

er opstået, fordi myndighederne har ændret administrationspraksis. En delvis tilbagevenden til en praksis, der indebærer mulighed for en forflyttelse, vil kunne tilvejebringe ønskede behov for fleksibilitet i strukturen. I det senest udarbejdede lovudkast er der indeholdt et forslag om i særlige tilfælde at kunne oplå tidsbegrænsede bevillinger. Danmarks Apotekerforening har med enkelte bemærkninger tilsluttet sig dette princip.

#### 4 ad pag. 9, pkt. 10

Sygehusapotekernes rettigheder med hensyn til indkøb og fremstilling beskrives som parallelle til de private apoteker. Det nævnes derimod ikke, at sygehusapotekerne *ikke* har en til de private apoteker svarende leveringsforpligtelse. De private apoteker er således forpligtet til at levere de præparater, sygehusapotekerne ikke selv ønsker at fremstille. Det vil ofte dreje sig om ikke lønsomme produkter.

Rapporten nævner, at »det ofte vil indebære en økonomisk fordel for en sygehuskommune at etablere et sygehusapotek, da der kan spares betydelige udgifter i form af apoteker- og grossistavancer«. Hertil kommer, at sygehusapotekerne opnår særrabatter på mange specialiteter.

Denne fremstilling af situationen er mangelfuld.

- 1) Ved at undgå apoteksavancen betaler sygehusapoteket og sygehuskommunen bl.a. ikke til de fællesomkostninger, som finansieres over medicinpriserne, herunder vedrørende en række aktiviteter, som sygehusapotekerne også drager nytte af, f.eks. DAK-Laboratoriet og Apoteksassistent-skolen.
- 2) Det er en almindelig kendt realitet, at de særrabatter, fabrikkerne yder sygehusapotekerne, indirekte finansieres af forbruget i den primære sundhedstjeneste (og hvor det offentlige via sygesikringen finansierer en del heraf).
- 3) Sygehusapotekerne betaler ikke moms eller afgifter til Apotekerfonden, hvorved det offentlige unddrages betydelige millio-nbeløb i afgifter.

De ovenfor nævnte punkter udgør i realiteten en form for »konkurrenceforvridning« over for det private apotekervæsen.

#### 5 ad pag. 10, pkt. 10

Rapporten oplyser, at regnskabsmæssige sammenligninger til det private apotekervæsen er umuliggjort af afvigende regnskabsregler for sygehusene.

Dette er ukorrekt. Lige så vel som apotekerne kan udarbejde opgørelser til sundhedsstyrelsen og skatteregnskab efter forskellige retningslinjer, kan sygehusapoteker udarbejde en opgørelse til sundhedsstyrelsen, der gør en sammenligning med private apoteker mulig.

Forklaringen er, at sundhedsstyrelsen har undladt at etablere et regnskabsskema for sygehusapotekerne, jfr. apotekerlovens § 38, således som man har gjort det for apotekerne, jfr. lovens § 37.

#### 6 ad pag. 13, pkt. 18

Det er ukorrekt, når rapporten oplyser, at centraliseringen af apoteksproduktionen var et modtræk imod medicinindustrien for at opretholde en »rimelig« markedsandel, der havde været vigende i en årrække.

Det forhold, at to begivenheder indtræffer samtidig, betyder ikke, at de er indbyrdes sammenhængende.

Produktionskoncentreringen var inspireret af den udvikling, der blev peget på i NU 1968 : 7\*), ifølge hvilken al medicin, herunder apoteksfremstillet, skulle underkastes skærpede kontrolbestemmelser m.v. Sådanne krav, der som bekendt blev gennemført med lægemiddelloven af 1975, ville have medført meget betydelige omkostninger for apoteksproduktionen, såfremt denne ikke i forvejen for betydende deles vedkommende var blevet koncentreret.

Når en vigende markedsandel for apoteksproduktionen standsede i 1973 og afløstes af en meget konstant andel af lægemiddelforbruget i Danmark, hænger det sammen med den fornyelse af det apoteksfremstillede sortiment, der er et resultat af, at det bl.a. er lykkedes DAK-Laboratoriet at indgå leveringsaftaler med en række danske og udenlandske leverandører om nye råvarer. Dette

\*) Nordisk samarbejde om lægemidler, Stockholm 1968.