

# **Det svenska apoteksmonopolet på receptbelagda läkemedel - konsekvenser av en avreglering**

**The Swedish pharmacy's monopoly on prescription drugs –  
consequences of a deregulation**

C-uppsats i nationalekonomi  
Ekonomiska institutionen vid  
Linköpings universitet  
Vårterminen 2006

Emelie Heintz, 810605-1504  
Marie Hollertz, 810930-6665

## Sammanfattning

Det svenska apoteksmonopolet är ett omdiskuterat fenomen och hur dess framtid ser ut beror framför allt på utslaget i nästa riksdagsval, i september 2006. Den borgerliga alliansen har presenterat ett förslag som innebär en avreglering av hela statens monopol på läkemedelsförsäljning, vilket skulle innebära att även den speciella marknaden för receptbelagda läkemedel utsätts för stora förändringar. Från många håll framhålls det att det system vi har idag är mycket kostnadseffektivt och frågan är om det är möjligt att hitta ett system som är mer kostnadseffektivt än detta.

Syftet med uppsatsen är att utreda de konsekvenser en avreglering av monopolet på receptbelagda läkemedel skulle få på marknaden. För att kunna göra detta utgår vi ifrån förslaget från den borgerliga alliansen. Förslaget går i korthet ut på att statens monopol på läkemedelsförsäljning avskaffas men att vissa krav, såsom farmaceutisk kompetens, måste uppfyllas för att driva försäljning av receptbelagda läkemedel. Läkemedlens marginaler och priser ska till en början godkännas av det statliga verk som har denna uppgift idag, men dess roll ska eventuellt reduceras med tiden. Högkostnadsskydd för läkemedel förblir oförändrat. Eventuellt ska vissa regleringar införas för vertikal och horisontell integration.

Uppsatsen baseras på mikroekonomiska teorier som vi i vår analys applicerar på den verkliga situationen som vi har i Sverige idag. Vårt empiriska material bygger framför allt på artiklar, hemsidor samt intervjuer med representanter för några av marknadens aktörer. För att kunna bilda oss en uppfattning om vilka aspekter man måste ta hänsyn till vid en avreglering, har vi satt oss in i hur det svenska apotekssystemet fungerar idag och hur andra länder, främst de nordiska, har löst sin läkemedelsförsörjning.

De områden vi har funnit viktiga att diskutera i vår analys av den borgerliga alliansens förslag är konsekvenserna av följande: valet av reglerad eller oreglerad prissättning, förändringar i distributionsledet samt förändringar i tillgänglighet och service. Vi har också fört en diskussion kring de övriga kostnader som ett monopol, enligt teorin, för med sig.

Efter att ha analyserat dessa aspekter har vi kommit fram till att en oreglerad prissättning *inte* är ett alternativ i kombination med dagens högkostnadsskydd. Distributionssystemet skulle komma att förändras om monopolet avskaffas och som konsekvens skulle vi få en omdistribution av de olika aktörernas andel av priset på läkemedel. Om vertikal integration tillåts på marknaden kan vi få problem med att apotek och grossister får för stor makt i prispförhandlingarna med leverantörerna. Tillgängligheten skulle sannolikt förbättras som ett resultat av konkurrens, men förmodligen skulle det vara nödvändigt att införa regleringar kring detta för att säkra tillgängligheten på glesbygden.

# Innehållsförteckning

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SAMMANFATTNING</b>                                     | <b>2</b>  |
| <b>1. INLEDNING</b>                                       | <b>5</b>  |
| 1.1 PROBLEMFÖRMULERING                                    | 7         |
| 1.2 SYFTE   | 7         |
| 1.3 AVGRÄNSNING   | 7         |
| 1.4 METOD   | 8         |
| 1.5 DISPOSITION   | 8         |
| <b>2. BAKGRUND</b>  | <b>9</b>  |
| 2.1 APOTEKETS HISTORIA                                    | 9         |
| 2.2 APOTEKET OCH EU: S LAGSTIFTNING                       | 10        |
| 2.3 DET SVENSKA APOTEKET I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV | 12        |
| <b>3. TEORETISK REFERENSRAM</b>                           | <b>13</b> |
| 3.1 MONOPOL   | 13        |
| 3.1.1 MONOPOLISTISK VÄLFÄRDSFÖRLUST                       | 15        |
| 3.1.2 VÄLFÄRDSFÖRLUSTENS UNDERSKATTNING                   | 16        |
| 3.2 PRISREGLERING   | 17        |
| 3.2.1 VID MONOPOL   | 17        |
| 3.2.2 VID KONKURRENS                                      | 18        |
| 3.3 MONOPSONI   | 19        |
| 3.3.1 MONOPSONINNS VÄLFÄRDSFÖRLUST                        | 19        |
| 3.4 HORIZONTELL OCH VERTIKAL INTEGRATION                  | 20        |
| <b>4. EMPIRI</b>  | <b>21</b> |
| 4.1 DET SVENSKA APOTEKET                                  | 21        |
| 4.1.1 APOTEKETS VERKSAMHET                                | 21        |
| 4.1.2 APOTEKETS FINANSIERING                              | 22        |
| 4.1.3 DISTRIBUTION  | 22        |
| 4.1.4 PRISSÄTTNING PÅ LÄKEMEDEL                           | 24        |
| 4.1.5 LÄKEMEDELSFÖRMÅNEN                                  | 26        |
| 4.1.6 APOTEKETS TILLGÄNGLIGHET                            | 27        |
| 4.2 APOTEKSVERKSAMHET I NORDEN                            | 28        |
| 4.2.1 NORGE   | 28        |
| 4.2.2 DANMARK   | 29        |
| 4.2.3 FINLAND   | 31        |
| 4.2.4 ISLAND  | 33        |
| 4.3 INTERNATIONELL PRISJÄMFÖRELSE                         | 34        |
| 4.3.1 EUROPA  | 34        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>5. ANALYS</b>   | <b>38</b> |
| <b>5.1 APOTEKET IDAG - ETT PRISREGLERAT MONOPOL</b>                        | <b>39</b> |
| <b>5.2 ALTERNATIV FÖR PRISSÄTTNINGSSYSTEM PÅ DEN AVREGLERADE MARKNADEN</b> | <b>40</b> |
| 5.2.1 LFN FORTSÄTTER ATT KONTROLLERA PRISERNA                              | 41        |
| 5.2.2 OREGLERAD PRISSÄTTNING   | 42        |
| <b>5.3 FÖRÄNDRINGAR I DISTRIBUTIONSLEDET</b>                               | <b>42</b> |
| 5.3.1 ENKANALSDISTRIBUTIONS-MODELLEN FÖRSVINNEN                            | 42        |
| 5.3.2 KONSEKVENSER AV VERTIKAL- RESPEKTIVE HORISONTELL INTEGRATION         | 43        |
| <b>5.4 OLIKA ASPEKTER PÅ SERVICE OCH TILLGÄNGLIGHET</b>                    | <b>45</b> |
| 5.4.1 APOTEKANTAL OCH ÖPPETTIDER   | 45        |
| 5.4.2 SÄKERHET   | 46        |
| 5.4.3 TEKNOLOGISK UTVECKLING   | 47        |
| <b>5.5 ÖVRIGA KONSEKVENSER AV EN AVREGLERING</b>                           | <b>48</b> |
| <b>6. SLUTSATS</b>   | <b>49</b> |
| <b>7. KÄLLFÖRTECKNING</b>  | <b>51</b> |

# 1. Inledning

Sedan 1971 har staten reglerat detaljhandeln av läkemedel i Sverige. Systemet inrättades av socialdemokraterna för att bland annat öka säkerheten och förbättra läkemedelsförsörjningen i Sverige.<sup>1</sup>

Under 2001 sålde företaget Bringwell nikotinersättningsmedel i Stockholm, vilket strider mot de svenska bestämmelserna om Apotekets försäljningsmonopol. Åtal väcktes mot bolagets VD Krister Hanner och målet togs upp vid Stockholms tingsrätt, som i sin tur förde målet vidare till EG-domstolen där de ställde frågan om försäljningsmonopolet strider mot EG-rätten eller inte. Domstolen fastslog att apoteksmonopolet går emot gemenskaphetsrätten. Statliga monopol, såsom Apoteket AB, som sådana är inte förbjudna men de får inte diskriminera gentemot andra medlemsstater.<sup>2</sup>

Efter EG-domstolens beslut har anpassningar skett i avtalet mellan staten och Apoteket. Inför avgörandet i EG-domstolen trodde många att domen skulle komma att avgöra det svenska monolets framtid men då domen slogs fast och det statliga apoteksmonopolet inte dömdes ut som sådant, har debatten kring monolets existens fortsatt. Det som framför allt har drivit diskussionen framåt är problemet med tillgänglighet på läkemedel, som många menar är under all kritik i Sverige.

Trots att man ännu inte vet hur monolets framtid kommer att se ut försöker de berörda aktörerna att förbereda sig för de olika alternativ som det vinnande blocket i nästa val kan tänkas välja för den svenska läkemedelsdistributionen.

De tre mest troliga alternativen för apotekets framtid är:

- 1) Receptfria läkemedel lyfts ut ur monolet och får säljas i till exempel dagligvarubutiker och/eller privata apotek.
- 2) Hela monolet tas bort, även på området med receptbelagda läkemedel. Det skulle innebära att andra företag får konkurrera med Apoteket AB som en helhet eller att Apoteket AB säljs ut.
- 3) Monolet kvarstår.<sup>3</sup>

Socialdepartementet har drivit en utredning i frågan om försäljningen av nikotinläkemedel ska släppas fri eller inte, och till följd av denna utredning har ett förslag om lagändring lagts fram. Man föreslår att från den 1 april 2007 ska andra näringsidkare än Apoteket få sälja nikotinprodukterna under förutsättning att de ansökt om, och fått tillstånd av Läkemedelsverket<sup>4</sup>. Förutsatt att detta förslag blir godkänt är det inte särskilt avlagt att socialdemokraterna, om de fortfarande sitter vid makten efter nästa val, kommer att släppa monolet på nikotinläkemedel och även på handeln med andra receptfria läkemedel.

---

<sup>1</sup> Tiwe, Eva "Stark vänstervind skapade Apoteket", *Läkemedelsvärlden* 2005-06-22

<sup>2</sup> Pressmeddelande nr 47/05 angående EG-domstolens mål C- 438/02 Krister Hanner, 2005-05-31

<sup>3</sup> Dicander Alexandersson M., mötesrapport för föredrag hos EU-klubben i Göteborg, 2005-04-07

<sup>4</sup> Pressmeddelande från Socialdepartementet 2006-02-23

Apoteket skulle dock hellre se en lösning där man konkurrensätter hela verksamheten, inklusive de receptbelagda läkemedlen, vilket också går i linje med den borgerliga alliansens förslag<sup>5</sup>. Anledningen till att Apoteket uttrycker detta är att försäljningsmarginalerna på de receptbelagda medicinerna är mycket lägre än för de receptfria och att receptverksamheten idag finansieras till viss del av försäljningen inom andra områden.<sup>6</sup> Många menar ändå att det svenska apotekssystemet som det ser ut idag, är ett av de mest kostnadseffektiva i världen. Vår frågeställning är därför vilka konsekvenser en avreglering av statens monopol på den receptbelagda verksamheten skulle få.

---

<sup>5</sup> Larsson M. et al. Motion till riksdagen 2004/05:So38

<sup>6</sup> Essens nr 1 2006, kvartalstidskrift från TAMRO AB s. 8

## **1.1 Problemformulering**

I den ekonomiska teorin sätts konkurrens ofta i samband med en nyttovinst för samhället. Huruvida detta skulle gälla även för den speciella marknaden för läkemedelsförsörjning är något som debatteras mycket i dagsläget. Vi vill därför undersöka hur en avreglering av det svenska apoteksmonopolet på receptbelagda läkemedel skulle påverka marknaden och dess aktörer.

## **1.2 Syfte**

Syftet med denna rapport är att med hjälp av mikroekonomiska teorier samt empiriska undersökningar, utreda hur en avreglering av den svenska statens monopol på försäljningen av receptbelagda läkemedel skulle påverka den svenska marknaden inom detta område.

## **1.3 Avgränsning**

Vi har i vår uppsats valt att studera alternativ nummer två av de tre scenarier vi beskriver i vår inledning. Detta alternativ innebär en avreglering av hela monopolet för läkemedelsförsäljning, men vi har valt att inrikta oss på marknaden för receptbelagda läkemedel. Även om vårt syfte med uppsatsen inte innefattar att studera konsekvenserna av en avreglering på den receptfria marknaden, kommer vi i vårt arbete ändå stundtals beröra denna del av monopolet. Eftersom hela verksamheten idag sköts av Apoteket, är de två marknaderna ibland svåra att hålla isär och för att förstå hur den receptbelagda verksamheten fungerar, behövs en viss förståelse för monopolet som helhet.

För att begränsa oss ytterligare har vi valt att endast studera marknaden för de läkemedel som ingår i den svenska läkemedelsförmånen. Det finns receptbelagda mediciner som inte innefattas av denna och det beror bland annat på att de inte anses vara tillräckligt kostnadseffektiva för samhället. Vi kommer inte heller gå in på en avreglerings effekter på arbetsmarknaden och vi är medvetna om att det även kan finnas andra effekter som vi i vår uppsats inte har valt att studera.

Eftersom framtiden för det svenska apoteksmonopolet ännu är oviss, har vi i vår analys valt att utgå ifrån det förslag som den borgerliga alliansen har lagt fram. I korthet går detta ut på att monopolet tas bort och att butiker och apotek som har fått licens, och som har farmaceutisk personal tillgänglig, ska få sälja receptbelagda läkemedel. Förslaget presenteras mer utförligt i inledningen till analysen. Vi vidareutvecklar inte socialdemokraternas ställning i frågan då de i dagsläget inte är intresserade av en förändring på marknaden för receptbelagda läkemedel.

## **1.4 Metod**

Vi har börjat vårt arbete i denna uppsats med att försöka bena ut hur det svenska apotekssystemet är uppbyggt idag. Till hjälp har vi här haft de olika aktörernas hemsidor, artiklar skrivna av oberoende organ samt intervjuer gjorda med representanter från företag i de olika leden i den svenska läkemedelsförsörjningen. Vi har även i viss mån, kunnat använda oss av andra studier som gjorts i ämnet. Några av dessa har dessutom legat till grund för de observationer vi har fört in från apotekssystem i andra länder. I analysen har vi sammanfört det empiriska materialet med aktuella mikroekonomiska teorier. Vi har även tagit in våra egna tankar och resonemang kring olika händelseförlopp.

Vi är medvetna om att vårt empiriska material kommer ifrån källor som kan ses som partiska. De personer vi har intervjuat arbetar för företag vars verksamhet skulle komma att påverkas av en eventuell avreglering, av denna anledning bör läsaren vara medveten om att de kanske inte alltid är helt objektiva. Vi har ändå valt att kontakta dessa företag därför att vi anser att vi, på annat sätt, inte hade kunnat tillgodogöra oss den information intervjuerna tillförde uppsatsen.

## **1.5 Disposition**

Vi har valt att börja vår uppsats med att ge en kort bakgrund till hur det svenska apotekssystemet kom till, samt varför systemet ifrågasatts i EG-domstolen. Vi beskriver också kort på vilket sätt det svenska systemet skiljer sig från system i andra länder.

I vår teoretiska referensram beskriver vi grundläggande monopolteori, för att sedan komma in på monolets effekter på välfärden. Vidare beskriver vi hur prisreglering påverkar en marknad, dels vid monopol och dels vid konkurrens. Därefter tar vi upp monopsoniteori och kapitlet avslutas med ett avsnitt om horisontell och vertikal integration.

Den empiriska delen av uppsatsen beskriver först och främst hur det svenska apotekssystemet fungerar idag. Vi ger sedan korta beskrivningar av hur läkemedelsdistributionen ser ut i våra nordiska grannländer och slutligen presenteras en prisjämförelse mellan de europeiska länderna.

Vår analys inleds med ett avsnitt där vi analyserar dagens system utifrån vår teoretiska referensram. Därefter diskuteras hur en avreglering skulle kunna se ut vid två alternativa prissättningssystem. Vi fortsätter analysen med att utvärdera hur distributionen av läkemedel skulle förändras vid en avreglering och spekulerar sedan kring hur olika aspekter på service och tillgänglighet kan påverkas av en marknadsförändring. Analysen avslutas med en presentation av våra tankar kring huruvida en avreglering skulle eliminera de kostnader som enligt teorin är förknippade med monopol. I en slutsats presenterar vi det vi har kommit fram till inom de olika områdena.



## 2. Bakgrund

Under denna rubrik vill vi ge en bakgrund till det apotek vi har idag, vad som egentligen diskuterades i EG-domstolen och hur apotekssystemen ser ut i resten av världen. Detta för att ni som läsare lättare ska kunna förstå den funktion som Apoteket fyller idag och vilka alternativ som finns vid en avreglering.

### 2.1 Apotekets historia

Apoteket AB, eller Apoteksbolaget som det då hette, bildades 1971 efter förhandlingar mellan staten och den dåvarande apotekarsocieteten. En utredning om apoteksväsendets organisation hade påbörjats redan 1963 och när socialdemokraterna efter valet 1968 hade fått majoritet i båda kamrarna inleddes ett näringspolitiskt program som även innehöll åtgärder inom läkemedelsområdet. SSU:s önskan var att förstatliga hela läkemedelsindustrin, men det motsatte sig den då sittande regeringen. Istället togs ämnet upp under partikongressen samma år och en plan om att staten skulle ta över apoteken lades fram. I förslaget motiverades den statliga kontrollen med en önskan att: kontrollera de stigande läkemedelspriserna och få en fungerande läkemedelsdistribution. Konsumenterna skulle erbjudas en producentobunden produktinformation och man skulle kontrollera att läkemedel används med försiktighet. För att minska risken för uppsplitande politiska debatter samt se till att resurserna skulle kunna utnyttjas på ett bättre sätt, rekommenderades en samförståndslösning med apotekarsocieteten.<sup>7</sup>

Det tidigare systemet som hade tillämpats inom apoteksverksamheten innebar att apotekare fick ansöka om tillstånd, även kallat ett apoteksprivilegium, för att få starta apotek. Priserna på läkemedel styrdes redan på 1600-talet centralt, men apotekarna var egna företagare och hade ensamrätt på apoteksverksamhet på sin ort. Ett avgiftssystem utjämnade inkomsterna mellan de stora och små apoteken, så att även de mindre kunde överleva och bidra till en ökad tillgänglighet på läkemedel.<sup>8</sup>

När apotekarsocieteten accepterade statens bud i september 1969 blev apotekarna tvungna att låta staten lösa in deras apotek för att det nya bolaget, Apoteksbolaget AB, skulle kunna bildas. Ägarna till det nya bolaget blev till två tredjedelar staten och till en tredjedel en stiftelse som apotekarsocieteten hade bildat. Verksamheten fortsatte i samma lokaler och med samma personal som de gamla apoteken. I arbetet i kommuner och landsting innebar förändringen att samarbetet underlättades när de olika ansvarposterna som tidigare varit spridda över olika enheter kunde samlas i Apoteksbolagets ledning.<sup>9</sup> Avtalet med staten gav också Apoteksbolaget möjlighet att styra lokaliseringen av nya apotek så att den kunde anpassas bättre efter vårdens behov. Genom statens övertagande av apoteksverksamheten ökade antalet apotek i landet från 600 till 900 och antalet sjukhusapotek ökade till 80 från att tidigare endast ha varit 10.<sup>10</sup> En annan konsekvens av en mer central ledning var att Apoteksbolaget fick rätt att delta i förhandlingarna vid fastställandet av läkemedelsföretagens

---

<sup>7</sup> Tiwe E.

<sup>8</sup> <http://www2.apoteket.se/om/VilkaViAr/Historia/default.htm>

<sup>9</sup> Tiwe E.

