægningen ville medføre store og pludselige indtægtsnedgange, skulle gruppen tillige overveje konsekvenserne heraf og eventuelt stille forslag om brug af § 52 i apotekerloven til afhjælpning af disse følger. § 52 giver, jf. ovenfor mulighed for at fritage dele af den omsætning, som apotekeren efter loven er forpligtet til at yde rabat på, fra afgiftsbetaling.

Det blev under arbejdet klart at den foreslåede avancemodel ville medføre problemer med at få økonomien til at hænge sammen for de apoteker med rabatbelagte leverancer, der på grund af stor omsætning betaler afgift på 11 % eller 13 % af den marginale omsætning. For disse leverancer ville apotekets nettofortjeneste i mange tilfælde end ikke kunne dække de marginale lønomkostninger forbundet med at ekspedere lægemidlet.

På denne baggrund foreslog arbejdsgruppen, at indførelsen af den foreslåede avancemodel måtte kombineres med, at de rabatbelagte leverancer i en vis udstrækning blev fritaget for afgiftsbetaling. Arbejdsgruppen foreslog, at 70 % af institutionsleverancerne og 30 % af dyrlægeleverancerne blev fritaget for afgiftsbetaling.

En avanceomlægning som den ovenfor skitserede medfører, at nogle apoteker - fortrinsvis de store - overkompenseres meget i forhold til indførelsen af denne foreslåede avancemodel uden afgiftsfritagelse for rabatbelagte leverancer. Andre apoteker - fortrinsvis de små - underkompenseres kraftigt.

Det var arbejdsgruppens opfattelse, at problemerne med at finde en avanceomlægning, der både var mere omkostningsrelateret og behandlede apotekerne ligeligt, først og fremmest skulle løses ved en revision af det nuværende udligningssystem. Det blev derfor

foreslået, at den foreslåede avacemodel blev iværksat pr. 1. maj 1988 som en midlertidig løsning, samtidig med at arbejdsgruppen foreslog, at der blev igangsat et arbejde - i et forum svarende til arbejdsgruppen - med henblik på udformning af et udlignings-system tilpasset en ny permanent avancestruktur. Der var enighed i arbejdsgruppen om, at en ny og permanent avancestruktur skulle gennemføres på grundlag af en egentlig omkostningsundersøgelse i apotekssektoren. En sådan omkostningsundersøgelse er under udarbejdelse.

Sundhedsministeren ønskede imidlertid ikke at gennemføre arbejdsgruppens indstilling, dels fordi forslaget ramte de små apoteker urimeligt hårdt, dels fordi ordningen skulle være midlertidig.

12. Specielt om sygehusapotekere

Efter apotekerloven kan sygehusapoteker og sygehusapoteksfilialer kun nedlægges med Sundhedsministerens tilladelse.

I tilladelsen til oprettelse til sygehusapotek/filial fastsættes, til hvilke sygehuse og institutioner sygehusapoteket kan levere lægemidler og andre varer til behandling af patienterne på sygehusene og institutionerne. Tilladelse til at levere til sygehuse og institutioner kan kun omfatte sygehuse og institutioner, som ejes eller drives af den myndighed, der ejer sygehusapoteket. Sundhedsministeren kan dog tillade leverancer fra et sygehusapotek til statsinstitutioner.

Det er forudsat i apotekerloven, at der i et vist omfang kan ske udlevering af lægemidler fra sygehusets afdelinger (hvadenten de hidrører fra et privat apotek eller et sygehusapotek) til patienter, der uden at være sengeliggende på sygehuset behandles af dets afdelinger, herunder ambulatorier. En sådan udlevering bør efter lovbemærkningerne kun ske, hvor det er begrundet i særlige behandlingsmæssige hensyn.

