Danskernes Historie Online
Danske Slægtsforskeres Bibliotek

Dette værk er downloadet fra Danskernes Historie Online

Danskernes Historie Online er Danmarks største digitaliseringsprojekt af litteratur inden for emner som personalhistorie, lokalhistorie og slægtsforskning. Biblioteket hører under den almennyttige forening Danske Slægtsforskere. Vi bevarer vores fælles kulturarv, digitaliserer den og stiller den til rådighed for alle interesserede.

Støt Danskernes Historie Online - Bliv sponsor
Som sponsor i biblioteket opnår du en række fordele. Læs mere om fordele og sponsorat her: https://slaegtsbibliotek.dk/sponsorat

Ophavsret
Biblioteket indeholder værker både med og uden ophavsret. For værker, som er omfattet af ophavsret, må PDF-filen kun benyttes til personligt brug.

Links
Slægtsforskernes Bibliotek: https://slaegtsbibliotek.dk
Danske Slægtsforskere: https://slaegt.dk

DET DANSKE APOTEKERVÆSEN

DANSK FARMACEUTFORENING 1972

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

DET DANSKE APOTEKERVÆSEN

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Indhold

Indledning 3

Målsætning 4

Historie 5

Nuværende apotekervæsens opbygning 6
- Lovmæssigt grundlag 6
- Funktionelle opbygning, myndigheder m. v. 8
- Distributionssystemet 11
- Personale m. v. 17
- Vareindholdet, tjenesteydelser m. v. 20
- Tilgrænsende områder 24

Fremtidige udviklingsmuligheder 27
- Fordele og ulemper ved det nuværende system ... 27
- Udviklingsmuligheder ud fra eksisterende rammer 29
- Udvikling ud fra nationaliseringssynspunkter 33
- Svenske forhold 33
- Norske forhold 37
- Nationalisering i Danmark 41
- Afsluttende bemærkninger 45

Konklusion 46

Tilrettelæggelse og redaktion: *Erik Th. Jacobsen.*

Tryk: P. Hansens Bogtrykkeri A/S.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

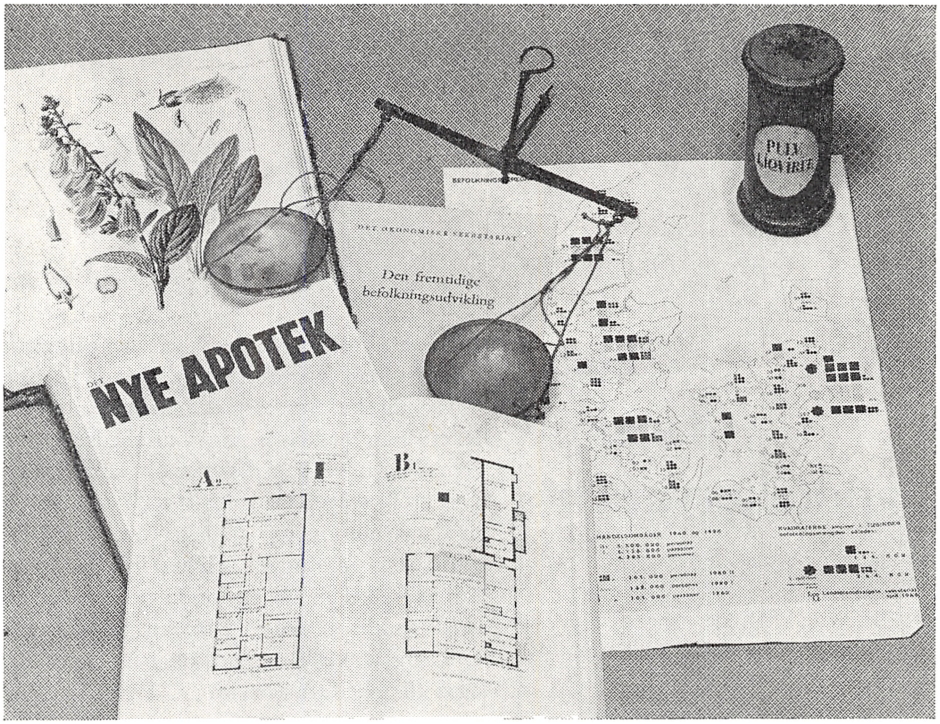
Det danske apotekervæsen

I det efterfølgende findes en gennemgang af det danske apotekervæsen. Den historiske udvikling skitseres kort, det eksisterende apotekervæsen beskrives, og mulighederne for fremtidig udvikling diskuteres. Gennemgangen er foretaget med det formål at give en bred orientering om apotekervæsenet og de krav, som samfundet stiller til dets fremtidige funktion. Denne orientering er udarbejdet som et neutralt bidrag til debatten omkring apotekervæsenet og henvender sig også til ikke-farmaceuter.

Gennemgangen er udarbejdet af en arbejdsgruppe under *Dansk Farmaceutforenings* hovedbestyrelse, bestående af provisorerne *Verner Andersen, Mogens Nedergaard* og *Gustav Sindbæk* samt direktør *Preben Rejnhold Jørgensen*. Udvalget takker provisor *Erik Th. Jacobsen* for stor hjælp. Det er Dansk Farmaceutforenings erklærede linie, at foreningen i relation til apotekervæsenets funktion er u-politisk, idet foreningen mener, at det afgørende for sundhedsvæsenet må være et apotekervæsen med høj faglig standard og effektiv farmaceutisk service over for befolkningen.

Redegørelsen er aktualiseret af folketingets interesse for såvel engros- som detailhandelen med medicin. Det er vort ønske, at så mange som muligt, også af tingets medlemmer, inden der tages en politisk beslutning, vil læse disse sider, som vi har søgt at gøre så nøgterne som muligt uden derfor at ville være »tandløse«.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK



Målsætning

Dansk Farmaceutforenings formål er at varetage medlemmernes interesser. Hertil hører ikke mindst tilfredsheden ved at kunne udføre et meningsfyldt arbejde i den offentlige sundheds tjeneste. Det er derfor Dansk Farmaceutforenings linie at virke for, at landets apoteker fortsat må have en høj faglig standard, hvor tidens krav til farmaceutisk service og til information om lægemidler kan tilgodeses for rimelige omkostninger for samfundet.

Under udarbejdelsen af denne »hvidbog« blev civilingeniør *Erik Kaufmann,* der er engageret i både planlægning og fremtidsforskning, interviewet i *Nordisk Medicin (87,* 1972, 62-64). Det er arbejdsgruppens opfattelse, at Erik Kaufmann helt koncentreret giver både gruppens målsætning og det dilemma, den har arbejdet under, når han bl. a. udtaler:

»Det ligger i tiden at tro på stordrift og effektivitet også i sundhedssektoren. Denne tro vil jeg gerne sætte et spørgsmålstegn ved. Offentlige serviceydelser, der tager sigte på at opretholde eller forbedre menneskers sundhedstilstand, må nødvendigvis tage hensyn til irrationelle elementer, til følelser.

Det er vigtigt at få den rette og effektive behandling, men det er mindst lige så vigtigt, at folk føler sig ordentligt behandlet, fysisk som psykisk.«

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Historie

Apotekerhåndværket i Europa bygger på traditioner og viden hentet helt tilbage i oldtiden. I Danmark findes beskrivelser af apoteksvirksomhed langt tilbage i historien, og landets ældste apotek er oprettet i 1500-tallet. Op igennem århundrederne kom apotekerfunktionen i mere faste rammer, efterhånden som love og forordninger for området blev udstedt.

Med apotekerloven af 1913 fik Danmark et lovfundament for denne del af sundhedssektoren, der mere eller mindre er grundlag for apotekervæsenet, som det kendes i dag. Op til vedtagelsen af apotekerloven 1932 kunne en del apoteker stadig handles frit blandt farmaceutiske kandidater, men efter denne tid finder alle apotekerudnævnelser sted efter ansøgning, bedømmelse i forskellige organer og offentlig udnævnelse.

Farmaceuterne uddannes siden 1892 på Danmarks farmaceutiske Højskole, før denne tid ved universitetet. Uddannelsen er akademisk og sigter bredt mod en uddannelse inden for de biologisk-kemiske områder, hvor lægemiddelvidenskaben og grænsevidenskaberne omkring dem ligger placeret.

Farmaceuten af i dag bygger således på en lang og afbalanceret udvikling. Baggrunden er en tradition for farmaceutisk service over for befolkningen, en service, der gennem årene stadig er blevet bedre.

Efter anden verdenskrig var apotekerloven af 1932 efterhånden så utidssvarende at en revision var nødvendig. Med apotekerloven af 1954 skabtes det grundlag, hvorpå det danske apotekervæsen i dag fungerer.

Igennem mange hundrede år fremstillede de danske apoteker selv deres kemikalier.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

I de følgende afsnit gennemgås den struktur, der er gældende på baggrund af bestemmelserne i forannævnte lov og dens følgecirkulærer m. v.

Nuværende apotekervæsens opbygning

Lovmæssigt grundlag

Det lovmæssige grundlag for apoteksvirksomheden i Danmark er nedfældet i apotekerloven af 11. juli 1954. (Som oftest vil indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 248 af 2. juli 1962 af lov om apotekervæsenet være den apotekerlov, der henvises til. Bekendtgørelsen er en ajourført udgave af 1954-loven. Der er dog tilkommet flere ændringer siden 1962). Trods adskillige ændringer, tillæg og ajourføringer i årenes løb er loven nu forældet. Et udvalg under indenrigsministeren har siden 1968 arbejdet på at udarbejde en tidssvarende »lov om lægemidler«, men arbejdet blev standset efter regeringsskiftet i 1971, fordi den nye indenrigsminister ønskede at overveje ændrede retningslinier for udvalgets arbejde, idet det er socialdemokratiets opfattelse, at det offentlige må have interesse i en hel eller delvis overtagelse af bl. a. detailhandelen med lægemidler. Ministeren vil derfor etablere et særligt ekspertudvalg til at se på en reformering af de strukturelle forhold inden for lægemiddelforsyningen.

Også andre love regulerer apoteksarbejdet, såsom lov om gifte, arbejderbeskyttelsesloven og reglerne om tilskud til lægemidler, men apotekerloven er dog så decideret det legale fundament. Den er som de fleste love en rammelov, der i vid udstrækning suppleres ved hjælp af cirkulærer og regler fra indenrigsministeriet, sundhedsstyrelsen og andre instanser.

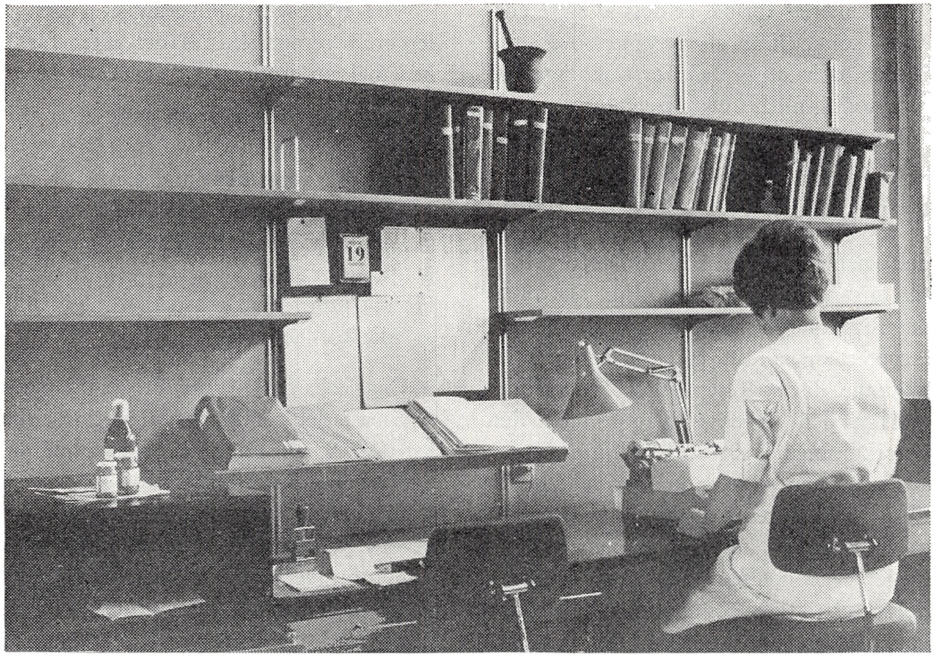
De to vigtigste cirkulærer, som vi dagligt arbejder efter, er regler som apotekers og sygehusapotekers indretning og drift samt regler om rekvirering og udlevering af lægemidler.

Et apoteks rayon fastsættes i hvert enkelt tilfælde af indenrigsministeriet og i driftscirkulæret søger sundhedsstyrelsen gennem krav til bl. a. lokalernes indretning at tilgodese såvel publikums som personalets tarv, ligesom der stilles krav om, at ethvert apotek skal være forsynet med et nærmere specificeret udstyr. Der henvises til særtrykket: *Farmaceutisk Service,* København 1965, som kan rekvireres fra foreningens kontor. I de senere år er der dog givet et stigende antal dispensationer fra kravene om fuldt produktionsudstyr.

Det præciseres, at *apotekeren* er ansvarlig for, at fornødent personale er til stede, og for at personalet udviser fornøden agtpågivenhed over for forvekslinger og fejltagelser, der i værste fald kan blive skæbnesvangre. Apotekeren har således personligt ansvar for driften som helhed, medens den enkelte farmaceut er ansvarlig for de konkrete ekspeditioner og produktioner, herunder omfyldninger, der sker under hans eller hendes direkte opsyn. Ansvaret placeres entydigt derved, at farmaceuten signerer lægemiddeletiketter, arbejdssedler og journalblade. Apoteksassistenter kan i et vist omfang pålægges *medansvar* for skete fejlekspeditioner eller fejletiketteringer.

I årenes løb har der været et ganske ringe antal retssager, hvor ekspeditionsfejl fra apotekets side har haft alvorlige, i enkelte tilfælde fatale følger. Udfaldet af disse sager har klart vist, at domsto-

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK



Recepturen på et moderne apotek. Assistenten skriver etikette med brugsanvisning.

lene utvetydigt fastnagler farmaceuten til sit ansvar.

Der tales ofte om langsommelig ekspedition på apoteket. Et apotek af gennemsnitsstørrelsen ekspederer henved 400 recepter daglig og beskæftiger som regel 2 eller 3 farmaceuter foruden indehaveren. Ekspedition af en recept består i 9 à 10 tilfælde i fremtagning og etikettering af en færdigpakning samt anførelse på recepten af lægemidlets pris. Hertil kommer oftest kopiering til sygekasse eller socialkontor samt afstempling med udleveringsdatoen. En del recepter skal også kopieres på særlige lister til embedslæge (narkotikarecepter) eller toldvæsen (spritholdige lægemidler). I de travle timer omkring lægernes konsultation (hvor folk har ventet længe og derfor har opbrugt deres tålmodighed, når de kommer til apoteket) bliver der ikke mange sekunder til den påbudte og nødvendige kontrol af hver enkelt ordination, før man skal sætte sit stempel på etiketten og dermed vedkende sig sit ansvar.

Derfor er vi glade for den obligatoriske dobbeltkontrol, der består i, at en kollega eller en apoteksassistent efterkontrollerer og kontrasignerer al medicin, inden de udleveres til forbrugeren. Dobbeltkontrol koster selvfølgelig penge, men som *Kumbel* siger: »Ting tager tid«. Det gælder også den tid, der er nødvendig for, at vi kan yde hundrede procents sikkerhed for korrekt ekspedition af nutidens højpotente lægemidler, om hundrede procents sikkerhed nogensinde kan nås.

Apotekerværsenets slogan: »*Tradition for sikkerhed — sikkerhed for kvalitet*« har et reelt indhold.

Udleveringscirkulæret giver bestemmelser om rekvirering og udlevering af medicin.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Cirkulærets formål er dels at sikre ensartet behandling af recepter overalt i landet, dels at undgå forfalskninger af recepter og misbrug af lægemidler.

En recept er et for en bestemt patient udstedt dokument, der nærmere angiver patientens behov for medicin. Recepten er et grundlæggende element i lægemiddelforsyningens sikkerhed. Derfor straffes misbrug eller forfalskning. Derfor er det forbudt klinikdamer at indtelefonere recepter og andre end farmaceuter at modtage disse. Recepten er bindeleddet mellem den lægelige diagnose og den korrekte medicinske behandling.

For de euforiserende stoffer (narkotika), hvis berettigelse som lægemiddel er lindring af de sværeste smerter for meget syge medborgere, gives der særdeles restriktive bestemmelser både for lægernes receptudstedelser, der skal ske på specielle »narkochecks«, og for apotekets behandling af recepten (udleveres kun én gang pr. recept, recepten må ikke tilbagegives patienten, kopilister indsendes månedlig til embedslægen etc.).

Om øvrige lægemidler hedder det i cirkulæret, at de »bør ordentligvis« udstedes på en egnet blanket, forsynet med lægens påtrykte navn og adresse, at påtegninger skal være tydelige (og entydige), og at recepten i det hele taget skal affattes således, at mistydninger undgås. Vi kontakter naturligvis lægen telefonisk, hvis der er blot den mindste tvivl.

Ved apotekets udlevering af lægemidler efter recept skelnes der efter farlighed mellem grupperne A, B, C og H.

A: må kun udleveres én gang efter samme recept.
B: må udleveres det antal gange og med tidsinterval, som lægen bestemmer.
C: må udleveres ubegrænset efter recepten i fem år.
H: må udleveres også uden recept. »H« står for håndkøb.

Dansk Farmaceutforening har i øvrigt kritiseret det gældende udleveringscirkulære. Det gælder dels dets sprogbrug, der ikke er i overensstemmelse med justitsministeriets retningskrav af 15. oktober 1969, dels dets form med regler for receptudstedere og for apotekere kombineret med kommentarer af halvofficiel karakter. I denne forbindelse drejer det sig mere konkret om, hvorvidt en gyldighedsperiode på fem år overhovedet er sagligt begrundet med den sammensætning, lægemiddelarsenalet har i dag. Den burde være kortere. Endelig har foreningen foreslået gruppe C ophævet ved deling mellem grupperne B og H. Gruppe C er med til at nedbryde respekten for recepten som et »værdipapir«, og må i realiteten betragtes som maskeret håndkøb. Endvidere er det en erfaring, at recepter indenfor denne gruppe ofte udlånes til andre med deraf følgende konsekvenser.