<sup>10</sup> <http://www2.apoteket.se/om/VilkaViAr/Historia/default.htm>

priser. Det bildades en enhet för prissförhandlingar och prissättning som fortsatte att vara verksam fram till 1993.<sup>11</sup>

I början av 80-talet började vårdcentralapoteken att anpassa sina sortiment till de vårdcentraler som de låg i anslutning till. Detta innebar ett nära samarbete till vården och resulterade i att landstingen kunde hålla nere läkemedelskostnaderna genom en överenskommelse om att apoteken alltid skulle hålla de billigaste läkemedlen i lager. Vid en förnyelse av avtalet mellan staten och Apoteket 1985, sålde apotekarsocieteten sin aktiepost till Apoteksbolagets pensionsstiftelse.<sup>12</sup>

Under tidigt 90-tal uppkom en diskussion om monolets existens och även om monolet inte heller denna gång avskaffades bidrog diskussionen till att priserna på läkemedel istället började fastställas efter Riksförsäkringsverkets normgivande referenspriser. Det innebar att staten fick ansvaret för hela prissättningsprocessen.<sup>13</sup> År 1998 bytte Apoteksbolaget namn till Apoteket AB och staten blev då även ensam ägare till bolaget.<sup>14</sup> Läkemedelsförmånsnämnden (som i fortsättningen kommer att benämnas LFN) bildades år 2002 och tog över Riksförsäkringsverkets tidigare uppgifter.<sup>15</sup>

## **2.2 Apoteket och EU: s lagstiftning**

När Sverige blev medlem i EU 1994 gav man upp de slutgiltiga beslutsbefogenheterna inom vissa områden. En av EU: s målsättningar är att främja fri handel mellan medlemsstaterna. Nationella bestämmelser som motverkar detta får stiga åt sidan såvida de inte kan motiveras som främjande av allmänintresset. Sveriges apoteksmonopol är sedan inträdet därmed inte en nationell fråga utan det måste också gå att försvara EG-rättsligt.

I sina beslut om huruvida ett statligt monopol ska tillåtas eller inte kan EG-rätten resonera utifrån två olika synsätt, dels det anti-protektionistiska synsättet och dels det ekonomiska synsättet. Enligt det första ges medlemsstaterna självstyre i större utsträckning och marknadsreglering tillåts så länge de inte diskriminerar produkter från andra medlemsstater. Diskriminerande åtgärder är otillåtna och om undantagsåtgärder trots allt godkänns på grund av att de är av allmänintresse, måste dess omfattning stå i proportion till syftet. Enligt det ekonomiska synsättet förbjuds all aktivitet som kan ha negativ påverkan på den fria handeln mellan medlemsstater. Detta synsätt tillåter aldrig statliga handelsmonopol om inte EG-domstolen först gjort en så kallad konkurrensrättslig prövning för att avgöra om det aktuella monolet tillhandahåller en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse.<sup>16</sup>

När företaget Bringwell sålde nikotinersättningsprodukter i Stockholm var det med avsikt att få det Svenska apoteksmonopolet granskat i EG-domstolen. När detta sedan skedde fastslogs det först och främst att Apoteket AB är ett handelsmonopol. Man ville även enligt det anti-protektionistiska synsättet, undersöka om Apotekets funktionssätt diskriminerar mot läkemedel från andra medlemsstater och man fann att Apoteket riskerade att missgynna andra medlemsstater på ett flertal sätt. I ett tidigare mål där Systembolagets monopol ifrågasatts

---

<sup>11</sup> Tiwe E.

<sup>12</sup> Tiwe E.

<sup>13</sup> Holmberg C. Et al. Läkemedelsdistributionen i Norden – en komparativ studie av aktörer, resurser och aktiviteter 2003:10

<sup>14</sup> Tiwe E.

<sup>15</sup> <http://www2.apoteket.se/om/VilkaViAr/Historia/default.htm>

<sup>16</sup> Meyrowitsch A. et al. EU och svenska monopol – teori, verklighet och framtid s. 47-49

fastslog man att ett statligt monopols inköpssystem måste vara baserat på kriterier som inte är förknippade med produkternas ursprung.

Vidare kräver man att försäljningsställena är geografiskt belägna så att tillgängligheten på läkemedel för konsumenterna inte äventyras, samt att den produktinformation som monopolet står för ska vara opartisk och oberoende av produktens ursprung. Till följd av domen anpassades avtalet mellan staten och Apoteket i juni 2005.<sup>17</sup> Ändringarna innefattade att leverantörerna av receptfria läkemedel fick rätt till motiveringar av Apotekets beslut om lagerhållning, samt rätten att överklaga och få dessa beslut omprövade. När det gäller de receptbelagda läkemedlen har Apoteket en skyldighet att leverera de varor som efterfrågas, vilket gör att denna ändring inte är aktuell inom detta område. Dessutom har kravet på en oberoende kontrollinstans uppfyllts genom att Alkoholsortimentsnämndens blev Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden och dess ansvarsområde utökades till att även innefatta läkemedelsfrågor.<sup>18</sup>

### **2.3 Det svenska apoteket i ett internationellt perspektiv**

Sverige är, enligt vissa källor, tillsammans med Nordkorea och Kuba ett av tre länder i världen som har ett statligt apoteksmonopol.<sup>19</sup> I jämförelse med våra nordiska grannländer har debatten i Sverige väckts sent. Island införde fri etablering och fritt ägande av apotek år 1996. I Norge genomförde man motsvarande reform 2001, och 2003 avreglerades även försäljningen av vissa receptfria mediciner så att de tilläts säljas utanför apotek. Danmark genomförde motsvarande förändringar på den receptfria marknaden år 2001.<sup>20</sup> I de nordiska länderna var apoteksverksamheten visserligen inte statlig före avregleringen, men man har ändå genomfört omfattande liberaliseringar av marknaden. Även i övriga Europa är apoteken privatägda och det är vanligast att en aktör äger endast ett apotek. När det gäller priser, etablering, sortiment och krav på kompetens är verksamheten oftast strikt reglerad.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> Meyrowitsch A. et al. s.32-34

<sup>18</sup> Pressmeddelande från Socialdepartementet 22 juni 2005

<sup>19</sup> Eklund T. "Jag vill öppna apotek!" SvD 2006-05-09

<sup>20</sup> Anell A. IHE rapport 2004:2, Nya villkor för apotek och läkemedelsförsäljning – Erfarenheter från avregleringar i Danmark, Island och Norge s.7

<sup>21</sup> <http://www2.apoteket.se/om/VilkaViAr/Uppdrag/F%c3%b6ruts%c3%a4ttningar/default.htm>

### 3. Teoretisk referensram

I detta avsnitt presenterar vi de teorier vi sedan kommer att använda oss av för att analysera Apotekets och andra relevanta aktörers situation och agerande på marknaden före och efter en avreglering. Vi går igenom teorier kring monopol och prisreglering både på marknader med monopol och med konkurrens. Vi behandlar även till viss del monopsoni och horisontell samt vertikal integration.

#### 3.1 Monopol

Ett företag har absolut monopol på en marknad när det är ensamt om att sälja en viss typ av produkter till flera köpare. Till skillnad från en marknad med full konkurrens är den efterfrågekurva som monopolisten står inför, även marknadens efterfrågekurva och eftersom monopolisten är den enda säljaren kan den själv välja pris och utbud på sin vara.

Det finns tre typer av monopol:<sup>22</sup>

*Naturliga monopol* – dessa bildas när ett enskilt företag kan producera tillräckligt för att tillgodose hela marknadens behov till en lägre kostnad än vad den skulle ha varit om man hade haft flera producenter. Exempel på naturliga monopol ser man ofta i infrastrukturknutna tjänster som telefoni och transport.

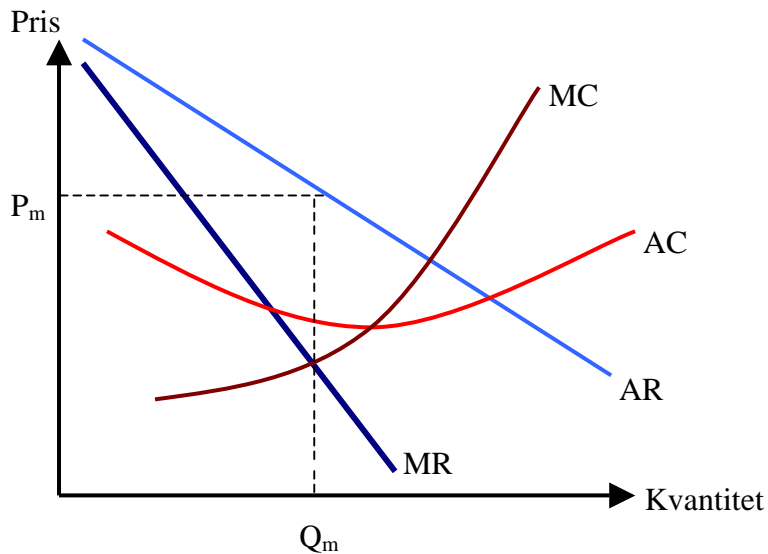
*Legala monopol* – här avses monopol som skyddas från konkurrens genom lagstiftning. Legala monopol kan komma till stånd när en aktör får ensamrätt på att sälja en vara eller tjänst i vissa områden eller i hela landet, alternativt genom regleringar som ger t ex en kommun eller stat ansvar för att en verksamhet fungerar som den ska med avseende på utbud och tillgänglighet. Exempel på legala monopol är detaljhandelsmonopol så som Apoteket AB.

*Faktiska monopol* – med faktiska monopol menar man de monopol som inte faller inom ramarna för någon av de andra två typerna. Företaget som har ett faktiskt monopol kan när som helst bli utmanat av ett annat företag och det har inte samma skyddade position som de andra två typerna av monopolister. Det svenska sockerbolaget är ett exempel på faktiskt monopol och andra kan vara de så kallade stuverimonopolen där det bara finns ett stuveri i varje hamn.

---

<sup>22</sup> Lilla konkurrensboken – En skrift från Konkurrensverket 2005, s.43-44

**Figur 3.1**  
Monopol



På en marknad med konkurrens väljs priset som är lika med marginalkostnaden för varan. Företagen är pristagare och vill sälja sin vara fram till dess att priset inte längre täcker den kostnad det innebär att producera ännu en enhet. På en marknad där ett företag har monopol sätter företaget ett pris som överstiger marginalkostnaden (MC i figuren), vilket resulterar i lägre kvantiteter och högre priser än nödvändigt.

Vid full konkurrens är företagets marginalintäkter desamma som de pris företagen säljer en extra enhet för. Att sälja en extra vara innebär inte en prissänkning för företaget. På en monopolistisk marknad är monopolisten den enda säljaren. Kvantitetsökningen innebär därför en sänkning i pris, inte bara på den andel man utökat kvantiteten med, utan på alla de enheter av varan som företaget vill sälja. Monopolisten säljer den kvantitet där marginalintäkten (MR i figuren) är lika med marginalkostnaden, men priset som väljs blir det pris som kan härledas från efterfrågekurvan för denna kvantitet.

Även om monopolisten har möjlighet att sätta ett högre pris kommer ett vinstmaximerande företag inte att välja ett oändligt högt pris då efterfrågan oftast minskar ju högre priset är. Monopolisten vill sätta ett pris där marginalintäkten är lika med marginalkostnaden, men i praktiken kan detta vara svårt att genomföra då man ofta inte har tillräcklig vetskap om hur intäkt- respektive kostnadsfunktionerna ser ut. För att räkna ut vilket pris man faktiskt kan ta för sina varor måste man räkna på marginalintäkten som en funktion av priset och efterfrågeelasticiteten. Slutligen kan man räkna ut priset som en funktion av marginalkostnaden och efterfrågeelasticiteten.

Priset: 
$$P = MC / (1 + (1/E_d))$$

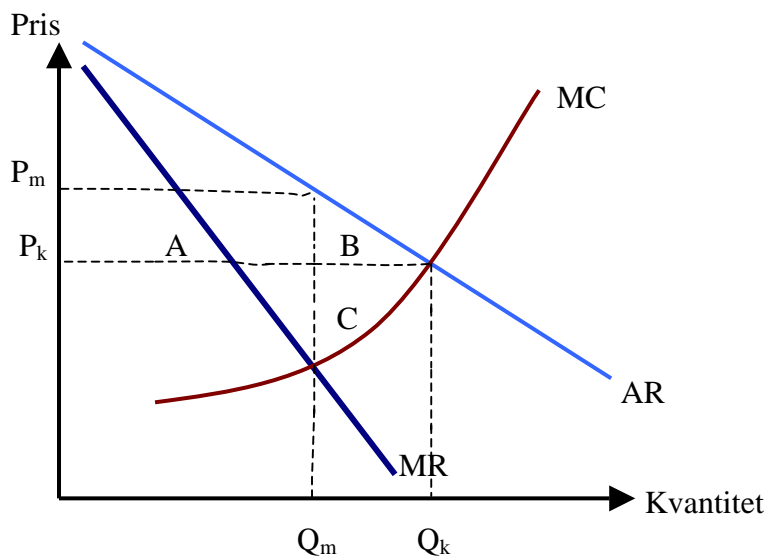
Hur högt pris monopolisten kan ta ut för sin vara beror alltså delvis på dess efterfrågeelasticitet. Om elasticiteten är hög innebär det att efterfrågan på den specifika varan till stor del beror på dess pris.<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Pindyck R. & Rubinfeld D. Microeconomics fifth edition, 2001 s. 328-331

### 3.1.1 Monopolistisk välfärdsförlust

På grund av att monopolisten väljer att sätta ett högre pris ändras konsumenternas nytta och producentens vinst, vilket i slutändan resulterar i en välfärdsförlust. Om vi först beräknar priset på en marknad med full konkurrens och sedan fastställer det pris som skulle tas ut på den monopolistiska marknaden, kan vi göra en jämförelse och se den välfärdsförlust som uppstår när vi har ett monopol.<sup>24</sup>

**Figur 3.2**  
*Monopolistisk välfärdsförlust*



Välfärdförlusten består av den totala förlusten av konsument- och producentöverskott. I figuren ovan kan vi se att vid förekomst av monopol förlorar de konsumenter som köper varan ett överskott som representeras av rektangel A, detta på grund av det högre priset som konsumenterna får betala för varan. Vissa konsumenter kommer även att välja att inte köpa varan alls till det högre priset och dessa konsumenter förlorar ett överskott som motsvaras av triangel B i figuren.

<sup>24</sup> Pindyck R. & Rubinfeld D. s. 347-348

Producenten som får bättre betalt för sina varor övertar det överskott som konsumenterna förlorade på grund av det högre priset och rektangel A tillfaller på så sätt producenten. Däremot förlorar den monopolistiska producenten den inkomst som fler sålda varor hade inneburit, något som representeras av triangel C i figuren. Totalt sett innebär monopolet en överskotts-förlust på triangel B+C, vilket blir den välfärdsförlust som beror av ineffektiviteten på marknaden. Även om monopolistens produktion skulle beskattas och dess vinster på detta sätt återbetalas till konsumenterna, skulle marknaden inte vara effektiv då kvantiteten som producenten väljer att producera ändå skulle vara mindre än vid full konkurrens.<sup>25</sup>

### 3.1.2 Välfärdsförlustens underskattning

Som vi beskrivit ovan kan man beräkna hur stor välfärdsförlust en monopolsituation för med sig i jämförelse med full konkurrens. Man tror dock att välfärdsförlusten, på grund av olika faktorer, i praktiken ofta överstiger den förlust som visas i figuren i form av summan av triangel B och C.

För det första finns det teorier om att monopolisten inte minimerar sina produktionskostnader, vilket inte går i linje med vinstmaximering. Välfärdsförlusten ökar vid ett sådant beteende med skillnaden mellan den minimerade produktionskostnaden och den faktiska.<sup>26</sup> Vidare spenderar monopolisten ofta pengar på att behålla och underhålla sitt monopol, vilket kallas "rent seeking". "Rent seeking" kan bedrivas på olika sätt och involverar lobbyism för att få statligt stöd i form av regleringar som gör det svårare för konkurrenter att etablera sig på marknaden.<sup>27</sup> Ytterligare en faktor, som även den anses underminera välfärdsförlust vid monopol, är det faktum att ett monopolföretag inte har incitament att utvecklas på samma sätt som ett företag i konkurrens. När man hela tiden måste konkurrera med andra om marknadsandelar är det mer naturligt att försöka förbättra sin effektivitet, sina varor eller sina tjänster, vilket i sin tur optimerar användningen av samhällets resurser.<sup>28</sup>

---

<sup>25</sup> Pindyck R. & Rubinfeld D. s. 347-348

<sup>26</sup> Gravelle H. & Rees R. Microeconomics third edition 2004, s.208

<sup>27</sup> Pindyck R. & Rubinfeld D. s. 348

<sup>28</sup> Dufwenberg M. et al. Tillämpad mikroekonomi 2000, s. 99



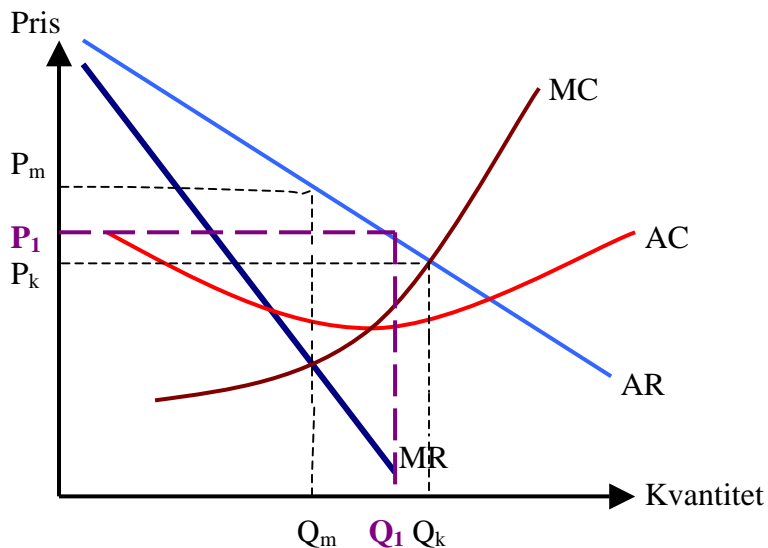
## 3.2 Prisreglering

Prisreglering är ett instrument som staten kan använda sig av för att begränsa priserna på en marknad. Staten bestämmer ett tak på priset och företagen på marknaden får inte ta ut ett högre pris än detta.

### 3.2.1 Vid monopol

Till skillnad från marknader med konkurrens kan prisreglering få en positiv effekt på marknader med monopol. Prisreglering kan i dessa fall minska välfärdsförlusterna som orsakats av monopolmakten och dess höga priser.

