

Läkemedelsdistribution i Norden

-en komparativ studie av aktörer, resurser och aktiviteter

Christoffer Holmberg

Hans Kjellberg

Björn Axelsson



Center for Marketing, Distribution and Industry Dynamics

SSE/EFI Working Paper Series in Business Administration

No 2003:10

Sammanfattning - rapporten i korta drag

Övergripande observationer

- Det finns ingen homogen nordisk läkemedelsmarknad. Till synes likartade länder med till synes likartade distributionssystem uppvisar, vid en närmare analys, stora skillnader i hur distributionen är organiserad, vilka servicenivåer som erbjuds, hur arbetet fördelas mellan olika aktörer, hur regelverken är utformade m.m. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- Företrädare för aktörer verksamma i de studerade länderna, tenderar att se den egna nationella lösningen som näst intill optimal. Det är dock omöjligt att fastställa vilket land som har den mest effektiva läkemedelsdistributionen med ett enkelt mått. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- De observerade skillnaderna mellan länderna talar för att systematiska försök att jämföra, dra lärdomar och eventuellt överföra praxis från övriga länder skulle vara fruktbara. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- Trots en yttlig likhet vad gäller de aktörer som är delaktiga i läkemedelsdistributionen finns stora skillnader mellan länderna när det gäller hur aktörerna definierar sina roller, och det inflytande man tillskriver olika aktörsgrupper. Synen på kunden skiljer sig kraftigt såväl mellan aktörsgrupper som mellan länder. I Norge ser tillverkarna grossisten som en viktig kund tillsammans med den förskrivande läkaren. I Sverige och Finland ser tillverkarna grossisterna snarast som leverantörer av vissa tjänster. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- Det finns stora skillnader i uppfattningarna om hur läkemedelsdistributionen bedrivs och hur väl den fungerar på central och lokal nivå i länderna. Ett exempel på detta är att restorderproblematiken upplevs som allvarlig ute på apoteken, medan man på central nivå anser sig ha situationen under kontroll. Ofta försvinner aktiviteter som har karaktären av vardaglig problemlösning från de beskrivningar som ges på central nivå. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- **Läs mer i analyskapitlet 7.1-7.2.**

Regleringar och statlig inblandning

- Det finns en betydande statlig reglering av läkemedelsdistributionen i samtliga länder. Statliga myndigheter är också i hög grad involverade i läkemedelsdistributionen i de studerade länderna. *Läs mer i inledningen till kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- Hur läkemedelsdistributionen ska regleras för att den ska fungera väl är en levande fråga i de studerade länderna. Detta avspeglas i de förändringar i regelverken som har skett och sker. *Läs mer i inledningen till kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- Den höga grad av reglering som många av aktörerna upplever, verkar hämmande på deras ansträngningar att lära av andra och därmed försöka förbättra läkemedelsdistributionen. Många aktörer upplever att deras handlingsutrymme är alltför begränsat i denna bemärkelse och syftar på att förändringsarbete i alltför hög grad kräver politiskt arbete. Branschorganisationer visar dock prov på både omfattande kunskaper och ansträngningar på just detta område. *Läs mer i kapitel 2.4, 3.3, 4.3-4.5, 5.4 och 6.3.*
- De mest långtgående förändringarna av regelsystemet har skett i Norge. Några av de effekter som den norska avregleringen har lett till är 1) en paradoxal och omfattande re-reglering, 2) framväxten av en utpräglad oligopolstruktur, 3) etablering av nya aktörer, både myndigheter och distributionsföretag. *Läs mer i inledningen till kapitel 5.*
- I Danmark används ett system för vinstutjämning mellan apoteken vilket hämmar/elimineras (pris)konkurrensen i apoteksledet. Apotekarförbundet har en viktig roll som tillståndsgivare. Sammantaget ger regelverket apoteksledet en tydlig professionsprägel, och apoteksväsendet identifieras egentligen inte som en affärsdrivande sektor. I linje med detta strävar de danska apoteken efter trygghet genom att tydligare associeras med sjukvårdssektorn. *Läs mer i inledningen till kapitel 3 samt 3.2-3.3.*

- Även i Finland är apoteksväsendet präglad av ett professionstänkande. Det är dock svårt att ge en enkel bild av den finländska läkemedelsdistributionen som lätt ter sig motsägelsefull. Trots att det i princip inte ska existera någon konkurrens i apoteksledet, som är organiserat efter principen en apotekare-ett apotek, är Finland det enda av de studerade länderna som faktiskt tillåter en form av priskonkurrens i apoteksledet via möjligheten till rabatter. Dessutom är universitetsapotekskedjan undantagen från ovan nämnda princip. *Läs mer i inledningen till kapitel 6 samt 6.2-6.3.*
- Sverige är det land som uppvisar de minsta förändringarna av regelverken. Dock har en ny myndighet etablerats för att hantera prissättningsfrågorna. Dessutom infördes regler för generisk substitution under 2002. *Läs mer i inledningen till kapitel 4.*
- **Läs mer i analyskapitlet 7.1 -7.3.**

Prisbildning

- Läkemedelsdistributionen i samtliga studerade länder är uppbyggd kring tre utbyten: mellan tillverkare/importör och grossist; mellan grossist och detaljist; samt mellan detaljist och konsument/användare. Samtliga tre utbyten kan principiellt organiseras enligt flera olika modeller, där marknaden och planeekonomin utgör två idealtyper. Det finns också skillnader mellan de studerade länderna när det gäller hur villkoren för dessa tre utbyten, och då framförallt priset, bestäms. *Läs mer i inledningen till kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- Samtliga studerade länder använder någon form av prisreglering i apoteksledet. I länder där rivalitet finns mellan enskilda eller grupper av apotek, ökar detta distributionskostnaderna genom att uppmuntra till servicekonkurrens. Lika-pris principen skapar inga incitament till lågkostnadsdistribution. För att erhålla de fördelar som en liberalisering kan ge upphov till, d.v.s. en effektivare resursallokering, måste även prisbildningen tillåtas att ske i konkurrens. *Läs mer i inledningen till kapitel 3, 4, 5 och 6, samt 5.4.*
- Vid bibehållen statlig kontroll över prisbildningen bör de kalkylformler för apoteksmarginalen som används i de studerade länderna revideras på basis av detaljerade kostnadsanalyser av apoteksverksamheten. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- På den norska marknaden där rivalitet finns mellan olika apotekskedjor uppmuntrar prisregleringen till service- snarare än priskonkurrens. Det nya norska indexpriset för vissa substansgrupper är ett intressant alternativ för att öka apotekens incitament att sälja billigast möjliga preparat. Det är dock för tidigt att uttala sig om hur systemet kommer att fungera i praktiken. *Läs mer i inledningen till kapitel 5.*
- På den svenska marknaden där apoteksledet är monopoliserat finns starka motiv för en extern prisreglering. *Läs mer i kapitel 4.*
- I Danmark medför "taksten"-systemet ökad flexibilitet och en möjlighet för säljarna av generika och parallellimporterade produkter att via prissättningen hantera utbudsvariationer. *Läs mer i inledningen till kapitel 3.*
- I Finland är det möjligt för apoteken att ge rabatt till sina kunder. Det medför att det finns en möjlighet till priskonkurrens i detaljhandeln. Produkterna blir otvivelaktigt relativt billigare för slutkonsumenten. *Läs mer i inledningen till kapitel 6.*
- **Läs mer i analyskapitlet 7.4.**

Tillgänglighet och service

- Generellt produceras en hög grad av tillgänglighet i de studerade länderna. Eftersom tillgänglighet är ett flerdimensionellt begrepp finns det dock variationer. Det är också svårt att ge ett entydigt svar på vilket av länderna som erbjuder den högsta tillgängligheten. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- Direkta jämförelser av läkemedelspriser mellan länder blir missvisande eftersom distributionssystemen producerar olika grader av tillgänglighet. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*

- De danska grossisterna levererar en högre tillgänglighet än övriga länders grossister. Detta ska sättas i relation till grossistmarginalen som är högre i Danmark än i övriga studerade länder. *Läs mer i inledningen till kapitel 3, samt 3.1-3.2.*
- De receptbelagda läkemedlens tillgänglighet i apoteksledet i Sverige varierar. Apoteket AB erbjuder en lägre tidsmässig tillgänglighet än övriga apoteksled 1) väntetiderna är långa, 2) öppettiderna korta och 3) leveranstiderna vid restorder i vissa fall längre. Apotekets landsomfattande avbetalningssystem innebär dock en högre tillgänglighet för användarna än i övriga nordiska länder. En ökad differentiering av tillgänglighetsnivåerna i apoteksledet är önskvärd ur ett konsumentperspektiv. *Läs mer i inledningen till kapitel 4, samt 4.2-4.4.*
- Genom avregleringen av apoteksväsendet och framväxten av apotekskedjor i Norge skapas möjligheter till en ökad differentiering. Olika aktörer kan välja att profilera sig med olika servicenivåer, vilket skulle ge användarna en ökad valfrihet, åtminstone på orter som kan bära flera apotek. På grund av pris-regleringen är dock incitamenten till en differentiering med lågprisriktning få. *Läs mer i inledningen till kapitel 5 och dessutom 5.2-5.3.*
- Det finländska apoteksledet erbjuder en generellt hög tillgänglighet, både vad gäller sortiment och öppettider. Den personliga servicen som erbjuds är också högre än i övriga länder. Genom sina stamkundssystem erbjuder vissa apotek mervärde i form av informationskvällar, etc. På vissa apotek läggs också upp personliga läkemedelsprofiler vilket ger möjlighet att identifiera felaktiga förskrivningar och interaktionseffekter, samt uppföljning. Eftersom en stark central organisation saknas i apoteksledet, kan man inte erbjuda den typ av tryckt information som Apoteket AB i Sverige och Apotekarföreningen i Danmark producerar. *Läs mer i inledningen till kapitel 6, samt 6.1-6.2.*
- **Läs mer i analyskapitlet 7.3.**

Nya tekniska lösningar

- Informationstekniska lösningar används och vidareutvecklas i samtliga länder, även om det finns stora skillnader i graden av utnyttjande. Danmark och Sverige uppvisar den mest långtgående användningen av informationsteknik för elektroniska recept, elektronisk handel, lagerhantering m.m. *Läs mer i inledningen till kapitel 3,4,5 och 6, samt dessutom 3.2.1.*
- Det svenska apoteksmonopolet påverkar arbetet med ny teknik på två sätt: dels kan det fördröja utvecklingen av nya tekniska system och lösningar, dels kan det underlätta samordningen av distributionsarbetet och därmed införandet av sådana system och lösningar. *Läs mer i inledningen till kapitel 4, och vidare 4.2-4.4.*



STOCKHOLM SCHOOL OF ECONOMICS
EFI, THE ECONOMIC RESEARCH INSTITUTE

Förord

Denna rapport är en första redovisning av ett pågående forskningsprojekt om läkemedelsdistribution. Rapportens tyngdpunkt ligger på att redovisa det rika empiriska material som insamlats under projektets första år och att på basis av detta material göra vissa jämförelser. Framförallt beskrivs verksamheten på apotek, hos grossister och hos läkemedelsbolag i Danmark, Sverige, Norge och Finland. Man kan då konstatera att läkemedelsdistributionen, trots de nordiska ländernas många likheter, ser mycket olika ut i dessa länder.