Funktionelle opbygning, myndigheder m.v.

Apotekervæsenet sorterer under indenrigsministeren, der udøver sine beføjelser gennem forskellige ekspeditionskontorer, styrelser og direktorater.

Til daglig er det pålagt *sundhedsstyrelsen* at føre tilsyn med apotekerne. Sundhedsstyrelsen har karakter af en rådgivende stabsfunktion for ministeriet.

Den direkte kontrol med apotekerne udføres af 5 *farmaceutiske visitatorer,* der har pligt til én gang årlig detaljeret at inspicere alle landets apoteker. Visitatorerne vejleder apoteksindehaverne i f. eks. ombygnings- og regnskabssager og har påtaleret over for ukorrekte eller uhensigtsmæssige indretninger

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Apoteket er med dets fornemme, ofte noget gammeldags fremtoning, en del af det danske bybillede. Bag ved den ofte fredede facade vil man imidlertid finde en virksomhed, som er fulgt med tiden.

og ekspeditionsrutiner, ligesom de påser, at lægemidlerne fremstilles, håndteres og opbevares korrekt såvel hvad angår sikkerhedskrav som med hensyn til holdbarhed. Den stedlige embedslæge deltager i visitatsen bl. a. for at kontrollere, om krav til personalebeskyttelse og hygiejnisk standard er opfyldt.

Også håndkøbsudsalg efterses regelmæssigt af de farmaceutiske visitatorer. Kontrollen med disse, bl. a. med lagrenes indhold af lægemidler, vitaminer m. v., der kun kan opbevares kort tid, påhviler apotekeren.

Direktoratet for apotekervæsenet er oprettet i 1969 og administrerer hovedsagelig apotekerfondens virksomhed og apotekervæsenets pensionsordning.

Apotekerfonden er i princippet en udligningspulje, hvortil alle landets apotekere betaler i forhold til omsætning og til nettooverskud efter princippet om de stærke skuldre og de tunge byrder. Apotekerfonden *skal* have midler til at finansiere nyudnævnte apotekeres køb af varelager, inventar og eventuelt ejendom samt til subventionering af de mindre givtige apoteker. Derudover kan fonden investere i køb af apoteksejendomme, ombygning af apotekslokaler etc. Fonden er for tiden inde i en likviditetskrise, hvilket afspejler sig i vanskeligheder ved at skaffe penge til en del stærkt tiltrængte ombygninger. Apoteksindehaverne henvises derved til det private lånemarked.

Alle apotekere og apoteksansatte farmaceuter skal være medlemmer af *apotekervæsenets pensionsordning.* Pensionernes størrelse og de øvrige vilkår ligger meget tæt op ad tjenestemændenes pensionsforhold. Farmaceuternes pensionsaldergrænse er 67 år, idet dog apotekerne er berettiget til at bevare bevillingen til det fyldte 70. år.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Officiel beskrivelse af råstoffer og halvfabrikata til fremstilling af lægemidler samt kvalitetskrav til disse og påbudte fremstillingsmetoder findes samlet i et firebinds værk, en farmakopé (græsk: lægemiddelbeskrivelse), der stadig ajourføres. Farmakopeen, *Pharmacopoea Nordica,* er udarbejdet og ajuorføres gennem et praktisk-videnskabeligt fællesnordisk samarbejde. Den er gældende i alle fem nordiske lande. Ministeriet har nedsat en permanent *farmakopékommission,* der skal sørge for, at værket til enhver tid er up-to-date. De 11 medlemmer repræsenterer dels farmaceutisk, dels lægelig og veterinærmedicinsk ekspertise.

Specialitetsnævnet fører kontrol med, at kun lødige varer bliver registreret som medicinske specialiteter, d.v.s. fabriksfremstillede, færdigpakkede lægemidler. Sammenlignet med andre europæiske lande har vi et ret restriktivt registreringsniveau, som bl. a. forhindrer, at varer af ikke-dokumenteret værdi udbydes som lægemidler. Ofte søges det samme lægemiddel registreret som specialitet af adskillige danske og udenlandske fabrikanter samtidig. Dette har tidligere afstedkommet nogen navneforvirring, som kan være vanskelig at forklare den undrende forbruger. Således forhandles fra gammel tid den samme smertestillende tablet som Codyl®, Gealgica®, Gelonida ®, Treupel® og Kodifen.

Specialitetsnævnet har siden 1954 fulgt den praksis, at man tillader 1 udenlandsk og 1 dansk fabrikant et særnavn, hvorefter senere indregistreringer af det samme lægemiddel kun tillades under fællesnavn (officielt anerkendt navn) + firmanavn.

Som eksempel herpå kan nævnes Prozil® (Dumex), Largactil® (Pharma Rodia) og Klorpromazin Novo, der alle har Klorpromazin som indholdsstof.

Nævnet søger at holde antallet af specialiteter på et rimeligt niveau samtidig med, at alle lægemidler, for hvilke der foreligger et dokumenteret behov, selvfølgelig skal kunne bringes i handelen også under det mundrette særnavn, som fabrikanten ønsker. Særnavnet må efter dansk lovgivning ikke over for forbrugeren antyde, hvilken sygdom lægemidlet er virksomt overfor. Specialitetsnævnets godkendelse af navnet garanterer for øvrigt ikke for, at dette ikke krænker rettigheder inden for andre brancher. Fabrikanten må selv sikre sig, at han ikke får en varemærkesag på halsen, hvis en anden fabrikant har udtaget eneret på betegnelsen.

Til belysning af, hvorledes forskelle i lovgivningen og i de strukturelle forhold påvirker antallet af registrerede lægemidler, kan det oplyses, at der i Danmark er registreret ca. 1.300 medicinske specialiteter samt fastsat takst for ca. 800 apoteksfremstillede lægemidler. I Sverige var der pr. 1.1.1972 registreret 2.672 specialiteter incl. ACO-mærkede lægemidler, som tidligere svarede til dansk apoteksproduktion. I Vesttyskland er der registreret omkring 53.000 specialiteter. Dette er et betydeligt fald i forhold til tidligere takket være en begyndende tilnærmelse til EF-forhold på det tyske marked.

Det er en kendsgerning, at de allerfleste lægemidler ikke blot har en ønsket virkning, men desuden ofte talrige bivirkninger, der til tider kan være så udtalte, at en i øvrigt fornuftig behandling må afbrydes, fordi bivirkningerne skader mere, end den tilsigtede virkning gavner. *Sundhedsstyrelsens bivirkningsnævn* indsamler og registrerer oplysninger om bivirkninger og udsender regelmæssigt meddelelser om nye iagttagelser til lægerne og apotekerne.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Sundhedsstyrelsens farmaceutiske laboratorium stiller laboratoriefaciliteter og analytisk ekspertise til rådighed for bl. a. bivirkningsnævn, specialitetsnævn og for de farmaceutiske visitatorer.

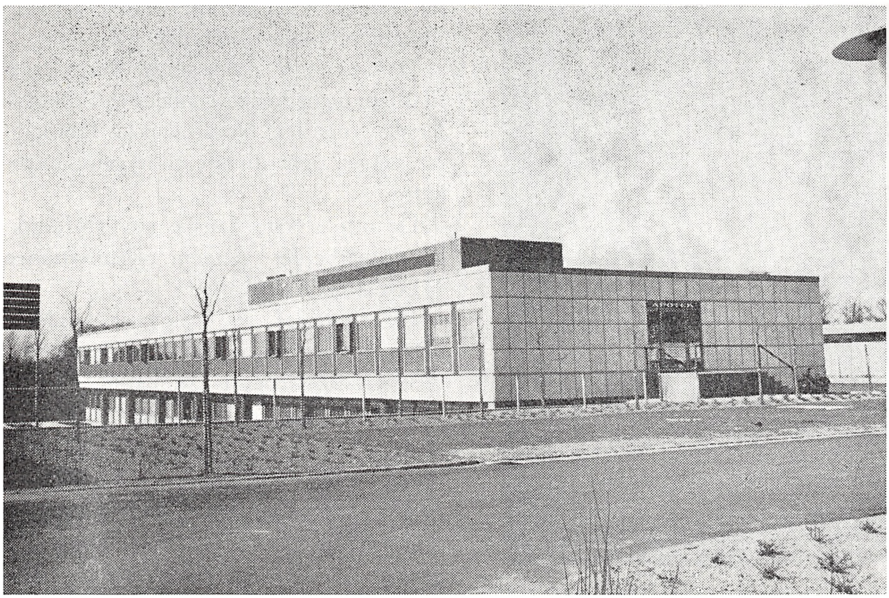
Under indenrigsministeriet sorterer endvidere overenskomstnævnet, nævnet for apoteksassistenters uddannelse, forfremmelsesrådet, apotekervarenævnet, reklamenævnet, takstkonsulenterne, voldgiftsnævnet ved apoteksovertagelser, medicinalnævnet, sundhedsstyrelsens medicinudvalg (der skal tage stilling til, hvilke lægemidler der skal billiggøres ved sygekassetilskud) og utensilieudvalget (utensiler betyder hjælpemidler, redskaber), medens Danmarks farmaceutiske Højskole hører til undervisningsministeriets domæne. Kemikaliekontrollen sorterer under ministeret for forureningsbekæmpelse, og lovgivning om brandfarlige væsker og om vægte m. v. hører under justitsministeriet.

Distributionssystemet

På figur 2 (s. 25) er lægemidlets vej fra fremstiller til forbruger anskueliggjort.

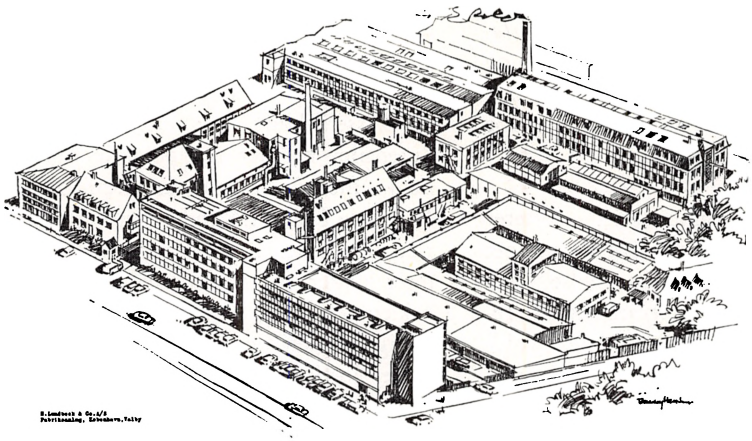
Skemaet omhandler kun lægemidler. Apotekerne forhandler også frihandelsvarer som kemikalier, droger, tekniske artikler, barneplejeartikler, kosttilskud og sukkervarer, samt sygeplejeartikler, forbindsstoffer og svangerskabsforebyggende midler, ligesom midler til fremme af den personlige hygiejne og kosmetik også indgår i sortimentet.

Nogle af disse varer hører naturligt hjemme på apoteket, medens mange artikler kun købes på apoteket, når de almindelige forhandlingssteder har lukket. Under apotekernes vagttjeneste er de forpligtet til at sælge alt, hvad der kan anvendes ved en sygeseng.



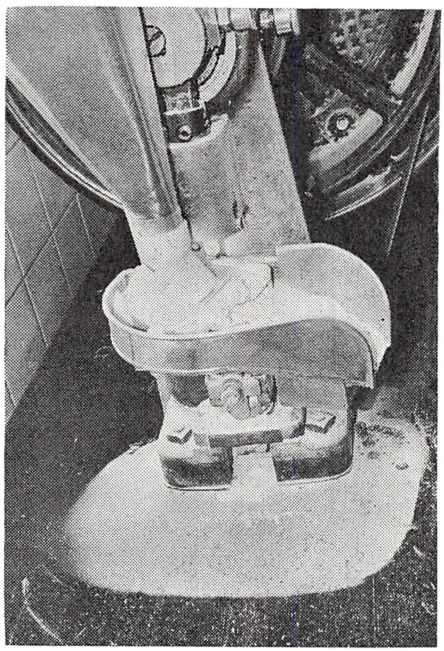
Sygehusapotek.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK



Medicinfabrikken H. Lundbeck A/S.

Den altovervejende del af apoteksomsætningen består af medicinske specialiteter og af apoteksfremstillet medicin. Distributionsvejen, der kan følges på diagrammet (fig.1), forløber således: fabrikant — (importør —) grossist — apotek — (håndkøbsudsalg —) forbruger.



En væsentlig del af apotekernes egenproduktion er fremstilling af tabletter.

Udenlandske fabrikanter giver en dansk importør, der skal råde over farmaceutisk sagkundskab, eneret på at distribuere deres præparater her i landet. Importøren må til gengæld forpligte sig til at lagerføre alle producentens her i landet registrerede varer.

Importørerne sælger deres varer gennem de kontrollerede grossister eller direkte til sygehusapotekerne. Importørernes faglige organisation hedder MEDIF (Medicinimportørforeningen).

Danske fabrikanter sælger deres varer til hjemmemarkedet gennem de kontrollerede grossister. Nogle danske fabrikanter sælger også direkte til sygehusapotekerne.

De otte største danske medicinfabrikker samarbejder gennem organisationen ME(dicin)FA(brikanter).

De fleste af de øvrige er samlet i »Brancheforeningen af Farmaceutiske Industrivirksomheder i Danmark«.

Kontrollerede laboratorier, d.v.s. laboratorier, der er underkastet tilsyn af de farmaceutiske visitatorer og i øvrigt er pålagt pligt til at råde over farmaceutisk ekspertise og til at føre et ret bredt sortiment, leverer deres varer (råvarer, halvfabrikata og færdigvarer) gennem de

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

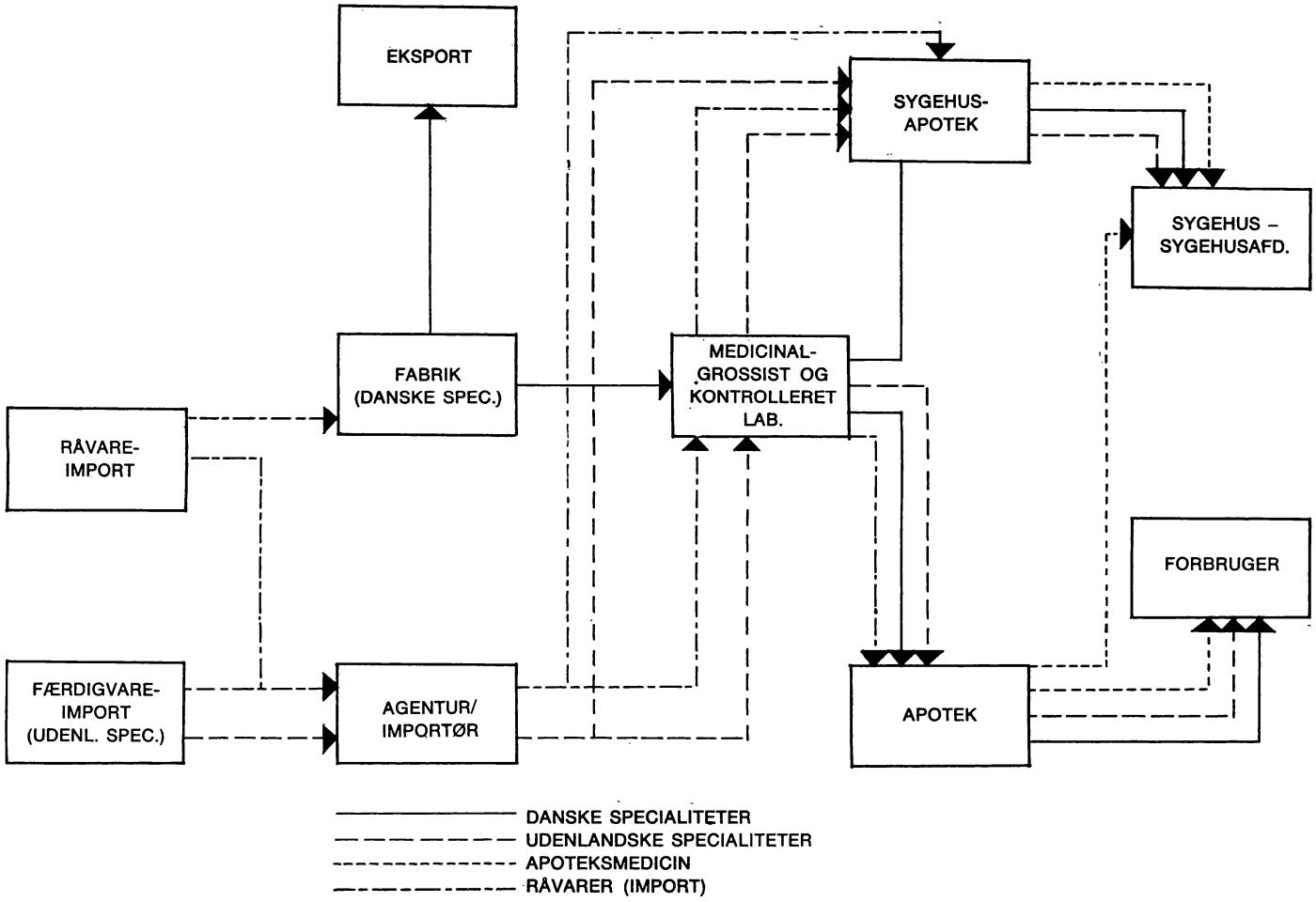


Fig. 1. Distributionsvejen for lægemidler.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Apotekerforeningens bomærke. Det symboliserer en morter og en kemisk formel (en benzenring). Det er også de danske apotekers bomærke, jvfr. etiketten længere fremme.

kontrollerede grossister eller direkte til sygehusapotekerne.

Kontrollerede engrosvirksomheder. At en grossist er kontrolleret, indebærer bl.a. at der er tilknyttet mindst én farmaceut, og at virksomheden underkastes tilsyn af de farmaceutiske visitatorer.