**Figur 3.3**  
Prisreglering vid monopol



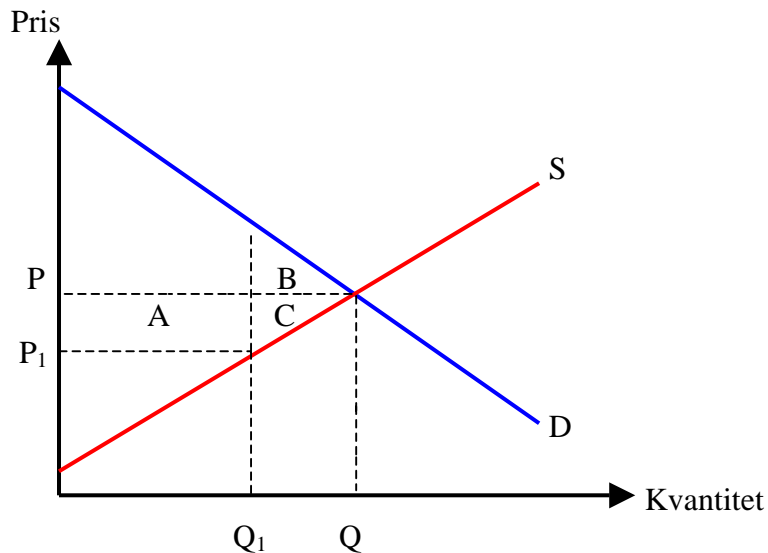
Om ett pris är reglerat såsom i figuren ovan kan priset inte längre sättas högre än  $P_1$ . Det innebär att för kvantiteter lägre än  $Q_1$  behövs det en ny medelintäktskurva och denna hamnar på en horisontell linje i höjd med priset  $P_1$ . Däremot kommer inte prisregleringen att innebära någon skillnad för större kvantiteter. Det skapas även en ny marginalintäktskurva för kvantiteter lägre än  $Q_1$  och också den återgår till att följa sin tidigare bana när kvantiteten stiger. På så sätt korsar nu istället marginalintäktskurvan marginalkostnadskurvan i kvantiteten  $Q_1$  vilket också blir den kvantitet som företaget väljer att producera. Det lägre reglerade priset i kombination med den större kvantiteten som företaget väljer, minskar välfärdsförlusten. Ju närmare det reglerade priset kommer priset vid full konkurrens,  $P_k$ , desto mindre välfärdsförlust uppstår. Om priset däremot skulle regleras så att det blir lägre än  $P_k$  får vi samma effekt som ett pristak på en konkurrerande marknad, kvantiteten minskar och en brist på varorna uppkommer.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Pindyck R. & Rubinfeld D. s.348-350

### 3.2.2 Vid konkurrens

När staten går in och reglerar priserna på en konkurrensmarknad kan detta orsaka stor välfärd förlust för producenter såväl som för konsumenter.

**Figur 3.4**  
Prisreglering vid konkurrens



När priset sätts under marknadsnivå skapar det ett efterfrågeöverskott. För konsumenterna innebär det en överskotts förlust för de som inte längre får köpa varan på grund av underskottet, representerat av triangel B. För de som får köpa varan till det nya lägre priset innebär det däremot en överskottsvinst, representerad av rektangel A. I figur 3.4 innebär prisregleringen en sammanlagd överskottsvinst för konsumenterna. Om däremot efterfrågan på den aktuella varan hade varit mindre elastisk och efterfrågefunktionen brantare, hade triangel B varit större än rektangel A, något som hade inneburit en sammanlagd överskotts förlust för konsumenterna.

Producenternas överskotts förlust illustreras delvis av rektangel A eftersom de nu måste ta ett lägre pris för sina varor. Dessutom tillverkas en lägre kvantitet och vissa producenter kommer att vara tvungna att lämna marknaden. Triangel C visar överskotts förlusten för de producenter som lämnar marknaden och för de som blir kvar, men som måste producera mindre.<sup>30</sup>

<sup>30</sup> Pindyck R. & Rubinfeld D. s.289-292

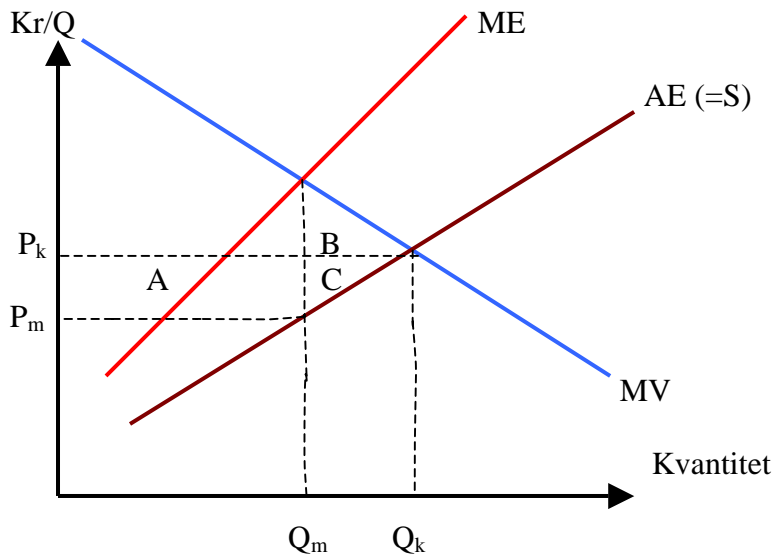
### 3.3 Monopsoni

Monopsoni förekommer på marknader där det finns flera producenter eller säljare, men endast en köpare. Köparen får då en viss möjlighet att påverka priset, vilket kallas monopsonimakt. Monopsoniföretagets nyttoökning av att köpa ytterligare en enhet av en vara är lika med den efterfrågekurva som producenten som säljer till monopsonisten ställs inför.<sup>31</sup>

#### 3.3.1 Monopsonins välfärd förlust

Monopsonimaktens konsekvenser är lägre priser och lägre köpta kvantiteter. Den köpta kvantiteten blir lägre än vid full konkurrens på grund av att ett köp av en extra enhet också innebär ett högre pris för alla de varor man köper, inte bara den extra enheten. Det innebär att den extra enheten inte bara blir en kostnad genom det pris man får betala för just denna vara, utan är också en kostnad i form av höjda priser för alla de andra varorna man köper. Grafiskt kan vi se detta genom att den marginella kostnadskurvan ligger ovanför den genomsnittliga kostnadskurvan.

**Figur 3.5**  
Monopsonistisk välfärd förlust



Monopsonisten väljer en kvantitet där den marginella utgiftskurvan (**ME**) korsar den marginella nytto kurvan (**MV**). Priset som monopsonisten betalar blir det pris som kan härledas från den genomsnittliga kostnadskurvan vid den kvantitet där marginalnyttan är lika med marginalkostnaden.

<sup>31</sup> Pindyck R. & Rubinfeld D. s. 352

Köparen med monopsonimakt vinner konsumentöverskott på grund av det lägre priset (rektangel A) men förlorar överskott på grund av den minskade köpta kvantiteten (triangel B). Det som köparen vunnit på det lägre priset blir istället en förlust hos säljaren. Detta resulterar i att överskottet endast flyttas mellan parterna men inte innebär någon skillnad i social kostnad för samhället. Däremot förlorar även säljaren på den minskade sålda kvantiteten (triangel C), vilket innebär att den totala sociala kostnaden som orsakats av monopsonimakt blir summan av den producentöverskotts-förlust och konsumentöverskotts-förlust som båda orsakats av den minskade försäljningen (triangel B+C).<sup>32</sup>

### **3.4 Horisontell och vertikal integration**

När en sammanslagning sker mellan två olika företag kan denna få olika konsekvenser för marknaden och för konsumenterna beroende på vilka led av försäljningen företagen är verksamma i. Vi beskriver nedan två scenarier; horisontell respektive vertikal integration. I det första fallet går ett företag samman med ett annat i samma bransch, medan det i det andra går samman med ett företag i ett annat led av kedjan.

Vid *horisontell integration*, t ex när två företag inom samma bransch går samman och bildar ett monopol har man kunnat observera positiva förändringar i form av minskade fasta kostnader, t ex kostnader för administration och marknadsföring. Marginalkostnaderna kan också sänkas t ex genom att produktionen förläggs i samma lokal.<sup>33</sup> En negativ konsekvens är att de minskade kostnaderna ofta inte resulterar i sänkta priser för konsumenterna. Den monopolmakt som företaget får efter sammanslagningen kan istället leda till priser över konkurrensnivå och därmed också ett reducerat utbud.<sup>34</sup>

Sammanslagningar kan också ske mellan företag som fyller olika funktioner i produktionsledet, såsom mellan återförsäljare och grossister. Detta kallas *vertikal integration*. Här kan man observera både positiva och negativa effekter på välfärden. En negativ effekt kan uppstå när ett företag som ligger långt ner i produktionskedjan vill skaffa sig fördel gentemot sina konkurrenter genom att köpa upp ett företag som tillverkar insatsvaror för att kunna kontrollera tillgången på denna vara. Marknadspriset ökar och därmed också välfärd-förlusterna. Ett annat scenario som också faller inom ramarna för vertikal integration är när en producent köper upp en återförsäljare för att hindra sina konkurrenter från att få sälja sina produkter. Genom ett sådant uppköp minskar konkurrensen och välfärd-förlusterna ökar.

Även vertikala integrationer kan dock vara främjande för välfärden då de kan leda till kostnadsbesparingar.<sup>35</sup> Om den vertikala integrationen till exempel sker mellan två monopolföretag som båda har priser över konkurrensnivå, undviker man viss välfärd-förlust genom en sammanslagning. Konsumenterna slipper nu en av de prisökningar som monopol för med sig. I de fall vertikal integration inte är möjligt eller önskvärt, kan producenterna istället, i den mån det är lagligt, använda sig av vertikala restriktioner för att uppnå vissa försäljningsmål och för att öka effektiviteten. Det kan handla om att kräva att distributören säljer en viss kvantitet, att den inte säljer konkurrerande produkter eller att priset inte får sänkas under en viss nivå.<sup>36</sup>

---

<sup>32</sup> Pindyck R. & Rubinfeld D. s.352-354

<sup>33</sup> Dufwenberg et al. s. 99-103

<sup>34</sup> Carlton D. & Perloff J. Modern Industrial Organization third edition 2000 s. 22

<sup>35</sup> Dufwenberg et al. s. 99-103

<sup>36</sup> Carlton D. & Perloff J. s.396 & 398

## 4. Empiri

Här presenteras de olika aspekterna av Apotekets verksamhet och hur denna påverkas av staten och dess myndigheter. Vi har även valt att titta på hur läkemedelsdistributionen fungerar i våra grannländer för att längre fram i uppsatsen kunna se om erfarenheter från dessa länder kan lära oss något om hur en avreglering av monopolet på receptbelagda läkemedel skulle kunna se ut i Sverige. Vi gör också en internationell prisjämförelse för att kunna bilda oss en uppfattning om hur Sveriges priser står sig i jämförelse med andra europeiska länder.

### 4.1 Det svenska apoteket

#### 4.1.1 Apotekets verksamhet

Detaljhandel med läkemedel får enligt 4 § lagen (1996:1152) ”bedrivas endast av staten eller av juridisk person i vilken staten äger ett bestämmande inflytande”<sup>37</sup>. Apoteket AB har som uppdrag av regeringen att med ensamrätt bedriva detaljhandel med läkemedel, såväl receptbelagda som receptfria.<sup>38</sup> Verksamheten regleras av dels tidigare nämnda lagtext men också av ett särskilt verksamhetsavtal mellan staten och Apoteket AB. Apoteket AB har genom att acceptera uppdraget åtagit sig att:

- tillhandahålla läkemedel och andra vårdnära produkter till allmänheten, via ett rikstäckande nät av apotek.
- tillverka och tillhandahålla bland annat extemporeläkemedel<sup>39</sup> och andra läkemedel som måste specialtillverkas.
- tillhandahålla kundanpassad information och rådgivning till privatkunder.
- tillhandahålla information till förskrivare.
- tillhandahålla information och statistik till exempelvis kommuner, landsting och myndigheter.
- driva Giftinformationscentralen.<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup> Lagen (1996:1152) om handel med läkemedel m.m.

<sup>38</sup> Verksamhetsavtal mellan staten och Apoteket AB om bolagets verksamhet, dec 2005

<sup>39</sup> Nationalencyklopediens definition: Läkemedel som tillreds på apoteket för ett speciellt behov i motsats till av industrin standardförpackade läkemedel. [www.ne.se](http://www.ne.se)

<sup>40</sup> <http://www2.apoteket.se/om/VilkaViAr/Uppdrag/default.htm>

## 4.1.2 Apotekets finansiering

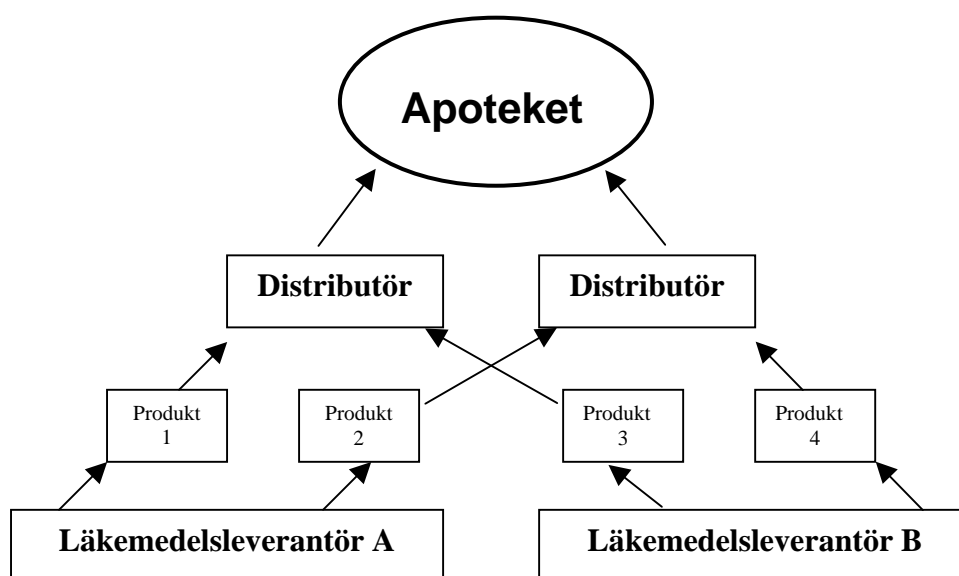
Apoteket finansieras idag till ungefär 73 % av försäljningen av läkemedel som faller inom läkemedelsförmånen. Storleken på Apotekets andel av priset beslutas av LFN och den ska vara tillräckligt stor för att täcka kostnaden för den så kallade basverksamheten vilken innefattar bland annat receptexpediering och patientinformation. Resterande 27 % av finansieringen kommer dels från försäljning av receptfria läkemedel, egenvårdsprodukter och handelsvaror och dels från Apotekets övriga tjänster inom vård och omsorg. Ekonomiskt är det försäljningen av egenvårdsprodukter och försäljningen till avtalskunder som är mest lönsam och som bär upp den resterande verksamheten. Försäljningen av receptbelagda läkemedel går med förlust.<sup>41</sup> Apoteket är enligt Andreas Rosenlund, presschef på Apoteket, inget vinstdrivande företag, utan ska ge en låg avkastning till ägaren. Idag understiger avkastningen 1 %.<sup>42</sup>

## 4.1.3 Distribution

I figuren nedan visas hur läkemedelsdistributionen i Sverige fungerar. Läkemedelsföretagen säljer sina produkter till distributörer. Alternativt köps de upp utomlands av parallellimportörer, för att sedan säljas till distributörerna, som i sin tur säljer produkterna vidare till Apoteket.

**Figur 4.1**

*Det svenska läkemedelsdistributionssystemet*



I Sverige distribueras läkemedlen enligt ett så kallat enkanalsystem. Detta innebär att läkemedelsleverantören får sälja varje produkt endast genom *en* distributör. Leverantören och distributören får inte avtala om ett helt sortiment, utan om ett läkemedel i taget. Avtalet får gälla max ett år. Trots att leverantören har möjlighet att välja olika distributörer för sina olika

<sup>41</sup> Apotekets årsredovisning 2005 s. 16-17

<sup>42</sup> Intervju med Andreas Rosenlund, presschef på Apoteket AB, Stockholm 2006-05-16

produkter är detta ovanligt, dock kan det förekomma efter till exempel fusioner mellan två leverantörer.

Systemet skapades från början för att främja konkurrens i distributionsledet och bygger på avtal mellan industrin och distributörerna. Detta gör att distributörerna konkurrerar bakåt i kedjan om att få sälja varor till apoteken. Enkanalsystemets fördelar i logistik och kostnadseffektivitet gör att distributionskostnaderna är mycket låga och systemet anses vara det mest fördelaktiga ur konkurrenssynpunkt vid den monopolsituation vi har idag. Det är också tack vare dessa fördelar som systemet godkänts av Konkurrensverket, trots att det strider mot Konkurrenslagen.<sup>43</sup>

I Sverige finns två grossister: Tamro Sverige AB och Kronans Droghandel (KD). De båda har ungefär lika stora marknadsandelar. KD ägs till ca 70 % av Orion Holding Sverige AB, av Merck Sharp & Dohme Sverige AB till ca 12 % och av Pfizer AB till ca 12 %.<sup>44</sup> Alla dessa företag har verksamhet i läkemedelsbranschen. Tamro Sverige AB ägs sedan 2004 till fullo av Phoenix Group<sup>45</sup>, som är en av de största internationella aktörerna inom läkemedelsdistribution. Konkurrensen är hård mellan de båda distributörerna och medför låga marginaler samt höga krav på service.<sup>46</sup>

Enligt Jaana Atosou, informationsansvarig på Tamro AB, är anledningen till att marknaden är så jämnt uppdelad mellan de båda aktörerna att det från 1971, när det nuvarande systemet kom till, har skett konsolideringar på marknaden. Det är svårt för nya aktörer att komma in på marknaden på grund av de krav som ställs på distributörerna i Sverige. De måste kunna förse hela Sverige med läkemedel, det är inte tillåtet att endast koncentrera sig på ett geografiskt område. På grund av dessa krav samt de låga marginalerna är det inte lönsamt att agera som distributör på den svenska marknaden om man inte kan få en stor del av marknaden.<sup>47</sup> Distributörerna erbjuder leverantörerna tjänster som bland annat innefattar lagerhållning, paketering och läkemedelsprover. De tillhandahåller även information om försäljning så att leverantörerna bättre kan planera sina kvantiteter. På grund av enkanalsystemet och det faktum att leverantörerna köper tjänster av distributörerna är det i Sverige leverantören som är distributörens kund.<sup>48</sup>

Ca 12 % av de läkemedel som säljs på Apoteken idag är parallellimporterade.<sup>49</sup> Parallellimport av läkemedel innebär att ett företag som handlar med läkemedel köper in mediciner i andra EU eller EES-länder där priset för dessa är lägre än i Sverige. Möjligheten till parallellimport finns på grund av EU: s lagar om fri rörlighet inom unionen. Priserna kan skilja sig mellan länder därför att prissättningen regleras på olika sätt av de nationella myndigheterna. Dessutom vinstmaximerar läkemedelstillverkarna genom att sätta pris efter betalningsvilja i respektive land. Parallellimportören köper alltså in ett läkemedel till ett lägre pris än vad det skulle ha sålts för i Sverige, för att sedan importera och sälja vidare till en grossist. Ofta måste parallellimportörerna märka eller förpacka de läkemedel de importerar så

---

<sup>43</sup> Moberg P. i Essens nr 3-4 2005, kvartalstidskrift från TAMRO AB

<sup>44</sup> <http://www.kd.se/>

<sup>45</sup> [www.tamro.com/home.nsf/all/2C83359183E55B7EC22570D7004C74B8?opendocument&expand=1](http://www.tamro.com/home.nsf/all/2C83359183E55B7EC22570D7004C74B8?opendocument&expand=1).

<sup>46</sup> Atosou J. informationsansvarig på Tamro AB Göteborg, 2006-05-15

<sup>47</sup> Atosou J. 2006-05-15

<sup>48</sup> Moberg P.

<sup>49</sup> Heintz G. VD på Paranova Sverige, Stockholm 2006-05-17

att de motsvarar svensk standard, men själva läkemedlet är detsamma.<sup>50</sup> I Sverige finns 10 parallellimportörer och ca 150 parallellimporterade produkter.<sup>51</sup>

#### 4.1.4 Prissättning på läkemedel

För att ett läkemedel ska få säljas i Sverige måste det bli godkänt enligt Läkemedelsverkets eller EU-kommissionens krav på kvalitet, säkerhet och effekt. Om ett företag sedan vill att dess läkemedel ska ingå i läkemedelsförmånen måste de förhandla med LFN. LFN:s främsta uppgift är att besluta om vilka läkemedel som ska ingå i läkemedelsförmånen och på så sätt bli subventionerade av samhället. Vidare ska nämnden godkänna apotekets inköpspris för dessa läkemedel och bestämma den handelsmarginal som apoteket sedan ska få lägga på vid vidareförsäljning till sina kunder.<sup>52</sup> Orsaken till att beslutet om subventionering tas av en statlig myndighet är att läkemedelsförmånerna ska gälla på nationell nivå, det vill säga vara lika i hela landet.<sup>53</sup>

När producenten skickar in sin ansökan till LFN om att få medicinen inkluderad i förmånerna ska det bifogas en hälsoekonomisk analys för att möjliggöra en utredning om huruvida medicinen är kostnadseffektiv för samhället eller inte. Tillsammans med behovs- och solidaritetsprincipen samt människovärdesprincipen bildar denna analys sedan grunden för LFN:s beslut om att inkludera läkemedlet i förmånerna eller inte. Behovs- och solidaritetsprincipen går ut på att ge de som har det största behovet av medicinering en större andel av vårdens resurser än andra patientgrupper. Människovärdesprincipen går ut på att människors lika värde ska respekteras i vården.