Forskningsprojektet bedrivs vid Centrum för marknadsföring, distribution och industriell dynamik under ledning av professor Björn Axelsson i samarbete med ekonomie doktor Hans Kjellberg och civilekonom Christoffer Holmberg. Projektet tillkom på initiativ av dåvarande Enheten för Läkemedelsfrågor vid Riksförsäkringsverket och påbörjades hösten 2002.

Under projektets gång har vi fått mycket feedback och värdefulla synpunkter av Britt-Mari Lidholm och Tor-Olov Mellgren från Läkemedelsförmånsnämnden. Dessutom har Bosse Gunnarsson från Apoteket AB bidragit med intressanta synpunkter och infallsvinklar.

Vi vill också rikta ett stort tack till våra finansiärer: enheten för läkemedelsfrågor vid Riksförsäkringsverket, nuvarande *Läkemedelsförmånsnämnden* och *Torsten och Ragnar Söderbergs Stiftelser*, som till lika delar bidragit till finansieringen av projektet.

Stockholm i juni 2003

Christoffer Holmberg
Hans Kjellberg
Björn Axelsson

Frågor om rapporten ställs lämpligen till

Christoffer Holmberg
Handelshögskolan i Stockholm
Box 6501
SE-113 83 Stockholm

E-mail: christoffer.holmberg@hhs.se
Telefon: +46 (8) 736 90 00

Innehållsförteckning

1	Inledning och syfte	11
1.1	Tillvägagångssätt / Metod	12
1.1.1	Studiens upplägg	12
1.1.2	Valet av undersökningsmetod	12
1.1.3	Om våra beskrivningar och vår analys	13
1.1.4	Datainsamling och undersökningsmodell	14
1.2	Rapportens fortsatta disposition	15
2	Läkemedelsdistributionens förändring – aktuella trender	16
2.1	De ökande läkemedelskostnaderna	16
2.2	Förändrade regelverk.....	17
2.3	Ansträngningar att öka den statliga kontrollen.....	19
2.4	Förändrad konkurrens.....	21
2.5	Vertikal och horisontell integration.....	24
2.6	Fokus på effektivisering och kvalitetsförbättring	26
2.7	Trender och deras inverkan	27
3	Danmark – avregleringar och hög servicenivå.....	29
3.1	Relationen tillverkare - grossist	30
3.2	Relationen grossist - apotek	33
3.2.1	VMI – grossisten i apoteket	37
3.3	Vem bestämmer? Perspektiv på inflytande och makt	38
4	Sverige – apoteksmonopol och enkanalsystem	40
4.1	Relationen tillverkare – grossist	41
4.2	Relationen grossist – apotek ur grossistens synvinkel	45
4.2.1	Landstingens roll	47
4.3	Relationen grossist – apotek ur apotekens synvinkel	48
4.4	Arbetet på C.W. Scheele	49
4.5	Vem bestämmer? – Perspektiv på inflytande och makt	52
5	Norge – avskaffade privilegier och apotekskoncerner	55
5.1	Relationen tillverkare – grossist	57
5.2	Relationen grossist – apotek	60
5.3	Arbetet på apoteket Gladan och NMD	63
5.4	Vem bestämmer? – Perspektiv på inflytande och makt	65
6	Finland – privilegiesystem och hög service	67
6.1	Relationen tillverkare – grossist	69
6.2	Relationen grossist - apotek	72
6.3	Vem bestämmer? – Perspektiv på inflytande och makt	75
7	En jämförelse av de studerade ländernas läkemedelsdistribution	77
7.1	Aktörs- och aktivitetsstrukturerna inom nordisk läkemedelsdistribution	77
7.1.1	Aktörsstrukturer för läkemedelsdistribution.....	77
7.1.2	Aktivitetsstrukturer för läkemedelsdistribution	79
7.1.2.1	Idealbilder av distributionsarbetet.....	80
7.1.2.2	Lokala avvikelser från idealbilderna	81
7.2	Graden av integration	82
7.2.1	Formell integration.....	83
7.2.1.1	Sverige	83
7.2.1.2	Norge	83
7.2.1.3	Danmark.....	84
7.2.1.4	Finland.....	84
7.2.1.5	Norden	84
7.2.2	Beslutsmässig integration	84
7.2.2.1	Sverige	85
7.2.2.2	Norge	85
7.2.2.3	Danmark.....	85
7.2.2.4	Finland.....	85
7.2.3	Operationell integration	86
7.2.3.1	Sverige	86

7.2.3.2	Norge	87
7.2.3.3	Danmark	87
7.2.3.4	Finland.....	87
7.2.4	Sammanfattning	88
7.3	Läkemedelsdistributionens tillgänglighetsnivåer.....	89
7.3.1	Tillgänglighet i tid och rum.....	90
7.3.2	Inköpsstorlek	91
7.3.3	Sortimentsdjup och Sortimentsbredd	92
7.3.4	Betalningsvillkor	92
7.3.5	Personalkompetens och information	93
7.3.6	Leveranssäkerhet	94
7.3.7	Sammanfattning.....	94
7.4	De rådande prissättningsystemen	95
7.5	Sammanfattning	97
7.5.1	Övergripande observationer	97
7.5.2	Regleringar och statlig inblandning	97
7.5.3	Prisbildning	98
7.5.4	Tillgänglighet och service	99
7.5.5	Nya tekniska lösningar	100
8	Den där marknaden: områden för fortsatta studier	101
8.1	Att studera ansträngningar att förverkliga marknaden	101
8.2	Prissättningen av läkemedel	103
8.3	Strävan efter effektivitet	104
8.4	Den undflyende marknaden	106
9	Källförteckning	107

1 Inledning och syfte

Läkemedelsdistributionen i de nordiska länderna har under de senaste 5-10 åren genomgått stora förändringar. De ökande läkemedelskostnaderna, som delvis är en följd av att utvecklingen av nya mediciner blir allt dyrare, har medfört ett antal regelförändringar, ofta med förbättrad effektivitet som mer eller mindre uttalat syfte. Dessa omregleringar har delvis förändrat förutsättningarna för aktörerna verksamma inom läkemedelsdistributionen med förändrade beteenden som följd. Uppköp och sammanslagningar samt ökad vertikal och horisontell integration har förändrat aktörsstrukturen på de nationella marknaderna. Nya tekniska lösningar har utvecklats/är under utveckling vilka leder till förändringar av de aktivitetskedjor och rolluppsättningar som finns inom läkemedelsdistributionen.

Samtidigt som läkemedelsdistributionen i de nordiska länderna uppvisar en relativt stor likhet vad gäller de övergripande trenderna, finns det i praktiken stora skillnader i hur distributionen bedrivs. Man kan säga att länderna är tillräckligt lika varandra för att medge jämförelser men tillräckligt olika för att göra sådana jämförelser intressanta.

Syftet med denna rapport är att *beskriva* hur distributionen av receptbelagda läkemedel fungerar i fyra nordiska länder (Danmark, Sverige, Norge och Finland) anno 2003, samt att *identifiera* eventuella skillnader mellan länderna.

Studien har både praktiska och principiella motiv. Ur ett praktiskt perspektiv kan den ses som ett led i samhällets strävan att nå ökad kunskap om alternativa lösningar vad gäller distributionen av läkemedel. Något som i förlängningen motiveras av en önskan att förbättra det svenska systemets prestanda. Rapporten har också tillkommit med stöd från Enheten för Läkemedelsfrågor vid Riksförsäkringsverket, nuvarande Läkemedelsförmånsnämnden, LFN.

Ur ett principiellt perspektiv kan studien bidra till en ökad förståelse för hur ekonomiska system omvandlas. De senaste årens utveckling inom läkemedelsdistributionen uppvisar stora likheter med omvandlingen av den svenska dagligvarudistributionen 1940-1960. Likheterna står att finna i såväl den rådande distributionspraktiken som i de teman och problem som framställs som centrala. När den svenska handelns effektivitet ifrågasattes under senare delen av 1940-talet lyftes prissättnings- och konkurrenspraktiken samt etableringsfriheten fram som de centrala frågorna vid sidan av den s.k. tekniska rationaliseringen. Kritikerna menade att handelns ineffektivitet berodde på de hinder som skapats för den fria konkurrensen. I likhet med läkemedelsdistributionen idag var handeln med dagligvaror vid denna tid prisreglerad genom det så kallade bruttoprissystemet. Effekten av regleringen, menade kritikerna, var att konkurrensen uteslutanden kom att handla om serviceerbjudanden på bekostnad av priskonkurrens, med höga konsumentpriser som följd. Dessutom bedrev handelns parter en privat etableringskontroll som delvis motsvarade den typ av privilegiesystem som fortfarande styr apoteksväsendet i vissa länder. Detta skråtänkande, menade kritikerna, hindrade innovativa detaljhandelslösningar att komma fram.¹

Ett vidare studium av läkemedelsdistributionens omvandling erbjuder en möjlighet att komplettera de historiska studier av marknadsomvandling som gjorts. Denna rapport bör då

¹ Mattson och Kjellberg 1992, Kjellberg 2001.

ses som en förstudie vad gäller den framtida omvandlingen av svensk/nordisk läkemedelsdistribution.

1.1 Tillvägagångssätt / Metod

Initiativet till det forskningsprojekt som avrapporteras här togs av dåvarande Enheten för Läkemedelsfrågor vid Riksförsäkringsverket, nuvarande Läkemedelsförmånsnämnden, LFN. Man önskade göra en jämförelse av hur läkemedelsdistributionen var organiserad i olika länder för att komplettera de prisjämförelser som tidigare gjorts.² I detta avsnitt beskriver vi hur undersökningen utformats och genomförts.

1.1.1 Studiens upplägg

Studiens upplägg diskuterades ingående vid ett antal möten med den referensgrupp som varit kopplad till projektet. I gruppen har ingått företrädare för LFN, Apoteket AB och forskargruppen vid HHS. Framförallt diskuterades valet av länder och produkter att studera. Länderna valdes ut för att de skulle möjliggöra en så god jämförelsegrund som möjligt. De skillnader som kan upptäckas mellan länder med relativt stora likheter, t.ex. vad gäller historisk utveckling, geografi, politiskt system och kulturella drag, ansågs utgöra en bättre grund för analys och reflektion än skillnader mellan länder som uppvisar stora olikheter i dessa dimensioner. Med anledning av detta valdes de fyra nordiska länderna ut som jämförelseobjekt. Läkemedlen valdes ut med två saker i åtanke: dels skulle de säljas i olika beredningsformer, dels skulle de kräva olika saker av distributionskedjan t.ex. behov av kyltransport. Med anledning av detta valdes tre läkemedel ut. Det ena, kallat Silc Insulum, kräver kyltransporter, ett annat är ett storsäljande läkemedel i Sverige och ett tredje finns i en mängd olika beredningsformer. Det ursprungliga upplägget som referensgruppen enades om var att jämföra de nordiska länderna samt Storbritannien, och att följa samma tre läkemedel på dessa nationella marknader. På grund av tids- och resursbegränsningar valdes Storbritannien senare bort.