De kontrollerede grossister, der har afdelinger i København, Odense, Århus, Aalborg, Haderslev, Kolding, Aabenraa, Holstebro, Vejle og Randers, leverer til apoteker og sygehusapoteker.

Statens Seruminstitut har monopol på fremstilling og import af serum og vaccine. Priskalkulationen er ikke merkantil. Kompetente personer og institutioner kan rekvirere direkte ved instituttet (apoteker, læger, sygehuse, sygehusapoteker).

Tilsvarende gælder for *Statens veterinære Serumlaboratorium* og *Statens veterinære Institut for Virusforskning.*

Sundhedsstyrelsen Isotopapotek (isotop betyder radioaktiv variant af et grundstof) leverer radioaktive lægemidler direkte til de sygehusafdelinger, der har kompetence til at opbevare, forarbejde og distribuere disse efter regler, der tager hensyn til farligheden ved at omgås sådanne lægemidler.

En vis *samhandel* finder sted mellem *apoteker* og *sygehusapoteker* af mere specielle lægemidler, hvorimod *samhandelen mellem apotekerne indbyrdes* er af stigende omfang. Værdien af apotekernes samhandel er vokset fra 750.000 kr. i 1965 til 6 mill. kr. i 1970.

Mange præparater sælges sjældent og/eller i små mængder. Der findes derfor regionale »produktionsringe«, hvor nogle apotekere slutter en aftale om at fremstille og levere til hinanden et antal af de lavfrekvente varer.

De faglige organisationer har i de seneste år arbejdet med planer om en centralisering af store dele af apoteksproduktionen. Dette arbejde er baseret på faglige, samfundsmæssige og økonomiske overvejelser. Fremstilling af klorpromazinpræparater finder kun sted på ét apotek (Løgstør apotek). Dette skyldes, at der skal tages særlige beskyttelsesforanstaltninger for at sikre det personale, der arbejder med stoffet, og de patienter, der skal anvende præparaterne. Tilsvarende hensyn gælder problemerne med at sikre de omkringboende mod forurening. For hvert enkelt produkt eller hver enkel produktgruppe har de nævnte hensyn forskellig vægt.

Det bør i denne forbindelse fremhæves, at den *produktionspligt,* der i øjeblikket påhviler apotekervæsenet, sikrer befolkningen adgang til lægemidler, som af økonomiske grunde ellers ikke ville være til rådighed. *Erik Hermann* oplyste således, at en medicinfabrik ikke ville markedsføre et produkt, der ikke skønnedes at have en salgsværdi på hjemmemarkedet på mindst 100.000 kr. ab fabrik. (*Nordisk Medicin 23,* 1967, 1543–46).

Virkeliggørelsen af disse *produktionscentraliseringsplaner* er allerede i gang. I første omgang søges den stærkt investeringskrævende produktion af infusions- og transfusionsvæsker (væsker, der indsprøjtes i store mængder, og til hvilke der derfor må stilles ekstremt skarpe

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

krav til kvalitet) centraliseret. Forbruget af disse væsker anslås til 700.000 liter/år og er i stadig stigning.

Der findes pr. 30.6. 1972 *344 apoteker* i Danmark, hvoraf der er truffet beslutning om nedlæggelse af de fire. Apotekerbevilling tildeles efter ansøgning farmaceutiske kandidater, oftest i 45 års alderen. Privilegiet tildeles af Dronningen efter indstilling fra indenrigsministeren. Forfremmelsesrådet, bestående af en repræsentant for Danmarks Apotekerforening og en repræsentant for Dansk Farmaceutforening, indstiller til sundhedsstyrelsen de fem efter rådets mening bedst egnede ansøgere. Ingen kan udnævnes til apoteker efter sin 50 års fødselsdag, med mindre det drejer sig om en forflyttelse.

En apoteker har *pligt* til at lede sit apotek, til at holde åbent i det omfang indenrigsministeriet bestemmer og kan herudover pålægges vagtforpligtelse i fornødent omfang, ligesom apoteket er pligtig at være forsynet med eller omgående at søge fremskaffet ethvert lægemiddel, der ordineres ved recept, og som lovligt må forhandles her i landet, samt de lægemidler der er forbeholdt apotekerne. Til gengæld har apotekerne eneret på detailsalg af lægemidler.

Danmarks apoteker omsatte i 1971 for ca. 840 mill. kr. excl. moms.

Der er et apotek og to filialapoteker på Færøerne, men intet apotek i Grønland.

Sygehusapotekerne, hvoraf der findes 11, de pågældende sygehuse. Sygehusapotekeren er altså funktionær ligesom f. eks. overlægerne og lønnes i henhold til overenskomst med Dansk Farmaceutforening. Sygehusapoteket leverer medicin til afdelingerne, undertiden også til andre plejeinstitutioner i det pågældende amt og til personalet.

Hvor sygehusapotek ikke findes, samles sygehusets indkøb af medicin, der kun kan ske gennem apotek, som regel på et medicindepot, hvorfra det – ofte under opsyn af en farmaceut tilknyttet sygehusets centrallaboratorium – fordeles til afdelingerne. Det er dog ikke noget lovmæssigt krav, at en farmaceut skal medvirke ved denne distribuering, men det er overladt til sygehusejerne at tage denne sikkerhedsmæssige foranstaltning.

Af de 348 apotekers omsætning på 747 mill. kr. (1970) falder 477 mill .kr. på recepter til enkeltpersoner og 180 mill. kr. på håndkøb. Til dyrlæger leveredes efter recept for 36 mill. kr. og til sygehuse m.v. for 54 mill. kr. Den overvejende del af salget sker altså direkte til forbruger fra apotek, »over skranken«, enten efter recept eller efter kundens egen begæring, men der kan dog være indskudt mellemled.

Endelig findes der et apotek på den Kgl. Vetr. og Landbohøjskole.

Håndkøbsudsalg, hvoraf der findes ca. 900, oprettes med indenrigsministeriets tilladelse eller efter dettes påbud i landdistrikter eller i forstadskvarterer, hvor der er langt til nærmeste apotek. Udsalget må ekspedere de varer, det er apoteket tilladt at sælge uden recept. Der må ikke findes tilberedning af nogen art sted i håndkøbsudsalget, og der må kun rekvireres varer fra moderapoteket. Publikum kan indlevere recepter i håndkøbsudsalget, hvorefter de bringes til apoteket, hvor de ekspederes, pakkes og adresseres. Håndkøbsudsalget må kun udlevere den lukkede pakning til forbrugeren.

Der skelnes mellem *apoteksdrevne håndkøbsudsalg,* der som regel betjenes af en apoteksassistent, omend dette endnu ikke er lovfæstet, og udsalg, hvor en *ikke-apoteksuddannet bestyrer* har varelageret i delvis konsignation og aflønnes med en procentsats af salget. Den første

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

type er som oftest mere tidssvarende end den bestyrerdrevne type.

Omsætningen var i 1969 for de 27 apoteksdrevne håndkøbsudsalg ca. 10 mill. kr. og for de 881 bestyrerdrevne ca. 34 mill. kr.

Filialapoteker eller *A-apoteksudsalg* (§ 42-apoteker efter den paragraf i apotekerloven, hvor de omtales) vil over for publikum fremtræde som et apotek. Det vil kunne ekspedere håndkøbsvarer og færdigpakket receptmedicin.

Der findes endnu ikke filialapoteker (bortset fra Færøerne). Typen vil blive prøvet i den kommende tid, idet den kan dække et behov for service, der er større end et håndkøbsudsalg kan opfylde, uden at der dog på stedet er økonomisk basis for et konventionelt apotek.

Et *medicinafleveringssted* er endnu en forholdsvis uformel foreteelse, som det vil være ønskeligt at få i mere faste rammer. Afleveringssteder oprettes f. eks. i landdistrikter, hvor der er befolkningsmæssig basis for regelmæssig forsyning med rekvireret eller ordineret medicin fra et nærliggende apotek. Fordelen for publikum er dels, at varen tilsendes portofrit og på fastlagte tidspunkter, dels at modtageren ikke skal stå og vente på en rutebil eller lignende. For apotekerne og samfundet er det en betryggelse, at forsendt medicin ikke henligger hos købmænd, frisører, brugsforeninger og bladkiosker under ofte ukontrollable opbevaringsforhold. Medicinalafleveringssteder, hvoraf der findes ca. 40, modtager kun pakket og adresseret medicvin og kun fra det apotek, der er truffet aftale med. Bestyreren, der oftest er en lokal næringsdrivende, modtager som regel 10% i incassogebyr.

Hvor en lægepraksis ligger langt fra nærmeste apotek, kan lægen opnå tilladelse til at distribuere, at føre et passende lager af medicin, som han udleverer til sine patienter i forbindelse med konsultation. Lægen får oftest 10 procent provision. Ordningen er i dag forældet, og distributionstilladelserne benyttes ikke meget. Indenrigsministeriet har i sinde at inddrage disse tilladelser, bortset fra lægepraksis på mindre øer.

Dyrlæger kan opnå ret til at *distribuere* eller *dispensere* (d.v.s. selv tilberede og udlevere) lægemidler, indkøbt fra apotek. Dispensationsretten strider helt mod de krav, der i øvrigt stilles til lægemiddelfremstilling. For dyrlægers distributionsret gælder tilsvarende betragtninger som for lægers vedkommende.

Praktiserende læger, der indgår i *vagtturnus* uden for apotekernes åbningstider, medfører mange steder en vagttaske, pakket af apoteket efter lægens anvisning. Medicinen i tasken er apotekets ejendom, og lægen lægger recepter i tasken, når han udleverer medicin fra den, hvorefter apoteket kræver patienten for dennes andel af prisen. Ordningen fungerer tilfredsstillende, da apoteket sørger for, at sortimentet til enhver tid er à jour og af fuld lødighed.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Personale m. v.

I apotekervæsenets detailled, d.v.s. apoteker (herunder håndkøbsudsalg) og sygehusapoteker beskæftiges for tiden farmaceutiske kandidater (cand. pharm.), apoteksmedhjælpere (exam. pharm.), apoteksassistenter og defektricer foruden apoteksassistentelever samt studerende fra Danmarks farmaceutiske Højskole. Dog uddannes der ikke længere apoteksmedhjælpere og apoteksdefektricer.

Ud over disse faglærte grupper er der ansat et antal ufaglærte og enkelte andre.

Farmaceutiske kandidater beskæftiges dels som apotekere, dels som provisorer. En farmaceutisk kandidat ansat på et apotek eller et sygehusapotek betegnes provisor.

Der er som nævnt 344 apotekere og 11 sygehusapotekere i Danmark. På de egentlige apoteker er ansat 826 provisorer, heraf er dog et betydeligt antal i deltidstjeneste. Ligeledes er ansat 190 apoteksmedhjælpere, som omregnet svarer til 114 i heltidsbeskæftigelse. På sygehusapotekerne er de tilsvarende tal 67 provisorer.

Uddannelsen til cand.pharm. er en 5-årig akademisk uddannelse, som dels foregår på landets apoteker med ca. 1 års praktikanttid og dels på Danmarks farmaceutiske Højskole. Undervisningen er revideret adskillige gange, således at hovedvægten gradvis er flyttet over til højskolen. Rammerne for den farmaceutiske uddannelse, som den praktiseres i dag, er givet i kongelig anordning af 25. august 1969 med ændringer af 29. marts 1971.

Pr. 1. september 1971 var der immatrikuleret 610 kandidatstuderende, og ved eksamen i maj/juni 1972 bestod 64 studerende slutprøven.

Det betydelige antal studerende i forhold til antallet af provisorer står som

Danmarks farmaceutiske Højskoles bomærke.

udtryk for, at et betydeligt antal af de færdiguddannede farmaceuter søger beskæftigelse inden for andre dele af lægemiddelsektoren eller i tilgrænsende erhverv.

Alle er enige om værdien af en bred basisuddannelse på det kemiske-biologiske område, men der savnes undervisning i forskellige discipliner, som kan være nødvendige for erhvervsudøvelsen. Sådanne færdigheder må derfor tilegnes efter kandidateksamen enten på branchens eller den enkeltes initiativ ved efter- eller videreuddannelse.

Apoteksmedhjælpere er titlen for sådanne, som før apotekerloven af 1954 havde bestået medhjælpereksamen, den prøve som afsluttede den praktiske uddannelse, og som gav adgang til fortsatte studier ved højskolen.

Da apotekerloven af 1932 blev udarbejdet, var antallet af tekniske hjælpere på apotekerne endnu ret ringe, hvorfor en personalegruppe med en delvis uddannelse stadig var af stor betydning. I betænkningen til apotekerloven af 1954 udtaler kommissionen: »*at det nærer den*

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

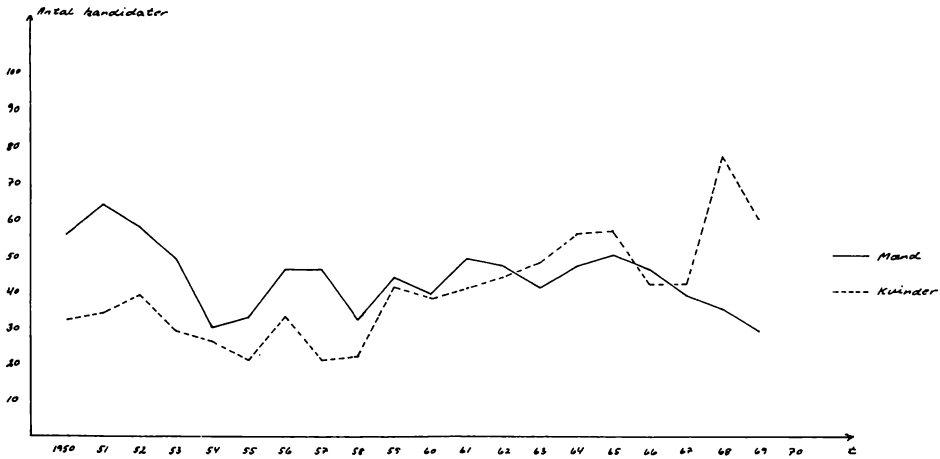
opfattelse, at en stor del praktisk apoteksarbejde kan betros et mere teknisk betonet personale end de fuldt uddannede farmaceuter, hvorved der vil fremkomme en rationalisering og en besparelse med hensyn til apotekets arbejdskraft. Samtidig mener udvalget, at den fagligvidenskabelige udvikling (kemisk, farmakologisk og bakteriologisk) på den anden side har medført, at adskilligt farmaceutisk arbejde, der efter den gældende ordning betros personale, som kun har bestået medhjælpereksamen, ikke af dette kan behandles med den sikkerhed og indsigt, som en betryggende ekspedition kræver.«

Ud fra disse synspunkter vedtoges det i loven af 1954 at stoppe uddannelsen af apoteksmedhjælpere og indføre en ny gruppe teknikere: apoteksassistenterne.

De ovenfor citerede bemærkninger fra apotekerlovskommissionen er ikke mindre aktuelle i dag, idet udviklingen er skredet hastigt frem siden da, og man har lagt nye arbejdsopgaver ud til apotekerne. Der tænkes især her på lægemiddelinformationen, hvor virkelig indsigt er absolut nødvendig for opgavens løsning på tilfredsstillende måde.

Apoteksassistentuddannelsen blev som ovenfor beskrevet indført efter 1954, og apotekerne beskæftiger i dag 1065 assistenter, hvoraf nogle i deltidstjeneste, således at antallet er 895 ved omregning til fuldtid. Uddannelsen af assistenterne foregår dels på apotekerne, dels på apoteksassistentskolen, som drives i Danmarks Apotekerforenings kursusejendom i Hillerød. Fordannelsen er i reglen realeksamen eller anden dertil svarende eksamen. Der er for tiden 1008 assistentelever under uddannelse. Læretiden er 3 år i de fleste tilfælde, men kan være både længere og kortere, afhængig af fordannelsen. Farmaceutisk studerende, der har bestået 1. dels eksamen, kan betegne sig som apoteksassistenter og tage arbejde som sådanne.

Apoteksdefektrice er titlen for den tidligere eneste tekniske faggruppe på apotekerne. Uddannelsen var i overvejende grad overladt til det enkelte apotek, dog med en vis teoretisk undervisning på lokale handelsskoler. Der beskæftiges endnu 1517 defektricer (om-



Kandidatproduktionen ved Danmarks farmaceutiske Højskole i perioden 1950/51—1969/70. Fra undervisningsministeriets publikation »Statistik 1971«.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Fra et PUF-kursus om sterilisations- og sterilitetsproblemer.

regnet 1095) på apotekerne, men antallet af elever er blot 297. Årsagen er som nævnt, at uddannelsen nu ophører.

Øvrige personalegrupper er altovervejende ufaglært arbejdskraft til påfyldningsarbejde, laboratoriearbejde, rengøring og budtjeneste. Endelig findes en endnu ret beskeden gruppe ansat som kontorpersonale.

For en sammenligneligheds skyld skal anføres nogle personaletal for at belyse udviklingen:

Ar	Antal apoteker	Farmaceuter	Antal recepter pr. hel farmaceut	Teknisk medhjælp
1931	322	842	9.800	
1941	346	938	11.700	927
1951	348	1.048	17.600	1.601
1961	357	1.055	24.600	1.325
1971	348	1.016	29.000	2.582

Når disse tal sammenholdes med den kendsgerning, at den ugentlige arbejdstid er blevet væsentlig kortere i perioden (i dag 40 timer), vil det ses, at apotekerlovskommissionens ovenfor citerede forventninger til en rationalisering er blevet indfriet.

Rent faktisk er arbejdsdagen for en farmaceut fuldt optaget af flere pligter, end det kan uddrages af ovenstående sammenligning, idet ikke alene arbejdet med recepterne er forøget (det er også gjort nemmere takket være et mere standardiseret sortiment og en vidt gennemført rationalisering, foretaget af fagets egne folk), men dertil kommer et ekstra arbejde i forhold til de første oplysninger i oversigten af kontrolforanstaltninger og lignende, dikteret af lægemidlernes større farlighed, af øget forståelse for deres holdbarhedsforhold og lignende.