Landstingen har det formella kostnadsansvaret för läkemedelsförmånerna. Tidigare låg det formella ansvaret på staten, men flyttades 1998 över på landstingen. Samtidigt infördes ett särskilt statsbidrag till landstingen för att täcka dessa kostnader. Trots detta har staten och landstinget kommit överens om ett gemensamt ansvar för läkemedelsförmånerna. Landstinget ska ta med läkemedelskostnaderna i sina samlade prioriteringar inom hälso- och sjukvården, men det är fortfarande riksdagen och regeringen som tar de grundläggande besluten.<sup>54</sup>

Apotekets inköpspris, AIP, måste godkännas av LFN och är det pris för vilket grossisterna får sälja läkemedel till Apoteket.<sup>55</sup> Eftersom distributörernas pris till Apoteket redan är fastställt, blir distributörernas ersättning skillnaden mellan deras inköpspris från leverantörerna, DIP, och AIP. DIP bestäms efter förhandlingar mellan leverantör och distributör och distributörernas andel av priset anges som en procentsats av AIP.<sup>56</sup> Distributörerna konkurrerar om att få sälja de olika läkemedelsleverantörernas produkter vilket har bidragit till att deras marginaler idag är mycket låga, cirka 2-3 %.<sup>57</sup>

AUP, Apotekets utförsäljningspris, bestäms av LFN enligt objektiva kriterier som ska vara lika för inhemska och importerade produkter.<sup>58</sup> Utgångspunkt är apotekets inköpspris som

<sup>50</sup> [www.fpl.nu/vad\\_ar\\_parallellimport.htm](http://www.fpl.nu/vad_ar_parallellimport.htm)

<sup>51</sup> [www.fpl.nu/vad\\_ar\\_parallellimport.htm](http://www.fpl.nu/vad_ar_parallellimport.htm)

<sup>52</sup> LFN:s årsredovisning 2005 s.7-8

<sup>53</sup> [http://www.lfn.se/upload/Bakgrundsmaterial/det\\_nya\\_subventionssystemet.pdf](http://www.lfn.se/upload/Bakgrundsmaterial/det_nya_subventionssystemet.pdf)

<sup>54</sup> LFN:s årsredovisning 2005 s.7-8

<sup>55</sup> Apotekets årsredovisning 2005 s.16

<sup>56</sup> <http://www.lif.se/Statistik/stat.asp#>

<sup>57</sup> Atosou J. 2005-05-15

<sup>58</sup> Verksamhetsavtal mellan staten och Apoteket AB om bolagets verksamhet, dec 2005



man sedan lägger på en handelsmarginal. Handelsmarginalen består av en procentuell del samt en fast summa. Den procentuella delen som läggs på minskar ju större inköpspriset är, samtidigt som den fasta summan under samma förutsättning istället ökar.<sup>59</sup> Marginalerna har successivt sänkts från början av 90-talet, från att ha legat på 30 % mot att i dagsläget ha en marginal om cirka 17 %. Orsaken till denna sänkning är, enligt Andreas Rosenlund, förändringar i de bestämmelser som kontrollerar apotekets vinst.<sup>60</sup>

I nedanstående tabell illustreras hur den handelsmarginal som Apoteket lägger på vid försäljning kalkyleras.

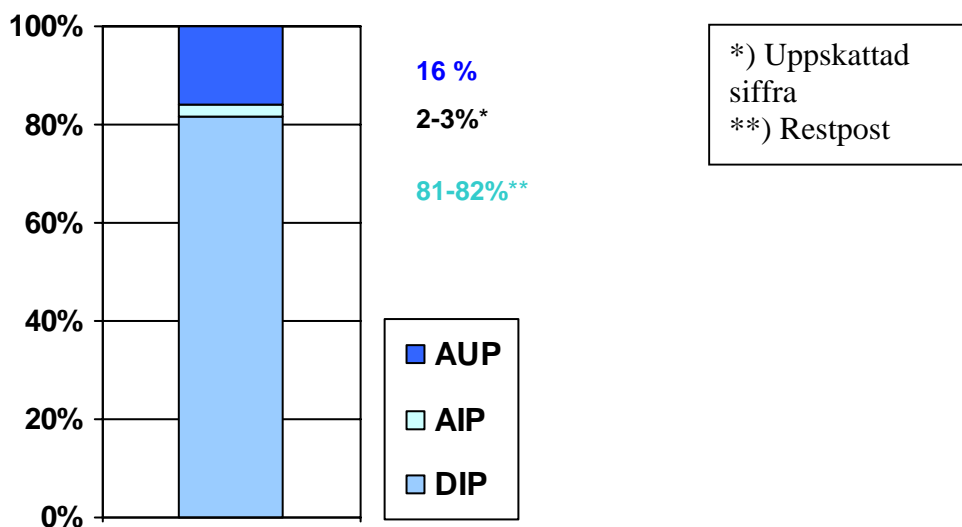
**Figur 4.2<sup>61</sup>**

*Marginaler på läkemedel from. 2006-01-01*

| Apotekets inköpspris AIP | Apotekets utförsäljningspris AUP |
|--------------------------|----------------------------------|
| ≤ 75,00                  | AIP x 1,20 + 31,25               |
| > 75,00 - 300,00         | AIP x 1,03 + 44,00               |
| > 300,00 - 6000,00       | AIP x 1,02 + 47,00               |
| > 6000,00                | AIP + 167,00                     |

**Figur 4.3**

*Prisets fördelning*



*Källa: Läkemedelsmarknaden 2006*

I denna figur demonstreras hur priset på ett läkemedel fördelas mellan de olika aktörerna på marknaden. Här ser man tydligt att den största delen av priset tillfaller leverantörerna.

<sup>59</sup> [http://www.lfn.se/LFNTemplates/Page\\_578.aspx](http://www.lfn.se/LFNTemplates/Page_578.aspx)

<sup>60</sup> Rosenlund A. 2006-05-16

<sup>61</sup> [http://www.lfn.se/LFNTemplates/Page\\_578.aspx](http://www.lfn.se/LFNTemplates/Page_578.aspx)

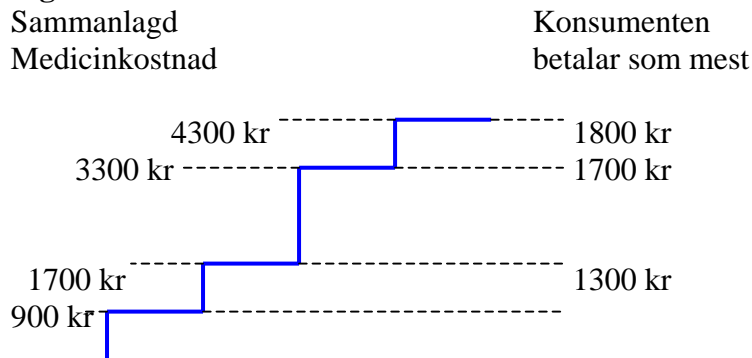
#### 4.1.5 Läkemedelsförmånen

Det pris som konsumenten får betala på apoteket för ett subventionerat läkemedel kallas egenavgift. Hur mycket en enskild patient betalar i egenavgift kontrolleras av högkostnadsskyddet som bestäms av riksdagen. Skyddet innebär att kostnader för läkemedel inom läkemedelsförmånen ej får uppgå till mer än 1800 kronor per individ under en tidsperiod om 12 månader.

År 2005 översteg de totala kostnaderna för läkemedel i Sverige 30 miljarder kronor. Kostnaderna för receptbelagda läkemedel uppgick till 24 miljarder kronor varav staten genom läkemedelsförmånen stod för 18,6 miljarder. Konsumenterna stod för fem miljarder kronor i form av egenavgifter.<sup>62</sup>

Högkostnadsskyddet fungerar enligt nedanstående figur. När man har uppnått den högsta kostnadsnivån börjar frikortet att gälla.

**Figur 4.4**<sup>63</sup>



Apoteket erbjuder sina kunder möjligheten att delbetala sina läkemedel. Systemet har tidigare inte fungerat särskilt effektivt och det har även utnyttjats i vissa fall, vilket har resulterat i att Apoteket har valt att bli strängare inom detta område. Åtgärden innebär att kunder som tidigare har missbrukat möjligheten att delbetala sina läkemedel inte längre kan välja denna form av betalning. En risk är att de väljer att inte hämta ut sina läkemedel.<sup>64</sup>

Sedan 2002 är det lagstadgat att Apoteket måste tillämpa så kallad generisk substitution. Detta innebär att medicinen som läkaren skrivit ut ska bytas ut mot det billigaste, likvärdiga preparatet, förutsatt att detta har godkänts av Läkemedelsverket som utbytbart. Bytet måste göras såvida inte instruktioner som motsätter sig detta är särskilt angivna på receptet. Det finns fortfarande möjlighet för kunden att köpa det dyrare preparatet, men då måste han eller hon betala mellanskillnaden själv.<sup>65</sup>

Företagen som säljer generikaläkemedel arbetar på så sätt att de kopierar läkemedel som de ursprungliga producenterna har förlorat sitt patent på. En generikaprodukt är alltså en kopia av ett originalläkemedel. Enligt LFN fungerar konkurrensen bra på de opatenterade läkemedlens marknad, eftersom företagen reagerar på varandras priser och höjer och sänker priserna utifrån de priser konkurrenterna sätter. LFN godkänner ansökningar om priser utan

<sup>62</sup> LFN :s årsredovisning 2005 s.7

<sup>63</sup> Apotekets årsredovisning 2005 s. 17

<sup>64</sup> Rosenlund A. 2006-05-16

<sup>65</sup> Apotekets årsredovisning 2005 s.16-17

vidare prövning om priset är lika som eller lägre än det dyraste preparatet inom läkemedlets utbytesgrupp.<sup>66</sup>

På grund av de låga priserna på generikaprodukter och ett för stort antal företag inom området är dock verksamheten idag inte särskilt lönsam, detta enligt Göran Heintz.<sup>67</sup> På humanmarknaden uppgår värdet av generikaförsäljningen till cirka 12 %. Efter att generikareformen införts, genomfördes en undersökning av Apoteket, Landstingsförbundet och LFN. Man beräknade att generika sparat samhället ungefär två miljarder de femton första månaderna<sup>68</sup>

#### 4.1.6 Apotekets tillgänglighet

I avtalet mellan Apoteket och staten fastställs de krav på tillgänglighet som ställs på Apoteket. Det ska finnas apotek över hela landet och utöver detta anser man att Apoteket bör erbjuda kompletterande tjänster, så som Internethandel och apoteksombud.<sup>69</sup> Idag finns 950 apotek runt om i Sverige varav 77 är sjukhusapotek. Utöver dessa finns också ca 850 apoteksombud. Ombuden finns i form av livsmedelsaffärer i glesbygden och där kan man lägga beställningar på olika mediciner som sedan hämtas hem till ombudet från närmsta belägna apotek. Antal invånare per apotek är idag ca 9500. De svenska apotekens öppettider varierar från ort till ort men de flesta har öppet enligt butiksstandard, det vill säga öppet på vardagar, begränsat på lördagar och stängt på söndagar. I de större städerna finns dock apotek som har mer generösa öppettider, ofta till 22 på kvällen och som har öppet även på söndagar. Det finns endast ett apotek i landet, beläget i Stockholm, som har dygnet runt- öppet.<sup>70</sup>

Enligt Andreas Rosenlund, är orsaken till Apotekets begränsade öppettider att det historiskt sett har funnits en farmaceutbrist på marknaden, men också den begränsade inkomstkällan som Apotekets marginaler utgör. Bristen på farmaceuter har berott på att det har funnits för få utbildningar i landet, något som idag ska ha förbättrats genom att man har utökat antalet utbildningsplatser inom området.

Enligt deras årsredovisning arbetar Apoteket aktivt för att förbättra tillgängligheten och servicen, något som också bekräftas av Andreas Rosenlund. Apoteket öppnade 25 nya apotek förra året och det har redan öppnats fyra nya under första kvartalet 2006. I år har även öppettiderna utökats med 11000 timmar vilket märks bland annat på att betydligt fler apotek har söndagsöppet. Som ett led i ett försök att minska kötiderna har förändringar också skett i sättet att arbeta på apoteken. Man har bland annat öppnat 15 stycken Apoteket Shop i Sveriges större städer där man säljer receptfria läkemedel och handelsvaror. I kundundersökningar som Apoteket själva har gjort har det kommit fram att det är just öppettiderna och kötiderna som är apotekets svaga sidor.<sup>71</sup>

Under 2005 har en ny tjänst testats, en tjänst som innebär att man kan få läkemedel skickat hem till sig med brev. Tidigare har hemleveranser endast gjorts i paketform vilket är mer kostsamt. Apoteket har också ett kundcentrum där man kan få information om läkemedel per

---

<sup>66</sup> Engström A. Hälsoekonom på LFN, 2006-05-03

<sup>67</sup> Heintz G. 2006-05-17

<sup>68</sup> <http://www.alternova.se/composite-258.htm>

<sup>69</sup> Verksamhetsavtal mellan staten och Apoteket AB om bolagets verksamhet, dec 2005

<sup>70</sup> <http://www.apoteket.se/rd/d/3172>

<sup>71</sup> Rosenlund A. 2006-05-16

telefon, dygnet runt.<sup>72</sup> Ett system med e-handel är också under utveckling. Tanken är att man ska kunna handla receptbelagda läkemedel inom förmånssystemet via Internet. Identifieringen ska skötas genom e-legitimation och läkemedlen ska skickas per post eller via ombud.<sup>73</sup>

## **4.2 Apoteksverksamhet i Norden**

För att kunna föreställa oss hur en avreglerad läkemedelsmarknad skulle kunna se ut har vi här valt att beskriva situationerna i våra nordiska grannländer. Även om staten aldrig haft monopol på läkemedelsförsörjningen i dessa länder kan vi genom att beskriva dessa marknader och deras förändringar, bilda en uppfattning om hur det skulle kunna komma att se ut i Sverige efter en eventuell avreglering. Vi får även här en bild av vilka positiva respektive negativa konsekvenser olika reformer kan föra med sig.

### **4.2.1 Norge**

I Norge hade man tidigare bestämmelsen att man tvungen att vara farmaceut, för att få äga och driva ett apotek. I mars 2001 antog man den nya apotekslagen som innebar tre huvudförändringar:

- Fri lokalisering och etablering av apotek
- Kravet på att ägaren till apoteket skulle vara farmaceut släpptes
- Med vissa undantag blev ägarskapet fritt

För att öppna apotek i Norge idag fordras ett tillstånd som utfärdas av Helsedepartementet. Apotek får inte öppnas av förskrivare, läkemedelstillverkare eller av ägare som redan har en marknadsandel som överskrider 40 %. Helsedepartementet har även rätt att dra tillbaka ett tillstånd om man anser att apoteket inte uppfyller de krav som ställs på bland annat öppettider, farmaceutisk service och sortiment. I vissa fall, om det finns brist på tillgänglighet, kan tillstånd att öppna apotek ges till kommuner.<sup>74</sup> För att ytterligare försäkra sig om att apoteken inte försvinner från glesbygden har hälsodepartementet fått de tre ledande apotekskedjorna i Norge att skriva på ett avtal som förbinder dem till att, om ett apotek läggs ned i en kommun där det endast fanns ett, öppna ett nytt i samma kommun.<sup>75</sup>

När det gäller fördelningen av de befintliga apoteken hade den 1 januari 2006 197 av totalt 434 kommuner i Norge inget apotek.<sup>76</sup> Några av de nya apoteken har öppnats i kommuner som innan inte hade något apotek, men de flesta har öppnats i köpcentrum eller stadskärnor. Ett av målen med avregleringen var att servicenivån skulle förbättras. Antalet apotek har ökat och flera av apotekens öppettider har förlängts. Dock finns andra faktorer som pekar på att kvaliteten på servicen försämrats. När antalet apotek ökat har också antalet farmaceuter per apotek minskat. Enligt en enkätstudie som gjordes bland farmaceuter 2004 ansåg en majoritet av de tillfrågade att deras arbetsbelastning ökat avsevärt och att detta medförde att den hjälp, i form av råd och information, de kunde ge sina kunder begränsades.<sup>77</sup>

---

<sup>72</sup> Apotekets årsredovisning 2005 s.11

<sup>73</sup> Rosenlund A. 2006-05-16

<sup>74</sup> Anell A. 2004 s.28-29

<sup>75</sup> Apotek og Legemidler – Bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår, Norges Apotekerforening 2006 s.11-12

<sup>76</sup> Apotek og Legemidler s.11

<sup>77</sup> Anell A. 2004 s.34-37

Under det första året efter den nya lagstiftningen tillkom cirka 50 apotek. Ökningen stannade sedan av något, men under perioden 2002 till 2006 har ungefär 100 ytterligare apotek etablerats. Antal invånare per apotek har sjunkit från 12 170 år 2001, till 8300 år 2006. Det finns just nu 530 apotek i Norge och ägandet av dessa fördelas på tre stora kedjor samt på fristående apotek enligt följande;

|                           |      |
|---------------------------|------|
| Apotek 1 Norge AS         | 35 % |
| Alliance Unichem Norge AS | 23 % |
| Vitusapotek AS            | 23 % |
| Fristående apotek         | 19 % |

Apoteken i Norge ägs nu, till följd av vertikal integration, indirekt av tre av de största läkemedelsgrossisterna i Europa. Celsio AG äger NDM AS, grossisten med ledande marknadsandel i Norge, som i sin tur äger apoteken som går under namnet "Vitusapotek AS". Apokjeden AS, som till största del ägs av Tamro AB, är den näst största aktören på den Norska marknaden och äger "Apotek 1". Den tredje största grossisten, Holtung AS, har ett avtal med "Alliance apotek" via sin ägare Alliance Unichem Plc.<sup>78</sup>

Grossisternas inköpspris (GIP) sätts i Norge av läkemedelstillverkarna fritt från regleringar, medan AIP och AUP fortfarande är reglerade. Det maximala AIP på receptbelagda läkemedel sätts genom att man, utifrån en grupp med länder (Sverige, Finland, Danmark, Tyskland, Storbritannien, Nederländerna, Österrike, Belgien och Irland) beräknar genomsnittspriset på det aktuella läkemedlet hos de tre länder vars pris är lägst. När det gäller generikasubstitution, som har varit lagstadgat sedan 2003, har Norge från och med januari 2005 ett nytt system (Trinnprissystemet) för att få ner priserna och främja konkurrensen. Systemet ger apoteken möjlighet att sänka priserna stegvis på de läkemedel vars patent gått ut och som är med på läkemedelsverkets byteslista.<sup>79</sup>

Det norska systemet delar in de receptbelagda läkemedlen i två kategorier; blå och vita recept. De vita recepten är "normala" receptbelagda mediciner medan de blå skrivs ut för patienter som har behov av mer långvarig medicinering. För att klassas som ett blått recept måste behandlingstiden vara minst tre månader och läkemedlet måste vara godkänt som ett "blått" preparat. Staten subventionerar de blå recepten och egenandelens storlek är 36 % eller max 581 SEK<sup>80</sup> per recept. Per år ska man maximalt behöva betala 1880 SEK<sup>81</sup> för sina blåa recept.<sup>82</sup>