Under studiens gång har forskargruppen dessutom funnit att distributionen av de utvalda läkemedlen är så lika att det knappast är meningsfullt att göra separata beskrivningar för varje läkemedel. Vi har istället valt att kommentera eventuella skillnader mellan hur läkemedlen hanteras inom ramen för en beskrivning av distributionen i varje land.

1.1.2 Valet av undersökningsmetod

Studiens uttalade syfte, att jämföra läkemedelsdistributionen i ett antal utvalda länder, aktualiserade vissa metodmässiga överväganden. Ett första problemområde vid jämförande studier gäller hur man kan säkerställa jämförbarhet mellan studieobjekten. Problemet blir särskilt akut om man önskar utgå från redan befintliga uppgifter. Vi konstaterade tidigt dels att vår möjlighet att få tillgång till uppgifter varierade mellan länderna, samt att tillgänglig

² Se t.ex. RFV 2002:7 Internationella prisjämförelse av storsäljande läkemedel i Sverige 2001.

nationell statistik inte alltid hade framtagits med samma metoder. Direkta jämförelser på basis av tillgänglig statistik bedömdes därför vara en mindre lämplig metod.

Ett andra problemområde gällde valet av jämförelsenivå. Fördelen med aggregerade jämförelser ligger därvidlag i möjligheten att generalisera. Samtidigt innebär jämförelser på aggregerad nivå att betydande variationer i den underliggande praktiken förblir oupptäckta med negativa effekter på studiens validitet som följd. Vår bedömning, givet existerande aggregerade jämförelser, var att validiteten i en aggregerad studie skulle bli mycket låg.

Ett tredje problemområde gällde möjligheten att fånga dynamiken i de undersökta nationella distributionssystemen. Ett ingångsvärde för studien var att läkemedelsdistributionen var stadd i förändring. En helt statisk studie skulle därför vara svår att genomföra och dessutom missa en viktig aspekt av studieområdet. Hur skulle t.ex. den svenska regelförändringen vad gäller generisk substitution hanteras? Skulle jämförelsen utgå från det system som gällde före 021001 eller på de nya regler som då trädde i kraft? Givet att alla förändringar kräver omställningar som är utsträckta i tiden, hur väl skulle vår jämförelse, oavsett valet av tidpunkt, reflektera den underliggande praktiken?

Slutligen ansågs ämnets uppenbart politiska karaktär medföra vissa metodproblem. All tillgänglig statistik, oavsett om den producerats av statliga organ, branschorganisationer eller individuella företag, har framtagits i ett visst syfte. På samma sätt kan vi anta att den information vi erhållit från våra intervjupersoner delvis är politiskt färgad. Forskargruppens bedömning är att den kontrastverkan som kan erhållas genom att ställa olika företrädares bilder emot varandra ger större möjlighet att bedöma de politiska undertonerna i materialet än om studien i huvudsak baserats på sekundära källor.

Sammantaget har forskargruppen ansett att en kvalitativ metod är bäst lämpad för att uppfylla studiens syfte.

1.1.3 Om våra beskrivningar och vår analys

Vårt angreppssätt bygger på en tredelning mellan empiri, ytstruktur och djupstruktur. Vår utgångspunkt är att objektiva beskrivningar av empiriska fenomen inte är möjliga; alla data är redan strukturerade genom någon aspekt vi lägger på dem.³

Vår beskrivning av läkemedelsdistributionen i de nordiska länderna (kapitel 3-6) bör därmed betraktas som en ytstruktur, snarare än en empirisk redovisning. Beskrivningen är baserad på aktörernas egna bilder av den situation de befinner sig i och därför fylld av kategoriseringar och begrepp som är mer eller mindre spridda i samhället. I den mån begreppen tas för givna av såväl de studerade aktörerna som av forskargruppen, kan det vara svårt att se på vilket sätt materialet är "förstrukturerat." Våra beskrivningar innehåller emellertid inga försök från författarnas sida att introducera begrepp som är främmande för aktörerna själva, för att på så sätt ytterligare strukturera framställningen.

Detta gör vi dock i de analytiska kapitlen (kapitel 7-8), där vi också försöker vara tydliga med vilka begrepp vi introducerar. I dessa kapitel rör vi oss från den observerade ytstrukturen mot en beskrivning som är tydligare teoretiskt laddad. Syftet är att med hjälp av våra begrepp se mönster, alltså djupstrukturer, som inte för närvarande ingår i de

³ Alvesson och Skoldberg 1994.

studerade aktörernas beskrivningar, men som kan visa sig fruktbara antingen för dem eller för andra aktörer som vill påverka den nuvarande praktiken.

1.1.4 Datainsamling och undersökningsmodell

Den genomförda studien kan karaktäriseras som en orienterande förstudie. Det innebär att vi strävat efter att täcka in mycket på bekostnad av djupet i beskrivningarna. Ett stort antal intervjuer har genomförts av civ.ek. Christoffer Holmberg med företrädare för såväl tillverkare, grossister, apotek, branschorganisationer och regleringsinstanser. Dessutom har tidigare rapporter och utredningar på området samlats in.

Undersökningsmodellen som används är relativt enkel. Utgångspunkten är att kommersiella utbyten betraktas som om de skedde i ett nätverk av utbytesrelationer mellan aktörer (företag, organisationer, enskilda individer, etc.). De aktiviteter som bidrar till att realisera dessa utbyten utförs av de involverade aktörerna vilka också äger och/eller kontrollerar vissa resurser som krävs för att utföra aktiviteterna och förverkliga utbytena.⁴

Sammanlagt har 42 personer intervjuats runt om i de nordiska länderna. Intervjuerna varade mellan 90 och 180 minuter. Det är vidare en jämn spridning mellan industri-, grossist- och apoteksled (se Tabell 1). Till detta kommer ett antal observationer som utförts dels hos grossister, dels på olika apotek. De senare gjordes helt utan mall genom ett upplägg där personalen följdes i sitt arbete under uppackning av varor och delvis under expediering av kunder. Samtidigt ställdes frågor som berörde den aktuella situationen.

	Danmark	Finland	Norge	Sverige
Tillverkare	5	2	2	7
Grossister	2	1	3	3
Detaljister	4	4	3	4
Övriga	0	0	0	2

Tabell 1. Antal genomförda intervjuer och observationer.

Sammantaget ligger cirka 150-180 timmars intervjutid och cirka 40 timmars observationer bakom studien. Intervjuerna har genomförts enligt en semistrukturerad modell, men samtliga respondenter har tillåtits tala relativt fritt om de områden som de velat utveckla mer i detalj.

Personer i den ovannämnda projektgruppen har förmedlat vissa initiala kontakter med företrädare för de olika företag och organisationer som ingår i studien. Valet av intervjupersoner har skett genom en s.k. snöbollsmetod, där vi sökt upp organisationer och/eller personer som indikerats av tidigare intervjupersoner. Samtliga intervjupersoner har i texten givits fingerade namn. Där så varit tvunget har också juridiska personer och varumärken maskerats.

Teoretiska resonemang kring de dimensioner vi valt att jämföra de studerade länderna i, återfinns i samband med analyserna, det vill säga i kapitel 7-8.

⁴ Håkansson och Johansson 1992, Gadde och Håkansson 1992, Johansson och Mattsson 1992.

1.2 Rapportens fortsatta disposition

I kapitel 2 beskrivs några trender inom nordisk läkemedelsdistribution 2003. I vilken riktning förändras distributionen av receptbelagda läkemedel? Vilka likheter och skillnader kan observeras mellan de nordiska länderna vad gäller distributionens förändring? Syftet med avsnittet är att ge en allmän översikt över utvecklingen under de senaste 5-10 åren.

I kapitel 3-6 beskrivs läkemedelsdistributionen i de fyra undersökta länderna. Beskrivningarna utgår som tidigare nämnts från de involverade aktörernas egna perspektiv. Fokus ligger på de dynamiska och praktiska aspekterna på läkemedelsdistributionen, d.v.s. hur läkemedelsdistributionen bedrivs, snarare än de statiska och principiella, d.v.s. hur systemet ser ut och är tänkt att fungera. Varje kapitel inleds dock med en principiell översikt där landets distributionssystem, prissättningsregler mm presenteras. Därefter följer en beskrivning av läkemedlets väg från tillverkare till slutkund, d.v.s. användaren. De aktörer som ingår i denna beskrivning är vanligen tillverkare, säljbolag, grossist/distributör/agent, apotek samt slutkund. Eventuella skillnader mellan hur olika läkemedel hanteras diskuteras löpande i texten.

I kapitel 7 görs en systematisk genomgång av, och jämförelse mellan de studerade ländernas distributionspraktiker i ett antal dimensioner. Varje avsnitt inleds med en kort teoretisk diskussion kring dimensionens relevans.

Kapitel 8 behandlar tre teman som vi anser vara av särskilt intresse när det gäller distribution av läkemedel och som även utgör intressanta områden för fortsatt forskning. För det första: hur väljer man att organisera prissättningen av läkemedlen och av de distributionstjänster som utförs; vilka olika prissättningspraktiker används och hur påverkar de distributionseffektiviteten? För det andra: hur påverkas läkemedelsdistributionens effektivitet av att involverade aktörer anser att den egna nationella lösningen i det närmaste är optimal; hur upprätthålls sådana bilder inom respektive land? För det tredje: vad kan vi lära oss av de ansträngningar att förverkliga marknadslösningar som för närvarande görs inom läkemedelsdistributionen i Norden; varför är marknaden så undflyende till sin karaktär?

2 Läkemedelsdistributionens förändring – aktuella trender

Vilka är trenderna på de nordiska marknaderna för receptbelagda läkemedel? Hur beskriver de olika aktörerna distributionen av läkemedel idag? Kapitlet baseras dels på observerade beteenden bland aktörerna i de nordiska länderna, dels på vad dessa aktörer uppfattar som viktiga /distributions/frågor idag, 2003. Kapitlets syfte är att ge en överblick över aktuella trender. Utvecklingsförlopp är dock inte isolerade utan påverkar varandra. Ett andra syfte är därför att något belysa hur de identifierade trenderna hänger samman och hur de kan tänkas påverka varandra. Vi kommer dock inte att föra någon uttömmande diskussion om effekterna av de ansträngningar som görs, t.ex. om ökad integration verkligen leder till kostnadssänkningar.

Vi beskriver sex trender som kan sägas karaktärisera samtliga undersökta marknader, även om det finns en viss variation i hur utmärkande de är. 1) Ökande kostnader för läkemedel, liksom för sjukvård i allmänhet. 2) Föränderliga regelverk/avregleringar. 3) Ökande statlig kontroll. 4) Nya konkurrensmetoder. 5) Ökande vertikal integration. 6) Fokus på effektivitetsförbättringar.