Arbejdet for provisorer (og apotekere) har ændret sig betydeligt. Fagets personale har forsøgt at tage den nye tids udfordring op, dels gennem rationaliseringer (som sikkert kan føres endnu videre), dels ved at efteruddanne sig, hvor

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

grunduddannelsen ikke har vist sig tilstrækkelig.

Således har et efteruddannelsessekretariat (PUF-sekretariatet) siden 1966 tilbudt en række kurser, som årligt søges af ca. 600 deltagere. Hovedvægten har i de sidste år været lagt på de driftsøkonomiske og ledelsesmæssige felter netop ud fra en erkendelse af nødvendigheden af at forstå de udvidede problematikker og at klare det øgede tempo ved en uddelegering af det arbejde, der ikke absolut skal foretages af en farmaceut personlig.

Vareindholdet, tjenesteydelser m. v.

Apotekets primære opgave er og vil fremover være at sikre befolkningen rimelig let adgang til de foreskrevne eller ønskede lægemidler ved at lagerholde og distribuere medicin og varer, der uden at være lægemidler i lovens forstand (midler til behandling, lindring eller forebyggelse af sygdomme eller sygdomssymptomer samt midler til erkendelse af sygelige tilstande) dog anvendes ved sygdomsbehandling og derfor naturligt hører hjemme på apoteket. De sidstnævnte kaldes »parafarmaceutiske varer«.

Lægemidler er enten færdigpakkede standardvarer eller individuelt foreskrevet medicin. Færdigvarer er:

1) *medicinske specialiteter,* der af apoteket hjemkøbes i den for forbrugeren bestemte pakning, som apoteket ikke må åbne, omhælde eller på anden måde ændre. Hvor det drejer sig om præparater, der kun er holdbare ganske kort tid (f. eks. penicillinmikturer, visse øjendråber), leverer fabrikanten dog sin vare som tørstof, der af apoteket opløses i det foreskrevne opløsningsmiddel umiddelbart inden udleveringen. Det er også tilladt efter lægeordination at blande specialiteter med andre lægemidler.

2) *apoteksfremstillede* eller *-pakkede standardvarer,* på apoteket benævnt »påfyldninger«. De fleste af disse varer (tabletter, safter, pulvere, dråber etc.) er fælles for alle apoteker, men ikke så få påfyldninger er dog forskellige fra sted til sted, afhængig af de lokale lægers ordinationsvaner og af publikums indkøbsrutiner.

Individuelt foreskrevet medicin, på apoteket kaldet »magistrelle ordinationer« idet lægen eller dyrlægen fra gammel tid opfattes som magister (vejleder) for apotekeren, er oftest flydende blandinger, hvor den ordinerende ved at blande forskellige lægemidler i varierende mængdeforhold søger at opnå en netop for den pågældende patient afpasset virkning af kuren. Også dermatologer (hudlæger) udnytter ofte retten til at ordinere selvkomponerede salver og andre lægemidler til udvortes brug.

Magistrelt ordinerede tabletter, stikpiller og injektionsvæsker (væsker til indsprøjtning) er i dag ikke så hyppigt forekommende som tidligere, men alle apoteker skal stadig være forsynet med tilstrækkeligt udstyr til at kunne fremstille også sådanne ordinationer.

Den individuelt ordinerede medicin er selvfølgelig tidskrævende at ekspedere dels på grund af det håndværksmæssige arbejde, der skal udføres, dels på grund af den nødvendige farmaceutiske kontrol med fremstillingen, idet arbejdet af sundhedsstyrelsen forlanges »direkte overvåget« af en farmaceut. Et gennemsnitsapotek ekspederer vel omkring 25 sådanne præparationer pr. arbejdsdag.

De *svangerskabsforebyggende midler,* herunder først og fremmest p-pillerne, der

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

kun må udleveres efter lægerekvisition, er ikke lægemidler, da brugeren jo ikke er syg. De behandles dog ekspeditions- og registreringsmæssigt som medicinske specialiteter. Hver femte kvinde i den fertile alder anvender p-piller.

Andre typer svangerskabsforebyggende midler forhandles ligeledes på apoteket. Danmarks Apotekerforening er medlem af Foreningen for Familieplanlægning.

Forbindsstoffer er i dag meget andet end vat, gazebind og hæfteplaster. Der findes hundredevis af hjælpemidler til behandling af læsioner og efterbehandling af operationspatienter (f. eks. colostomiopererede), der falder ind under betegnelsen bandager og plastre.

For *sygeplejeartikler,* med et moderne ord kaldet »medicinske utensilier«, gælder tilsvarende betragtninger. Gruppen er meget vidtspændende og omfatter såvel mælkesugere, lægetermometre og gummivarmedunke som injektionssprøjter, kanyler, inhalationsapparater og øjenpipetter. For at sikre forbrugeren en vare af formålstjenlig kvalitet har sundhedsstyrelsen nedsat et utensilieudvalg, der har kompetence til efter kontrol og godkendelse at tildele sådanne varer et »blåt stempel« (M-E-D-U-mærkning)

Det er frivilligt, om fabrikanterne ønsker at lade deres varer underkaste denne undersøgelse, der er forbrugerens garanti for varens egnethed og uskadelighed.

Kosmetik i forskellige former forhandles på de fleste apoteker, langt den overvejende del i form af apotekets Cosmea-serie. Der findes henved 40 forskellige Cosmea-varer: hudplejemidler, babyartikler, solbeskyttelsesmidler, midler til hårets pleje og lignende. Dekorativ kosmetik indgår ikke i Cosmea-serien, der objektivt kan karakteriseres som »reel kosmetik til en fornuftig pris«. Apoteket har ingen pligt til at føre netop Cosmea-serien, men den findes på praktisk talt alle landets apoteker. Omsætningen af serien var i 1971 ca. 13 mill. kr. incl. kosmetikbeskatning.

Næringspræparater, først og fremmest modermælkerstatning til spædbørn køber mange mennesker på apoteket, fordi kunden her kan få en kyndig vejledning.

Også *sukkervarer* som »medicinsk« tyggegummi, halspastiller, engelsk lakrids og bolcher af de typer, der fra gammel tid har haft et pseudomedicinsk image (altæa-, mentol-, Kongen af Danmarks bolcher) forhandles på apotekerne.

En reminiscens fra den tid, hvor apotek og kemi var synonyme begreber, og hvor apotekslaboratorierne var syntese-laboratorier, overlever i traditionen for at købe *kemikalier* på apoteket f. eks. til fototeknisk brug. Der er ikke for apotekerne nogen økonomisk fordel herved; men god service og garanti for kvalitet hører til vore traditioner.

Apoteket har ret til at føre *gifte* til teknisk brug, dels fordi vi har forsvarlige opbevaringsforhold, og dels fordi det er hensigtsmæssigt for de myndigheder (landbrugsministerium, fabrikstilsyn, civilpoliti), der skal tildele indkøbstilladelser til gifte, at man kan henvise til et sted, hvor man har fornøden faglig indsigt til at kunne omgås gift forsvarligt.

I det foregående er omtalt apotekets *varesortiment.* Apoteket har dog også andre funktioner end blot at udlevere medicin. Apoteket er også service.

Information er et af tidens slagord. Forbrugeren af i dag ønsker og har krav på at få sufficient oplysning om og vejledning i brugen af den vare, han eller hun modtager, enten efter recept eller efter eget forlangede. Apoteket opfylder i stigende grad dette behov. Vi fortæller også af og til folk lidt om, hvor-

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

dan medicinen virker. Det sidste er et meget sart område i alt fald for den receptpligtige medicins vedkommende, da det helt uimodsagt er lægen, der har patienten i kur og derunder træffer beslutning om medicinering og om, hvorledes medicinens eventuelle effekt skal forklares patienten. Fejlagtig eller blot ubetænksomt formuleret, men i øvrigt korrekt oplysning om lægemidlers virkning, givet af andre end lægen, kan i værste fald helt kompromittere hensigten med behandlingen. Lægen vil i så fald med rette kunne bebrejde os utidig indblanding i hans kompetenceområde. Lige så givet er det imidlertid, at receptudstederne ofte er udsat for et tidspres, der ikke tillader lang snak med den enkelte patient. På apoteket kan patienten få kontakt med en farmaceut, der ved noget om lægemidler, og som kan viderebringe sin viden til forbrugeren. En gammel »tommelfingerregel« siger: »du kan fortælle patienten præcis så meget, som du ville gøre, hvis lægen stod ved siden af dig«.

Information over for medicinalpersoner (læger, dyrlæger, tandlæger) drejer sig selvsagt om oplysninger af anden art. Også her er realiseringen af en vigtig apoteksopgave under gradvis etablering. Der kan være tale om, at den pågældende ønsker oplysning om priser, mulighed for tilskud fra offentlige midler, udleveringsbetingelser og sortiment (pakningsstørrelser, parallelpræparater), men også om mere specielle ting som indholdsstoffer i udenlandske præparater, forholdsregler ved forgiftning og mulighed for interaktion (interaktion betyder, at forskellige lægemidler indgivet samtidig kan modvirke eller forstærke hinandens virkning). Takket være de seneste 10 års intensiverede efteruddannelse af farmaceuter kan apoteket også på disse områder tilbyde lægen et stadig stigende serviceniveau.

Det er en selvfølge, at *apoteket forsender medicin* til mennesker, der af den ene eller anden grund ikke selv kan hente den på apoteket. Dette sker enten med

84 stk. Piperazintabletter 0,3 g

Tablettae piperazini 0,3 g

1 tablet indeholder 0,3 g piperazinadipat.

Opbevares utilgængeligt for børn!

Brugsvejledning for piperazintabletter når lægen ikke har angivet andet:

Alder:	Mængde:
8–12 år	3 tabletter
over 12 år	4 tabletter

Mod børne- og spolorm gives den anførte mængde 2 gange daglig i 7 dage. Kuren bør gentages efter 7 dage.

S.169

20 stk. Piperazin tabletter 0,3 g

Tablettae piperazini 0,3 g

1 tablet indeholder 0,3 g piperazinadipat.

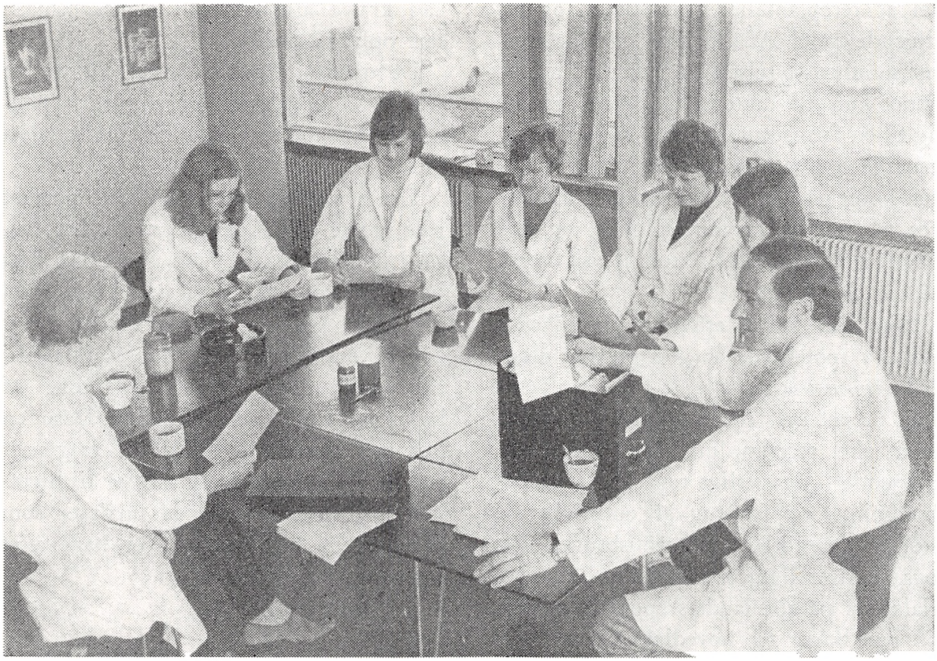
Opbevares utilgængeligt for børn!

Lægemiddel til dyr

S.172

De nye piperazinetiketter. Tabletterne bruges til såvel børn som voksne samt til dyr. Der findes endnu kun få etiketter med en så udførlig brugsinformation.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK



Informationsmøde på apotek.

offentlige befordringsmidler eller med egen varevogn.

Vagttjenesten er udtryk for fagets og samfundets imødekommelse af et ønske om og et behov for at kunne få medicin også uden for den normale åbningstid (8,30–17,30).

For mindre end 10 år siden var der hver nat året rundt vagt på et eller flere apoteker i alle byer og på samtlige landapoteker. Udviklingen, og det vil f. eks. sige fremkomsten af langstidsvirkende lægemidler, vagtlægeordningerne og befolkningens forbedrede sundhedstilstand (vaccinationer, bedre modstandskraft som følge af mere korrekt ernæring) og ændrede indkøbsvaner, havde gjort en så omfattende vagttjeneste helt overflødig. En del landapoteker er derfor blevet fritaget for vagttjeneste. En del byapoteker har etableret tilkaldevagt og i Københanvs-området lukker nogle af vagtapotekerne kl. 21. Denne indskrænkning af vagtberedskabet er ikke udtryk for en modvilje hos farmaceuterne mod at være til rådighed for syge medborgere, men er ganske enkelt en følge af en behovsanalyse og en vurdering af, hvilken pris samfundet ønsker at betale for apotekernes vagtberedskab. For der ligger jo også i vagtberedskabet noget så irrationelt som en *tryghedsfølelse* for forbugeren. Blot det, at man ved, at der er vagt på et eller andet apotek i forholdsvis nærhed, er ofte nok til, at et latent behov ikke bliver manifest. Der er ingen i dette land, der behøver at mangle påkrævet lægeordineret medicin efter lukketid. Hvis *lægen* skønner det nødvendigt, kan medicinen ordineres udbragt uden ekstra udgift for patienten, hvis patienten bor mere end 8 km fra apoteket.

Telefonrecepter, d.v.s. ordinationer, som lægen indtelefonerer til apoteket, hvorefter patienten kan hente medicinen eller få den udbragt, udgør en væsentlig

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

del af receptantallet (ca. 30%), og en stigende andel. Af sikkerhedsgrunde kræver sundhedsstyrelsen, at sådanne ordinationer kun må dikteres af lægen personlig til en farmaceut, der skal nedskrive og gentage ordinationen ordret, medens lægen hører på det. Telefonrecepter modtages på gennemskrivningsblokke, og kopierne skal opbevares i kronologisk orden på apoteket i 1 år.

Som alle andre erhvervsvirksomheder udfører apotekerne en god portion ulønnet *administrationsarbejde* for det offentlige. Apoteket fører således regnskab med alle receptordinationer (recepturdagseddel) og særligt regnskab med beholdninger og forbrug af euforiserende stoffer (narkotika). Stofmisbruget har også nødvendiggjort installation af tyverialarmer på alle landets apoteker og leje af bankbokse til hovedlagrene af disse ting.

Toldvæsenet kræver regnskab ført over forbruget af sprit såvel til medicinsk brug som til desinfektion (hospitalssprit) og til kosmetisk brug (parfumesprit). Der afgives månedlige indberetninger over salg af den kosmetik, der er fremstillet på apoteket. Identitetskontroljournal, fabrikationsdagbog, kompositionskartotek, arbejdssedler, påfyldningskartotek og præparationsdagbog samt påfyldningsdagbog er alle påbudte hjælpemidler, der gør det muligt ved reklamationer eller mistanke om fejlekspedition hurtigt at finde fejlmuligheder og placere ansvar eller, hvad der heldigvis er det hyppigste, at afkræfte mistanken om, at der er noget i vejen med den udleverede medicin.

Herudover er apoteket naturligvis bogføringspligtig og momsregistreret som andre erhvervsvirksomheder, ligesom sundhedsstyrelsen gennem månedlige regnskabsindberetninger til enhver tid har indsigt med apotekets økonomi og kan kræve alle ønskede regnskabsmæssige oplysninger.

De ovenfor nævnte tjenesteydelser er alle af et betydeligt omfang og beslaglægger en god del af apotekspersonalets tid.

Det bør endvidere nævnes, at apoteket i de senere år i stigende grad er involveret i helseoplysning. Som eksempler herpå kan nævnes, at mange apoteker udleverer bladet »Helse«, kalorietabeller, blanketter vedrørende organtransplantationstilladelser, materiale til synsprøve af børn samt sælger refleksbrikker. Desuden bør det nævnes, at salget af reagenser specielt i form af hurtiganalyser til hjemmebrug, og udførelser af analyser som eksempelvis graviditetsprøver har været stigende i de senere år.

Tilgrænsende områder

På fig. 2 ses apotekets placering i forhold til dets omgivelser. Disse er dels de ved love og praksis bestemte myndigheder og institutioner, som et apotek har en- eller to-vejs kommunikation med, dels brugerne af apotekets ydelser, patienter og medicinalpersoner. Disse generelle kontaktområder er behandlet i det foregående. Her omtales tilgrænsende områder, som apoteket også har kontakt med. Disse er hovedsagelig: engrosvirksomheder, lægemiddelfabrikanter og lign. samt DAK-Laboratoriet, foreninger, selskaber m. v.

Engrosvirksomhederne.