#### 4.2.2 Danmark

I Danmark kontrolleras och administreras apoteken av staten. Intresserade apotekare kan söka licens hos Inrikes- och Hälsoministeriet för att driva apoteksverksamhet. Om ansökan beviljas äger apotekarna sedan själva sitt apotek vilket också innebär att de är ekonomiskt ansvariga för finansieringen av apoteket och dess verksamhet.<sup>83</sup> Tidigare har varje apotekare endast kunnat äga ett apotek men reglerna ändrades år 2001 och idag kan en apotekare äga upp till

<sup>78</sup> Anell A. 2004 s. 32-34

<sup>79</sup> Apotek og Legemidler s. 31 & 51

<sup>80</sup> omvandling från 490 NOK på [www.valuta.se](http://www.valuta.se) 2006-05-30

<sup>81</sup> omvandling från 1585 NOK på [www.valuta.se](http://www.valuta.se) 2006-05-30

<sup>82</sup> Apotek og Legemidler s. 87

<sup>83</sup> <http://www.apotekerforeningen.dk/default.asp?cat=13&ID=55>

fyra apotek, något som dock fortfarande inte är särskilt vanligt.<sup>84</sup> Sedan oktober 2001 får också vissa receptfria läkemedel säljas med fri prissättning i dagligvaruhandeln. Idag har 1300 danska affärer utanför apoteken tillstånd att sälja denna typ av läkemedel.<sup>85</sup> Regelförändringen var en betydligt mindre förändring än väntat. Diskussion fördes om en betydligt större avreglering liknande de som har gjorts på Island och Norge. Avregleringen skulle minska läkemedelspriserna och göra apoteksverksamheten mer kostnadseffektiv, men förslaget bantades ner bland annat på grund av att en mindre liberaliseringsvänlig hälsominister tillsattes.<sup>86</sup>

I Danmark finns det år 2006 258 apotek och 54 apoteksfilialer vilket innebär att Danmark har 16855 invånare per apoteksenhet.<sup>87</sup> Det finns stora skillnader i omsättning mellan de olika apoteken och för att försäkra sig om att det finns apotek även på landsbygden där vinstmöjligheterna är mindre, betalar apotek med relativt hög omsättning en försäljningsskatt till de apotek som inte har lika höga inkomster. På det här sättet omdistribueras ca 62<sup>88</sup> miljoner svenska kronor varje år och omkring 60 % av alla apotek tar emot jämviktsbidrag. Omsättningen för det största apoteket var år 2002 cirka 178,5 miljoner svenska kronor, och för det minsta apoteket cirka 13,8 miljoner svenska kronor.<sup>89</sup> <sup>90</sup> Driftstödet utgör dock för de flesta apotek en mycket liten del av intäkterna och stödet har redan börjat trappas ner. År 2010 ska bara apotek som har längre än fem kilometer till närmaste apotek få driftstöd på det här sättet.<sup>91</sup>

Staten kontrollerar antalet apotek och branschapotek i landet. De bestämmer också var apoteken får placeras och hur mycket apoteken får tjäna tillsammans.<sup>92</sup> Den danska apotekareföreningen och inrikes- och hälsoministeriet förhandlar vartannat år om bruttovinsten, det vill säga om tilläggsmarginalen för apotekarsektorn och för alla produkter och tjänster inom denna sektor. Bruttovinsten ska täcka kostnaderna för att driva apotek och apoteksägarnas egna löner. Om apoteken tjänar mer än det som kommits överens om i förhandlingarna sänks gränsen och därmed också priserna nästa år, detta för att det ska bli billigare för konsumenten.<sup>93</sup>

---

<sup>84</sup> Anell A. 2004 s. 43

<sup>85</sup> Essens, kvartalstidskrift från TAMRO AB, nr 1 2006, s. 7-8

<sup>86</sup> Anell A. 2004 s. 43

<sup>87</sup> Nogletal 2005, Danmarks Apotekerforenings Årsberetning 2005-2006, sid. 11

<sup>88</sup> omvandling från 50 miljoner danska kronor, [www.valuta.se](http://www.valuta.se), 2006-06-05

<sup>89</sup> <http://www.apotekerforeningen.dk/default.asp?cat=13&ID=55>

<sup>90</sup> omvandling från 145 och 11,2 DKK, [www.valuta.se](http://www.valuta.se), 2006-06-05

<sup>91</sup> <http://www.apotekerforeningen.dk/default.asp?ID=13&cat=2>

<sup>92</sup> <http://www.apotekerforeningen.dk/default.asp?cat=13&ID=55>

<sup>93</sup> <http://www.apotekerforeningen.dk/default.asp?ID=12&cat=2>

Läkemedelspriserna kontrolleras centralt, vilket innebär att priset som konsumenten betalar för produkten i Danmark är lika i hela landet. Varannan vecka presenteras en ny prislista och läkemedelsförsäljarna får då chansen att ändra sina priser. Läkemedlets pris beräknas utifrån producentens eller importörens pris, återförsäljarvinsten, apoteksvinsten och moms (VAT).<sup>94</sup>

I Danmark är den offentliga sjukförsäkringen som betalar läkemedelsförmånerna. De börjar gälla när kostnaderna per individ överstiger 597 SEK<sup>95</sup> per år och följer sedan en trappa enligt nedan för personer över 18 år:

|                |                       |
|----------------|-----------------------|
| SEK 0-597      | 0 %                   |
| SEK 598 – 1450 | 50 %                  |
| SEK 1451- 3399 | 75 %                  |
| SEK över 3399  | 85 % <sup>96 97</sup> |

Förmånen fungerar genom ett system som heter CTR och står för ”det Centrale Tilskudsregister”. Det är ett system där apoteken registrerar konsumenternas köp och alla apotek har tillgång till systemet.<sup>98</sup> I Danmark måste apoteken erbjuda en billigare likvärdig produkt om det är möjligt. Läkaren som har skrivit ut receptet kan ange att utbyte inte får ske och konsumenten kan också tacka nej till utbytet.<sup>99</sup> Det är inte tillåtet att ge rabatter på läkemedel vare sig från grossist till apotek eller från apotek till konsument.<sup>100</sup>

#### 4.2.3 Finland

Apoteken i Finland är privatägda och kontrolleras av staten via ett så kallat privilegiesystem. Ansökan görs hos det statliga Läkemedelsverket som beviljar apotekstillstånd och tillstånd för försäljning av läkemedel. I Finland finns det år 2006 cirka 800 apotek<sup>101</sup> vilket innebär cirka 6500 invånare per apotek.<sup>102</sup> 17 av apoteken ägs av Helsingfors universitet som har bildat apotekskedjan ”Universitetsapoteket”. Tillsammans med Kuopna universitet utgör de ett undantag då andra apoteksägare endast tillåts äga ett apotek var, med högst fyra tillhörande apoteksfilialer.

Försäljningen av läkemedel till apoteken i Finland sker via ett enkanalsystem med tre stora aktörer, Tamro, Kronans droghandel och Oriola.<sup>103</sup> Kronans Droghandel har nyligen köpts upp av det finländska företaget Orion Pharma, som även äger Oriola och tillsammans är de störst på marknaden. För att jämna ut inkomstskillnaderna mellan apotek med olika geografiska lägen, betalas en årlig apoteksavgift som baserar sig på apotekens omsättning. De allra minsta apoteken betalar ingen avgift alls medan de största betalar en avgift på ca 11 % av sin omsättning, i snitt betalar apoteken ca 7 %.<sup>104</sup>

<sup>94</sup> <http://www.apotekerforeningen.dk/default.asp?cat=13&ID=55>

<sup>95</sup> omvandling från 480 DKK på [www.valuta.se](http://www.valuta.se) 2006-05-30

<sup>96</sup> omvandlingar från 480, 1165 och 2730 DKK på [www.valuta.se](http://www.valuta.se) 2005-05-30

<sup>97</sup> <http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/visLSArtikel.asp?artikelID=5838>

<sup>98</sup> <http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/visLSArtikel.asp?artikelID=643>

<sup>99</sup> <http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/visLSArtikel.asp?artikelID=645>

<sup>100</sup> Anell A. & Hjelmgren J, 2001:3, Effekter av avreglering i apoteksväsendet – erfarenheter från Island, Norge och Danmark, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) s. 25

<sup>101</sup> <http://stm.teamware.com/Resource.phx/sve/ansva/halso/lakem/index.htm>

<sup>102</sup> uträkning med antalet invånare i Finland från 2004, 5200000/800

<sup>103</sup> Rudholm N. 2005:1, Läkemedelsdistributionen i Finland, Norge och Sverige – en analys av detaljistledet, s.15

<sup>104</sup> [www.nam.fi/svenska/apotek/apoteksavgift/index.html](http://www.nam.fi/svenska/apotek/apoteksavgift/index.html)



En tillverkare som vill sälja sitt läkemedel i Finland ansöker om tillstånd hos finska Läkemedelsverket. Om tillverkaren vill att läkemedlet ska ingå i läkemedelsförmånen ansöks om detta hos Läkemedelsprismyndigheten som då sätter ett skäligt partipris. Ett skäligt partipris är det maximala priset som ett läkemedel får säljas för till apotek och sjukhus.<sup>105</sup> För att Läkemedelsprismyndigheten ska bestämma ett sådant partipris krävs att producenten föreslår och motiverar ett pris samt bifogar en hälsoekonomisk analys för läkemedlet ifråga. Höjningar eller sänkningar av priset måste också godkännas hos Läkemedelsprismyndigheten. Priset från apotek till konsument sätts efter en formel med dels ett fast och dels ett procentuellt påslag på apotekets inköpspris. Den fasta delen ökar med produktens pris medan den procentuella delen minskar. AUP sätts enligt en särskild läkemedelstaxa med en fast och en rörlig del enligt nedan:<sup>106</sup>

**Figur 4.5**  
*Finlands apoteksmarginaler*

| Apotekets inköpspris AIP <sup>107</sup> | Apotekets utförsäljningspris AUP <sup>108</sup> |
|---|---|
| 0 - 86 SEK                              | AIP x 1,5 + 4,6 SEK                             |
| 86,1 - 429,5 SEK                        | AIP x 1,4 + 13,28 SEK                           |
| 429,6 - 937 SEK                         | AIP x 1,3 + 56,18 SEK                           |
| 937,1 - 3904,5 SEK                      | AIP x 1,2 + 149,97 SEK                          |
| >3904,5 SEK                             | AIP x 1,125 + 442,76 SEK                        |

*Källa: Holmberg C. et. al., Läkemedelsdistributionen i Norden, fotnot s. 68*

Apoteken i Finland har rätt att ge rabatter till sina kunder och Universitetsapoteket började för några år sedan ge rabatter till krigsveteraner och stamkunder. För stamkunder ökar rabatten med inköpsens storlek och dessa kunder får också bättre service som till exempel kortare väntetider.<sup>109</sup>

Generisk substitution är tillåtet i Finland och apoteken ska byta ut receptbelagda läkemedel mot det billigaste jämbördiga alternativet. I Finland ersätter sjukförsäkringen en del av kostnaderna för läkemedel<sup>110</sup> men taket för högkostnadsskyddet är relativt högt och full ersättning inträder först vid 5582 SEK<sup>111 112</sup>.

<sup>105</sup> <http://stm.teamware.com/Resource.phx/sve/ansva/halso/lakem/index.htm>

<sup>106</sup> Holmberg C. et al fotnot sid 68

<sup>107</sup> Omvandlingar från 9,25 46,25 100,91 och 420,47 euro på [www.valuta.se](http://www.valuta.se) 2006-05-30

<sup>108</sup> Omvandlingar från 0,5 1,43 6,05 16,15 och 47,68 euro på [www.valuta.se](http://www.valuta.se) 2006-05-30

<sup>109</sup> Rudholm N. s. 15

<sup>110</sup> <http://stm.teamware.com/Resource.phx/sve/ansva/halso/lakem/index.htm>

<sup>111</sup> Rudholm N. s. 15

<sup>112</sup> omvandling från 601 euro på [www.valuta.se](http://www.valuta.se) 2006-05-30



#### 4.2.4 Island

I mars 1996 infördes den nya apotekslagen på Island. Den innebar att rätten att äga apotek, som dittills varit förbehållen farmaceuter, nu blev fri. Det blev även tillåtet att äga flera apotek. För att få licens att driva ett apotek krävdes dock fortfarande att man var farmaceut. Vidare blev prissättningen på receptfria läkemedel fri, medan hälsoministeriet reglerar de receptbelagda läkemedlens AIP och AUP. Apoteken fick även tillåtelse att, för att konkurrera med varandra, ge kunder rabatter. Denna förändring kom till stånd därför att man, precis som i Norge, ansåg att anknypningen till EES krävde konkurrenssättning.

Förändringen skulle även vara ett sätt att råda bot på de alltför höga inkomsterna bland apoteksägarna. Tanken var att få bättre kontroll på kostnaderna för läkemedel genom priskonkurrens, något som på Island också hände men inte på det sätt som staten hade tänkt sig. Apoteken började inte konkurrera om kunderna genom att sälja billigare läkemedel utan gav istället rabatter på kundernas egenavgifter, vilket medförde att de positiva konsekvenserna av konkurrensen inte tillföll staten.<sup>113</sup>

För att öppna apotek på Island måste man ansöka till läkemedelsmyndigheten om tillstånd, även den kommun som öppnandet sker i måste ge sitt godkännande. Den nya lagen gav snabbt resultat i form av att fler apotek och kedjor bildades. Flest apotek öppnades i Reykjavik där ökningen var 67 %. Antalet invånare per apotek sjönk också i takt med att de nya apoteken etablerades, från 6300 till 4800 under den första tiden efter den nya lagstiftningen. År 2004 ägdes de flesta apoteken på Island av två kedjor som i sin tur har ett var sitt lågprismärke. Apotekens ägande på Island fördelade sig 2004 på kedjor enligt nedanstående:<sup>114</sup>

|                   |      |
|-------------------|------|
| Lyfja             | 34 % |
| Lyf & Heilsa      | 49 % |
| Plus-apotek       | 15 % |
| Fristående apotek | 2 %  |

På Island beräknar man AIP utifrån grossistpriset (GIP) som man adderar med ett pålägg för att minska läkemedlets pris. GIP har från början bestämts genom förhandling mellan tillverkaren och den nationella läkemedelskommittén.<sup>115</sup> När det gäller apotekens prissättning har de som sagt möjlighet att ge kunder prisrabatt, något som utnyttjades kraftigt av kedjorna i etableringsskedet. För att kunna ge kunder rabatter är det en förutsättning att apotekskedjorna lyckas förhandla sig till lägre priser hos läkemedelstillverkarna. Grossister står utanför denna process och agerar endast som distributörer. Rabatterna förekommer mest bland generikaprodukter eftersom konkurrensen mellan företagen där är mer utpräglad, vilket innebär att apotekens förhandlingsposition blir bättre. Även Island har ett system för läkemedelsförmåner som baseras på en förmånstrappa under en 100-dagarsperiod.<sup>116</sup>

---

<sup>113</sup> Avregleringar bland apotek i Danmark, Island och Norge, IHE information 3/2004

<sup>114</sup> Anell A. 2004 s. 21-23

<sup>115</sup> Anell A. & Hjelmgren J. 2001 s.19

<sup>116</sup> Anell A. 2004 s.24

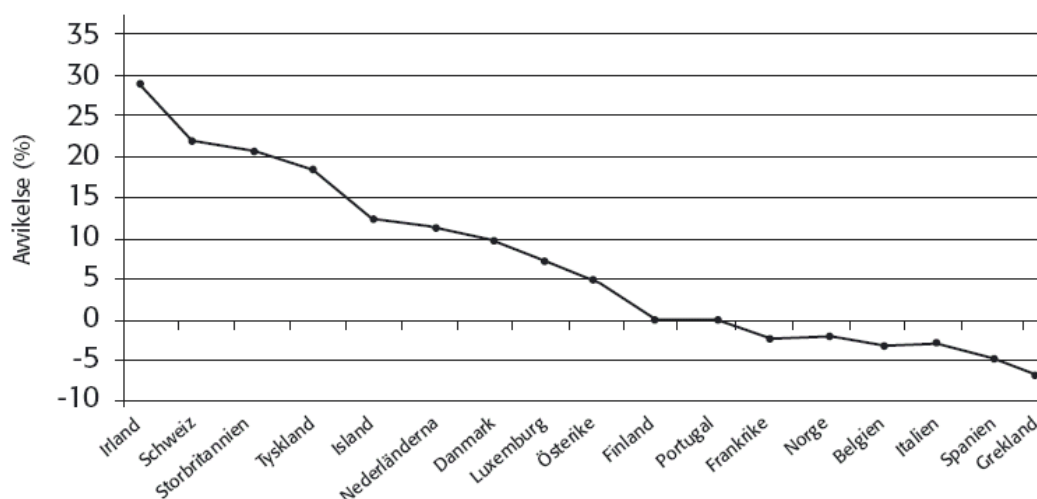
## 4.3 Internationell prisjämförelse

### 4.3.1 Europa

I diagrammen nedan visas jämförelser av prisnivån på läkemedel i olika länder, gjorda av Läkemedelsförmånsnämnden. Studien har baserats på de 180 mest säljande receptbelagda läkemedlen hos det svenska apoteket och priserna som har jämförts är apotekens inköspriser från första halvåret 2004. I det första diagrammet, som inte är köpkraftsjusterat, kan man se hur mycket apotekens inköspris i andra länder faktiskt skiljer sig från motsvarande i Sverige. Det undre diagrammet är justerat för köpkraft och visar därför prisskillnaderna med hänsyn till generella inkomst- och prisnivåer i de olika länderna.<sup>117</sup>

**Figur 4.6**

*Procentuell avvikelse från de svenska läkemedelspriserna för 17 europeiska länder. Den svenska prisnivån visas av X-axeln i diagrammet.*



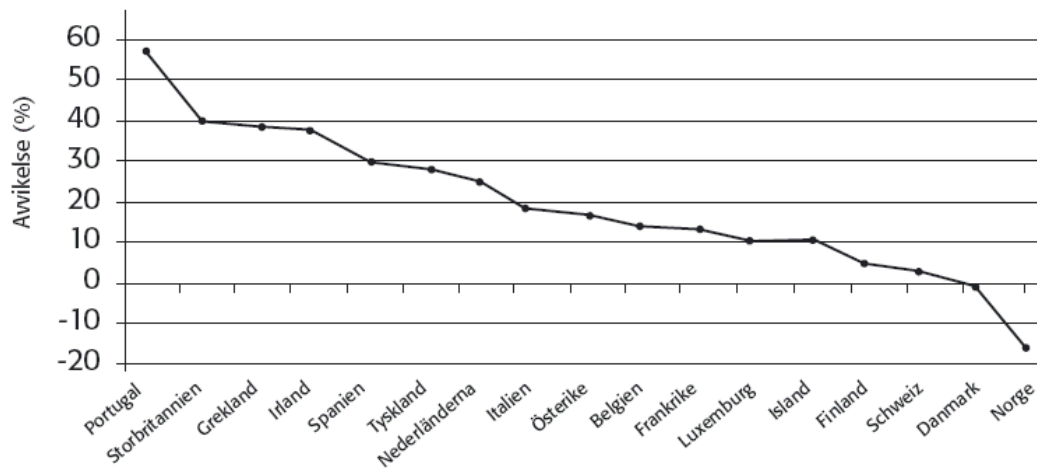
*Källa: Internationell prisjämförelse av läkemedel, Läkemedelsförmånsnämnden (LFN), 2005-03-21*

I diagrammet framgår att de svenska läkemedelspriserna är relativt låga, de ligger ungefär sju procent under det europeiska genomsnittspriset. Grekland och Spanien är de länder som har lägst prisnivå, men också Norge, Belgien, Frankrike och Italien har en lägre prisnivå än Sverige.