Det är viktigt att betona att det kan förekomma skillnader mellan hur de involverade aktörerna beskriver sin situation och hur vi som forskare lyckas belysa denna situation. Det finns också trender som vissa aktörer uppmärksammar, men som andra antingen inte talar om, eller till och med förnekar. Ett exempel på detta är att man ute på enskilda apotek anser att restnoteringarna ökar, medan man från centralt håll menar att detta inte är fallet. Därmed uppstår frågan om hur väl de trenduppfattningar som aktörerna ger uttryck för, representerar en underliggande praktik. En relaterad, men inte identisk fråga, är hur distributionspraktiken påverkas av aktörernas uppfattningar om i vilken riktning verksamheten förändras.⁵

2.1 De ökande läkemedelskostnaderna

Det faktum att kostnadskurvorna för läkemedel pekar uppåt är ett utmärkande drag och en viktig drivkraft bakom många av de ansträngningar som idag görs för att förändra läkemedelsdistributionen i Norden, även om det inte behöver vara så att distributionen i sig blivit dyrare. Tillgänglig statistik visar att kostnadsökningen gäller såväl läkemedelsförbrukning som total vårdkostnad.⁶

För de läkemedel som faller inom ramen för läkemedelsförmånen ökade kostnaden för den svenska staten från 16,8 till 18,3 miljarder kronor mellan 2001 och 2002.⁷

Egenavgifterna, det vill säga de direkta kostnader som patienterna själva får betala, ökade under samma period från 4,9 till 5,1 miljarder kronor. Sätter man läkemedelsnotan i relation till den totala vårdkostnaden utgör den 10,3 % under 2001 och cirka 10,6 % under 2002.

⁵ Pink M intervju 021104, Wilkinson M och Ford C intervju 021031.

⁶ Andersson D sid. 92ff, Jönsson B (red.) sid. 65ff, KKV 1999:4 sid. 115ff, SOU 2000:86 sid. 61ff.

⁷ Det svenska Apoteket AB omsatte under samma år 31,6 miljarder kronor. I detta belopp ingår dock även försäljning av egenvårdsvaror och beställningar från sluten- och öppenvård på cirka 7,5 miljarder SEK.

Den totala sjukvårdskostnaden utgjorde 7,8 % av BNP i Sverige 2001 och cirka 8 % av BNP 2002.⁸

Många förklaringar kan anföras till att läkemedelsnotorna ökar för varje år. 1) En ökad läkemedelskonsumtion kan sättas i samband med att befolkningarna i länderna åldras. I Sverige står personer som är över 65 år för 40 % av läkemedelsanvändningen och av dem som är över 75 år använder 90 % läkemedel. 2) Det sker en kontinuerlig utveckling av nya läkemedel och terapier som medför att allt fler, tidigare icke behandlingsbara sjukdomstillstånd nu kan behandlas med läkemedel, ett exempel är Alzheimers sjukdom. Det har också tillkommit nya generationer av läkemedel för att behandla t.ex. depressioner och psykoser. 3) Många läkemedel får också en ökad användning i den äldre delen av befolkningen, exempelvis de nya läkemedlen mot reumatiska sjukdomar. 4) Utvecklingskostnaderna för nya läkemedel ökar, vilket resulterar i dyrare läkemedel. En uppskattning är att utvecklingskostnaderna har stigit med mellan 3-5 miljarder SEK per produkt under 1990-talet. Till detta kommer att endast ca. 10 % av de nya framtagna produkterna faktiskt börjar säljas. Dessa måste då bära kostnaderna för de produkter som blir kvar på laboratorienivå. 5) Distributionen av receptbelagda läkemedel är ofta organiserad på ett sätt som hämmar konkurrensen, särskilt priskonkurrensen, vilket i sin tur kan leda till ineffektivitet. I Sverige finns exempelvis ingen konkurrens i apoteksledet och i grossistledet råder enkanalsystem och duopol, med Tamro och KD som aktörer.⁹

2.2 Förändrade regelverk

De ökande läkemedelskostnaderna har anförts som motiv till flera politiska reformer på området under de senaste 10 åren. Några exempel är förändringar av apoteksväsendet, förändringar av distributionssystemet, generisk substitution, parallellimport, bildandet av nya myndigheter och ökad statlig intervention. EU har också gjort en översyn av de direktiv som reglerar bland annat marknadsföring och godkännande av läkemedel.

I sammanhanget skiljer man ofta mellan två typer av förändringar. För det *första*, förändringar som genomförs med syfte att liberalisera, t.ex. att avskaffa gamla apoteksprivilegier, tillåta konkurrens inom detalj- och partihandel, eller tillåta försäljning av icke receptbelagda läkemedel i dagligvaruhandeln. En *andra* typ av förändringar är de som går i motsatt riktning, mot ökad reglering och statlig inblandning. Som exempel kan här nämnas EUs förbud mot direktreklam för receptbelagda läkemedel till slutkonsumenter, Norges förbud för tillverkare att äga grossistverksamhet och inrättandet av nya myndigheter för att öka kontrollen över läkemedelsförsäljningen.

Regelförändringarna leder ofta till rollförändringar för aktörerna. Ett exempel är att staten, genom bildandet av nya myndigheter eller omfördelning av uppgifter mellan myndigheter, tar en mer aktiv del i läkemedelsförsörjningen, t.ex. vad gäller prissättningen av läkemedel. Andra exempel är att partihandeln idag tillåts äga apotek i Norge, att apoteken får inflytande över läkarens förskrivning när regler om generisk substitution införs,

⁸ Hälso- och sjukvårdstatistisk årsbok 2002 sid. 282-301, Apoteket AB läkemedelsutvecklingen 2002.

⁹ SOU 2000:86 sid. 61ff, 164 och 233ff; KKV 1999:4 sid. 6-20, 52-53 och 144ff.

och att apoteken får en kundroll, visavi tillverkare och grossist, när generiska läkemedel säljs.^{10,11}

De förändringar som gjorts är emellertid inte enbart ett resultat av politikernas iver att sänka kostnaderna för vård och läkemedel. En annan viktig faktor är målet att skapa en fri inre marknad inom EU. Denna målsättning har blottat en principiell konflikt mellan det europeiska projektet och de nordiska ländernas organisering av vissa sektorer inom ekonomin i nationella monopol av Systembolagets och Apoteket ABs karaktär. En mängd nationella monopol har också försvunnit under de senaste 20 åren inom apoteks- transport- och post- och tobaksväsendet, för att nämna några exempel. Detta även gäller Norge, som är medlem i EES, även om man valt att stå utanför EU. Norge har i princip följt samma mönster som EU-länderna och är det land i Norden som har genomfört flest avregleringar inom läkemedelsdistributionen.¹²

En vanlig åsikt bland de aktörer som intervjuats i studien är att de senaste årens reformer har inneburit att läkemedel blivit alltmer lika vanliga dagligvaror. "De här varorna är som mjölk," menade en tillverkarrepresentant. Denna förändring tillskrivs delvis avregleringen av läkemedelsmarknaden, men även förändringar i kundernas beteende lyfts fram som en förklaring. I vissa fall söker sjukvårdens patienter själva en mer aktiv roll. I andra fall kan förändrade regler skapa nya möjligheter eller rent av tvinga dem att ta ett större ansvar också för sin medicinering. Detta hänger till exempel samman med det utbyte som sker på apoteken.¹³

Ett exempel på avreglering är att det i Danmark och Norge numera är tillåtet att sälja receptfria läkemedel i dagligvaruhandeln.¹⁴ Det krävs dock särskilda godkännanden av myndigheter för detta. I Norge är det dessutom endast rökavvänjningsläkemedel som i dagläget får säljas i dagligvaruhandeln. Från politiskt håll har detta motiverats med förhoppningen att fler norrmän på så sätt ska sluta röka, vilket tyder på att man anser att tillgänglighet är en viktig faktor för konsumtion. I detta sammanhang är det dock viktigt att påpeka att försäljningen av receptbelagda läkemedel är mångdubbelt större än försäljningen av receptfria dito. Detta gör att den här typen av avreglering inte i sig förväntas få särskilt vittgående konsekvenser för aktörerna på marknaden.¹⁵

Ett annat exempel på regelförändringar är avskaffandet av det statliga grossist-monopolet på läkemedel i Norge i början av 1990-talet. Även här har effekterna varit

¹⁰ Parallelimportörer och generikaproducenter ser apoteken som sina kunder, eftersom det är här utbytet sker. Läkarna, det vill säga förskrivarna, är primärt originaltillverkarnas kunder.

¹¹ Calm P intervju 021128, Nathanson F intervju 021203, Baker M intervju 021015, Direktiv 2001/83/EG om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel (EU), Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (Sverige), LOV 2000-06-02 nr 39: Lov om apotek (Norge), Politisk aftale af 1. november 2000 om modernisering og liberalisering af apotekervæsenet 4. sundhedskontor Dato: 18/06/02 (Danmark).

¹² LOV 2000-06-02 nr 39: Lov om apotek (Norge), Direktiv 2001/83/EG om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel (EU).

¹³ Calm P intervju 021128, Nathanson F intervju 021203, Baker M intervju 021015, LOV 2000-06-02 nr 39: Lov om apotek (Norge), Politisk aftale af 1. november 2000 om modernisering og liberalisering af apotekervæsenet 4. sundhedskontor Dato: 18/06/02 (Danmark), Pressmeddelande IP/01/1027 om förslag till omfattande reform av EUs läkemedelslagstiftning (EU).

¹⁴ I Norge sker denna förändring i november 2003. I skrivande stund är det endast tillåtet att sälja rökavvänjningsläkemedel i t.ex. dagligvaruhandeln.

¹⁵ McKesson S och Sun J intervju 030122, ICA-nyheter 0301110, Politisk aftale af 1. november 2000 om modernisering og liberalisering af apotekervæsenet 4. sundhedskontor Dato: 18/06/02 (Danmark).

begränsade eftersom företaget, Norsk Medisinaldepot, finns kvar och fortfarande är den dominerande aktören inom norsk partihandel med läkemedel.¹⁶

De avregleringar som faktiskt sker innebär inte heller någon ensidig liberalisering. Det vill säga, det är inte frågan om att gå från ett reglerat monopol till en fri marknad. Mycket ofta omgärdas avregleringarna av stränga regler. I Norge är det till exempel förbjudet för läkemedelstillverkare att äga apoteksrörelser, medan grossister däremot tillåts äga hela kedjor av apotek. I Danmark, liksom i Sverige och Finland, är apoteksväsendet fortfarande strikt reglerat och om inte monopoliserat så baserat på privilegier från staten. Däremot tillåts danska apotekare numera att äga upp till fyra apotek. På områden där nationella regleringar saknas träffar distributörer och tillverkare ofta branschomfattande och relationsspecifika avtal som därmed fungerar som en slags reglering.¹⁷

I Sverige kommenterar Apoteket AB regelförändringarna i Norge och Danmark med att det skett en ökad "kommersialisering" av detaljhandeln med läkemedel. Samtidigt är man orolig för att detta kan leda till en minskad fokusering på vad man kallar "bra användning av läkemedel". Det är värt att notera att det rakt motsatta argumentet användes i samband med att man i Norge tillät försäljning av rökavvänjningsläkemedel utanför apoteken. Apoteket AB säger också att "betydelsen av farmaceutisk kompetens minskar vid hanteringen av läkemedel."¹⁸

Sammanfattningsvis menar vi att det sker en omfattande omreglering av parti- och detaljhandeln med läkemedel i de nordiska länderna. Detta är också något som de involverade aktörerna talar mycket om och uttrycker oro och förhoppningar inför. Däremot är det inte frågan om någon ensidig avreglering. Nya regleringar tillkommer när de gamla försvinner vilket innebär att staten ges nya möjligheter att utöva kontroll över läkemedelsdistributionen.