Disse leverer dels lægemidler, hvortil apotekerne har eneret for forhandling, dels andre varer til apotekerne. For de førstes vedkommende bestemmes udsalgspriserne af det offentlige, og apotekets fortjeneste ligger i forskellen mellem engros- og udsalgsprisen. Engrosfirmaerne yder apotekerne en vis kredit, og det var

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

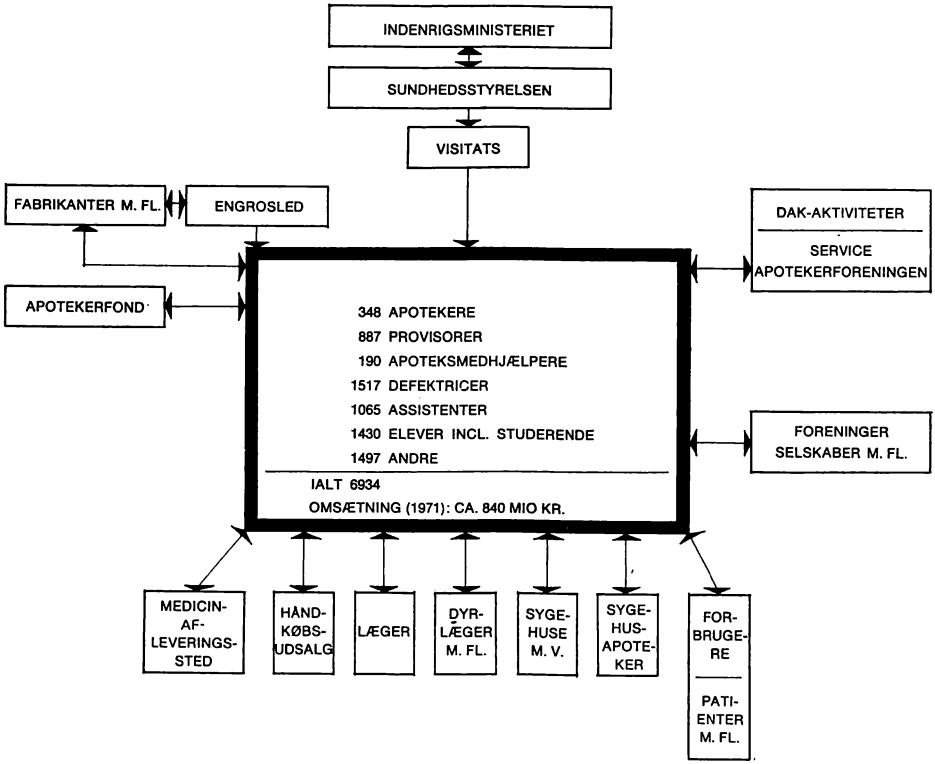


Fig. 2. Apotekets placering i forhold til omgivelserne.

spørgsmålet om denne kredits længde, der for ca. et år siden forårsagede en situation, hvor der etableredes enkanaldistribution for visse firmaers vedkommende. Denne distributionsform er dog ophævet af monopolankenævnet.

Grossisternes leverancer til apotekerne bestemmer for en stor del den service, apoteket kan yde patienterne, idet hurtig effektuering af ordrer betyder mindre ventetid på ikke-lagerført medicin.

Der er for tiden 11 engrosfirmaer i landet, og disse har 14 distributionscentraler fordelt over landet.

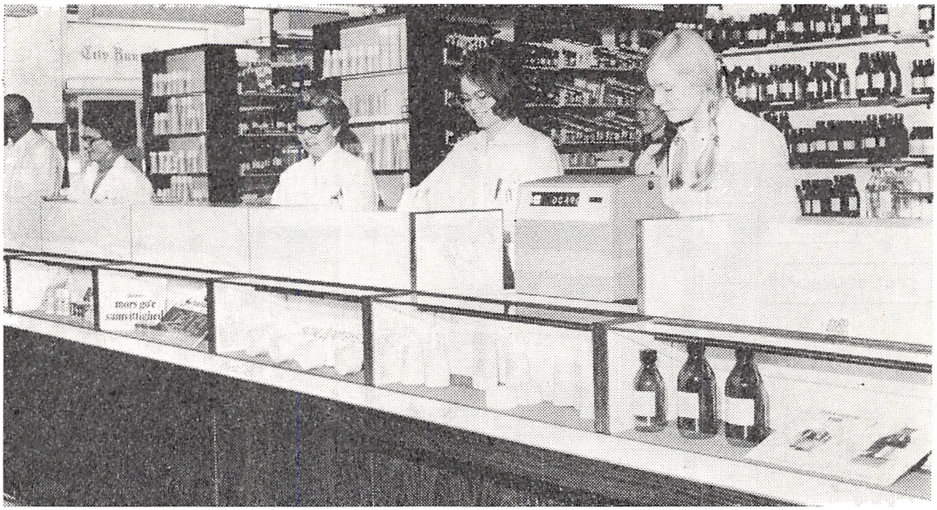
For så vidt angår varer, hvortil apotekerne ikke har distributionseneret, gælder almindelige handelsmæssige forhold. Vareudvalget varierer fra apotek til apotek, men en tendens til at yde service også på områder, der ligger uden for de egentlige lægemidler, er at spore. Tanken her er den, at apoteket sidder inde med ekspertise på disse felter, som med fordel kan stilles til rådighed for befolkningen.

Råvarer og halvfabrikata til apotekernes egenproduktion samt færdige præparater indkøbes fra de såkaldte kontrollerede laboratorier, hvoraf der er 5 i landet. Disse er underkastet sundhedsstyrelsens kontrol, og varer indkøbt herfra er garanteret med hensyn til renhedskrav m. m.

Lægemiddelfabrikanter m. v.

Apotekerne indkøber fabrikanternes færdigpakkede produkter (medicinske specialiteter) gennem ovenfor omtalte grossister. Den pris, fabrikanten tager for disse lægemidler, godkendes af det offentlige (sundhedsstyrelsen), ligeså pak-

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK



Skranken på et moderne indrettet apotek.

ning, emballage, etikettering m. v. Apotekerne har varemæssigt således intet direkte med fabrikanterne at gøre, men modtager information vedr. lægemidler m. v. fra disse. Denne information og dens udformning bestemmes udelukkende af det enkelte firma.

DAK-Laboratoriet (Danmarks Apoteksforenings Kontrollaboratorium)

DAK-Laboratoriet ejes af Danmarks Apotekerforening, d.v.s. af apotekerne selv. Det fungerer som servicelaboratorium for apotekerne med hensyn til kontrol og analyse, information og besvarelse af spørgsmål, information til læger m.fl. om lægemidler m. v.

DAK-laboratoriet udarbejder forskrifter for fremstilling af en stor del af den medicin, apotekerne selv producerer, ligesom laboratoriet kontrollerer kvaliteten af en række råvarer, der ønskes særlig kontrolleret for forskellige egenskaber.

Foreninger, selskaber m. m.

Apotekerne er medlemmer af Danmarks Apotekerforening, der er faglig og fagpolitisk organisation for disse. Foreningen driver en række aktiviteter således DAK-Laboratoriet, omtalt ovenfor, apoteksassistentskolen, lønafregning, tidsskriftudgivelse, mødeaktiviteter m. m.

De andre akademiske medarbejdere, farmaceuterne, er medlemmer af Dansk Farmaceutforening. Denne forening er ligeledes en faglig og fagpolitisk forening for sine medlemmer. Blandt foreningens aktiviteter kan nævnes overenskomst- og ansættelsesforhold, mødeaktiviteter, forlagsvirksomhed, bibliotek, tidsskriftudgivelse m. m.

Disse to foreninger driver også en del fællesaktiviteter, bl. a. for en stor dels vedkommende efteruddannelsen.

Det tekniske personale er organiseret i Danske Apoteksassistenters Forening og Danske Apoteksdefektricers Forening. Disse to foreninger fungerer ligeledes som faglige og fagpolitiske foreninger og afslutter bl. a. overenskomster for deres medlemmer med Danmarks Apotekerforening. Desuden findes en række faglige sammenslutninger, hvoraf Danmarks farmaceutiske Selskab er en videnskabelig forening, og Dansk farmacihistorisk Selskab er forum for studier i farmaciens historie.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Fremtidige udviklingsmuligheder

Fordele og ulemper ved nuværende system

Fra det øjeblik lægemidlerne forlader engrosleddet, og indtil de når patienten, befinder de sig i et system, der skal sikre samfundet en *stærk økonomisk indsigt,* farmacien et *højt fagligt niveau* og patienterne en *optimal service.* Omkring disse tre forhold træder også fordele og ulemper ved det nuværende system klarest frem.

Den økonomiske kontrol omfatter for det første en takstfastsættelse, der kun tillader et så stort overskud, at den gennemsnitlige apotekerindtægt svarer til tjenestemandslønnen i lønramme 37 med et generelt tillæg på kr. 600,— samt et særligt tillæg på kr. 1.200, hvilket pr. 1 april 1972 svarer til 131.614 kr.

Takstsystemet omfatter fastsættelse af avance på medicinske specialiteter og på kemikalier m. v. samt arbejdstakster for standardprocedurer som tabletfremstilling, receptekspedition m. v.

Endvidere omfatter systemet en omfattende udgiftskontrol i forbindelse med afgiftssystemet, der tillige *delvis* udjævner indtægtsforskelle og visse udgiftsposter som f. eks. husleje.

Som et sidste led har systemet som forudsætning, at låntagningen i princippet er under kontrol ved, at kapitalen udlånes af apotekerfonden. På denne måde skulle det sikres, at apotekerne var uafhængige af fremmed kapital f. eks. i form af leverandørinteresser.

Der synes således ikke at være mangler ved den økonomiske kontrol. Når der alligevel kan rettes en hel del kritik mod systemet, skyldes det en sammenblanding af synspunkter fra offentlig og privat økonomi. Så længe apotekerfonden havde rimelige indtægter, og så længe den var undtaget fra det offentlige rammebevillingssystem, fungerede systemet. Dette er ikke tilfældet i dag.

Man er derfor i den ejendommelige situation, at det offentlige med den ene hånd kan stille krav til investeringer, som det med den anden hånd nægter at opfylde. For at systemet skal fungere, må det derfor tilføres kapital fra det private lånemarked.

Da apotekervæsenet desuden principielt er et liberalt erhverv, vil det offentliges indgreb f. eks. over for priser og avance gælde for apotekerne. Dette er tilfældet, uanset at takstfastsættelsen sker under større hensyntagen til det offentliges kontrol end til systemets økonomi.

I de foregående afsnit er systemets ydeevne nærmere beskrevet. Det kan konstateres, at befolkningen får en sufficient farmaceutisk service døgnet rundt.

Det har under det nuværende system været muligt at foretage betydelige ændringer i apotekernes arbejdsform og i apotekernes personalesammensætning. Dette har været en hensigtsmæssig udvikling, der i de senere års debat meget ofte er blevet glemt. Den kan belyses eksempelvis gennem omstående tabel. Disse tal er selvfølgelig kun illustrerende. De viser ikke den stigende mængde telefonrecepter, den stadig mere tidskrævende kontrol med ordinationerne, herunder større service over for sygekassepatienter bl. a. i form af kopiering af recepter, de forøgede uddannelseskrav o.s.v. samt samfundets almindelige forøgelse af erhvervsvirksomheders administration af moms, kildeskat, dagpenge etc.

Disse få oplysninger viser, at systemet trods mange vanskeligheder har haft en stor tilpasningsevne. Systemets usmidighed skyldes selvfølgelig først og frem-

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

	1955	1960	1965	1970
Omsætning i mill. kr.	163,2	245,3	431,9	747,0
Omsætning i index (1955-priser)	100	150	270	453
Receptordinationer i mill. stk.	19,0	21,9	25,5	29,2
Personale: Farm. incl. apotekere	1427	1404	1385	1380
» Teknisk	2247	1412	1761	2388
» Elever		1543	1678	1629
» Ufaglært	ca.1100*)	1144	1193	1311
Total	ca.4700	5151	6017	6708
Index	100	110	131	143

*) Farmaceutisk Tidende 76, 1966, 806.

mest den detailrigdom af bestemmelser, der findes i apotekerloven, som kun kan ændres af folketinget. Tilpasningsevnen skyldes især det ønske om forbedring af de faglige aktiviteter, som har besjælet fagets udøvere. Med den rivende udvikling, som samfundet er inde i, må der dog i et kommende system indbygges større muligheder. Der er desværre ikke fra offentligt hold, hverken fra Danmarks farmaceutiske Højskole eller sundhedsstyrelsen fremkommet bidrag til den faglige debat.

Det farmaceutiske problem, der skal løses, er komplekst, men er sammenfattet under betegnelsen »klinisk farmaci«, der er lånt fra amerikansk sprogbrug. Betegnelsen dækker, at man i større grad må sætte patienten i centrum.

For at nå dette mål er det nødvendigt med et system, hvor patienten rimeligt let kan finde en farmaceut.

Det nuværende system sikrer en streng kontrol fra råstof over producent og helt frem til apotekets skranke, men ofrer i dag ikke megen tanke på, hvad der sker derefter. Udenlandske undersøgelser tyder på, at der er et stort behov for forbedringer.

Som illustration henvises til tabellen, der er gengivet efter *Leif H. Eklund,* Svensk Farmaceutisk Tidskrift *76,* 1972, 184–186.

Medicineringsfel i öppen vård.

Författare	Procent som ej tagit sin medicin *)	Preparat
Haler	25	Järn
Benstead	30–40	Järn
Watkins	26	Antidiabetika
Malahy	20	Blandad med.
Parkes	44	Psykofarmaka
Renton	46	Psykofarmaka
Hare	48	Psykofarmaka
Geisler	30–41	Psykofarmaka
Simpson	24	PAS
Dixon	50	PAS
Luntz	34	PAS
Velu	22	Isoniazid
Joyce	65	Analgetika
Mohler	34	Antibiotika

*) Siffrorna ej direkt jämförbara. Mätperiodernas längd samt undersökningsmetodik varierar.

Systemet må så nøjere undersøge, hvilke spørgsmål der direkte kan overlades til patienten f. eks. gennem oplysninger på pakningerne. Fremskaffelse af viden, forskning og anden kreativ virksomhed er nødvendig.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Udviklingsmuligheder ud fra eksisterende rammer

I afsnit 2 har vi forsøgt at beskrive detaildistributionen af lægemidler, som den tager sig ud i dag. I afsnit 3 a er der knyttet nogle kritiske bemærkninger hertil. Det må derefter være naturligt at stille spørgsmålet om, hvorledes denne detaildistribution kan udvikles ud fra moderne forbrugersynspunkter.

Indledningsvis må det være naturligt at gøre opmærksom på, at apotekerloven af 1954 har været taget op til revision i et af indenrigsministeren i februar 1969 nedsat apotekerlovudvalg. I forbindelse hermed har der været nedsat et underudvalg med det formål »*at fremkomme med forslag blandt andet om, hvor mange apoteker der skal nedlægges, efter hvilke kriterier dette skal ske, og hvilke distributionsmuligheder der skal sættes i stedet. Samtidig bør justitsministeriets bekendtgørelse fra 1915 og 1916 vedrørende håndkøbsudsalg revideres.*«

I dette underudvalg har Dansk Farmaceutforening været repræsenteret, og foreningen har i den anledning grundigt gennemarbejdet hele problematikken omkring den fremtidige detaildistributionsstruktur. Det er Dansk Farmaceutforenings opfattelse, at den nuværende detaildistribution ikke i alle tilfælde tilgodeser rimelige forbrugerkrav. Vi skal i det følgende redegøre for vor opfattelse af, hvorledes detailstributionssystemet bør forbedres samtidig med, at vi i slutningen af redegørelsen fremkommer med såvel erhvervs- som samfundsøkonomiske konsekvenser af den her skitserede model.

Det konventionelle apotek, som vi kender det i dag, bør udgøre hovedelementet i distributionsstrukturen. Vi har i Danmark 344 (pr. 1.7.1972) sådanne apoteker, d.v.s. apoteker, der selvstændigt er i stand til at ekspedere så at sige enhver ordination.

Det må dog være rimeligt først at betragte *produktionssiden.* Der er i Danmark tradition for en apoteksproduktion. Dette har ikke mindst forbrugeren stor interesse i, idet apoteksproduktionen foregår under fuld offentlig indsigt. Dette betyder, at apoteksfremstillede præparater, som udgør ca. 25 % af den samlede medicinomsætning i Danmark, bliver en prisregulerende faktor på lægemiddelmarkedet, hvilket selvfølgelig er i såvel forbrugerens som samfundets interesse.

Vi mener imidlertid, at den stærkt decentraliserede produktion, der foregår i dag, bør koncentreres. Herved vil man opnå mulighed for en mere rationel investering i produktionsapparatur og lokaler, hvilket vil indebære en mulighed for, at forbrugeren også fremover kan sikres rimelige medicinpriser. Vi har i arbejdsgrupper været med til at detailskitsere produktionslokaler, der kan magte såvel den meget væsentlige sterile produktion, som apotekervæsenet i dag er næsten ene om, som tabletproduktionen, hvor talrige eksempler på apoteksfremstillede præparaters prisregulerende indflydelse kan fremdrages. Den produktionskoncentrering, der på denne måde er lagt op til, er i dag startet inden for infusionsvæskeområdet, hvor det f. eks. kan nævnes, at produktionen af infusionsvæsker til samtlige sygehuse, der ikke har selvstændigt sygehusapotek, på Sjælland og Lolland-Falster er koncentreret på 2 producenter med en samlet årsproduktion på mere end 300.000 enheder.

En ændret produktionsstruktur som ovenfor omtalt vil forbrugeren kun bemærke i form af rimelige medicinpriser også i fremtiden.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Men hvordan bedømmer Dansk Farmaceutforening selve *distributionssiden,* den direkte kontakt mellem patienten og apoteket? Vi forestiller os, at der også fremover skal eksistere nogenlunde samme antal apoteker, som vi kender det i dag, men af mere differentierede typer. Disse apoteker skal som minimum være bemandet med en apoteker, en provisor, et antal apoteksassistenter, elever og teknisk personale såsom kontormedhjælp, rengøringspersonale og apoteksbude. Dette personales størrelse og sammensætning vil selvfølgelig afhænge af apotekets størrelse. Vi foreslår som sammenlignende parameter antallet af receptordinationer over skranken. Dette tal udtrykker på udmærket måde den serviceforpligtelse, det enkelte apotek har, samtidig med at det står i direkte relation til befolkningsunderlaget. Vi har i vore beregninger anset, at et personale bestående af 1 apoteker, 1 provisor, 3 assistenter, 1 elev samt kontor-, rengørings- og budmedhjælp vil være i stand til at klare ca. 40.000 receptordinationer årlig. Samtidig mener vi, at en apoteksenhed, der når op på et ordinationstal på 250.000 årlig, bør suppleres ved oprettelse af en apoteksenhed mere.