<sup>117</sup> Internationell prisjämförelse av läkemedel 2005-03-21, Läkemedelsförmånsnämnden

**Figur 4.7**

*Köpkraftsjusterad procentuell avvikelse från de svenska läkemedelspriserna för 17 europeiska länder. Den svenska prinsnivån visas av X-axeln i diagrammet.*



*Källa: Internationell prisjämförelse av läkemedel, Läkemedelsförmånsnämnden (LFN), 2005-03-21*

Efter en justering för köpkraft kan man se att bilden har förändrats. Spanien och Grekland, där läkemedlen innan justeringen var billigast, har nu bland de högsta priserna. Sverige har efter justeringen, näst efter Norge, de lägsta priserna bland de jämförda länderna.

I Europa använder de flesta länder sig av ett system där konsumenterna betalar någon form av egenavgift vid köp av läkemedel. Dessa täcker dock oftast bara en mindre del av kostnaderna och offentliga eller privata sjukförsäkringar betalar resterande kostnader. Prissättningen sägs vara fri men regeringar och myndigheter arbetar för att begränsa de stigande kostnaderna för läkemedel genom att använda sig av olika former av prisregleringar. I Frankrike ligger läkemedelspriserna bland de lägre. De tillämpar, i likhet med Sverige, ett prissättningssystem där den ekonomiska kommittén för läkemedel och leverantören förhandlar om priserna på de läkemedel som innefattas av bidragssystemet. Prissättningen på de läkemedel som inte omfattas av förmånen, är däremot fri och för dessa sker prissättningarna mellan tillverkaren och apoteken.<sup>118</sup>

I Storbritannien, där priserna efter köpkraftjusteringen ligger relativt högt, gäller fri etablering av apotek och apoteksägaren måste till skillnad från i många andra länder inte ha en formell utbildning. Juridiska personer får öppna och driva apoteksverksamhet, vilket har medfört att det har bildats större kedjor på marknaden. Om läkemedlen omfattas av det brittiska socialförsäkringssystemet kontrolleras läkemedelsproducenternas vinst. På generiska läkemedel med patentställning sätts priserna efter förhandlingar med hälsodepartementet. Förskrivningar av läkare kontrolleras hårt av staten och läkarna uppmanas att minska

<sup>118</sup> [www.medisite.fr/Le-prix-du-medicament.html](http://www.medisite.fr/Le-prix-du-medicament.html)

kostnaderna genom att skriva ut generiska substitut eller läkemedel rekommenderade av staten.<sup>119</sup>

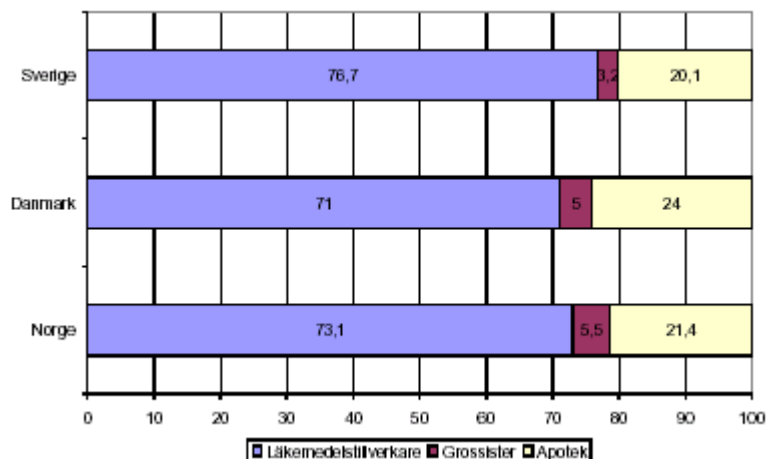
I både Tyskland och Holland används idag referensprissystem för att sänka priserna på läkemedel. Det innebär att man samlar terapeutiskt utbytbara läkemedel på en lista till vilken det också finns utsatt ett tak för hur mycket de enskilda läkemedlen får subventioneras av staten.<sup>120</sup>

Sedan 2001 har de svenska priserna på läkemedel närmat sig de europeiska genomsnittspriserna. För vissa läkemedel är skillnaderna fortfarande stora men det verkar som att allt fler företag sätter europapriser på nya läkemedel.<sup>121</sup> Enligt Andreas Rosenlund finns inga nyare internationella undersökningar kring handelsmarginalerna men om man tittar på de som har gjorts har Apoteket AB i regel legat lägst. Han menar att det är ovanligt att ha så låga marginaler som Apoteket i Sverige.<sup>122</sup>

I diagrammet nedan presenteras de olika aktörernas andelar i procent av priset på läkemedel för Sverige, Danmark och Norge.

**Figur 4.8**

*Läkemedelsprisets fördelning på de olika aktörerna i Sverige, Danmark och Norge*



*Källa: IHE 2001:3 Effekter av avreglering i apoteksväsendet*

I diagrammet kan vi se att de handelsmarginaler som apoteket får lägga på sitt inköpspris vid vidareförsäljning ligger lägre i Sverige än i Norge och Danmark. Som visas av diagrammet får tillverkarna störst andel av priset i Sverige. Detta skulle förklara varför Norges AIP är lägre än det svenska.

De uppgifter vi har är en jämförelse av apotekens inköpspris men för att kunna beräkna utförsäljningspriset skulle vi behöva veta exakta AIP för varje land, och inte bara priserna i

<sup>119</sup> Läkemedelsdistributionen i Sverige – Några scenarier om framtiden för ökad kundnytta, rapport från Svensk Dagligvaruhandel, juni 2002 s.14 & 33

<sup>120</sup> Läkemedelsdistributionen i Sverige – Några scenarier om framtiden för ökad kundnytta, rapport från Svensk Dagligvaruhandel, juni 2002 s.14 & 33

<sup>121</sup> Internationell prisjämförelse av läkemedel, 2005-03-21

<sup>122</sup> Rosenlund A. 2006-05-16

förhållande till varandra. Därtill skulle vi kunna addera med handelsmarginalerna och på så sätt få fram det slutgiltiga priset. En sådan studie skulle också behöva justeras för köpkraft och det skulle krävas en beräkning för varje enskilt läkemedel.

Baserat på de handelsmarginaler som presenterats i 4.1.4 och 4.2.3, har vi beräknat AUP för fiktiva AIP i Sverige respektive Finland. Om man beräknar AUP för ett läkemedel med lågt AIP kan man se att det blir lägre i Finland än i Sverige. Redan när AIP överstiger 86 kr blir dock AUP lägre i Sverige än i Finland. Detta styrker vårt antagande om att de svenska handelsmarginalerna är låga.

Sett från distributörens synvinkel är det på den svenska marknaden, som vi tidigare förklarat, läkemedelsleverantörerna som är distributörernas kunder. I andra länder kan det dock se annorlunda ut. I Norge blir ett företag som Tamro, på grund av att leverantörerna inte är beroende av distributören för sin försäljning, mer av en renodlad grossist. På grund av att de där även har ett ägande i en apotekskedja blir det snarare den slutgiltiga konsumenten som är kunden. I Danmark har man också en grossistroll, men eftersom man där inte har något ägande i apotek kan apoteken ses som kund.<sup>123</sup>

---

<sup>123</sup> Atosou J. 2006-05-15

## 5. Analys

Eftersom det ämne vi valt att studera är något som det för närvarande spekuleras mycket i, har vi valt att i vår analys utgå ifrån det förslag på avreglering som den borgerliga alliansen presenterat. Deras förslag är ännu inte färdigställt och det finns många frågetecken kring hur de olika praktiska aspekterna skulle lösas. Vi baserar våra uppgifter om förslaget på en av de motioner som den borgerliga alliansen har lämnat in.<sup>124</sup> Motionen har även kompletterats med uppgifter från en telefonintervju med Per Bill, som är en av moderaternas representanter i frågan.<sup>125</sup> Förslaget ser ut enligt följande:

- Statens monopol på läkemedelsförsäljning ska avskaffas.
- Försäljning av receptbelagda läkemedel ska endast tillåtas för butiker och apotek som har fått tillstånd av läkemedelsverket och som har en farmaceut tillgänglig under de totala öppettiderna.
- Högkostnadsskyddet ska finnas kvar som idag och LFN ska till en början fortsätta att kontrollera prissättningen. Deras roll kan dock komma att reduceras med tiden.
- Försäljning av receptbelagda läkemedel ska endast tillåtas ske genom expediering över disk av farmaceut.
- Det är troligt att kedjebildning kommer att tillåtas men det är möjligt att begränsningar kan införas.
- Det ovannämnda tillståndet beviljas butiker och apotek var för sig. Tillstånd bör inte utfärdas till hela kedjor.

Vi kommer att diskutera hur förslaget, om det genomdrivs skulle kunna påverka olika aspekter av marknaden för receptbelagda läkemedel i Sverige. Då förslaget ännu inte är helt klart kommer vi att föra en diskussion kring de olika delmomenten och dess olika alternativ. Vi börjar med att beskriva situationen såsom den ser ut idag och väver här samman teori och empiri. Trots att Apoteket är ett statligt monopol och inte vinstmaximerar på samma sätt som ett privat monopol skulle göra, har vi valt att utgå från den klassiska monopolteorin. I de fall där denna inte kan appliceras på just Apotekets verksamhet kommer vi att föra en diskussion om varför teorin inte är aktuell.

Vi går sedan in på hur förändringar i regleringarna rörande prissättningen skulle kunna påverka priset på receptbelagda läkemedel. Hur förändringen skulle komma att se ut just i denna aspekt är osäkert varför vi diskuterar runt två olika scenarier. Vidare behandlar vi förändringar i distributionen av läkemedel som en konsekvens av ett avskaffande av monopolet. Därefter diskuteras olika aspekter på tillgänglighet, säkerhet och teknologisk utveckling. Avslutningsvis för vi ett resonemang kring ytterligare några faktorer som kan påverkas vid en avreglering.

---

<sup>124</sup> Larsson M., et al. Motion till riksdagen 2004/05:So38

<sup>125</sup> Bill P. moderaternas representant i frågan om apoteksmonopolet, telefonintervju 2006-05-08

## 5.1 Apoteket idag - ett prisreglerat monopol

Det svenska apoteket har idag en marknadssituation där de är ensamförsäljare av läkemedel. Detta innebär att de har en monopolsituation på marknaden och de skulle kunna ta ut priser långt över den marginalkostnad de har för varorna. De priser Apoteket får ta ut, AUP, är som vi tidigare beskrivit, på förhand godkända av LFN och Apotekets intäktsmöjligheter är därför kontrollerade. Även inköpspriserna är reglerade och kan inte påverkas av Apoteket. För att minska sina kostnader och därmed öka sin vinst, skulle Apoteket däremot kunna minska sina administrativa kostnader genom att skära ner på till exempel personal. Detta kan dock kunna leda till att man får problem att möta de krav på service och tillgänglighet som ställs av den svenska staten.

Ur samhällsynpunkt innebär regleringen av Apotekets handelsmarginaler en sammanlagd överskottsvinst. Eftersom vi idag har ett högkostnadsskydd delar staten och konsumenterna på kostnadsbördan av läkemedlen. För de konsumenter som kommer upp i frikortsnivån skulle det inte innebära någon skillnad om prisregleringen avskaffades. Däremot skulle det för de konsumenter som fortfarande påverkas av läkemedlens priser, de som inte kommer upp i högsta egenavgiften, innebära en ökad kostnad. För staten innebär prisregleringen en kostnadsbesparing, eftersom den del staten behöver betala minskar tack vare de lägre priserna.

Enligt den mikroekonomiska teorin innebär en prisreglering på en monopolistisk marknad även en ökning av den kvantitet varor som ligger ute för försäljning. Det är viktigt att poängtera att den verkliga situationen med monopolet i Sverige skiljer sig från teorin i hänseendet kvantitet. Nyligen presenterades en rapport av Folkhälsoinstitutet där man hävdar att många konsumenter väljer att inte hämta ut sina läkemedel på grund av de höga priserna, något som tyder på att vi har en elastisk efterfrågan på läkemedel.<sup>126</sup> Andreas Rosenlund menar dock att Apoteket i sina egna undersökningar har kommit fram till att detta endast berör cirka 1000 personer om året. Apoteket kan inte heller som statligt monopol välja att inte sälja läkemedel till kunder som behöver läkemedel. Apoteket ska svara upp till den efterfrågan som finns på marknaden och kan inte själva styra sin försäljning.<sup>127</sup> Läkemedel är dessutom inte en vanlig handelsvara utan skrivs ut av läkare vid behov. Huruvida man blir sjuk och i behov av medicin eller inte påverkas inte av priset på läkemedel. Eftersom vissa kunder även kommer upp i en kostnadsnivå som innebär frikort blir efterfrågan ännu mer oelastisk för dessa kunder som inte behöver betala mer för de mediciner de hämtar ut. Vi antar i vår studie, mot grund av ovanstående resonemang, att efterfrågan på läkemedel är relativt oelastisk och att den prissänkning som prisregleringen för med sig inte resulterar i någon större efterfrågeökning.

Regleringen av Apotekets inköpspris skiljer sig i vissa hänseenden från den klassiska prisregleringsmodellen som vi har skrivit om i vår teori. Det är, som vi tidigare har poängterat, inte LFN som sätter ett tak för hur mycket läkemedlen får kosta, producenterna ansöker istället om ett pris som LFN kan välja att godkänna eller inte. Om detta pris godkänns kan man däremot säga att priset blir som ett tak i den utbytesgrupp som läkemedlet tillhör. Detta kan vi relatera till att LFN utan vidare utredning godkänner pris som är lägre än det högsta i samma utbytesgrupp.

---

<sup>126</sup> Nilsson E. Dålig ekonomi minskar tillgång till vård och medicin, Läkemedelsvärlden 2006-02-20

<sup>127</sup> Rosenlund A. 2006-05-16

Regleringen av AIP borde innebära att läkemedelsleverantörerna inte vill sälja lika mycket av sina varor som om marknaden hade varit oreglerad. Regleringen medför att de inte kan ta ut det högre marknadspriset som de annars skulle ha gjort. Detta hade enligt teorin kunnat leda till ett efterfrågeöverskott hos distributörer och apotek. Då leverantörerna av läkemedel inte har någon skyldighet att leverera läkemedel till apoteket skulle en situation med efterfrågeöverskott faktiskt kunna uppstå. Vi antar därför att LFN i sin bedömning av pris tar hänsyn till att priset måste vara så pass högt att leverantörerna ska ha en vilja att leverera varor till Apoteket.

Något som vi dock tror försvårar LFN:s bedömning när de godkänner priser, är att de inte alltid verkar vara insatta i de marginaler som till exempel generikabolagen rör sig med. Generikabolagen har i perioder fått sälja ut sina läkemedel till väldigt låga priser. För många företag på marknaden har gjort att företagen inte har kunnat ta de marknadsandelar de hade tänkt sig. När LFN omvärderar priserna på gamla läkemedel i en sådan period skulle de, på grund av kommunikationsbrist, kunna bedöma att priserna kan behållas på denna onaturligt låga nivå även i framtiden. Detta skulle kunna leda till att leverantörerna inte kan leverera eller att de till och med måste lämna marknaden. Trots detta står vi fast vid vårt tidigare antagande om att LFN tar hänsyn till leverantörernas leveransvilja. För att uppnå önskat resultat förutsätts dock att LFN har tillräcklig information för att göra en korrekt bedömning.

Teoretiskt sett har Apoteket även viss monopsonimakt gentemot grossisterna eftersom det tillsammans med apoteken i de andra nordiska länderna är en av relativt få köpare av läkemedel. Då Apoteket själv inte kan påverka varken inköspriser eller den kvantitet de köper in, försvinner den monopsonimakt ett företag i samma marknadsposition annars skulle ha haft. Tidigare hade Apoteket ett visst inflytande över prissättningen, men idag godkänner LFN priserna oberoende av Apoteket. Eftersom LFN är en statlig myndighet ligger monopsonimakten hos staten. Då högkostnadsskyddet även finansieras av statliga medel, finns klara incitament att få ner priserna. Enligt teorin resulterar monopsonimakt i välfärd förlust på grund av lägre priser och lägre köpta kvantiteter. Eftersom staten måste se efter läkemedelsförsörjningen i landet kan de själva inte välja sin inköpskvantitet och inte heller pressa priserna lägre än att leverantörerna fortfarande vill leverera.

## ***5.2 Alternativ för prissättningssystem på den avreglerade marknaden***

Övergången från monopol till konkurrens innebär enligt den mikroekonomiska teorin lägre priser och ökad kvantitet. Då vi befinner oss på en marknad med prisreglering är situationen mer komplicerad än så. Välfärd förlusten som normalt sett uppstår vid en monopolsituation verkar ha reducerats tack vare den prisreglering som systemet är utsatt för. Om prisregleringen medfört att priset har nått konkurrensnivå skulle det inte innebära några större förändringar i pris och kvantitet om systemet konkurrensutsätts.

Vi kommer här att diskutera hur prissättningssystemet kan komma att se ut vid en avreglering av monopolet och vilka konsekvenser detta val av prissättning får för marknaden. Den borgerliga alliansen kan tänka sig ett scenario där prissättningen till en början regleras för att sedan släppas fri. Vi har därför valt att behandla extremfallen, ett där prissättningen är reglerad precis som i dagsläget och ett där den är helt fri. Givetvis skulle man kunna tänka sig att det arbetas fram ett system som är en kompromiss av de båda, t ex att LFN fortsätter att kontrollera AIP men att apoteken får bestämma sina AUP. Vi finner det dock inte nödvändigt



att ta upp dessa mellanting då dess konsekvenser skulle vara en kombination av de två scenarier vi behandlar.

### 5.2.1 LFN fortsätter att kontrollera priserna

Om LFN, enligt den borgerliga alliansens förslag, till en början fortsätter att bestämma Apotekens handelsmarginal och även att godkänna AIP blir den stora skillnaden från idag att handelsmarginalerna som tidigare reglerats i en monopolsituation regleras i konkurrens.

Eftersom vi utgår från att efterfrågan på läkemedel i stort sett är oelastisk måste vi enligt vår teoretiska referensram även anta att vi kan komma att få ett stort efterfrågeöverskott på marknaden. Till följd av att apoteken inte kan ta ut marknadspris när vi har prisreglering, och att de av denna anledning inte vill erbjuda samma utbud som vid marknadspris, är det troligt att vi får en situation där till exempel tillgängligheten blir sämre än vad konsumenterna behöver. Vi har tidigare nämnt att detaljhandeln inte är intresserad av att ta över den receptbelagda verksamheten på grund av de låga handelsmarginalerna och detta skulle kunna tolkas som att LFN har krävt för låga handelsmarginaler för att ett vinstmaximerande företag ska vara intresserat av att ge sig in på denna marknad. Om prisreglering på en konkurrensatt apoteksmarknad ska vara möjligt kan det eventuellt vara nödvändigt att höja den ersättning som apoteken får idag.

I Sverige finns idag bestämmelser om att Apoteket måste möta konsumenternas behov och efterfrågan på läkemedel. Under förutsättning att denna bestämmelse fortsätter att gälla även för de privatiserade apoteken undviks problemet med efterfrågeöverskott vid en prisreglering. Vi har dock svårt att tänka oss att man skulle kunna tvinga de privata apoteken att leverera receptbelagda läkemedel om de inte får en skälig ersättning för det, ett sådant krav skulle endast resultera i att apoteken lämnar marknaden. Möjligtvis skulle man kunna se en lösning i att apoteken gör en vinst på den receptfria verksamheten men för att få driva denna får ett krav på sig att även leverera receptbelagda läkemedel som efterfrågas av kunderna.