2.3 Ansträngningar att öka den statliga kontrollen

Samtidigt som nya regler införs med marknadsekonomiska förtoner, sker också ansträngningar att öka statens inflytande. Liberalisering och ökad statlig kontroll behöver alltså inte vara skilda åt. Från statlig sida har man också valt att betona de avregleringar och förenklingar av befintliga system som de nya regelverken inneburit, medan man sagt mindre om de nya kontrollmedel som skapats. Det huvudsakliga motivet bakom försöken att öka den statliga kontrollen tycks vara strävan att sänka kostnaderna för läkemedelsanvändningen. Vi har inte träffat någon som tvivlar på, eller ifrågasätter, att statsmakten i respektive land vill öka kontrollen över *kostnaderna*. Flera aktörer förväntar sig att staten kommer att ha fortstätt fokus på sänkta kostnader. Vissa regelförändringar har också en tydlig koppling till detta. I Sverige kan till exempel den nya Läkemedelsförmånsnämnden, LFN, gå in och fatta beslut om ett läkemedel som subventioneras också fortsättningsvis ska

¹⁶ NMD företagspresentation 2003.

¹⁷ McKesson S och Sun J intervju 030122, Avtal mellan staten och Apoteket AB om bolagets verksamhet (Sverige), LOV 2000-06-02 nr 39: Lov om apotek (Norge), LBK nr 657 af 28/07/1995: Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed (Danmark).

¹⁸ Apoteket AB, årsredovisning 2001.

subventioneras. Det blir då upp till läkemedelsbolaget att visa att läkemedlet är kostnadseffektivt.¹⁹

Att få ner kostnaderna för läkemedel är en sak, men det är också tydligt att staten på olika sätt försöker öka sitt inflytande över prisbildningen. I Danmark är det t.ex. tillåtet för grossisten att ge rabatter till de enskilda apoteken under den statligt villkorade förutsättningen att det samtidigt innebär en kostnadsbesparing. Det är alltså inte tillåtet att ge rena mängd- eller marknadsföringsrabatter. Grossisten måste kunna påvisa att den givna rabatten motsvaras av en minst lika stor kostnadsbesparing. I Norge har man diskuterat att offentliggöra grossistens inköpspris eftersom det ges rabatter mellan tillverkare och grossister, något som också införts som del av det nya indexprissystemet för vissa substansgrupper. Tillverkarna är vanligen ovilliga att diskutera denna form av rabatter, men rabatterna finns där och staten verkar för att öka sin kontroll över dem. Idag förhandlas grossistmarginalen inom ramen för apotekens inköpspris mellan grossist och tillverkare.²⁰

I vissa fall driver aktörerna själva på för att få en ökad statlig inblandning. I Sverige vill t.ex. vissa aktörer få definierat vad AIP innebär, det vill säga vilka villkor som ska gälla för avtal som träffas på basis av detta pris. Idag rymmer AIP i praktiken stora skillnader mellan olika leverantörers åtaganden vis-à-vis apoteken.²¹

I förlängningen innebär det ökade statliga intresset och de förändrade regelverken också att statens inblandning närmar sig själva förskrivningen, även om detta inte sägs rent ut. Den fria förskrivningsrätten för läkare står inte oomstridd även om den rent principiellt kvarstår. I Sverige sker kontrollen av förskrivningen genom att det på varje recept återfinns en arbetsplatskod som binder receptet till förskrivarens arbetsplats. Förutsatt att förskrivaren inte markerat att det förskrivna preparatet inte får bytas ut, är det expedierande apoteket skyldigt att byta ut det mot ett billigare om ett sådant finns. Tidigare gällde den motsatta principen, nämligen att förskrivaren markerade om det expedierande apoteket fick byta ut preparatet. Det var dock alltid patienten som gjorde valet, men läkaren var tvungen att markera detta på receptet. Även om skillnaden kan tyckas hårfin, kan den få stor praktisk betydelse.²²

Förutom ett statligt inflytande över förskrivningen, innebär de nya regelverken att både apoteket och grossisten får ett ökat inflytande. I Norge ska exempelvis apoteket byta ut läkemedel enligt reglerna för generisk substitution. Eftersom flertalet apotek ägs av någon grossist får dessa i slutändan ett inflytande över förskrivningen. Detta inflytande består i att grossisten övertar apotekets roll som kund hos parallellimportörer och generikaproducenter. Dessa kommer förmodligen att rikta sina säljinsatser mot koncerner, och inte mot enskilda apoteks chefsfarmaceuter utan reellt inköpsansvar. Således får grossisten inflytande över utbytet och därmed över förskrivningen. Sammantaget leder dessa förändringar till minskat,

¹⁹ Andersson D sid. 92-97, KKV 1999:4 sid. 27-70 och sid. 115-155 (Sverige), Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (Sverige), Modernisering af apotekervæsenet - Et beslutningsgrundlag for en stillingtagen til apotekervæsenets fremtid juli 2000 sid. 8-13 och sid. 17-59 (Danmark), Organisering af lægemiddelsalget i Danmark, november 1999. Betænkning nr. 1380 (Danmark), SOU 2000:86 sid. 51ff. och 383-389 (Sverige).
²⁰ Card C och Parker C intervju 021126, Calm P intervju 021128, Hague C och Lemon C intervju 021125, Lov nr. 468 af 31. maj 2000: Lov om ophævelse om forbudet mod at yde apotekere rabat (Danmark),
²¹ Blanck A föredrag 021024, Åkesson S föredrag 021024, McKesson S och Sun J intervju 030122.
²² Wilkinson M och Ford C intervju 021031, Anell et.al. sid. 21ff, Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (Sverige).

eller i vart fall inskränkt, inflytande från förskrivaren. Staten lägger alltså till priset på läkemedlet som ytterligare en parameter som läkaren måste ta hänsyn till vid förskrivningen. Om inte läkaren gör det, så gör apoteket det.²³

En hittills vanlig lösning i syfte att sänka läkemedelskostnaderna har varit marknadsreformer. Dessa har ofta syftat till att skapa en situation där den som kan sälja för det lägsta priset vinner striden om slutkonsumenten. Målsättningen med reformerna är att skapa förutsättningar för en fungerande priskonkurrens. "Vi måste få den här marknaden att fungera" som en statlig företrädare uttryckte det. Ett tydligt inslag i dessa ansträngningar har varit att förbättra förutsättningarna för parallellimportörer och generikaproducenter. I Sverige infördes regler om generisk substitution så sent som den första oktober 2002. I skrivande stund har såväl Norge som Finland infört regler om generisk substitution. I Danmark har sådana regler funnits sedan 1990-talets början. Det betyder att staten ger parallellimporterade och generiska läkemedel en möjlighet att sälja mer så länge de är billigare. Det finns dock de som hävdar att dessa företag på sikt kväser originalproducenterna eftersom de får intäkter som annars skulle kunna gå till forskning och utveckling av nya läkemedel.²⁴

Sammanfattningsvis leder de statliga försöken att kontrollera läkemedelskostnaderna till en mer aktiv roll för staten, en roll som man är förhållandevis noga med att inte poängtera, även om man *talat* om den. Det som poängteras är i stället kostnadskontrollen. Att denna i sin tur leder till ökat inflytande över till exempel förskrivningen, vilka tillverkare och importörer som får sälja och att grossister och enskilda apotek får ett ökat inflytande, talas det inte lika mycket om. De statliga ansträngningarna påverkar också konkurrenssituationen. Detta sker dels genom direkta beslut som att tillåta försäljning av receptfria läkemedel i detaljhandeln, eller att avreglera apoteksväsendet. Men konkurrenssituationen påverkas också indirekt till följd av regeländringar. Den samlade bilden är att konkurrenssituationen vad gäller såväl tillverkning, partihandel som detaljhandel med läkemedel håller på att ändras radikalt.

2.4 Förändrad konkurrens

Att konkurrenssituationen inom nordisk läkemedelsdistribution ändras när det sker avregleringar och den statliga kontrollen ökar är inget underligt. Det vore snarare konstigt om det inte var så. Konkurrenssituationen håller på att ändras radikalt. Detta är den övergripande trenden. Vad är det då som sker om man granskar den övergripande trenden närmare?

De statliga försöken att bryta trenden med ökande läkemedelskostnader har inneburit en ökad betoning på priskonkurrens; den som kan sälja billigast ska få sälja. Många av de vi talat med menar att priset på ett läkemedel blivit en mycket viktigare faktor än vad det var för några år sedan. Detta kan sägas gälla generellt över hela Norden. Detta innebär att originaltillverkarna i större utsträckning än tidigare möter konkurrens från parallellimportörer

23 Craven P intervju 030409, Phoenix M och Mist R intervju 021025, McKesson S och Sun J intervju 030122.

24 Card C och Parker C intervju 021126, Phoenix M och Mist R intervju 021025, Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (Sverige), LOV 1992-12-04 nr 132: Lov om legemidler m.v. (Norge), Lægemedelstyrelsen Forbrug-Priser-Tilskud nr. 2, juli 92 (Danmark), www.laegemiddelstyrelsen.dk 030313.

och generikaproducenter. Från att ha varit ensamma om en viss produkt på marknaden kan en tillverkares säljkontor plötsligt möta konkurrens från en parallellimportör som säljer samma produkt. Samtliga länder i Norden har idag regler om generisk substitution.²⁵

De marknadsreformer som genomförts har hittills fokuserat på produktmarknaden. I mycket begränsad omfattning har de inkluderat själva distributionsarbetet. Prissättningen i apoteksledet är ofta hårt reglerad, ofta genom någon form av bruttoprissystem, och möjligheterna till priskonkurrens få. I de fall där det ändå finns rivalitet mellan apotek, kan detta leda till en servicekonkurrens som snarast ökar distributionskostnaderna.

Samtidigt som parallellimport och generisk substitution innebär att tillverkarna möter ny konkurrens, får grossisterna ytterligare kunder. Eftersom den sålda volymen i absoluta tal inte påverkas i nämnvärd utsträckning borde parallellimporten vara ett nollsummespel för grossisten. Så är det dock inte, främst beroende på att den strikta säkerhetskontroll som åligger grossisten kontrolleras av tillverkaren mer eller mindre noggrant. De varor som grossisten har i konsignationslager kontrolleras av tillverkarens egen auditingprocess som följer strikta nationella och internationella regler. Hanteringen av de produkter som grossisten köpt är noggrant reglerad i avtalen med tillverkarna. Det är tillverkaren som står ansvaret gentemot slutkunden om en produkt är felaktig, eller till exempel har blivit kontaminerad hos grossisten. Detta gäller oavsett om produkten sålts av dem själva, eller av en parallellimportör. Det innebär därför mindre arbete för grossisten att ta upp en parallellimporterad produkt i sortimentet än att ta upp en helt ny produkt från en helt ny leverantör. Samtidigt gör parallellimportören ofta en ompackning, eller sätter klistretiketter på originalförpackningen. Denna tjänst tillhandahålls ibland av grossisten. Parallellimport kan därför skapa nya affärsmöjligheter för grossisterna och på så sätt bidra till att förändra konkurrenssituationen. När det gäller generikaproducenter så tillför de endast grossisten nya kunder.²⁶

Den prispress som t.ex. regler för generisk substitution innebär för tillverkarna får konsekvenser också för grossisterna. Grossistmarginalen förhandlas bilateralt mellan tillverkaren och grossisten och effekten blir att tillverkaren pressar den så långt ner som möjligt. Med marginaler som närmar sig två till tre procent minskar grossisternas förtjänstmöjligheter. Stordriftsfördelar blir allt viktigare och leder till strukturaffärer och konsolidering. På sikt menar många att endast ett fåtal större grossister får plats på den lilla nordiska marknaden. Man kan också se tecken på att grossisterna försöker finna alternativa vägar för att öka sina marginaler, eller åtminstone bibehålla dem.²⁷

En reaktion på de krympande marginalerna är att försöka integrera framåt och skaffa sig kontroll över detaljhandeln. Detta sker framförallt i Norge och Danmark, men även Tamros VD i Sverige ser positivt på att vara med och utveckla tjänster för att distribuera läkemedel till privatpersoner. En annan reaktion är att integrera bakåt mot tillverkaren. Det kan observeras i samtliga nordiska länder och innebär att grossisten blir mer av en logistikpartner, till exempel genom att driva konsignationslagerverksamhet och tillhandahålla

²⁵ Bergen R intervju 021115, Wilkinson M och Ford C intervju 021031, Craven P intervju 030409, Green M och Black A intervju 021022, Phoenix M och Mist R intervju 021025, McKesson S och Sun J intervju 030122.