Oprettelsen af et sygehusapotek eller sygehusapoteksfilial vurderes at indebære væsentlige servicemæssige fordele for det sygehus, hvor apoteket eller filialen etableres. Sygehusapotekets funktionsmæssige indplacering i sygehuset som en tværfaglig serviceafdeling giver mulighed for en tæt kontakt mellem sygehusapoteket og de andre afdelinger. Udover at distribuere lægemidlerne

til sygehusets afdelinger varetager sygehusapoteket en række rådgivnings- og kontrolfunktioner. Sygehusapotekerne kan gennem kontakten med afdelingerne medvirke til, at der opnås besparelser og rationaliseringer på afdelingerne, bl.a. gennem omlægning af rutiner og ændret valg og anvendelse af sortiment. De eksisterende sygehusapoteker fremstiller i varierende omfang lægemidler og andre varer til brug for sygehuset.

I det omfang driftsudgifterne ved et sygehusapotek er mindre end den pris, hvortil sygehusapoteket kan indkøbe fra private apoteker, vil etableringen indebære økonomiske fordele for den pågældende sygehuskommune.

Oprettelsen af sygehusapotek eller -filial indebærer samtidig en indskrænkning af de private apotekers omsætningsgrundlag, hvilket, - alt andet lige - vil kunne virke fordyrende på lægemiddeldistributionen som helhed. Oprettelsen af mange sygehusapoteker kan betyde en forringelse af lægemiddelforsyningen i visse områder (navnlig landområder), såfremt sygehusapotekernes eksistens beskærer underlaget for nogle af de private apoteker.

Sundhedsministeriets afgørelse om tilladelse til oprettelse eller nedlæggelse af sygehusapoteker og -filialer skal efter lov-bemærkningerne træffes på grundlag af en samlet vurdering af de servicemæssige og økonomiske konsekvenser, som oprettelsen eller nedlæggelsen vil have for såvel den pågældende sygehuskommune som for lægemiddelforsyningen i området samt for lægemiddelforsyningen som helhed.

Det skal således bl.a. indgå i vurderingen, i hvilket omfang oprettelsen af et sygehusapotek vil medføre besparelser for vedkommende sygehuskommune.

Som modstykke hertil må det indgå i vurderingen, at mange apotekers omsætningsgrundlag i et vist omfang hviler på en sygehusleverance, og at det af hensyn til den lokale medicinfor- syning kan være mindre hensigtsmæssigt at flytte navnlig mindre apotekers omsætningsgrundlag til sygehusapotekerne.

Den gældende apotekerlov fastlægger endvidere rammerne for sygehusapotekernes produktion af lægemidler og andre varer.

Apotekerloven forudsætter, at indenrigsministeren tillægger registreringsretten til det såkaldte § 49 sortiment til sygehusapotekernes ejere eller til en organisation, der repræsenterer

disse. I overensstemmelse hermed har indenrigsministeren i 1985 tillagt registreringsretten til dette sortiment til et af sygehus-ejerne oprettet interessentskab, Amternes Registreringskontor.

Sygehusapotekerne har adgang til at fremstille lægemidler, der er omfattet af lægemiddellovens § 49, forudsat at registreringskontoret inden den 1. januar 1987 har anmeldt det pågældende lægemiddel til fortsat fremstilling på et sygehusapotek til Sundhedsstyrelsen.

Sygehusapotekerne har endvidere adgang til at fremstille lægemidler, der inden den 1. januar 1985 er registreret til fremstilling på sygehusapotek.

Efter den 1. januar 1985 kan lægemidler alene registreres til fremstilling på sygehusapotek, såfremt de pågældende lægemidler helt eller fortrinsvis er bestemt til sygdomsbehandling på sygehuse. Sygehusapotekerne kan således kun få registreret et nyudviklet lægemiddel og dermed ret til at fremstille det, hvis der er tale om et sygehusspecifikt lægemiddel.

Endelig har sygehusapotekerne adgang til at fremstille varer, der anvendes i sundheds- og sygeplejen på sygehusene.