I Norge, Danmark och Finland är etableringsrätten fri men priserna är fortfarande reglerade. Vi kan i figur 4.8 se att ersättningen till apoteken i Norge och Danmark är procentuellt högre än i Sverige och efter uträkningar i avsnitt 4.3 kan vi se att detta till största del även gäller för Finland fast i faktiska tal. Om man jämför det köpkraftsjusterade prisläget för AIP i Europa med det nuvarande i Sverige, ser vi att de norska inköpspriserna ligger lägre än de svenska. Utifrån endast dessa uppgifter verkar det alltså som att det är möjligt att hålla en lägre prisnivå när verksamheten är konkurrensatt. Som vi har framhållit verkar dock de handelsmarginaler som läggs på AIP i Sverige vara lägre än i Norge, vilket medför att AUP i Norge inte nödvändigtvis är lägre än i Sverige.

Då vi vet att handelsmarginalerna i Sverige är mycket låga och då vi har sett att endast en liten del av priset tillfaller distributörerna, borde skillnaden i inköpspris mot Norge ligga hos den del som tillfaller leverantörerna. Detta skulle kunna tolkas som att LFN, genom att godkänna högre priser, ger tillverkarna incitament till forskning och utveckling av nya läkemedel. Vissa menar att de låga priser som finns på läkemedel i Europa inte främjar forskning och man befärar att endast de amerikanska läkemedelsföretagen kommer att kunna bedriva denna typ av verksamhet i framtiden.<sup>128</sup>

---

<sup>128</sup> Holmberg B, Innovation och kostnadskontroll svårt att förena, Läkemedelsvärlden datum 2005-04-27

## **5.2.2 Oreglerad prissättning**

Om den reglerade prissättningen, enligt förslaget, plockas bort efter en tid skulle LFN: s uppgifter begränsas till att bara innefatta bestämmanderätten av vilka läkemedel som ska ingå i förmånen. Vi förflyttar oss då från en situation med monopol under prisreglering, till en där både prissättning och konkurrens är oreglerad. Enligt teorin skulle konkurrensen på marknaden pressa ner apotekens handelsmarginaler i deras tävlan om att få sälja till konsumenterna. Det som däremot talar emot att en avreglering skulle resultera i lägre priser är högkostnadsskyddet, som gör att konsumenterna inte alltid är de som faktiskt betalar för sina läkemedel. För de konsumenter som kommer upp i skyddets högsta nivå är efterfrågan på läkemedel totalt oelastisk då det blir staten som står för betalningen. Det innebär att dessa konsumenter på grund av att de inte själva betalar för det de konsumerar förmodligen inte heller bryr sig särskilt mycket om vad medicinen kostar. Som resultat får vi en situation där läkemedlen skulle kunna säljas till mycket höga priser av apoteken och där kostnaden för staten skulle bli stor.

Om vi behåller dagens lag om att läkemedel vid försäljning i apotek måste bytas ut till det billigaste utbytbara alternativet skulle däremot leverantörernas konkurrens fortsätta att fungera som idag. Leverantörer i samma utbytesgrupp skulle då konkurrera om att ha lägst priser för att apoteken ska ta in just deras medicin för försäljning. Under förutsättning att apoteken inte skulle få tillämpa olika marginalsystem för olika medicinskt likvärdiga produkter skulle även dessa priser då kunna nå konsumenterna. Det är dock viktigt att poängtera att detta endast skulle gälla de läkemedel som enligt Läkemedelsverket är utbytbara och på detta sätt har konkurrens. Dessutom skulle ju apoteken som vi tidigare nämnt kunna välja att lägga på höga marginaler på alla läkemedel och på det sättet inte låta konsumenterna ta del av dessa lägre priser.

Eftersom fler apotekskedjor, alternativt många fristående, privata apotek skulle etableras på marknaden försvinner den monopsonimakt vi tidigare nämnt. Varje enskilt apotek är inte ensamt på marknaden och grossisternas lönsamhet skulle inte stå och falla på om de får sälja till just det apoteket eller inte. Mycket av den kostnadseffektivitet man har i det nuvarande apotekssystemet bygger på att verksamheten till stor del sköts centralt.

På grund av de höga kostnaderna det skulle innebära för staten, anser vi inte att en oreglerad prissättning i kombination med dagens högkostnadsskydd är ett troligt scenario. Vi har ändå valt att ta det i beaktande eftersom det är en del av det förslag som lagts fram av den borgerliga alliansen.

## **5.3 Förändringar i distributionsledet**

### **5.3.1 Enkanalsdistributions-modellen försvinner**

En trolig följd av en avreglering på den receptbelagda marknaden är att dagens system med enkanalsdistribution försvinner och att distributörernas situation därmed förändras. Att distributörerna som i Sverige, ser på leverantörerna som sina kunder och inte tvärtom, är något ovanligt. Vid en avreglering är det tänkbart att Tamro och KD precis som i andra länder skulle komma att få mer av en klassisk grossistfunktion, där de endast köper läkemedel från tillverkarna och säljer dessa vidare till apoteken. Eftersom enkanalsystemet bygger på det undantag Konkurrensverket utfärdade på grund av dess effektivitet vid en monopolsituation,

är det troligt att enkanalsystemet inte längre kommer att användas på en marknad med konkurrens.

EKD-systemet bygger på att det bara finns *en* köpare och att läkemedlen bara får gå via en enda grossist på sin väg till apoteket. Om vi plötsligt skulle ha flera apotek som gör individuella inköp av läkemedel, är det möjligt att dessa, när de kan välja vilken grossist de vill köpa ifrån, bestämmer sig för att starta egen grossistverksamhet eller att köpa direkt ifrån industrin. Detta skulle troligen inte leverantörerna skulle neka till. Enligt Jaana Atosuo är det möjligt att läkemedelsindustrin väljer att fortsätta distribuera sina varor via endast en kanal trots att undantaget slutar gälla. Hon anser dock att ett troligare scenario är att stora internationella kedjor etablerar sig i detaljhandelsledet och att dessa kedjor, som ofta har egen parthandel, inte kommer att vara intresserade av enkanalsdistribution.<sup>129</sup> Något man har kunnat observera i Norge där apoteken ägs av de tre största läkemedelsgrossisterna i Europa; Celsion AG, Tamro AB och Holtung AS. Vi kommer att diskutera fler konsekvenser av kedjebildande på marknaden under nästa rubrik.

Om kundsituationen ändras så att leverantörerna börjar konkurrera om försäljning till grossister innebär det att det blir grossisterna som får möjlighet att påverka inköpspriset från leverantörerna. Leverantörerna har inte längre ett intresse av att påverka grossisternas marginaler. Vi tror att detta skulle kunna resultera i att en viss del av den intäkt som idag tillfaller leverantörerna skulle kunna föras över till grossisterna. Det är då viktigt att komma ihåg att incitamenten för läkemedelsproducenterna att forska och utveckla nya läkemedel till viss del kan minskas.

### 5.3.2 Konsekvenser av vertikal- respektive horisontell integration

Det har i andra nordiska länder visat sig att några av de viktigaste frågorna vid en avreglering på marknaden har varit huruvida man ska tillåta horisontell och vertikal integration. I vissa fall har kedjebildning begränsats genom att tillåta endast ett apotek per ägare eller åtminstone ett mindre antal. Enligt Per Bill är en begränsning i vem som ska få äga apotek en diskriminering och går emot WTO:s lagstiftning. Han menar dock att man eventuellt skulle kunna gå runt denna lag genom att endast tillåta att småföretagare driver apoteksverksamhet i Sverige. Ännu viktigare anser han det dock vara att reglera integration i ledet tillverkare - grossist - detaljist som han anser motverka konkurrensen, ett problem som inte bara finns inom läkemedelsbranschen.<sup>130</sup>

Vi har i vår empiri sett att det i vissa länder är förbjudet för leverantörer att äga apotek. Vi tror att orsaken till denna reglering kan vara de negativa effekter som kan uppkomma på marknaden om leverantörer med stort intresse av att sälja sina egna produkter får möjlighet att sälja direkt till konsumenterna. Vi finner det troligt att försäljningen av de egna produkterna skulle prioriteras och att konsumenternas hälsa och ekonomi inte alltid skulle sättas främst.

Exempel på vertikal integration i ledet grossist - apotek har vi däremot kunnat se i andra länder som till exempel Norge. Detta tror vi framför allt kan orsaka problem på marknaden om apoteken själva kan välja vilka läkemedel de ska ta in i lager eller leverera. Distributörernas inköpspris (DIP) är inte reglerat i Sverige vilket innebär att det kan bestämmas fritt efter förhandlingar mellan grossist och leverantör.

---

<sup>129</sup> Atosuo J. 2006-05-22

<sup>130</sup> Bill P. 2006-05-08

Om dagens enkanalsystem skulle försvinna har vi redan tidigare konstaterat att de svenska distributörerna skulle komma att få mer av en grossistroll. Om de eller andra grossister som kommer in på marknaden köper upp apotek skulle de, om de inte måste sälja alla läkemedel, kunna säga till leverantörerna att de bara säljer deras produkter om de får rabatt. Samma utfall skulle det kunna få om apoteken väljer att integrera bakåt i ledet och själva börjar sköta sin grossistverksamhet. Om det dessutom skulle vara stora apotekskedjor som integreras med grossister tror vi att övertaget kan bli särskilt påtagligt därför att möjligheten till en stor försäljningsvolym förmodligen skulle göra leverantören än mer beroende av grossisten eller apoteket. Grossisten får ett övertag och kan tvinga leverantören att sänka sina DIP eller att ge rabatter, något som enligt Göran Heintz skulle slå hårt mot parallellimportörer och generikaföretag som redan idag har väldigt låga marginaler.<sup>131</sup> Om parallellimport och generika skulle försvinna från marknaden, försvinner också den prispress som dessa orsakar och detta kan resultera i att kostnaderna för konsumenterna och stat ökar.

Man skulle kunna se detta som en konsekvens av en fungerande konkurrens men det är viktigt att komma ihåg att det pris som konsumenterna får köpa läkemedel för, inte ändras. Det blir alltså endast grossisterna som får en större andel av priset än tidigare och som vi redan nämnt kan detta då resultera i att producenter av läkemedel får minskade incitament för forskning och utveckling.

Vi har tidigare nämnt att apotekskedjorna i Norge ägs av grossister, vilket där har inneburit brist på incitament från apotekens sida att förhandla sig till bättre priser. I Norge orsakar den vertikala integrationen också svårigheter i att implementera en fungerande generikareform. Enligt Andreas Rosenlund köper grossisterna i Norge in läkemedel billigt men lägger sedan på en marginal som gör att de lägre priserna aldrig når konsumenterna. Enligt honom sparas i dagsläget cirka 60 miljoner kronor i månaden i Sverige på försäljning av generika medan man i Norge istället är nöjda om samma sparande uppnår 200-300 miljoner kronor per år.<sup>132</sup>

Även om rabatter till olika grossister eller apotek inte skulle tillåtas i Sverige skulle man kunna tänka sig att de privata apoteken skulle försöka påverka leverantörernas priser på annat sätt. Detta skulle då istället kunna ske på så sätt att leverantören köper tjänster från apoteken som de annars inte skulle göra. Leverantören skulle till exempel kunna erbjuda sig att köpa en utbildning av ett apotek i utbyte mot att apoteket köper deras läkemedel.

Enligt Jaana Atosuo skulle det för Tamro kunna vara aktuellt att gå in som ägare även i svenska apotek om marknaden förändras. Det skulle då främst handla om att anpassa sig till de nya förutsättningar som företaget skulle ställas inför. Att äga Apotek är inte på något sätt Tamros målsättning utan skulle då vara ett sätt att överleva på marknaden.<sup>133</sup> Vi finner det intressant att Tamro ändå är ägare till apotek i alla de länder där det tillåts, något som tyder på att Tamro väljer denna form av utvidgning av sin verksamhet när möjligheten finns.

Det finns som vi nämner i vår teori även vissa fördelar med horisontell integrering som till exempel att de fasta kostnaderna minskar. Om vi går tillbaka i tiden till när monopolet på läkemedel infördes kan vi se att samarbetet blev enklare när de olika ansvarsposterna i kommun och landsting samlades på ett och samma ställe, Apotekets ledning. Likaså

---

<sup>131</sup> Heintz G. 2006-05-17

<sup>132</sup> Rosenlund A. 2006-05-16

<sup>133</sup> Atosuo J. 2006-05-15

underlättade centraliseringen en anpassning till vårdens behov, vilken kan ses som en resursoptimering. Liknande kostnadsbesparingar kan göras vid vertikal integrering.

Enligt Andreas Rosenlund kan företagen då ta igen vinsterna i flera led.<sup>134</sup> Man kan tänka sig att med färre mellanled finns det färre som ska dela på vinsten, vilket skulle kunna ge utrymme för prissänkningar.

I Finland har, som vi tidigare nämnt, apoteken rätt att ge rabatter till konsumenterna och kedjan Universitetsapotek har infört rabatter till sina stamkunder. Då endast Helsingfors universitet och Kuopio universitet har rätt att bilda kedjor har dessa apotekskedjor ett övertag gentemot de mindre apoteken och kan lättare hålla fast vid sina kunder. Vi har svårt att se att denna typ av rabatter skulle vara tillåtna i Sverige då det kan jämföras med SAS: s bonusprogram som underkändes då det ansågs vara ett hinder i konkurrensen på marknaden<sup>135</sup>.

## **5.4 Olika aspekter på service och tillgänglighet**

Den största bristen i dagens apotekssystem anses av många vara tillgängligheten. Vi finner det därför intressant att undersöka hur en avreglering skulle påverka detta område på olika plan. I diskussionen om tillgänglighet är det inte bara den fysiska tillgängligheten som är viktig att ta i akt, utan också områden som konsumentssäkerhet och teknologisk utveckling, som har potential att förbättra servicen på apoteken.

### **5.4.1 Apotekantal och öppettider**

I vår empiri har vi skrivit att när man släppte etableringsrätten fri i Norge, resulterade det i en minskning av antal invånare per apotek, siffran har sjunkit från 12 170 år 2001, till 8300 i år. Man har kunnat se att antalet apotek i storstäderna ökat mest, men samtidigt har antalet kommuner som inte har något apotek alls sjunkit. I varken Danmark eller Finland har man kunnat se några större förändringar på senare tid. I Sverige har vi relativt många invånare per apotek om man jämför med många av de andra europeiska länderna. I Sydeuropa ligger antalet invånare per apotek runt 2500<sup>136</sup> jämfört med Sveriges ca 9500. Detta brukar vara ett av de starkare argumenten för att det svenska apotekssystemet inte är tillräckligt effektivt.

Vi har tidigare nämnt att Apoteket under det gångna året har gjort särskilda ansträngningar för att öka sin tillgänglighet i form av utökade öppettider, kortare väntetider samt fler apotek. Man skulle kunna se dessa ansträngningar som en indikation på hur det skulle komma att se ut i en situation med konkurrens eftersom Apotekets position sällan varit så ifrågasatt som den är just nu. Andreas Rosenlund menar däremot att dessa ansträngningar inte har gjorts på grund av diskussionen kring monopollet, utan är en konsekvens av de kundundersökningar som Apoteket har gjort<sup>137</sup>. Det är troligt att en avreglering på marknaden, framför allt om apotekens handelsmarginaler fortsätter vara reglerade, skulle uppmuntra apoteken att konkurrera med varandra främst genom sin service och tillgänglighet, vilket man kan anta skulle leda till förbättringar inom just dessa områden.

---

<sup>134</sup> Rosenlund A. 2006-05-16

<sup>135</sup> Lilla konkurrensboken, s. 26

<sup>136</sup> Tall og fakta, Legemiddelindustriforeningen, 2001 s. 83

<sup>137</sup> Rosenlund A. 2006-05-16

Enligt Andreas Rosenlund har bristerna i tillgänglighet tidigare framför allt berott på farmaceutbrist och de begränsade intäktsmöjligheterna<sup>138</sup>. Vi tror att om kraven på att apoteksanställda ska ha farmaceututbildning kvarstår, även efter en avreglering, skulle situationen för privata apotek kanske inte skilja sig särskilt mycket från det nuvarande Apotekets. Antalet platser för utbildning av farmaceuter har visserligen ökat på senare tid, men eventuellt skulle det även krävas en höjning av apotekens handelsmarginaler för att uppnå en förbättrad tillgänglighet.

Ett problem när man släpper etableringsrätten av apotek fri, kan vara att det bara öppnas apotek i tätbebyggt område därför att det är där vinstchanserna är som störst. Detta har man löst på olika sätt i olika länder. I Finland har man ett system för att jämna ut inkomstskillnaderna mellan apotek där de stora apoteken betalar en avgift som de små är befriande från. Liknande system har man i Danmark där apoteken med hög omsättning betalar en skatt så att pengarna sedan omfördelas till de mindre apoteken. I Norge ger man i undantagsfall tillstånd till kommuner att etablera apotek om tillgängligheten är bristfällig. Vidare har de tre ledande apotekskedjorna i Norge nyligen skrivit under ett avtal där de förbinder sig att, i de kommuner där det endast fanns ett apotek per den 1 mars 2005, se till att ett nytt apotek öppnas om det existerande läggs ner. Huruvida man skulle ha ett regelsystem för att i Sverige säkra läkemedelsförsörjningen på landbygden är svårt att sja om, men att döma från hur situationen ser ut i våra grannländer verkar det behövas.

#### 5.4.2 Säkerhet

När vi intervjuat representanter från de olika aktörerna på den svenska läkemedelsmarknaden har vi funnit att gemensamt för dem allihop är att de ser säkerheten som en av de mest positiva aspekterna med det svenska apoteksmonopolet. När marknaden är reglerad innebär det också att man får god insyn i hur distributionen går till i de olika leden. Jaana Atosuo poängterar bland annat att det krävs stora resurser och stor kunskap för att säkra att läkemedlen verkligen behandlas på rätt sätt ända fram till när de levereras till apoteken<sup>139</sup>. Med fri etableringsrätt kommer nya aktörer och man kan tänka sig att det även skulle etableras en Internetbaserad marknad för läkemedel i Sverige. Här menar Ingela Segerborg att man måste vara väldigt noggrann med just patientsäkerheten. En korrekt läkemedelsanvändning måste säkerställas. Man måste också se upp för de förfalskningar som förekommer på den europeiska läkemedelsmarknaden idag. Om man däremot lyckas med att anpassa systemet ur säkerhetssynpunkt tror Ingela att nätapotek kan erbjuda god service.<sup>140</sup>

Detta behöver dock inte vara en viktig fråga endast vid en privatisering av apoteken då Apoteket redan idag planerar att införa en tjänst med e-handel. Då ska säkerheten lösas genom att kunderna endast får tillgång till tjänsten om de har e-legitimation. Det skulle dock eventuellt vara svårare att kontrollera ett liknande system när det inte längre sköts centralt.

En annan aspekt på säkerheten är huruvida det finns farmaceutisk kompetens på apoteken. I Norge kan man till exempel se att tillgängligheten till försäljare med farmaceutisk kompetens har minskat i takt med att fler apotek har öppnats. I Sveriges fall skulle en privatisering av apoteken inte tvunget innebära någon större skillnad inom detta område så länge det

---

<sup>138</sup> Rosenlund A. 2006-05-16

<sup>139</sup> Atosou J. 2006-05-15

<sup>140</sup> Segerborg I. 2006-05-16

fortfarande, som i den borgerliga alliansens förslag, finns krav på att ägare och anställda på apotek har farmaceutisk utbildning, ett system som idag används i Danmark och Finland.

Idag framhålls från Pfizers sida att det finns en risk i att förfalskningar ökar ju fler mellanhänder man har. Ytterligare en risk anser man vara att förpackningarna inte ser likadana ut eftersom de brutits och packats om. Framförallt äldre människor som tar flera mediciner varje dag kan ha svårt att medicinera rätt om förpackningarnas utseende förändras.<sup>141</sup> Detta är något som Göran Heintz säger att man är medveten om från parallellimportörernas sida, men han poängterar att den prispress som parallellimporten leder till, medför stora besparingar för samhället. Han presenterar även en motvikt till Pfizers farhåga när det gäller ompaketeringen och menar istället att säkerheten ökar då man ompaketerar då det blir en extra kontroll.<sup>142</sup>

Så länge vi har kvar bestämmelserna om apotekens skyldighet att sälja det billigaste läkemedlet, att prissättningen förblir densamma som idag samt att ett förbud mot vertikal integration införs, finns det inget som säger att parallellimporten skulle påverkas nämnvärt av en avreglering. Som vi tidigare diskuterat i avsnitt 5.3.2 skulle en eventuell vertikal integration mellan grossist och apotek innebära att leverantören får en mindre andel av priset. Parallellimportörer och generikabolag som idag redan har låga marginaler skulle då få svårt att stanna kvar på marknaden.