Disse apoteker vil kunne foretage alle ekspeditioner ordineret af en medicinalperson. De vil altså over for patienterne have samme serviceniveau som det apotek, der kendes i dag. Heri er indeholdt, at alle magistrelle ordinationer, betingelsen for den frie ordinationsret, kan ekspederes.

Det vil sikkert være forståeligt, at et apotek, uanset vi som faglig organisation gerne så det udbredt også til de helt små samfund, ikke i alle tilfælde vil være en samfundsøkonomisk forsvarlig løsning. Derfor anbefaler vi, at et fremtidigt system betjener sig af filialapoteker eller, som det i dag benævnes, A-udsalg. Disse udsalg er dels tænkt etableret på steder, hvor befolkningsunderlaget viger under et allerede eksisterende apotek, dels i hastigt ekspanderende byområder. Vi tænker os A-udsalget bemandet med 1 provisor i hele butiksåbningstiden samt – alt efter belastningen — 2 eller flere assistenter, 1 eller flere elever og teknisk personale til kontorhjælp, rengøring og budtjeneste. Vi tror, at disse udsalg, som vil kunne ekspedere al standardpakket medicin, vil vise sig at være en fuldgod serviceenhed, som det nuværende distributionssystem hidtil ikke har betjent sig af. Filialapoteket skal være tilsluttet et moderapotek og vil her have de nødvendige ressourcer, personalemæssige såvel som varesortimentsmæssige. Vi foreslår derfor A-udsalg som den rigtige serviceenhed også samfundsøkonomisk set, hvor befolkningsunderlaget er ca. 5.000 modsvarende ca. 30.000 receptordinationer årlig. Dette vil svare til befolkningsunderlaget for en række planlagte lægegruppepraksis.

Men hvormed kan vi så hjælpe de endnu mindre befolkningsgrupper? Her forestiller vi os, at det såkaldte fagbetjente udsalg eller B-udsalg kan være den rigtige løsning. En lignende enhed, der bør betjenes af apoteksassistenter, som regel 2, er allerede oprettet i ekspanderende byområder i et antal af godt 30. B-udsalg kan ikke selvstændigt ekspedere receptmedicin, men må i så henseende støtte sig til moderapoteket. Ved en rationelt tilrettelagt varevognsbetjening fra moderapoteket vil ekspeditionstiden på receptmedicin imidlertid kunne nedbringes meget samtidig med, at håndkøbsmedicin vil kunne ekspederes i butiksåbningstiden. Erfaringen siger os, at B-udsalg vil være en naturlig løsning for samfund med et befolkningsunderlag ned til ca. 1.000 personer.

I meget tyndt befolkede egne af lan-

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

det vil selv disse enheder imidlertid være for bekostelige i forhold til det servicebehov, der er til stede. Her forestiller vi os, at man må opretholde håndkøbsudsalg, således som vi kender dem i dag. Vi går imidlertid ind for, at disse udsalg, lad os benævne dem C-udsalg, kun oprettes hos selvstændigt næringsdrivende, samt at medicinen skal opbevares i et aflåseligt skab, der samtidig er udstyret med de for medicinopbevaring nødvendige faciliteter. Hermed er vi nået ned til den mindste distributionsenhed og har kun at tilføje, at vi som yderligere service over for befolkningen henstiller, at der fremover skitseres regler for oprettelse af medicinafleveringssteder. Disse afleveringssteder bør efter vor opfattelse kun etableres hos selvstændigt erhvervsdrivende, men vi mener samtidig, at det må være rimeligt at skitsere regler, omend af beskedent omfang, for den måde, hvorpå eventuel uafhentet medicin opbevares for natten (aflåseligt skab m. v.).

Således som systemet fungerer i dag, har vi tidligere berørt, at der eksisterer medicinlagre hos såvel læger som dyrlæger. Det af os skitserede system forudsætter, at disse medicinlagre, bl. a. af hensyn til holdbarheden, inddrages under farmaceutisk kontrol ved at blive placeret i en af de ovenfor skitserede distributionsenheder.

Det vil forhåbentlig være fremgået af beskrivelsen, at det ovenfor skitserede system er særdeles fleksibelt. Det rummer således mulighed for at ændre enhedernes serviceniveau uden større vanskelighed. For os er det imidlertid meget væsentligt, at denne fleksibilitet benyttes. Skal dette blive tilfældet på en for befolkningen hensigtsmæssig måde, forudsætter det efter vor opfattelse et styringsnævn, der løbende foretager prognoser på landsbasis over behovet for farmaceutiske serviceenheder. Dette styringsnævn har vi forestillet os at skulle være opbygget af repræsentanter for de faglige organisationer og sundhedsstyrelsen. Det må være rimeligt, at dets sekretariat placeres i sundhedsstyrelsen. For Dansk Farmaceutforening er det væsentligt at fastslå, at vi betragter dette styringsnævn som helt afgørende for, at forbrugeren kan føle sig sikker på i den givne situation at blive betjent optimalt.

Vi erkender imidlertid blankt, at også vort væsen er i de bevilgende myndigheders søgelys, og vi har derfor følt det som en lige så stor forpligtelse at vurdere økonomien i det af os skitserede system.

I den forbindelse har det været naturligt at tage sit udgangspunkt i det afgiftssystem, der er beskrevet i kap. VIII i lov om apotekervæsenet, et system, der i dag betinger udjævningen af store og små apoteksprovenuer, og stille spørgsmålet, om princippet i dette afgiftssystem er rigtigt i dagens Danmark. Systemet kræver og har allerede i mange år krævet korrektioner. Grundprincippet, at medicin skal koste det samme, hvor i landet den end skal anskaffes, må forhåbentlig have gyldighed til sene tider. Det kan ikke være rimeligt, at en storby med små distributionsomkostninger og stor varefrekvens skal kunne sælge medicin billigere end de små samfund.

Dansk Farmaceutforening har derfor kritisk gennemgået det eksisterende afgiftssystem og erkendt, at den spredning i apoteksomsætninger, som afgiftssystemet skal udjævne, har udviklet sig fra i 1954 at være fra ca. 100.000 kr. til ca. 1 mill. kr. til i 1970 at være fra ca. 400.000 kr. til ca. 7 mill. kr. Dette tilsiger en mere progressiv udjævningsfunktion. Samtidig har vi opstillet løsninger, der viser, hvorledes de nye udsalgsenheder kan inkorporeres i afgiftssyste-

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

met på en sådan måde, at det af os skitserede styringsnævn kan tillade sig at tillægge udsalgssteder til et apotek alene ud fra servicehensyn til en befolkningsgruppe. De økonomiske konsekvenser for apotekeren har afgiftssystemet nemlig allerede taget hensyn til.

Dette relativ komplicerede afgiftssystem har vi foranlediget indkørt på EDB, således at det har været muligt for os at vurdere, hvorledes de af os foreslåede ændringer og nyskabelser virker ind på den enkelte enhed samt på systemet i sin helhed.

Princippet i vort afgiftssystem er, at »gennemsnitsapoteket« skal give et udbytte til apotekeren svarende til lønnen i 37. lønramme med et specielt tillæg på 4800 kr. i årligt grundbeløb.

For at opnå dette resultat har vi som nu benyttet os af omsætningsafgift, henholdsvis omsætningstilskud. Dette skal forstås på den måde, at apoteker med en omsætning større end den for landsgennemsnittet gældende betaler en afgift til apotekerfonden efter en nærmere fastsat skala, hvorimod apoteker med en omsætning mindre end den for landsgennemsnittet gældende modtager et omsætningstilskud fra apotekerfonden.

Denne udjævning er imidlertid ikke tilstrækkelig til at sikre ovennævnte resultat, og vi foreslår derfor en såkaldt nettoafgifts-nettotilskudsordning bibeholdt. Nettoafgift baseres på det overskud, apoteket har opnået, og det vil derfor være forståeligt, at en sådan afgift efter en progressiv skala er en ret så »kontant« måde at udjævne apoteksprovenuet på. Nettotilskud modtages efter samme retningslinier.

Herudover har Dansk Farmaceutforening foreslået, *at* den kun historisk betingede grundafgift bortfalder i et kommende afgiftssystem; *at* der sikres forbedrede og mere tidssvarende afskrivningsregler for apotekervæsenet (vi har nøje beskrevet, hvorledes disse kunne indrettes); *at* huslejerefusioner fremover foretages efter en væsentligt mere progressiv skala; *at* rabatudgiften fremover bortfalder, idet den ikke er driftsøkonomisk betinget; *at* A-udsalgsbestyrernes aflønning sikres af afgiftssystemet, hvorefter A-udsalget i øvrigt vil kunne køres ind over moderapotekets økonomi.

De ovenfor omtalte ændringer sikrer, at ekstraordinære tilskud til apotekere fremover kun vil blive ydet rent undtagelsesvis.

Det har for Dansk Farmaceutforening været en glæde at konstatere, at skitserede ændringer i distributionssystemet og forbedrede driftsforhold for det danske apotekervæsen resulterende i et endnu bedre serviceniveau over for patienterne også økonomisk kan blive en realitet inden for de økonomiske rammer, der i dag allerede er afstukket for væsenet.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Udvikling ud fra nationaliseringssynspunkter

Svenske forhold

I Sverige har det offentlige overtaget distributionen af lægemidler.

I det efterfølgende skal kort redegøres for det svenske systems opbygning og dets tilblivelse.

Tilblivelse. Den 19. april 1963 iværksattes en udvalgsundersøgelse af lægemiddelforsyningen, der i 1969 resulterede i en betænkning »Läkemedelsförsörjning i samverkan« (SOU 1969:46). Denne betænknings konklusioner fulgtes af de politiske organer i Sverige og endte med en statsovertagelse, der forløb efter følgende tidsplan:

Nov.-decbr. 1969: Organisationskomité for Apoteksbolaget AB, som det statslige apoteksselskab hedder, dannes.

Marts 1970: Forslag forelægges Riksdagen.

April-maj 1970: Apoteksbolaget dannes.

31. december 1970: Apotekerne indløses.

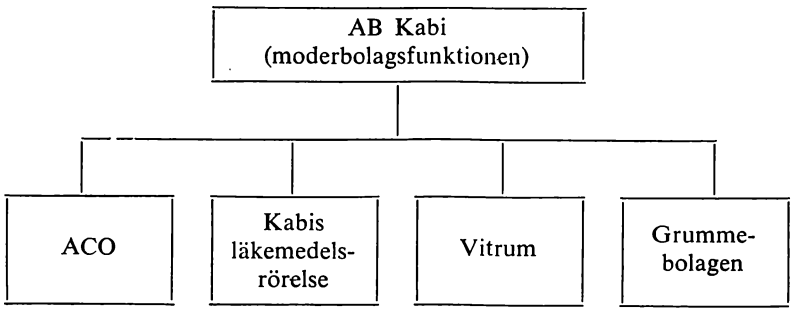
1. januar 1971: Apoteksbolaget påbegynder sin virksomhed.

Organisation.
Apoteksbolaget driver alle apoteker i Sverige. Det er dannet ved en overenskomst med Apotekarsocieteten (Den tidl. svenske apotekerforening), hvorefter staten har 2/3 af aktierne i bolaget, medens Apotekarsocieteten har 1/3. Aktiekapitalen udgør 45 mill. s. kr. Apoteksbolaget overtog ved overenskomsten endvidere de producerende enheder inden for apotekervæsenet, der producerede under varemærket ACO, samt aktiemajoriteten i lægemiddelfirmaet Vitrum.

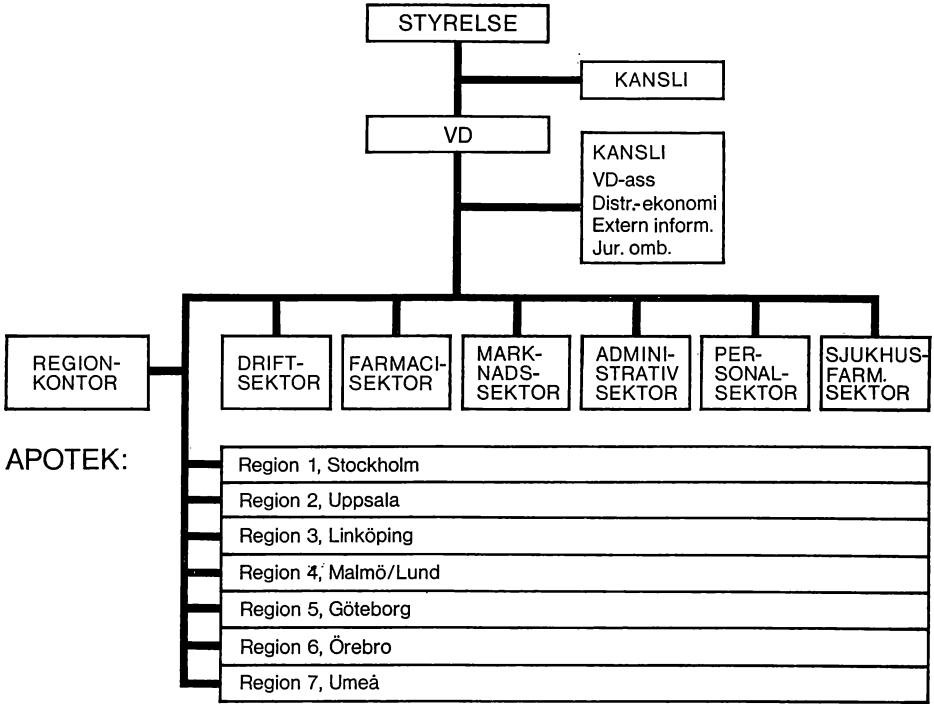
Apoteksbolaget indløste som nævnt pr. 31. december 1970 alle apoteker og garanterede alle daværende apoteksindehavere og samtlige ansattes forbliven i det nye bolag. Apoteksbolaget overtog samtlige økonomiske forpligtelser, som påhvilede apotekerne. De beregnede nettoomkostninger hertil ansloges til 20 mill. s. kr. Bolaget havde fra starten ca. 9.000 ansatte og en årsomsætning på ca. 1,2 milliarder s. kr.

Som nævnt erhvervede Apoteksbolaget fra Apotekarsocieteten majoritetsinteresserne i lægemiddelfirmaet Vitrum og societetens tekniske og administrative hovedafdelinger m. v. for et beløb af 31,9

KABIGRUPPEN



SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK



Det svenske apoteksbolags organisatoriske opbygning.

mill. sv. kr. Heraf overførtes gennem en fond 15 mill. sv. kr. til aktier i det nye Apoteksbolag. Restbeløbet skal anvendes til societetens fortsatte virksomhed, som hovedsagelig vil være støtte til forskning og uddannelse, efteruddannelse og publicistisk virksomhed.

Den mere deltaljerede omtale af Apoteksbolaget findes senere.

Industrien.

Den 3. november 1970 foresloges, at staten skulle overtage aktier i lægemiddelfirmaerne Vitrum (se ovenfor) og Kabi. Sidstnævnte erhvervedes ved overtagelse af aktiemajoriteten fra bryggeriet Pripp. Denne indtræden på producentside er skredet fremad, og ved forslag af 10. maj 1971 gaves retningslinier for dannelsen af en statslig lægemiddelkoncern. Denne skal bestå af Vitrum (erhvervet fra Apotekarsocieteten), Kabi med datterselskaberne Recip og Grummebolagen (de resterende 35 % Pripp-aktier heri skal indløses), ACO-läkemedel AB (erhvervet fra Apotekarsocieteten), samt evt. senere statens i forvejen drevne biologiske og veterinære produktionsvirksomhed og endelig virksomheden ved Militärapoteket (der for tiden sorterer under forsvarsministeriet). Vitrum og ACO tilhører Apoteksbolaget, men skal overføres til koncernen ved rigsdagsbeslutning.

Denne statslige lægemiddelkoncern er tænkt decentraliseret opbygget, idet de enkelte virksomheder skal fortsætte deres uafhængige virke, dog skal der ned-

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

sættes en koncernledelse, og det er meningen, at der skal oprettes et selskab til international markedsføring af koncernens produkter. Målsætningen for koncernen er som følger:

»Koncernen skall lämna en marknadsmässigt tillfredsställande avkastning på investeret kapital

koncernen skall eftersträva expansion med krav på lönsamhet

koncernen skall eftersträva att ge de anställda en meningsfyldd sysselsätning i evt. positivt arbetsmiljø

koncernen skall utgöra en reel konkurrensfaktor till den privatägda läkemedelsindustrin

koncernen skall eftersträva en intencifierad forskningsinsats i syfte att utveckla, producera och marknadsföra läkemedel som ger nya och förbättrade terepimöjligheter

koncernen skall tillverka och marknadsföra ett brett sortiment av standardläkemedel till lågt pris

koncernen skall medverka till att trygga produktion och forskning pä läkemedelsområdets vid en ev. avspärrning«.

Engroshandelen.

Den 8. december 1970 meddelte Apoteksbolaget, at det havde overtaget samtlige aktier i engrosvirksomheden Apotekarnas Droghandels Aktiebolag (ADA). For 10 mill. s. kr. overtog bolaget lager og inventar, en veludbygget organisation til lægemiddeldistribution samt et datasystem. Personalet udgjorde 370 personer.

Med erhvervelse af denne virksomhed havde Apoteksbolaget ved sin start ca. halvdelen af engrosomsætningen på lægemiddelområdet (idet såvel ACO som Vitrum også har grossistvirksomhed). Disse tre virksomheder er under samarbejdning.

Apotekare Rune Lönngren er formand for Apoteksbolagets bestyrelse. Han var medlem af Nordisk Lægemiddelkomité, der i 1968 publicerede betænkningen »Nordisk samarbejde om lægemidler« og eneforfatter af den svenske betænkning, »Läkemedelsförsörjning i samverkan« (1969), som er Apoteksbolagets faglige og organisatoriske baggrund. Desuden har han været et fremtrædende medlem af den arbejdsgruppe inden for EFTA, som førte til gensidig anerkendelse af lægemiddelinspektion og dermed til en lettelse af samhandelen mellem EFTA's medlemslande.

Generel konklusion:

I løbet af relativ kort tid har den svenske stat erhvervet *detaildistributionen* af lægemidler og fået en afgørende indflydelse på *grossistfunktionen* via sine foretagender og via enkanal-distributionspolitik, og endelig har den en *egenfabrikation* af lægemidler, der spænder over et ganske bredt felt.