²⁶ Hague C och Lemon C intervju 021125, Craven P intervju 030409, Lark T intervju 030227, McKesson S och Sun J intervju 030122.

²⁷ McKesson S och Sun J intervju 030122, Åkesson S föredrag 021024.

olika webbaserade tjänster. En tredje reaktion är att prioritera vissa delmarknader framför andra. I vissa fall erbjuder t.ex. grossister bättre service till kunder inom geografiska områden med många storstäder än till kunder inom glesbygdsområden. I Sverige är detta inte möjligt beroende på grossisternas avtal med Apoteket AB och de regler som Läke-medelsverket tillser att grossisten följer. I Norge är det däremot en realitet. I större städer sker leveranser dagligen, eller till och med två gånger per dag, medan glesbygdsapotek inte kan räkna med dagliga leveranser.²⁸

Förutom de effekter som grossisternas integration framåt har fått på detaljhandeln i Norge och Danmark, har också avregleringarna haft en direkt inverkan. Ett exempel är möjligheten att sälja receptfria läkemedel i dagligvaruhandeln. I Norge har antalet apotek fullkomligt exploderat sedan avregleringen. På ett par år har cirka 100 nya apotek tillkommit, framförallt i de större städerna. Det betyder att konkurrensen på detaljhandelnivå blir mer differentierad, hårdare i större städer men oförändrad eller rent av lägre på landsbygden.²⁹

Avregleringen av de receptfria läkemedlen har också lett till en annan typ av differentiering. I Danmark ger apoteksföreträdare tydliga uttryck för en vilja att ses som en del av sjukvården, allt för att differentiera sig från, och få en konkurrensfördel mot, dagligvaruhandeln. Ett led i denna strävan är internetportalen "www.sundhed.dk", som drivs av Danmarks Apotekerforening. Där kan privatpersoner lägga upp personliga läkemedelsprofiler, få råd om hälsa och information om läkemedel samt beställa recept från sin läkare för vidarebefordran till sitt apotek och få dessa läkemedel levererade hem. En liknande portal finns inte i Sverige. På den konkurrerande internetsidan "www.dit-apotek.dk" är det också möjligt att köpa bland annat receptfria läkemedel on-line. Ett annat exempel på den här typen av differentiering är att Alliance-Unichems norska apotekskedja har gett den farmaceutiska personalen specialutbildning inom diabetesområdet i samverkan med en läkemedelstillverkare.³⁰

I Sverige, där Apoteket AB har en monopolställning, är konkurrensen på detaljhandelnivå låg eller obefintlig. Man kan trots detta skönja en viss proaktivitet hos Apoteket AB som försöker visa sig innovativt och talar mycket om en hårdnande konkurrens. Man har avslutat ett projekt kring elektroniska recept och driver ett för att utveckla elektronisk handel av icke-receptbelagda läkemedel.³¹ Apoteket AB uttrycker också en viss stolthet över att dessa nya idéer växer fram utan att apoteksmarginalen, som fastställs av staten, tillåts öka. Tilläggas bör dock att varken e-handeln eller e-recepten ännu så länge fungerar fullt ut på ett nationellt plan.³² Vid årsskiftet 2002-2003 kunde endast boende i Skåne handla receptfria läkemedel via Internet. Apoteket har heller ingen uppgift om när tjänsten kommer att introduceras nationellt.³³

²⁸ Craven P intervju 030409, Scheifele B föredrag 021024, McKesson S och Sun J intervju 030122, Åkesson S föredrag 021024.

²⁹ Norges Apotekerforening Tekst og tall 2003, Statens legemiddelverk årsrapport 2001 (Norge).

³⁰ Card C och Parker C intervju 021126, Calm P intervju 021128, www.sundhed.dk 030520, www.dit-apotek.dk 030520.

³¹ Elektroniska recept håller på att implementeras i de olika landstingen. Detta är dock upp till respektive landsting. Apoteket ABs lösning anses färdigutvecklad.

³² Enligt uppgifter från Apoteket AB var andelen e-recept i maj 2003 cirka 20 % räknat på hela Sverige..

³³ Apoteket AB, årsredovisningar 1996-2001.

Det statliga intresset och de förändrade reglerna för läkemedelsdistributionen påverkar konkurrenssituationen på de nordiska marknaderna. Samtidigt visar de involverade aktörerna prov på innovativitet när priskonkurrensen hårdnar; nya konkurrensmedel utvecklas och förfinas. Vissa försöker bredda sin marknad, andra försöker finna nischer som gör dem mer attraktiva. Detta gäller både apotek och grossister. Grossisterna integrerar bakåt och framåt, både ägarmässigt och genom att erbjuda nya tjänster. Detaljhandelsstruktur förändras radikalt och försök görs att närma sig sjukvården. I Sverige verkar Apoteket AB vara medvetet om att konkurrenssituationen kan komma att förändras inom en inte alltför avlägsen framtid. Apoteket AB driver också projekt för att utveckla nya tekniska lösningar, även om det uppenbarligen tar längre tid att realisera dessa i Sverige än i vissa andra länder.

2.5 Vertikal och horisontell integration

Samtidigt som läkemedelstillverkarna blir allt större genom fusioner har också ett antal uppköp och sammangående skett som påverkat den nordiska läkemedelsdistributionen. Ett första exempel är sammangåendet mellan Alliance och Unichem, två distributörer som finns representerade på den norska marknaden. Ett andra exempel är att svenska KD har köpts upp av det finländska Orion Pharma som också äger grossisten Oriola. Det är ännu oklart om varumärkena kommer att påverkas av affären. Ett tredje exempel är den tyska distributören Phoenix köp av 35 % av den finländska Tamrokoncernen i början av 2001, vilket gjorde dem till den största enskilda ägaren. Phoenix äger även danska Nomeco och Apokjeden Group i Norge. Delvis kan distributörernas strävan att integrera verksamheten horisontellt och vertikalt ses som en följd av den förändrade konkurrenssituationen, vilken berördes i föregående avsnitt. Samtidigt menar vissa branschföreträdare att tillverkarna är negativt inställda till en alltför hög koncentration av grossistledet. Dessutom är inte aktiemarknaden (2002) lika intresserad som tidigare av fusioner.³⁴

Det finns få tecken som tyder på att tillverkarna försöker integrera framåt vad gäller distributionen av läkemedel. I Sverige äger visserligen fyra läkemedelstillverkare tillsammans drygt 25 procent av Kronans Droghandel, KD, men ägarbildningen har sett ut på detta sätt under lång tid. Icke desto mindre anser KDs konkurrenter att konkurrensen åsidosätts genom kopplingen till tillverkarna. I Norge är det inte tillåtet för tillverkare och förskrivande läkare att äga apotek. En företrädare för apoteken i Norge beskriver det som att en brandvägg placerats mellan detaljhandeln och tillverkarna. Det finns dock flera konkreta exempel på ökande integration på andra områden inom läkemedelsdistributionen.³⁵

Bland grossisterna märks en tydlig strävan att integrera framåt mot detaljhandeln. I Norge avskaffades apoteksprivilegierna 2001 och i samband med detta tilläts också grossister att äga apotekskedjor. Sedan dess har det skett en kraftig koncentration av apoteksväsendet till tre aktörer medan de enskilt ägda apoteken minskat stadigt i antal. De aktörer som gett sig in på den norska detaljhandelsmarknaden är Tamro med cirka 110

³⁴ Scheifele B föredrag 021024, Orion Group årsredovisning 2001, Tamro årsredovisningar 1999-2002.

³⁵ McKesson S och Sun J intervju 030122, Kronans Droghandel årsredovisning 2001, LOV 2000-06-02 nr 39: Lov om apotek (Norge), Scheifele B föredrag 021024, Åkesson S föredrag 021024.

apotek, engelska Alliance-Unichem med cirka 90 apotek och Norsk Medisinaldepot, som ägs av tyska GEHE, med cirka 100 apotek. Alla dessa aktörer har cirka 100 apotek var. Det är svårt att få fram en exakt siffra, eftersom marknaden fortfarande inte är stabil och i princip förändras från månad till månad. De återstående cirka 200 apoteken ägs fortfarande av enskilda apotekare, eller tillhör sjukhus.³⁶

I Danmark, Finland och Sverige är det inte tillåtet för läkemedelstillverkare och förskrivande läkare att äga apoteksrörelser. Trots detta har det skett en ökad integration framåt i framförallt Danmark där den största grossisten, Tamroägda Nomeco, har infört Vendor Managed Inventories, VMI. Detta innebär att Nomeco tar ansvar för de enskilda apotekens lagerhållning. Apotekaren slipper på så vis en hel del arbete samtidigt som grossisten får större kontroll över apotekets försäljning och lagerhantering. Införandet av VMI ska dock inte ses isolerat från övriga former av vertikal integration. VMI är ett utmärkt sätt för grossisterna att förbereda sig inför ett avskaffande av apoteksprivilegierna liknande det som skett i Norge.³⁷

Förutom ambitionen att integrera framåt för att på så sätt komma i åtnjutande av nya marknader framhåller företrädare för grossisterna uppköp som ett sätt att öka den marginal man har att spela på gentemot tillverkarna. Man säkrar distributionskanalen och skaffar sig mer inflytande. Samtidigt försöker grossisterna också integrera bakåt genom att knyta sig närmare tillverkarna. De låga marginalerna gör att tillverkaren ofta får stå risken för varorna även när de ligger på grossistens distributionslager. Däremot har Tamro sålt sin andel av Mölnlycke Health Care och alltså på det sättet backat ut ur det som inte räknas som kärnverksamhet.³⁸

Sammantaget kan man säga att grossisterna integrerar framåt och bakåt, samtidigt som de fokuserar på kärnverksamheten. Det är alltså frågan om en funktionell fokusering som sträcker sig över flera led i distributionskedjan. Denna inriktning verkar också vara intimt förknippad med ett ökat intresse för effektivitetsfrågor och rationalisering. Givetvis bidrar också de krympande marginalerna till detta. Det är dock inte endast på grossistnivå som effektivitetsfrågorna uppmärksammas, även tillverkarna och detaljisterna uppvisar ett stort intresse för dessa frågor.