### 5.4.3 Teknologisk utveckling

Den mikroekonomiska teorin påpekar att företag i en monopolsituation inte har samma incitament att utveckla sina produkter och tjänster som de företag som konkurrerar om att få sälja sina produkter. Vi frågade därför Andreas Rosenlund om detta stämmer in på Apotekets verksamhet eller inte. Han påpekade att Apoteket, som ett statligt monopol, har ett uppdrag att utföra och incitamentet ligger därför mer på en politisk nivå. Det är svårt att göra en mätning av hur det svenska Apoteket ligger till i jämförelse med andra länder där apoteksrollen är konkurrenssatt. Han nämnde även flera områden där han trodde att Sverige har kommit långt som till exempel inom extemporetillverkning, dosdisponering och det e-handelssystem som är under utveckling. Inom alla dessa områden är det för Apoteket en fördel att verksamheten är centraliserad. Vi finner det svårt att värdera hur Apoteket ligger till internationellt sett, men genom våra egna observationer har vi fått uppfattningen att de nordiska länderna har kommit ungefär lika långt i sin teknologiska utveckling. Det skulle kunna vara så att det idag, när Apotekets framtid är osäker, är viktigt för dem att visa att monopolet inte påverkar detta område negativt. En annan fråga är huruvida enskilda privata apotek skulle ha möjlighet att utvecklas på samma sätt som en större kedja, eftersom det i många fall krävs stora resurser, inte minst i form av kapital. Om denna situation skulle förbättras eller försämrats är oklart, men bland annat beror det troligtvis på hur bestämmelserna kring kedjebildning skulle komma att se ut vid en avreglering.

---

<sup>141</sup> Segerborg I. 2006-05-16

<sup>142</sup> Heintz G. 2006-05-17

## 5.5 Övriga konsekvenser av en avreglering

Enligt den mikroekonomiska teorin finns vissa kostnader som inte tas med i beräkningen av den välfärdsförlust man brukar förknippa med monopol, vilket gör att den faktiska välfärdsförlusten underskattas. I detta avsnitt diskuterar vi hur påverkan av dessa faktorer skulle komma att förändras vid en avreglering. Vi är medvetna om att det kan finnas fler effekter än dessa och att de effekter vi under denna rubrik kommer att diskutera kan studeras mer djupgående.

Det råder olika uppfattningar om hur mycket pengar Apoteket idag egentligen lägger ner på att bevara monopolet, så kallad "rent-seeking". Enligt Maria Malmer och Maria Rankka, spenderar Apoteket 20 miljoner kronor per år på detta. Man hävdar att pengarna bland annat används för opinionsbildning och i kampanjer som har för avsikt att stärka Apotekets marknadsposition<sup>143</sup>. Detta var dock något som Andreas Rosenlund starkt emotsatte sig. Han menar att Apoteket inte driver monopolfrågan som sådan utan att deras intresse ligger i att vara ett bra företag oavsett hur marknaden ser ut.<sup>144</sup> Åsikterna går alltså isär och vi kan inte dra några slutsatser i frågan om det på grund av "rent seeking" finns några förluster man skulle kunna undvika vid en avreglering.

Ytterligare en faktor som sägs öka välfärdsförlusten vid monopol är att monopolisten inte har incitament att minimera sina produktionskostnader. Om man utgår från att detta är sant i Apotekets fall skulle det betyda att man undviker denna välfärdsförlust vid en avreglering. Eftersom Apoteket är ett statligt monopol utgår vi dock ifrån att det kostnadsminimerar eftersom avtalet med staten kräver detta. Marginalerna är idag så pass låga att Apoteket faktiskt har gått back på den receptbelagda verksamheten. I sin strävan att ändå visa ett positivt resultat finns det, i vår mening, inte utrymme för Apoteket att inte minimera sina kostnader. Kostnadsminimeringen kan dock ha negativa effekter inom andra områden som till exempel öppettiderna som vi redan har behandlat. En sak som alla de aktörer vi har intervjuat har varit rörande överens om är att systemet, som bygger på Apotekets monopol, är kostnadseffektivt som det fungerar idag. Tack vare att Apoteket är centraliserat har man också möjlighet att minimera bland annat administrativa kostnader. Utifrån detta resonemang skulle välfärden inte påverkas nämnvärt ur denna aspekt.

---

<sup>143</sup> Malmer M. och Rankka M. I monopolens tjänst – De statliga bolagens opinionsbildning, Uppdrag Sverige 2006, TIMBRO s.18-21

<sup>144</sup> Rosenlund A. 2006-05-16



## 6. Slutsats

Syftet med denna uppsats är att undersöka hur en avreglering på den svenska statens apoteksmonopol på receptbelagda läkemedel skulle påverka den svenska marknaden. Vi ska under denna rubrik lyfta fram det vi har kommit fram till i vår analys.

Ett monopol innebär i många fall en välfärdsförlust för samhället då högre pris och lägre kvantitet försämrar situationen för konsumenterna. I Apotekets fall minskar man välfärdsförlusten genom att reglera Apotekets handelsmarginal. Om monopollet avregleras så att fler apotek kan komma in på marknaden skulle det innebära att vi får en situation där apoteken konkurrerar om kunderna. Ett sätt att göra det skulle kunna vara med lägre priser, men detta skulle inte vara möjligt om apotekens handelsmarginaler fortsätter att regleras trots att monopollet tas bort. Konkurrensen skulle då istället kunna inriktas på att erbjuda bättre service och tillgänglighet.

Vi tror inte att en helt oreglerad prissättning skulle vara ett alternativ i kombination med det högkostnadsskydd vi har idag, då det finns en risk att det skulle innebära okontrollerat höga kostnader för staten. Man skulle då behöva omstrukturera läkemedelssubventioneringen i Sverige, en åtgärd som inte är inkluderad i den borgerliga alliansens förslag. Eftersom intresset för den receptbelagda verksamheten inte är särskilt stort inom detaljhandeln, skulle det på en konkurrensutsatt marknad eventuellt vara nödvändigt att höja de tillåtna handelsmarginalerna. Alternativt skulle man kunna tänka sig att de som vill sälja receptfria läkemedel också får ett krav på sig att sälja receptbelagda mediciner.

Vi finner det inte troligt att dagens enkanalsystem för distribution kommer att vara applicerbart på den nya marknadssituationen, främst på grund av att de nya aktörerna på marknaden kan se fördelar i andra typer av system. Som vi skrivit är enkanalsystemet kostnadseffektivt och ersättningen till distributörer och Apoteket är mycket låg. I Sverige är däremot andelen som tillfaller leverantörerna större än i resten av Norden. På grund av den förändrade kundsituation som ett byte av distributionssystem skulle innebära, kan andelarna av priset komma att omfördelas. Det är då mycket troligt att den andel som idag tillfaller leverantörerna skulle minska till fördel för högre ersättning till grossister och apotek. En konsekvens av detta är att incitamenten för dessa företag att forska och utveckla nya läkemedel minskas.

Om vertikal integration tillåts på en marknad med flera apotek eller apotekskedjor, skulle samgåenden mellan grossister och apotek kunna innebära att de får en ökad kontroll över läkemedelsleverantörerna. Detta skulle i sin tur leda till att leverantörerna skulle tvingas sänka sina priser till grossisterna och därmed att deras andel av priset minskar. Denna prissänkning skulle dock förmodligen aldrig nå konsumenterna, utan endast innebära en större andel till grossisten. Parallellimportörer och generikabolag skulle på grund av dessa prissänkningar eventuellt tvingas lämna marknaden, vilket innebär att konsumenterna inte längre får samma utbud av dessa billigare läkemedel. Vi tror att apotekens inflytande på leverantörerna skulle öka ytterligare om apotekskedjorna är stora.

Apotekets tillgänglighet, eller brist på sådan, är som tidigare nämnts, den aspekt av monopolet som kritiserats mest i Sverige. Jämfört med andra länder i Europa har Sverige ett högt antal invånare per apotek. Vår bedömning är att en avreglering skulle kunna innebära bättre tillgänglighet, förutsatt att man lyckas ta fram ett fungerande system för att säkra tillgängligheten på glesbygden. Det som talar för detta är dels att man sett att så skett i Norge och dels att Apoteket, på senare tid när monopolet ifrågasatts, har gjort förbättringar inom detta område. Vi ser däremot att det eventuellt skulle bli nödvändigt att höja apotekens handelsmarginaler för att de ska få ekonomisk möjlighet att till exempel ha bättre öppettider.

När det gäller säkerhet bedömer vi inte att situationen skulle förändras nämnvärt. Förutsatt att vi behåller det prissättningssystem vi har idag och att kravet på farmaceutisk expediering kvarstår, har vi inte funnit något som tyder på att säkerheten skulle försämrats. Möjligtvis är det lättare att kontrollera säkerheten när verksamheten är centraliserad.

Vi har fått uppfattningen att Sverige, i området teknologisk utveckling, redan ligger bra till i dagsläget. Den mikroekonomiska teorin säger att företag i konkurrens har större incitament till utveckling, samtidigt som större företag har mer resurser att tillgå för detta ändamål. Således beror denna fråga till viss del på huruvida kedjebildning tillåts på marknaden eller inte.

Vårt syfte innefattar inte att uttrycka våra åsikter om huruvida en avreglering, enligt den borgerliga alliansen förslag, skulle vara bra eller dålig för marknaden, men då vi ändå tror att det är av intresse för läsaren vill vi slutligen presentera våra tankar kring detta.

För att en avreglering ska vara värd att genomföra anser vi att alternativet bör vara betydligt bättre än det system vi har idag. Även om vi har sett att det finns vissa fördelar med ett avskaffande av monopolet skulle det krävas omfattande regleringar, även i det nya systemet, för att ta tillvara på dessa. Vi tror dock att de positiva konsekvenserna av den borgerliga alliansens förslag skulle vara så pass små att det, med förslaget som grund, inte är försvarbart att genomföra en avreglering av marknaden för receptbelagda läkemedel.

## 7. Källförteckning

### Böcker

Carlton D. & Perloff J. *Modern Industrial Organization, third edition*, Adison-Wesley, 2000

Dufwenberg M. et al. *Tillämpad mikroekonomi*, Studentlitteratur, 2000

Gravelle H. & Rees R. *Microeconomics, third edition*, Prentice Hall, 2004

Pindyck R. & Rubinfeld D. *Microeconomics, fifth edition*, Prentice Hall, 2001

*Lilla konkurrensboken – En skrift från Konkurrensverket*, text Dominus J. NRS Tryckeri 2005

*Apotek og Legemidler 2006 – Bransjestatikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår*, Norges Apotekerforening, Grafia Kommunikasjon AS, 2006

### Rapporter

Anell A. 2004:2, *Nya villkor för apotek och läkemedelsförsäljning – Erfarenheter från avregleringar i Danmark, Island och Norge*, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE)

Anell A. och Hjelmgren J. 2001:3, *Effekter av avreglering i apoteksväsendet – erfarenheter från Island, Norge och Danmark*, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE)

Holmberg C. et al. 2003:10, *Läkemedelsdistributionen i Norden – en komparativ studie av aktörer, resurser och aktiviteter*, SSE/EFI Working Paper Series in Business Administration Center for Marketing, Distribution and Industry Dynamics, Stockholm School of Economics, URL: [http://swoba.hhs.se/hastba/papers/hastba2003\\_010.pdf](http://swoba.hhs.se/hastba/papers/hastba2003_010.pdf)

*Internationell prisjämförelse av läkemedel*, Läkemedelsförmånsnämnden 2006-03-21

Lund J. & Rämne U. *Läkemedelsdistributionen i Sverige - några scenarier om framtiden för ökad kundnytta*, Svensk Handel och Livsmedelhandlareförbundet (SSLF), juni 2002

Malmer M. och Rankka M. *I monopolens tjänst – De statliga bolagens opinionsbildning*, Uppdrag Sverige 2006, TIMBRO

Meyrowitsch A. et al. 2005:6, *EU och svenska monopol – teori, verklighet och framtid*, Svenska institutet för europapolitiska studier (Sieps)

Rudholm N. 2005 :1 *Läkemedelsdistributionen i Finland, Norge och Sverige – en analys av detaljistledet*, Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie

Tall og fakta, Legemiddelindustriforeningen, 2001

URL: [http://www.lmi.no/digimaker/documents/Tall\\_og\\_fakta\\_2001\\_v0Nb6m174601.pdf](http://www.lmi.no/digimaker/documents/Tall_og_fakta_2001_v0Nb6m174601.pdf)

## Övriga, tryckta källor

Apotekets årsredovisning 2005, NRS Tryckeri

Danmarks Apotekerforening, Årsberetning 2005-2006, Salogruppen

Läkemedelsförmånsnämndens årsredovisning 2005

4 § Lag 1996:1152 Svensk lag

## Elektroniska källor

Läkemedelsmarknaden 2006, Power Point-presentation på Läkemedelsindustriföreningens (LIF) hemsida.

URL: <http://www.lif.se/Statistik/stat.asp#>

Uppdaterad. 2006-05-05, acc. 2006-05-16

Danmarks Apotekerforening

URL: <http://www.apotekerforeningen.dk/default.asp?cat=13&ID=55>

Uppdaterad: 2005-03-24, acc 2006-04-28

URL: <http://www.apotekerforeningen.dk/default.asp?ID=12&cat=2>

Uppdaterad: 2006-05-02, acc. 2006-05-08

Apoteket AB

Avtal mellan staten och Apoteket AB om bolagets verksamhet

URL: [http://www2.apoteket.se/NR/rdonlyres/D1C99D5E-69E9-4C8F-B1BC-D3FDCA9345AE/0/Verksamhetsavtal\\_dec2005.doc](http://www2.apoteket.se/NR/rdonlyres/D1C99D5E-69E9-4C8F-B1BC-D3FDCA9345AE/0/Verksamhetsavtal_dec2005.doc)

Uppdaterad 2006-04-05, acc. 2006-05-08

URL: <http://www2.apoteket.se/om/VilkaViAr/Uppdrag/default.htm>

Uppdaterad 2006-03-24 Acc. 2006-04-23

URL: <http://www2.apoteket.se/om/VilkaViAr/Historia/default.htm>

Uppdaterad 2006-04-03, acc. 2006-04-25

URL: <http://www2.apoteket.se/om/VilkaViAr/Uppdrag/F%c3%b6ruts%c3%a4ttningar/default.htm>

Uppdaterad 2006-03-24, acc. 2006-04-23

LFN

URL: [http://www.lfn.se/LFNTemplates/Page\\_578.aspx](http://www.lfn.se/LFNTemplates/Page_578.aspx)

Acc. 2006-05-06

URL: [http://www.lfn.se/LFNTemplates/Page\\_223.aspx](http://www.lfn.se/LFNTemplates/Page_223.aspx)

Acc. 2006-05-06

Kronans Droghandel

URL: <http://www.kd.se/>

Acc. 2006-06-06

#### Alternova

URL: <http://www.alternova.se/composite-258.htm>

Acc. 2006-05-30

#### Laegemiddelstyrelsen

URL: <http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/visLSArtikel.asp?artikelID=645>

Uppdaterad 2006-06-06, acc. 2006-06-06

URL: <http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/visLSArtikel.asp?artikelID=643>

Uppdaterad 2006-06-06, acc. 2006-06-06

#### Social- och hälsovårdministeriet i Finland

URL: <http://stm.teamware.com/Resource.phx/sve/ansva/halso/lakem/index.htx>

Uppdaterad 2006-05-10, acc. 2006-05-13

#### Nationalencyklopedien

URL: [www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=166239](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=166239)

Acc. 2006-05-30

#### Övriga elektroniska källor

URL: [www.medisite.fr/Le-prix-du-medicament.html](http://www.medisite.fr/Le-prix-du-medicament.html)

Acc. 2006-06-02

URL: [www.valuta.se](http://www.valuta.se)

#### **Artiklar**

Avregleringar bland apotek i Danmark, Island och Norge, IHE information 3/2004

URL: [http://www.ihe.se/exnyhetsblad/3-2004\\_sv.pdf](http://www.ihe.se/exnyhetsblad/3-2004_sv.pdf)

Acc. 2006-06-07

Eklund T. "Jag vill öppna apotek!" SvD 2006-05-09

URL: [http://www.svd.se/dynamiskt/brannpunkt/did\\_12605119.asp](http://www.svd.se/dynamiskt/brannpunkt/did_12605119.asp)

Acc. 2006-06-01

Holmberg B, Innovation och kostnadskontroll svårt att förena, nr 5 2005 Läkemedelsvärlden,  
URL:

<http://www.lakemedelsvarlden.nu/article.asp?articleID=3758&articleCategoryID=9&issueID=95>

Acc. 2006-06-01

Moberg P. 3-4/05 Essens kvartalstidskrift från TAMRO AB

URL: [http://www.tamro.se/images/pg\\_files/slR7r9MFyvCMZmn/essens\\_3\\_2005.pdf](http://www.tamro.se/images/pg_files/slR7r9MFyvCMZmn/essens_3_2005.pdf)

Acc. 2006-04-30

Nilsson E. Dålig ekonomi minskar tillgång till vård och medicin, Läkemedelsvärlden 2006-02-20

URL:

<http://www.lakemedelsvarlden.nu/article.asp?articleID=4325&articleCategoryID=2&issueID=103>

Acc. 2006-05-20

Nr 1 2006, Essens, kvartalstidskrift från TAMRO AB

URL:[http://tamro.se/images/pg\\_files/sro3V257NlgKz2x/essens1\\_06ny.pdf](http://tamro.se/images/pg_files/sro3V257NlgKz2x/essens1_06ny.pdf)

Acc. 2006-05-10

### **Intervjuer**

Atouso Jaana, informationsansvarig hos Tamro AB, Göteborg 2006-05-15  
samt e-post 2006-05-22

Bill Per, Moderata samlingspartiet, telefonintervju 2006-05-08

Engström Andreas, hälsoekonom hos Läkemedelsförmånsnämnden, e-post 2006-05-03

Heintz Göran, VD på Paranova Sverige AB, Stockholm 2006-05-17

Rosenlund Andreas, presschef hos Apoteket AB, Stockholm 2006-05-16

Segeberg Ingela, affärschef hos Pfizer AB, Stockholm 2006-05-16

### **Övriga källor**

Larsson M. et al. Motion till riksdagen 2004/05:So38

URL:

<http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=410&typ=mot&rm=2004/05&bet=So38>

Acc. 2006-04-24

Mötesrapport den 7 april 2005, Utmaningar och möjligheter för morgondagens svenska läkemedelsförsörkning, föredragshållare: Marianne Dicander Alexandersson, VD Kronans Droghandel, EU-klubben i Göteborg

URL: <http://www.kronans-droghandel.se/content/1/c4/07/43/2808d612.pdf>

Pressmeddelande nr 47/05 angående EG-domstolens mål C- 438/02 Krister Hanner

URL: [www.curia.eu.int/sv/actu/communiques/cp05/aff/cp050047sv.pdf](http://www.curia.eu.int/sv/actu/communiques/cp05/aff/cp050047sv.pdf)

Pressmeddelande från Socialdepartementet 2006-02-23

URL: [www.sweden.gov.se/sb/d/6242/a/56916](http://www.sweden.gov.se/sb/d/6242/a/56916)

Acc. 2006-05-20

Pressmeddelande 23 februari 2006, Utredningen om detaljhandel med nikotinläkemedel (S2005:07)

URL: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/6360/a/58691>