Sygehusapotekerne har adgang til at forhandle sygehusapoteks-fremstillede lægemidler til andre sygehusapoteker. Sygehusspecifikke lægemidler, der er fremstillet på sygehusapotek, kan endvidere forhandles til private apoteker.

Der er oprettet 16 sygehusapoteker, der i 1987 leverede lægemidler og andre varer til sygehusene til en værdi af 1,1 mia. kr. (opgjort i apoteksudsalgspris). Værdien af de sygehusapoteks-fremstillede lægemidler og andre varer udgjorde ca. 230 mill. kr. i 1987.

13. Det offentlige tilskud til lægemidler

Beskrivelse af systemet

Der ydes i dag offentlige tilskud til lægemidler efter 3 tilskudssystemer:

- sygesikringsloven (Sundhedsministeriet)
- den sociale pensionslov og
- bistandsloven (begge Socialministeriet).

Sygesikringsloven

Generelle tilskud: Efter sygesikringslovens § 7, stk. 1 og 2, ydes der tilskud på 50% eller 75% til lægemidler, der er optaget på en af sundhedsministeren udsendt fortegnelse. Tilskuddet ydes uafhængigt af patientens økonomiske forhold.

Ved indførelsen af det nuværende tilskudssystem i 1973 blev det i forarbejderne anført, at 75% tilskud bør gives til særlig værdifuld medicin, som ordineres til behandling af alvorlige, akutte eller kroniske lidelser, og at 50% tilskud bør gives til lægemidler, hvis terapeutiske betydning er mindre afgørende, eller hvis behandlingsmæssige værdi er usikker, eller hvor det findes forsvarligt, at søge tendensen til et overforbrug imødegået gennem nedsættelse af tilskuddet.

Efter lovens § 7, stk. 3, ydes der endvidere 50% eller 75 % tilskud til håndkøbslægemidler, der lægeordineres til pensionister eller kroniske syge, og som er optaget på en af sundhedsministeren udsendt fortegnelse. Denne bestemmelse blev indsat i loven i maj 1984, hvorved ydelse af tilskud til håndkøbslægemidler blev begrænset til pensionister og kroniske syge. Baggrunden for ændringen var, at en række lægemidler blev overflyttet fra den receptpligtige gruppe til håndkøbsgruppen.

Individuelle tilskud: Efter sygesikringslovens § 7, stk. 1 og 2, kan Sundhedsstyrelsen efter ansøgning fra den ordinerende læge træffe beslutning om ydelse af individuelt tilskud (50% eller 75%) til lægemidler, der ikke er generelt tilskudsberettigede. Sundhedsstyrelsen modtager ca. 12.000 ansøgninger herom årligt, hvoraf ca. 90% imødekommes. Tilskuddet ydes af vedkommende sygesikringskommune.

Den sociale pensionslov

Som personligt tillæg til pensionister, hvis økonomiske forhold er ganske særlig vanskelige, kan der ydes supplerende medicinhjælp (medicinkort). Omfanget af og betingelserne for ydelse af supplerende medicinhjælp fastsættes af den enkelte kommune. Efter Socialministeriets vejledning kan der som hovedregel ydes medicinhjælp til al medicin, der er tilskudsberettiget efter sygesikringsloven og ordineret af en læge. Kommunerne betaler ofte den resterende del af prisen til tilskudsberettiget medicin, således

at den bliver "gratis" for pensionisten. Staten refunderer 75% af kommunernes udgifter til personlige tillæg til pensionister inden for et rådighedsbeløb fastsat for kommunerne i forhold til antallet af pensionister med fuldt pensionstillæg pr. 1. januar i regnskabsåret. Udgifter udover rådighedsbeløbet refunderes ikke.