Även om Norge är det enda land vi studerat där man idag säger sig ha avreglerat apoteksväsendet, menar flera av företrädarna för apoteken att en avreglering av deras verksamhet kommer allt närmare. Ett steg i denna riktning har tagits i Danmark i och med att receptfria läkemedel idag får säljas i dagligvaruhandeln. En tydlig reaktion på denna scenförändring är de danska apotekens ansträngningar att bli en tydligare del av sjukvårdsapparaten genom att erbjuda vissa typer av sjukvårdstjänster såsom blodtryckstagning. Detta kan ses som sätt för apoteken att profilera sig, eller om man så vill skapa sig en egen marknad. Det handlar om att synliggöra den farmaceutiska kompetensen som finns hos personalen. Svenska Apoteket AB har ett stort antal farmaceuter anställda, vilket kan tas som intäkt för att den svenska apotekspersonalen har en hög kompetens.

³⁶ Phoenix M och Mist R intervju 021025, Norges Apotekerforening Tekst og tall 2003, Norges Apotekerforening Årsberetning 2001, Statens legemiddelverk årsrapport 2001 (Norge).

³⁷ Light R intervju 021015, Scheifele B föredrag 021024, LBK nr 657 af 28/07/1995: Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed (Danmark).

³⁸ Scheifele B föredrag 021024, Tamro årsredovisningar 1998-2001.

Apoteket AB strävar också efter att tydliggöra denna kompetens samtidigt som lagstiftaren i och med de nya reglerna för generisk substitution ger farmaceuten ett ökat inflytande. Samtidigt bygger Apoteket AB upp distansapotek som kommer att befästa företagets roll som leverantör till sjukhusen. De nya distansapoteken kommer att fungera som minidistribunaler för dosdispenser, för e-handel och till sjukhusapoteken.³⁹

I Danmark och Norge pågår liknande verksamhet. De tidigare nämnda danska Internetsatsningarna, "www.sundhed.dk" och "www.dit-apotek.dk" är ett exempel. I Danmarks Apotekerforenings årsredovisning för 2001 kan man också läsa om uttalade målet att synliggöra den fackliga expertisen och den rådgivning man får på apoteken. Ett annat exempel är det samarbete som en apotekskedja i Norge har med en tillverkare för att specialutbilda sin personal på ett sätt som påminner om tillverkarsponsrad utbildning av läkare. Apoteken vill alltså bli en tydligare del av sjukvården. För Apoteket ABs del syns också att man tydligt vill befästa detaljhandelns roll gentemot grossisterna.⁴⁰

Det finns en tydlig trend mot ökande vertikal integration inom läkemedelsdistributionen. Framförallt verkar denna drivas av parti- och detaljhandeln. I tillverkningsledet sker framförallt horisontella samgåenden, vilket också sker inom parti- och detaljhandeln. När det gäller detaljhandeln är uppköpen ännu så länge begränsade till Norge. I de andra länderna råder ju fortfarande monopol eller privilegiesystem. Det är också tydligt att den operativa vertikala integreringen ökar. Den är inte bara något man talar om, utan flera aktörer vidtar konkreta åtgärder för att öka samordningen mellan de traditionella distributionsleden.

2.6 Fokus på effektivisering och kvalitetsförbättring

Med krympande marginaler och hårdnande konkurrens blir grossisternas strävan att effektivisera tydlig. De logistiska systemen blir mer och mer slimmade i takt med att marginalerna sjunker. Samtidigt skriver och berättar man gärna om olika typer av kvalitetssatsningar som pågår i hela branschen, både hos enskilda apotek, hos tillverkarna och hos grossisterna.⁴¹

Grossisterna vill leverera färre gånger och göra leveranserna större. I både Danmark, Norge och Finland märks detta tydligt. I Danmark får grossisterna ge apoteken rabatter om de gör besparingar, vilket medför att både grossisten och apoteket tjänar på effektiviseringar. I Norge har antalet leveranser till vissa apotek reducerats till endast ett par gånger per vecka. Grossisternas ökade ägande av apotek i Norge ger också grossisterna nya kontrollmöjligheter.⁴²

Den formella integrationen i grossistledet, både vertikalt och horisontellt, kan också ses i detta ljus. Genom sammanslagningar försöker företagen komma i åtnjutande av olika

³⁹ Card C och Parker C intervju 021126, Calm P intervju 021128, Phoenix M och Mist R intervju 021025, Ally G intervju 021010, Apoteket AB årsredovisningar 1997-2002, Norges Apotekerforening Tekst og tall 2003, Norges Apotekerforening Årsberetning 2001, Statens legemiddelverk årsrapport 2001 (Norge), www.apoteket.se 030603.

⁴⁰ Green M och Black A intervju 021022, Danmarks Apotekerforening Årsrapport 2001.

⁴¹ Apoteket AB årsredovisningar 1996-2002, Danmarks Apotekerforening Årsrapport 2001, Norges Apotekerforening Årsberetning 2001, Norges Apotekerforening Tekst og Tall 2002 och 2003. Tamro årsredovisningar 1998-2001.

⁴² Hague C och Lemon C intervju 021125, Craven P intervju 030409, McKesson S och Sun J intervju 030122.

stordriftsfördelar. KD har till exempel köpts upp av Orion som äger den finländska grossisten Oriola, men Orion planerar att sälja KD inom kort. I Sverige strävar grossisterna också efter att effektivisera, men den stora kunden, Apoteket AB upplevs utgöra ett hinder. De effektiviseringar som grossisten kan kontrollera måste ske "innan" Apoteket. Svenska Tamros VD undrar till exempel om det är möjligt för företaget att prioritera en del av landet framför andra.⁴³

Det skrivs och talas också mycket om kvalitetsförbättringar. Såväl grossister som enskilda apotek uttrycker en strävan att bli ISO-certifierade, eller talar om kvalitetsförbättringar i mer allmänna termer. Det handlar om att säkerställa kvaliteten i tjänsterna och att upprätthålla servicenivåer. Tamro är till exempel noggranna med att påpeka att kvaliteten inte kommer att försämrats, utan snarare förbättras, när effektiviseringar äger rum. Leveranssäkerhet och säkerhet på apoteken och i själva varuflödet är något som både tillverkare och grossist aktivt verkar för att upprätthålla. Tillverkarna har hela avdelningar som arbetar med att kontrollera att säkerheten följs och det görs regelbundna säkerhetsgenomgångar, så kallade audits, hos tillverkarna själva och hos grossisterna. Samtidigt vill alla parter ha en så hög leveranssäkerhet som möjligt. Det hindrar dock inte att restnoteringarna ökar ute på apoteken, eller i alla fall att apotekspersonalen *upplever* att de ökar.⁴⁴

Man talar ofta om effektiviseringar och kvalitetsförbättringar samtidigt. Att förbättra kvalitet borde dock ta olika typer av resurser i anspråk. Därmed borde detta också vara skilt från effektiviseringar som ju ofta innebär besparingar och minskade resurser, eller i alla fall en omallokering av resurser. En annan iakttagelse är att både tillverkare, grossister och detaljister ofta har ISO-certifikat hängande på väggen, utan att ens nämna detta arbete i samband med diskussioner kring kvalitet. Däremot står det mycket att läsa i årsredovisningar och andra publikationer. Möjligen betyder det att orden och certifikatet på väggen är viktigare än innebörden. Däremot är säkerhet i sig inget man negligerar i praktiken. Den upprätthålls och förbättras där så är nödvändigt. Det är något som utmärker hela branschen. Det finns ingen aktör som talar om, eller agerar som om säkerhet vore en underordnad fråga.⁴⁵

2.7 Trender och deras inverkan

För att sammanfatta menar vi att de utmärkande trenderna som påverkar nordisk läkemedelsdistribution anno 2003 är: 1) Att läkemedelskostnaderna stadigt ökar. 2) Att det sker stora förändringar i de omgärdande regelverken. 3) Att staten försöker öka sitt inflytande över verksamheten i syfte att sänka läkemedelskostnaderna. Nya regler ger statliga organisationer en mer aktiv roll inte bara vad gäller finansiering utan också vad gäller hur kostnaderna uppkommer. 4) Att det sker ansträngningar för att förändra konkurrensen i riktning mot ökad pris konkurrens och att aktörerna söker nya vägar för att differentiera sina erbjudanden. 5) Att de olika aktörerna försöker stärka eller bibehålla sina

⁴³ McKesson S och Sun J intervju 030122, Åkesson S föredrag 021024, www.privataaffarer.se 030625.

⁴⁴ Tamro årsredovisningar 1999-2001.

⁴⁵ Hague C och Lemon C intervju 021125, Craven P intervju 030409, McKesson S och Sun J intervju 030122, Observation Tamro 030227.

marknadspositioner genom att integrera såväl vertikalt som horisontellt. 6) Att aktörerna på olika sätt uppmärksammar och arbetar med effektivisering samtidigt som de försöker bibehålla god kvalitet.

Det framgår tydligt av vår genomgång att dessa trender är relaterade till varandra. Trender kan spegla såväl idémässiga som beteendemässiga förändringar och man försöker ofta finna bakomliggande förklaringar till dem. En fråga som aktualiseras är i vilken utsträckning de observerade trenderna kan kopplas ihop med förändrade beteenden? Är trenderna mer än bara prat? De trender vi identifierat kan alla sägas innehålla såväl idémässiga som beteendemässiga inslag. I vissa fall verkar det som om de idémässiga inslagen dominerar. Men även sådana trender kan över tiden komma att få konkreta effekter eftersom de ingår som delar av den verklighet som aktörerna befinner sig i. De som är verksamma inom läkemedelsdistributionen talar och skriver om dessa trender som kan vara mer eller mindre tydliga för dem. I varierande utsträckning baserar de också sina beslut och ställningstaganden på dem. Beslut som både kan förstärka och försvaga bilden av en viss trend. Trender kan på så vis bli både självförverkligande och självförstörande. En trend som man i huvudsak talar om idag kan därför komma att få konkreta effekter imorgon.

Vårt syfte med avsnittet har varit att genom att beskriva ett antal trender peka ut en riktning som den nordiska läkemedelsdistributionen verkar röra sig i. Det är däremot inte möjligt att peka på *en* utlösande faktor till denna rörelse. Över tiden griper trender in i varandra och kan på så vis bli delar av en inbördes förstärkande spiral. Det är därför inte fruktbart att diskutera trender som enskilda specifika faktorer som påverkar varandra enligt ett visst mönster. Dessutom behöver inte trenderna vara oberoende av utvecklingar på andra områden. Det som sker i läkemedelbranschen påverkas i varierande utsträckning också av utvecklingen inom andra branscher, och tvärtom.

En annan fråga som aktualiseras är i vilken utsträckning det går att generalisera trender över en region som Norden. Även om vi kan se tecken på en viss trend på samtliga nationella marknader, medför situationsspecifika faktorer att trenden också får ett lokalt innehåll. Det är möjligt att den ökade integrationen som vi diskuterade ovan kan bidra till en större likriktning vad gäller de nationella delmarknaderna. Samma företag är idag verksamma på flera marknader vilket skapar nya möjligheter till idéspridning. Samtidigt är vissa nationella "egenheter" svåra att sudda ut, t.ex. skillnader i befolkningstäthet etc.