Apoteksbolaget.

I det foregående er de store linier kort skitseret. Nedenfor skal Apoteksbolagets opbygning gennemgås lidt nærmere.

Bolagets basisorganisation er nu færdigopbygget og fremgår af vedlagte skema. Styrelsen består af 7 personer, hvoraf formanden, leg. apotekare *Rune Lönn-*

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

gren, og 4 medlemmer er udpeget af staten, medens 2 medlemmer er udpeget af Apotekarsocieteten. Bestyrelsen har et kontor, hvor bl. a. findes et internationalt sekretariat.

Den administrerende direktør, *Åke Nohrlander,* der er økonom, leder bolagets daglige drift. Hans kontor rummer bl. a. følgende funktioner: distributionsøkonomisk afd., ekstern information og juridisk afd.

I øvrigt består bolaget af en række sektorer, der tager sig af de forskellige funktioner.

Distributionsfunktionen – apotekerne – er organiseret i 7 regioner, der dækker landet. Hver region har en chef og en souschef, der tager sig af regionens lokale problemer. Der foreligger en nøje fastlagt administrativ arbejdsgang for forskellige spørgsmål såsom ansættelsessager, planlægning, modernisering og ombygning o. s. v.

Personalemæssigt er samtlige på apotekerne ansatte personer som nævnt funktionærer i bolaget. Såvel apotekschefer som farmaceuter er medlemmer af den faglige organisation Sveriges Farmacevtförbund, der varetager lønmæssige o. lign. forhold.

Diskussion.

Den svenske omorganisering, især den industrielle opbygning, er endnu så ny, at det forekommer vanskeligt at bedømme dens funktion og effektivitet. Det kan konstateres, at staten råder over et relativt stort produktionspotentiel, der gør, at samfundet kan sikre sig en produktion af ønskede lægemidler m. m., der evt. ikke måtte forekomme på det private marked. Desuden har samfundet sikret sig en vis priskontrol gennem konkurrence. Ved sammenligning med danske forhold må det erindres, at den svenske apoteksproduktion (ACO-lægemidler) havde et meget beskedent omfang sammenlignet med dansk apoteksproduktion. Den gennem opkøb dannede statskoncern får en markedsandel, der svarer til det danske apotekervæsens.

Grossistfunktionen er også i sin vorden. Fra systemets start var der visse vanskeligheder, bl. a. var leveringen af varer fra grossisterne undertiden meget forsinket. Disse forhold synes nu afhjulpet og må tilskrives overgangsvanskeligheder. Imidlertid har dette system også fungeret for kort til, at man kan bedømme det.

For så vidt angår distributionen til publikum må det stort set konstateres, at apotekerne fungerer uændret i forhold til før, set med forbugerens øjne. Imidlertid har der været en ganske omfattende diskussion for og imod bolagets virksomhed. Denne diskussion har såvel emotionelle som økonomiske og faglige facetter.

Den emotionelle modstand går hovedsagelig på den manglende arbejdsglæde, som flere apotekschefer har givet udtryk for. Dette skyldes selvsagt, at mange selvstændige apotekere har fundet det vanskeligt at skulle være funktionærer, der er relativt afhængige af beslutninger fra centralt hold, hvor de før har kunnet disponere uafhængigt. Her overfor stilles så teserne om det fordelagtige i at have en central planlægning, der råder over flere ressoucer, hvormed det f. eks. skulle være muligt mere adækvat at holde apotekernes bygninger m. v. up to date.

De økonomiske aspekter i debatten er mere reelt betonede. Ved bolagets tilblivéelse blev det fra politisk side fremhævet, at dette bl. a. skulle kunne medføre lavere medicinpriser. Dette blev ikke tilfældet. Det må konstateres, at det offentlige ved sin overtagelse af driften har frataget det private apotekervæsen det prædikat, at dets priser og avancer var for høje. Den offentlige drift har

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

vist, at det er forbundet med visse, undertiden store, udgifter at fremstille og distribuere medicin, og at disse udgifter også eksisterer, når lægemiddeldistributionen drives i offentligt regie.

Følgende eksempel fra den økonomiske diskussion viser ganske klart problemstillingen. Ved en debat i Riksdagen kritiseredes regeringen for bolagets drift. Det fremhævedes, at receptgebyret siden bolagets start var forhøjet to gange, fra 80 øre til 2 kr., at lægemiddelpriserne pr. 1.9.1971 var forhøjet med ca. 5 %, og at bolaget til trods herfor viste et tab på 30 mill s. kr. Hertil svarede regeringen, at aftalerne på arbejdsmarkedet (lavtlønsprofilen) for den tre-årige aftaleperiode resulterede i en lønstigning inden for bolaget på 210 mill. s. kr., driftsomkostningerne stiger med 10 mill. s. kr., og det koster 20 mill. s. kr. at effektuere rigsdagsbeslutningen om at fjerne fragtafgifterne i tyndtbefolkede områder samt at etablere en effektiv lægemiddelinformation. I alt en stigning på 240 mill. s. kr. Man regnede med at få 160 mill. s. kr. ind ved den 5 % forhøjelse af priserne, de resterende 80 mill. s. kr. regnede ministeren med at kunne få ind fra bolaget selv gennem øget omsætning og rationalisering.

De økonomiske aspekter ved bolagets drift er således relativt komplicerede. Man har ikke blot overtaget apotekerne som de var, men også ved aftalen mellem bolaget og staten af 18.9.1970 påtaget sig at virke for en god information på lægemiddelområdet og for fortløbende statistisk produktion vedrørende lægemiddelkonsumption. Disse ekstra aktiviteter belaster selvsagt bolagets økonomi. Endvidere har opbygningen af bolagets centrale organer været bekostelig. Der er nemlig etableret nye og udbyggede aktiviteter i forhold til de servicefunktioner, der før statsovertagelsen blev drevet af Apotekarsocieteten.

Det må endvidere konstateres, at det at samfundet driver lægemiddeldistributionen gør, at antallet af dispensationer m. v. fra gældende regler om indretning, bemanding m. m. må indskrænkes til et absolut minimum. Dette kan ikke undgå at medføre et vist kapitalbehov inden for bolaget.

Endelig må det understreges, at en del overgangsvanskeligheder skyldes faglige forhold. Ved organisationen af bolaget blev såvel Apotekarsocieteten som Farmavectförbundet holdt uden for visse strukturelle drøftelser. Dette medførte bl. a., at man slog en række faglige rutiner i stykker uden at stille noget andet i stedet. Som eksempel kan nævnes, at filialapotekerne blev selvstændige enheder, uden at der blev etableret veje, der kunne erstatte de ressourcer, som moderapotekerne tidligere havde stillet til rådighed.

Norske forhold

I Norge findes der pr. 1. april 1972 i alt 280 apoteker, hvoraf 266 er selvstændige, medens 14 er filialapoteker. Alle er private, bortset fra 3 sygehusapoteker, idet der dog gælder en restriktiv lovgivning m. v. lig den danske. Den farmaceutiske industri er ligeledes privat, men størstedelen af de anvendte lægemidler importeres. Grossistfunktionen er et statsforetagende: *Norsk Medisinaldepot.* Det offentlige har herigennem indsigt med apotekervæsenets funktion.

Lov om Norsk Medisinaldepot (NMD) vedtoges af Stortinget 27.2.1953, og virksomheden tog sin begyndelse 1.11.1957 med afdelinger i Oslo, Bergen, Trondheim og Harstad, idet de private engroshandleres salg til apotekerne samtidig

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

ophørte. NMD har eneret på salg til apoteker af lægemidler og råvarer til apotekernes lægemiddelproduktion. Monopolretten omfatter endvidere im- og eksport af lægemidler. NMD har ret til at sælge infusionsvæsker direkte til sygehuse m. v., men i øvrigt er apoteker (og sygehusapoteker) sygehusenes lægemiddelleverandører. Endelig har NMD ret til at sælge andre varer, som normalt forekommer i apotekernes sortiment. Norske lægemiddelindustrier kan købe råvarer gennem NMD eller med NMD's samtykke importere disse. Med NMD's samtykke kan eksport af lægemidler finde sted.

Loven af 1953 om Norsk Medisinaldepot blev ophævet ved lov af 4. december 1970. Ved kgl. resolution af 4. december 1970 blev det bestemt, at lov af 25. juni 1965 om visse statsforetagender m. m. skal gælde for Norsk Medisinaldepot fra 1. januar 1971, og der blev ved kgl. resolution af samme dato fastsat vedtægter for virksomheden.

NMD ledes af en administrerende direktør og en bestyrelse. Bestyrelsen består af 7 medlemmer. Den administrerende direktør, der ifølge loven er medlem af bestyrelsen, og de øvrige 6 medlemmer udnævnes af kongen. Et af disse medlemmer udnævne efter indstilling fra de ansatte i NMD.

NMD har også et råd, der består af 6 medlemmer, hvoraf 4 er valgt af Stortinget og 2 af og blandt de ansatte.

Virksomhedens øverste myndighed er Socialdepartementet, men denne myndighed kan, når loven ikke indeholder anden bestemmelse, kun udøves i generalforsamlingen.

Generalforsamlingen skal bl. a. godkende årsopgørelsen og tage beslutning om anvendelse af overskuddet. Endvidere skal følgende sager forelægges: Oprettelse af underafdelinger af depotet, køb og salg af fast ejendom over 1 mill. kr. samt godkendelse af investeringer over dette beløb.

Den administrerende direktørs ansættelseskontrakt og aflønning skal også godkendes af generalforsamlingen.

Bestyrelsen, eller den som er bemyndiget, fastsætter løn- og arbejdsvilkår for det øvrige personale.

Stortinget anviser midler til driften. NMD's grundfond på 10 mill. n. kr. kan beragtes som aktiekapital. Dette beløb overførtes fra apotekerafgiftsfonden, og som startkapital fik NMD et langfristet lån på 17,5 mill. n. kr. også fra fonden. Apotekerafgiftsfonden bygges op af afgifter fra apotekerne, som fastsættes årligt af Stortinget. Ulønsomme apoteker ansøger hvert år om støtte fra fonden. Placeringen af penge i NMD har ikke forårsaget ændrede finansieringsmuligheder for apotekerne. Den totale kapital i NMD er efterhånden øget, og den øgedes i de første 10 år til 33 mill. nr. kr. NMD har i 1962 stiftet en fond for klinisk farmakologi, endvidere drives Institut for Farmakoterapi ved Oslos Universitet for NMD's midler. NMD nyder skattefrihed, hvilket har medført nedgange i skatteindtægter for det offentlige. Overskuddet i NMD androg i 1971 7,9 millioner kr. NMD har hidtil været selvfinansierende med undtagelse af det tidligere igangsætningslån. Der er blevet opført driftsbygninger i Bergen og Trondheim for egne midler. For at kunne opføre ny driftsbygning i Oslo må låneoptagelse dog være nødvendig.

NMD har faktisk beslutningsret med hensyn til avancer. Regnskabet godkendes af Socialdepartementet. Det skal bemærkes, at iflg. lov af 21.6.1963 kan også visse statslige og kommunale institutioner, således også NMD, få kongelig privilegium til at drive apotek. Dette er endnu ikke blevet benyttet.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Organisation, personale m. v.
NMD har de fire nævnte kontorer med ialt 18.600 m² lokaler. Der var ansat 379 personer (1971), heraf 25 farmacenter. Hovedkontoret i Oslo, som også fungerer som ordrekontor for området, disponerer over knap 11.000 m² og er opdelt på funktionerne: Indkøb, vareanalyse, salg, drift, økonomi og EDB. Der er ansat 278 personer i Oslo (1971), heraf 19 farmaceuter.

NMD's kunderegister omfatter samtlige apoteker, 100 sygehuse og nogle hundrede andre (laboratorier, industrier m. v.). Sortimentet fordeler sig på ca. 4800 forskellige pakninger farmaceutiske specialiteter, 500 alm. handelsvarer og ca. 2100 råvarer til lægemiddelproduktion. I 1971 androg omsætningen 290 mill. kr., hvoraf de 95 % var salg til apoteker. NMD solgte i 1971 1120 ton råvarer, og depottet er ansvarlig for råvarekontrollen. Der analyseres årligt 3000–3500 varepartier. 93,4 % efter værdi af de varer, apotekerne købte fra NMD i 1971, var farmaceutiske specialiteter. Af disse var 72,3 % importerede og 27,7 % norske.

Service m. v.
NMD eksporterer ikke norsk fremstillede lægemidler, idet monopolretten hertil ikke udnyttes. Industrien har fået eksportret til egne produkter.

Ordreeffektueringm. v. er differentieret på grund af landets størrelse og ringe befolkningstæthed. Man betjener sig i stor udstrækning af EDB-teknik, og i de større byer køres varerne ud med NMD's egne biler. NMD ringer apotekerne op for ordremodtagelse i den rækkefølge, som passer med køreplanen for bilerne. Der har været arbejdet med automatisering af ordrerutinerne, og NMD vil i 1972 gå over til ordreregistrering via dataskærm. Apotekernes betalingsvilkår er fri leveringsmåned + 30 dage, idet en kontantrabat på 1 % ydes, I øvrigt baserer leverancerne sig på en gennemarbejdet rutine, bl. a. omfattende fortrykte bestillingslister, defektkort m. v. Apotekernes priser og avancer godkendes af det offentlige.

NMD administrerer Norges beredskabslagre af medicin m. v. NMD fremstiller en del statistisk materiale, der bl. a. sælges til fabrikanter og myndigheder. Salget andrager ca. 400.000 kr. årlig.

Specialitetstaksten blev tidligere udgivet af Norges Apotekerforening. Trykning, udgivelse og ajourføring udføres nu af NMD. Tidligere blev specialitetstaksten trykt hver andet år. Efter at NMD overtog det, trykkes den hvert kvartal. Apotekerne slipper dermed for en hel del rettelsesarbejde med taksten. NMD udarbejder også et *Terapeutisk Kjemisk Legemiddelregister* og bekoster og udsender den *svenske socialstyrelses läkemedelsinformation* med norsk addendum. Disse informationer sendes også til landets læger og benyttes meget i undervisningen.

Endvidere foretager NMD analyse af apotekernes årsregnskaber for Sosialdepartementet. NMD bekoster fortløbende trykning og distribution af »*farmakologisk kjemisk kartotek*«, som udarbejdes af komiteen for farmaceutisk efteruddannelse, der udsendes gratis til apoteker og industrier m. v.

Der er af NMD udarbejdet et system for rigistrering og analyse af medicinforbruget på sygehuse. Systemet registrerer medicinforbruget i de forskellige terapeutiske grupper og på den enkelte afdeling.

Socialdepartementet og NMD har endvidere udarbejdet en rutine for kontrol med narkotikaomsætningen på apotekerne. Dette har ført til en mærkbar nedgang i antallet af recepter.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Endelig påtager NMD sig i stor udstrækning at besvare spørgsmål m. v. vedrørende lægemidler, ligesom tilbagekaldelse af lægemidler foretages af NMD.

Diskussion.

Ved lovforslagets fremlæggelse i 1953 anførtes der af fortalerne for statsovertagelse af engrosleddet i hovedsagen sociale, økonomiske og beredskabsmæssige baggrunde for tanken. Eftersom et flertal af de i landet anvendte lægemidler importeredes, forventedes NMD at få et godt overblik over markedet og priserne. Modstanderne mente imidlertid, at private firmaer kunne gøre billigere indkøb end NMD, idet de handlede hurtigt for at sikre vigtige varepartier til rimelige priser. Fortalerne mente, at NMD gav en garanti for samme pris for lægemidler til alle apoteker. Som modargument fremførtes, at de private firmaer af konkurrencehensyn havde ens priser til apotekerne. Man talte også om, at monopolet ville være gavnligt i bestræbelserne for at mindske lægemiddelforbruget mest muligt, idet NMD ikke på samme måde ville være interesseret i en ekspansion som et privat firma. Endvidere omtaltes, at man kunne etablere en vis prisudjævning. Såvidt argumenterne i 1953. Ved NMD's 10 års jubilæum i 1967 kunne man imidlertid konstatere, at NMD var kommet for at blive.

Skal man vurdere forholdene ud fra danske synspunkter, må man forlods sammenholde de to landes sundhedsvæsener og specielt apotekervæsener. De relative forskelle her er ikke store, og sammenligning er mulig.

En lignende ordning i Danmark ville i princippet have omtrent de samme følger som i Norge. Det må fremhæves, at den danske lægemiddelindustri er væsentligt større end den norske, hvorved dels dens vareforbrug er meget større, dels dens eksport er af en helt anden størrelsesorden. Man kan således ikke umiddelbart forestille sig norske forhold overført til Danmark, og det må bemærkes med interesse, at NMD ikke har fundet det hensigtsmæssigt at udnytte sin lovfæstede ret til at styre virksomhedernes eksport. For så vidt apotekerne angår ville forholdene blive meget nær de norske. Danmarks mindre udstrækning i forhold til Norges og landets større befolkningstæthed vil utvivlsomt gøre de driftsmæssige forhold simplere. Vareudvalget vil være større i Danmark, idet der dels er flere præparater på markedet, dels finder en væsentlig større og mere alsidig produktion sted.

Finansieringen af en lignende ordning i Danmark må påregnes at være ganske kostbar. Der findes ikke for tiden midler i apotekervæsenet, der kan finansiere etableringen af et depot, og pengene måtte i så fald komme fra det offentlige.

Sluttelig skal det bemærkes, at der i Norge har været fremført synspunkter i retning af en statsovertagelse af apotekerne. Norges Farmasøytiske Forening har nedsat et målsætningsudvalg, der vil fremkomme med en betænkning om apotekervæsenet i Norge.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Nationalisering i Danmark

I de to foregående afsnit er svenske resp. norske forhold beskrevet og diskuteret ud fra disse landes forhold og forudsætninger.

I dette afsnit prøver vi at vurdere, hvad der vil ske, hvis lignende ordninger indføres i Danmark.