Bistandsloven

Efter bistandsloven § 46, stk., 1, kan der ydes hjælp til en person, der har udgifter til medicin, som ikke dækkes af sygesikringsloven, såfremt den pågældende ikke selv har midler til at afholde udgiften. Efter samme lovs § 48 kan der ydes hjælp til merudgifter til den del af tilskudsberettiget medicin, der ikke afholdes af sygesikringen til børn og unge under 18 år med fysiske eller psykiske handicap og til personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap. Staten refunderer 50% af kommunernes udgifter til disse ydelser efter bistandsloven. Endvidere kan personer, der får ordineret tilskudsberettiget medicin på grund af en varig lidelse, få hjælp til dækning af den del af egenudgiften, der overstiger 500 kr. pr. måned. Denne bestemmelse trådte i kraft den 1. juli 1987.

Udgifter til medicintilskud

Sygesikringens udgifter til medicintilskud er i de seneste år steget betydeligt mere end de offentlige udgifter på de fleste andre (sundheds) områder.

Medicintilskuddene beløb sig i 1984 til 1.459 mio. kr., i 1985 til 1.619 mio. kr., i 1986 til 1.750 mio. kr. og i 1987 til 1.871 mio. kr. I 1988 forventes udgifter i størrelsesordenen 2,1 mia. kr.

Der er en lang række årsager til den kraftige vækst, herunder at der er fremkommet helt nye ofte meget dyre lægemidler eller forbedrede lægemidler, der har afløst billigere, og at lægerne i et vist omfang har udskrevet større pakninger dyrere lægemidler.