Det må primært slås fast, at en nationaliseringsdiskussion ikke har været ført med særlig styrke her i landet før de sidste måneder, selv om tankerne ikke er nye.

Hvis man ønsker, at det offentlige helt eller delvis skal overtage lægemiddelsektoren, kan man teoretisk tænke sig tre grader af nationalisering:

1) Statsovertagelse af hele lægemiddelsektoren, industri (produktion), engrosled og detailled,
2) Statsovertagelse af engros- *og* detailled,
3) Statsovertagelse af engros- *eller* detailled.

I det følgende diskuteres konsekvenserne af at føre en eller flere af disse muligheder ud i livet gennem politiske beslutninger.

Alternativ 1. Den fuldstændige statsovertagelse er – så vidt vides – kun effektueret i de østeuropæiske lande. Der er ikke i Norden nu politisk dækning for denne løsning. Selv i Norge, der har den mindste industri, har man undladt at overtage medicinalindustrien og endog afstået fra at udnytte visse af sine styringsmuligheder.

Såfremt det offentlige ønsker at have indflydelse på den farmaceutiske industri, kan det opnås ved, at man skaffer sig indflydelse på en tilstrækkelig stor andel af den samlede produktion til hjemmemarkedet. Her er det næppe muligt at sammenligne med svenske forhold, hvor ACO-produktionen kun udgjorde ca. 4 %, medens de danske apotekers egenproduktion er betydelig større, f. eks. fremgår det af »Undersøgelser over apotekernes driftsforhold 1970« (kaldet det grå hæfte), at apoteksproduktionens andel af receptordinationerne til enkeltpersoner var 29,7 % med hensyn til antal og 16,1 % med hensyn til beløb. For håndkøbsmedicinens vedkommende kan beløbsandelen skønnes til ca. 40 %. Det kan med rimelig sandsynlighed skønnes, at egenproduktionens andel af medicin leveret til hospitaliserede patienter er af samme størrelsesorden. Den apoteksfremstillede andel af lægemiddelproduktionen er altså stor nok til at være den prisregulerende faktor, som ønskes.

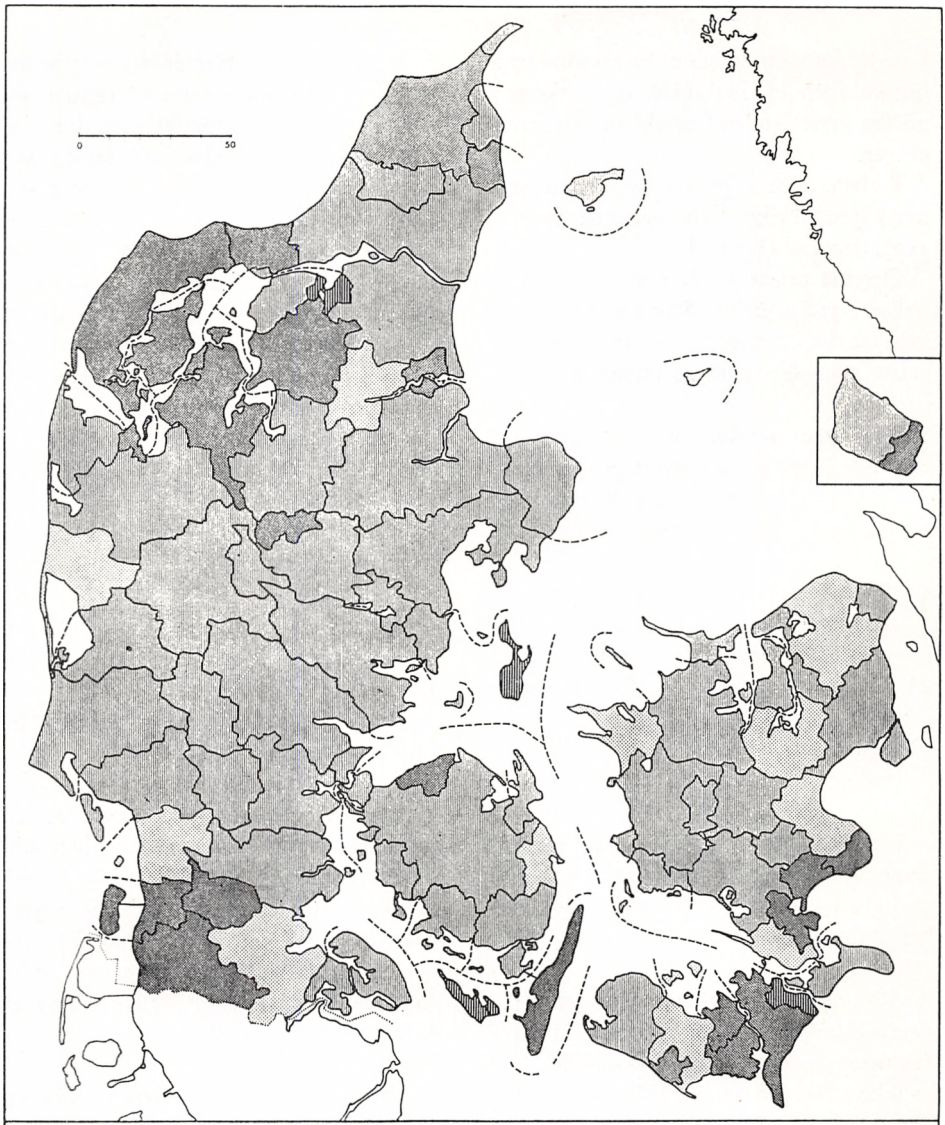
De øvrige forhold ved alternativ 1 behandles i det følgende.

Alternativ 2. Statsovertagelse af engros- og detailforsyningen med lægemidler er et indgreb, der i det store og hele vil svare til det, der er sket i Sverige. Såfremt man vil etablere et statsligt dansk apoteksselskab efter svensk mønster, må dette indebære erhvervelsen af:

1. Engrosvirksomhederne,
2. Apotekerne,
3. De af Danmarks Apotekerforening etablerede serviceorganer.

En sådan opbygning vil kræve betydelige investeringer. Det må forventes, at en omlægning af det nuværende engrossystem må ske. Hvorledes den detaljerede opbygning af et statsforetagende kan foretages, er det vanskeligt at skitsere, idet der kan tænkes flere variationer. En rimelig vej vil være en forhandlingerunde mellem de implicerede

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK



DÆKNING MED APOTEKER 1969

ANTAL APOTEKER PR. 10 000 INDBYGGERE I HANDELSDISTRIKTERNE

OVER 1.5
1.0-1.5
0.5-1.0
UNDER 0.5

LANDSGENNEMSNIT: 0.72

LANDSPLANUDVALGETS SEKRETARIAT JUNI 1970

F-4-8

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Relativ prisudvikling for en række lægemidler set i relationen fabriksfremstillet præparat/apoteksfremstillet præparat.

Præparat	Fase 1. Introduktion Specialitet A	Fase 2. Synonym-spec. Specialitet B	Fase 3. Apoteksfremst. Præparat C	Prisfald Fase 1 til fase 3	Fase 4 Priser 5 år efter fase 3
Meprobamatum Tabl. 0,4 g, C	100 % (13,60 kr.) (1958)	48 % (1958)	47 % (1959)	53 %	A=39% B=40% C=35%
Cortisoni acetas Tabl. 25 mg, C	100 % (189,90 kr.) (1953)	76 % (1953)	16 % (1965)	84 %	A=30% B=72% C=15%
Diphenhydramini chloridum Tabl. 50 mg, C	100 % (15,15 kr.) (1949)	126 % (1950)	22 % (1954)	78 %	A=30% B=72% C=35%
Hydrocortisoni acetas Salve 1 %, 10 g	100 % (17,00 kr.) (1954)	200 % (1956)	18 % (1965)	82 %	(4 år) A=60% B=200% C=30%
Imipramini chloridum Tabl. 25 mg, L	100 % (21,50 kr.) (1959)	73 % (1962)	71 % (1967)	29 %	(3 år) A=89% B=70% C=58%
Lidocaini chloridum Inj. 1 %, 5×50 ml	100 % (26,40 kr.) (1955)	100 % (1956)	91 % (1964)	9 %	A=102% B=105% C=121%
Oestradioli benzoas Inj. 0,5 %, 10×1 ml	100 % 60,30 kr.) (1950)	100 % (1950)	22 % (1959)	78 %	A=25% B=68% C=22%

Prisen for det først introduceret præparat på introduktionstidspunktet er sat til 100 %.

parter, nemlig mellem et apoteksselskab og de eksisterende organer. I Sverige gik man den vej at danne et foreløbigt apoteksselskab med bemyndigelse til at føre disse forhandlinger.

Vurdering af fordele og ulemper ved en gennemførelse af alternativ 2 i Danmark.

Ulemper: Et sådant system vil blive dyrere fordi:

1) Det er et politisk ønske at tillægge et apoteksselskab en række nye aktiviteter, 2) apotekscheferne må formodes at skulle have mindst samme ansættelsesvilkår (især arbejdstid og løn) som tilsvarende offentligt ansatte chefer, f. eks. sygehusapotekere.

I 1970 havde 170 apotekere et overskud på mindre end 90.000 kr. For at forbedre økonomien har adskillige apo-

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

tekere været tilbageholdende med såvel tilstrækkeligt personale som investeringer og vedligeholdelse. Sådanne forhold kan nok påtales af den nuværende offentlige kontrol, men den har ingen muligheder for sanktioner eller anvisning af udveje. I den tidligere omtalte svenske diskussion har det været påpeget, at der er fragået apotekscheferne en vis emotionel attraktivitet i forhold til arbejdsopgaverne, hvilket overført til et tilsvarende dansk system sikkert også vil blive tilfældet, men det kan nok ikke udelukkende betragtes som en ulempe. 3) Det må formodes, at der skal ofres betydeligt mere på administration end under de nuværende meget decentraliserede administrative forhold.

Fordele: I henhold til hvad der er anført i afsnittet om ulemper ovenfor, vil gennemførelse af alternativ 2 medføre, at der kunne etableres en effektiv styring af den farmaceutiske service, en større grad af planlægning vil kunne opnås. Apoteksselskabet må råde over midler til nødvendige investeringer. Den enkelte apoteker vil ikke økonomisk være så afhængig af sit apotek og omvendt, som det er tilfældet i dag. For en del nuværende apoteksindehavere vil der være en økonomisk attraktivitet til stede.

Alternativ 3. Disse fremgangsmåder har ikke været debatteret i større udstrækning her i Danmark. I Norge har man, som beskrevet i et tidligere afsnit, nationaliseret engrosleddet.

Begge metoder vil indebære en øget statsindsigt og en styringsmulighed ud over, hvad der eksisterer i dag. Overgangsfaser, fordele og ulemper vil stort set svare til det, som er beskrevet under alternativ 2. Det må nok konstateres, at et statsselskab, der *enten* driver engrosvirksomhed *eller* apoteksvirksomhed, vil have en stor grad af indflydelse på hele sektoren, selv om der ikke opnås den samme styringsgrad som ved alternativ 2, men ved anvendelse af de gældende love og bestemmelser vil samfundet kunne etablere så godt som fuld indflydelse.

Andre alternativer. Der kan tænkes andre former for nationalisering og/eller offentlig indsigt og styring. Det er nærliggende at pege på de af Danmarks Apotekerforening udarbejdede skitser for en produktionsstrukturrationalisering og lægemiddellovudvalgets arbejde med et distributionssystem. Man må i denne forbindelse pege på nødvendigheden af oprettelse af tilstrækkelige styringsorganer, som ad lovgivningens vej tillægges beføjelser, der kan anvendes til indgreb over for sektoren. Disse beføjelser, f. eks. med hensyn til distributionssystemet, kunne styres af specielle organer eller gennem de eksisterende, f. eks. sundhedsstyrelsen, og må foruden tilsyn med apotekerne udføre et løbende prognosearbejde, således at befolkningen til enhver tid får den omtalte rimelige lette adgang til lægemidler og sufficient farmaceutisk service.

Man måtte oprette tilsvarende tilsynsforanstaltninger for engros-distributionen. Videre burde man gennem et kompetent organ opretholde en personalestyring, der foruden oprettelse af samarbejdsorganer eller lignende på landsplan også tog sig af at udarbejde indstillinger til de forskellige personalegruppers grunduddannelse samt havde ansvaret for deres efter- og videreuddannelse.

Endelig kunne man tænke sig informationsproblematikken løst separat ved oprettelsen af en informationsenhed helt i offentligt regie, men det er naturligvis ikke noget alternativ til apotekets information.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Afsluttende bemærkninger

Hensigten med at diskutere en eventuel nationalisering af lægemiddelhandelen – helt eller delvis – kan ikke blot være at tilgodese et politisk program, men må udelukkende være at finde frem til det system, der i en tid fremover bedst tilgodeser befolkningens tarv i sundhedsmæssig henseende.

Hvad statens pligt på lægemiddelhandelens område er kan sammenfattes i tre punkter:

1) Befolkningen skal sikres lægemidler af høj kvalitet, der er effektive mod de sygdomme, som de angives at virke imod. Der må ikke finde spekulation sted i befolkningens almindelige sygdomsfrygt.

2) Lovgivningen skal sikre befolkningen en rimelig let adgang til lægemidler og relevante oplysninger om disses rette anvendelse.

3) Ønsket om prisbillighed skal imødekommes gennem det offentliges indflydelse på prisdannelsen.

ad 1) Lægemidlernes kvalitet sikres gennem en lægemiddellov og offentlig kontrol med, at dens bestemmelser overholdes. Et princip i en kommende lovgivning er, at alle lægemidler underkastes samme vilkår for registrering og markedsføring. Dette bevirker aktuelt, at den apoteksfremstillede del af produktionen skal fremstilles og markedsføres mere centraliseret end hidtil.

ad 2) Den rimelig lette adgang til lægemidler og farmaceutisk service opnås ved et tilstrækkeligt antal apoteker og apoteksudsalgssteder samt deres hensigtsmæssige placering. Endvidere må det kræves, at apotekerne m. v. er sufficient bemandet, idet detailhandelen monopoliseres til virksomheder, der har fagligt højt kvalificerede medarbejdere og er underkastet indgående kontrol af hensyn til publikums sikkerhed.

ad 3) Forbrugerpriserne reguleres ved, at staten enten ejer eller har indseende med en konkurrencedygtig del af produktionen, regulerer avancerne under hensyntagen til, i hvilken udstrækning udgifter til forskning, information, service etc. skal indkalkuleres, og endelig, at det offentlige har helt afgørende indflydelse på forbruget ved hjælp af tilskudsordninger til livsvigtig og særlig betydningsfuld medicin.

Ud over hvad det offentlige kunne ønske af medicinhandelen på befolkningens vegne, er der i dette afsnit også peget på forhold, som fagets folk kunne ønske sig ændret. Det har været hensigten at skitsere løsninger, som tilgodeser disse ønsker, der i stor udstrækning er sammenfaldende. Det skal igen understreges, at der ikke heri ligger nogen politisk vurdering, blot et forsøg på at vurdere effekten af mulige politiske løsninger og beslutninger sat i relation til de økonomiske vilkår.

Faget ser gerne en løsning på de påtrængende problemer snarest. For de fleste af apotekervæsenets ansatte må det primære være, at deres ønsker om at arbejde på et fagligt tilfredsstillende niveau gøres muligt; heri ligger den største attraktivtitet. Det må derfor antages, at fagets medarbejdere bedst vil kunne gå ind i nyskabelser, der har dette for øje. Det forekommer derfor afgørende, at udviklingen sker på en sådan måde, at faget føler sig overtydet om, at disse faglige forudsætninger er indeholdt i nyskabelserne. Det skal sluttelig konstateres, at der ikke synes nogen grund til på forhånd at se modsætninger mellem befolkningens berettigede krav til apotekervæsenet og fagets egne ønsker til deres arbejdspladser.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

Konklusion

Det danske apotekervæsen er en lille del af det danske sundhedsvæsen og en endnu mindre del af det danske erhvervsliv. Alligevel er apotekervæsenet et særdeles vigtigt led i samfundets sundhedstjeneste, og det er væsentligt, at også dette led fungerer tilfredsstillende, først og fremmest for samfundets skyld, men også af hensyn til fagets udøvere.

Den lovgivning, faget arbejder under i dag, er ikke tidssvarende. De senere år har vist, at såvel erhvervsudøvelsen som opretholdelsen af serviceniveauet og fagets standard svækkes af det nuværende systems svagheder. Disse er først og fremmest af økonomisk karakter.

Det offentlige er i den senere tid begyndt at beskæftige sig indgående med os, først og fremmest gennem nedsættelsen af et apotekerlovudvalg, der imidlertid efter regeringsskiftet i 1971 reelt blev opløst. Dette skyldtes den nye indenrigsministers ønske om at ændre retningslinierne for udvalgsarbejdet, således at en statsovertagelse blev en mulighed. Man befinder sig altså nu i den situation, at vi står over for et ekspertudvalgsarbejde vedrørende apotekssektoren. Dette ekspertarbejde hilser Dansk Farmaceutforening velkommen, og foreningen har udarbejdet dette skrift for at fortælle om apotekervæsenet af i dag og for at fremføre nogle tanker om, hvorledes det kunne se ud i morgen.

Foreningen har i dette arbejde skitseret, såvel på hvilken måde man inden for de nu eksisterende rammer kan tilføre apotekervæsenet den tiltrængte fornyelse, som hvorledes man ad andre veje kan ændre systemet i en progressiv retning.

Dette skal tages som et udtryk for foreningens vilje til fordomsfrit og konstruktivt at være politikere og myndigheder til al mulig hjælp.

Det er er vort håb, at dette skrift må have medvirket til at øge forståelsen for farmaciens forhold; en fornyelse trænger sig stærkt på, og det er foreningens håb, at den ikke må lade vente for længe på sig.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

I Storm P.s tid karakteriserede denne vel nok en smule urealistiske situation offentlighedens opfattelse af apoteket. I overført betydning har den langtfra mistet sin gyldighed. Dansk Farmaceutforening håber med det foranstående at have ydet et bidrag til pensionering af de tre ældre herrer.

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK

SLÆGTSFORSKERNES BIBLIOTEK