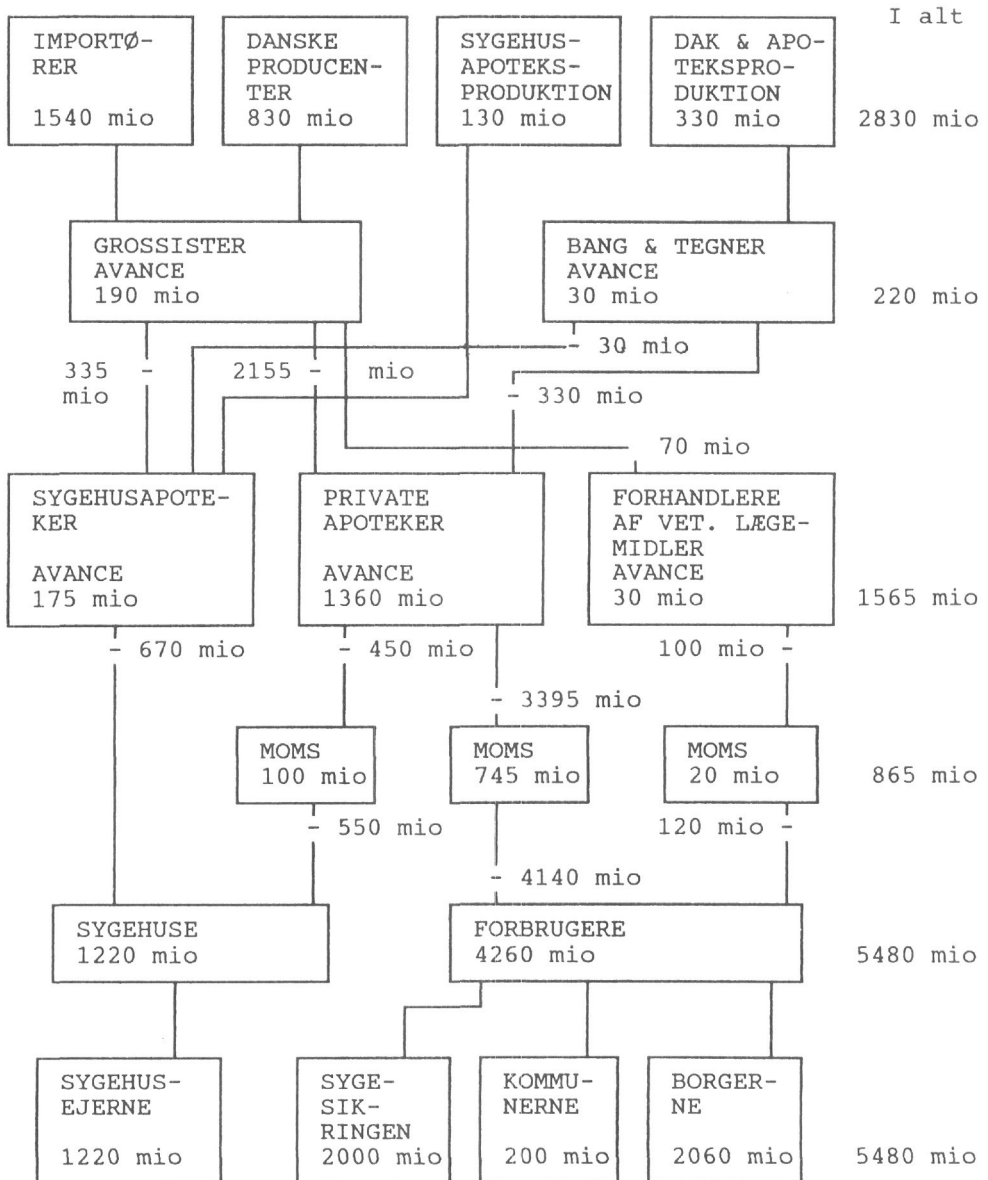
14. Udvidet information om lægemidler

Sundhedsministeren kan efter lægemiddelloven pålægge Sundhedsstyrelsen at informere læger og andre medicinalpersoner om lægemidler.

Til at bistå Sundhedsstyrelsen er der med loven etableret et informationsnævn. Nævnet har til opgave at rådgive Sundhedsstyrelsen (og Sundhedsministeriet) om informationsspørgsmål og i givet fald være igangsætter af en statslig informationsvirksomhed om lægemidler. Derimod skal nævnet ikke forestå, endsige censurere, de enkelte informationsprojekter.

Informationsnævnet består af 9 medlemmer, der udpeges af Sundhedsministeren for en 4-årig periode ad gangen. 3 medlemmer udpeges af Den Almindelige Danske Lægeforening og 3 medlemmer efter indstilling fra Danmarks Apotekerforening, Grosserer-Societetet og Industrirådet. Ministeren udpeger nævnets formand og næstformand.

Spørgsmålet om etablering af en statslig informationsvirksomhed omkring lægemidler her flere gange været rejst i Folketinget, men der har ikke været tilslutning til forslaget om at etablere en sådan virksomhed.

Lægemidlernes vej til forbrugerne.

APOTEKERNE	FORBRUGERNE	DET OFFENTLIGE
Ved samtidig fastkroneavance ingen ændringer	Umiddelbart højere priser. På længere sigt udbud af flere/bedre originalpræparater	Umiddelbart større tilskudsudgifter
Ved fastkroneavance ingen ændring	Lavere priser	Mindre tilskudsudgifter
Ved fastkroneavance ingen ændring. Ringere service fra grossist	Evt. mindre prisfald	Evt. mindre tilskudsudgifter
Større troværdighed i rådgivningsarbejdet	Neutral rådgivning på apoteket	
Omsætningsnedgang/indtægtstab	Billigere håndkøbspræparater med lettere adgang til køb. Evt. dyrere receptpligtig medicin	
Lavere samlede omkostninger	Lavere priser?	Mindre medicintilskudsudgifter?
Behov for ændret indkomstudligningssystem	Lavere priser på dyr medicin. Højere på billig	Mindre medicintilskudsudgifter
Ved fastkroneavance ingen ændring	Større brug af billigere synonympræparater	Mindre medicintilskudsudgifter
Ved fastkroneavance ingen ændring	Lavere priser forudsat der sker omlægning til billigere præparater.	Mindre medicintilskudsudgifter
Højere finansieringsomkostninger på grund af mindre momskredit	Lavere priser	Mindre skatteprovenu