3 Danmark – avregleringar och hög servicenivå

Under de senaste 10 åren har dansk läkemedelsdistribution genomgått stora förändringar. Några av de större händelserna är: avregleringen av försäljningsställen för receptbelagda läkemedel 2001, införandet av bestämmelser om generisk substitution under första halvan 1990-talet och reglering av AIP genom prisstopp och begränsning av de totala läkemedelsutgifterna. Dessutom har de elektroniska recepten gjort sitt intåg. Samtidigt avvaktar de olika aktörerna eventuella regelförändringar gällande läkemedelsförsörjningens och apoteksväsendets framtid.⁴⁶

I Danmark finns 329 apotek.⁴⁷ Alla dessa är anslutna till Danmarks Apotekerforening som dels är en serviceorganisation, dels företräder apoteken gentemot den danska staten. Det är nämligen den danska staten som fattar beslut om etablering av nya apotek, om marginaler, om prisstopp och om tak för läkemedelsnotan med mera.⁴⁸

Samtliga apotek drivs som enskild firma av en apotekare. De stora apoteken betalar en del av sitt överskott till de mindre apoteken via ett statligt system. Hur stor denna summa är beror på hur stor försäljningen av läkemedel har varit på apoteket. Däremot räknar man inte in omsättningen på så kallade frihandelsvaror, det vill säga varor som inte klassas som läkemedel. Staten reglerar dessutom hur stort överskott en apoteksrörelse får ge. Tjänar apotekaren för mycket pengar ett år, så sänks inkomstgränsen nästa år. På så sätt tar staten tillbaka det apoteken tjänar in på frihandelsvaror.⁴⁹

Staten representeras av Läkemedelsstyrelsen som bland annat kontrollerar apoteken och sätter priser på läkemedlen i något som kallas "taksten". Rent principiellt kan tillverkarna, eller deras nationella säljbolag, sätta vilket pris de vill. Läkemedelsstyrelsen reglerar endast det "tilskud" som läkemedlet ska få, det vill säga hur stor förmånen ska bli för användarna. Eftersom "tilskudet" bestäms med hänsyn till priset på läkemedlet i andra EU-länder, hålls priserna nere. Dessutom har staten under 1990-talet infört prisstopp på läkemedel och satt gränser för hur stor den samlade läkemedelsutgiften får vara.⁵⁰

I Danmark finns också regler om generisk substitution. Dessa innebär att apoteken ska byta mellan de läkemedel som Läkemedelsstyrelsen fastställt såsom generiskt utbytbara. Läkemedel som är utbytbara delas in i tre olika klasser, A-, B- och C-läkemedel. I klass A hamnar det absolut billigaste läkemedlet, i klass B hamnar de läkemedel som ligger innanför den så kallade bagatellgränsen på 5DKK och i klass C hamnar de läkemedel som är mer än 5 DKK dyrare. Om en patient vill ha ett klass C-läkemedel får hon själv betala mellanskillnaden.⁵¹

⁴⁶ Card C och Parker C intervju 021126, Calm P intervju 021128, Hague C och Lemon C intervju 021125, Light R intervju 021015, North J intervju 021127, McKesson S och Sun J intervju 030122, Danmarks Apotekerforening Årsberetning 2001-2002.

⁴⁷ Denna siffra gäller förhållandena 2001, men situationen har inte ändrats de senaste åren.

⁴⁸ Card C och Parker C intervju 021126.

⁴⁹ Card C och Parker C intervju 021126, Calm P intervju 021128, North J intervju 021127.

⁵⁰ Andersson D s.28-30 och s.59-60, Anell A och Hjelmgren J s.18-29 och s.44-47, Danmarks Apotekerforening Årsberetning 2001-2002.

⁵¹ Calm P intervju 021128, Hague C och Lemon C intervju 021125, North J intervju 021127, www.legemiddelstyrelsen.dk 030530.

När det gäller distributionstekniska förändringar är det framför allt de elektroniska recepten som gjort sitt intåg. Allt fler recept mottas elektroniskt av apoteken. Dessutom har en av de danska grossisterna börjat erbjuda Vendor Managed Inventories, VMI, vilket innebär att grossisten tar ansvar för det enskilda apotekets lagerhantering.⁵²

Det är nu dags att lyssna till några av de aktörer som återfinns på den danska marknaden och deras åsikter om dagens situation. Vi kommer att få träffa Robert på Silc Corporation, Christopher och Christa på Nomeco och apotekaren Peter.

3.1 Relationen tillverkare - grossist

Från Silc Corporations fabriker transporteras insulinet till företagets danska konsignationslager hos Nomeco Leverandörservice i Köpenhamn. De varor som finns i konsignationslagret ägs av Silc Corporation, men hanteras av Nomeco.⁵³

-För att det ska gå att kontera produkten såsom såld måste den flyttas fysiskt, från konsignationslagret till Nomecos apoteksdivision, eller någon av de andra grossisterna, poängterar Robert.⁵⁴

Robert arbetar på Silc Corporation som logistikchef för den danska marknaden. Det innebär i praktiken att han är den som är direkt ansvarig för att distributionen av Silc Corporations produkter i Danmark fungerar. Det är också Robert som sammanställer den sales forecast som ligger till grund för produktionen hos Silc Corporation.⁵⁵

Från Nomecos konsignationslager sker leveranser till de tre fullsortimentsgrossister som opererar på den danska marknaden. Den största grossisten är Nomeco självt som med en årsomsättning på drygt 900 miljoner € 2001 har en marknadsandel på cirka 70 %. Nomeco ägs av det finländska läkemedelsgrossistföretaget Tamro. De andra två grossisterna är Tjellesen och Max Jenne som i stort sett delar lika på resterande 30 % av marknaden. I samband med försäljningen fördelas Silc Corporations produkter ut från konsignationslagret till Nomecos fem distribunaler, Max Jennes tre och Tjellesens enda distribunal.⁵⁶

-Sales forecasten grundar sig på den historiska försäljningen från lagerhotellet till grossisterna, säger Robert. Christopher invänder dock med att Nomeco inte driver något "hotell". Vi tillför mervärde, säger han. Vi har speciell kunskap i logistik som våra kunder inte har. Det är därför de använder sig av oss istället för att sköta verksamheten själv, berättar Christopher. Vi vill heller inte bli större på den danska marknaden än vad vi är. Det är viktigt att det bibehålls en konkurrenssituation för våra kunder, tillägger han och ler.⁵⁷

Christopher är högt uppsatt chef på Nomeco Leverandörservice. Det är med andra han som har huvudansvaret för de kunder, läkemedelstillverkare och andra importörer, som har varor på Nomecos konsignationslager som rymmer cirka 6000 pallplatser. Silc Corporation är en av de större kunderna när det gäller kylvaror.⁵⁸

Till sin hjälp har Christopher bland andra Christa, som arbetar med kundservice gentemot kunderna på konsignationslagret, bl.a. Silc Corporation. Det är Christa och Robert

⁵² Hague C och Lemon C intervju 021125, Light R intervju 021015, North J intervju 021127.

⁵³ Light R intervju 021015.

⁵⁴ Light R intervju 021015.

⁵⁵ Light R intervju 021015.

⁵⁶ Scott M intervju 021015, Light R intervju 021015, observation Nomeco 021125.

⁵⁷ Hague C och Lemon C intervju 021125.

⁵⁸ Hague C och Lemon C intervju 021125, observation Nomeco 021125.

som har mest kontakt med varandra. Det handlar oftast om olika typer av problem som uppkommer. Så länge allt fungerar som det ska så har de egentligen ingen anledning att tala med varandra. Enligt Christa är dock kontakterna mellan henne och kunderna i konsignationslagret täta. "Jag lägger cirka 90 % av min arbetstid där," säger hon. Resten av tiden går åt till kontakter med de tre grossisterna. Deras beställningar sker dock helt elektroniskt och medför sällan problem. Däremot förekommer det en del direktkontakter mellan Robert på Silc Corporation och grossisterna, t.ex. när det uppkommer restorder, vid retur och vid reklamationer. Det är med andra ord en i det närmaste daglig kontakt det är frågan om mellan de tre aktörerna som "möts" i konsignationslagret. Christa tycker att den kontakt hon har med Robert är bra, men hon påpekar nogsamt att det inte är alla kunder som hon har så tät kontakt med.⁵⁹

-Våra kunder, det vill säga grossisterna, ger en veckoorder till lagerhotellet, säger Robert. De har sedan cirka fyra veckors lager, medan lagerhotellet har åtta veckors lager. I konsignationslagret är Silc Corporation kunden, säger Christopher. Det är Roberts kunder som är våra kunder. Vi är mycket noga med det. Ja, säger Christa, det är vi verkligen. Robert tillägger att Nomeco övertar ansvaret när produkterna flyttas från konsignationslagret till apoteksdivisionens lager en våning upp. Där kontrollerar vi bara att de lever upp till de många kraven på kvalitet. Vi går igenom allt, säger Robert och skrattar. Det är stenhårt.⁶⁰

I Roberts ögon är det de tre grossisterna som är Silc Corporations kunder. Det är det ingen tvekan om. När Silc Corporation säljer varan i konsignationslagret till en grossist passerar äganderätten först från moderbolaget till det nordiska säljbolaget, Silc Corporation Scandinavia. Det är sedan detta bolag som säljer varan till grossisten, som i sin tur säljer till apoteken.⁶¹

Det regionala säljbolaget, Silc Corporation Scandinavia, har ett direkt inflytande på tillverkningen hos moderbolaget genom de försäljningsprognoser som Robert gör. Robert får i sin tur försäljningsstatistik från Nomeco en gång om dagen via e-mail, som ligger till grund för just försäljningsprognoserna. Han använder sedan ett speciellt datorprogram för att läsa den. Moderbolaget har ingen kontakt med Nomeco, förutom via de fraktsedlar som följer med varorna.⁶²

Även om det inte finns några regler som tvingar Silc Corporation att använda sig av Nomecos konsignationslager syns verksamheterna vara väl integrerade. Silc Corporation skulle faktiskt kunna sälja direkt till grossisterna eller till och med till apoteken om de ville. De danska parallellimportörerna säljer t.ex. ofta direkt till grossisterna utan att gå via konsignationslagren.⁶³

För vissa produkter har även Silc Corporation valt andra lösningar, beroende t.ex. på hur de används. För läkemedlet Silc Hemo Cure ligger konsignationslagret ute på de två stora danska universitetssjukhusen Skejby i Århus och Rigshospitalet i Köpenhamn. Läkemedlet ges för att stanna blödningar hos bland andra blödarsjuka och måste därför

⁵⁹ Hague C och Lemon C intervju 021125, Light R intervju 021015, observation Nomeco 021125.

⁶⁰ Light R intervju 021015.

⁶¹ Light R intervju 021015.

⁶² Scott M intervju 021015, Light R intervju 021015.

⁶³ Light R intervju 021015.

finnas tillgängligt så snabbt som det bara är möjligt. Eftersom läkemedlet också är dyrt har Silc Corporation accepterat att stå risken och äga sjukhusens lager.⁶⁴

För de "vanliga" produkterna som går via Nomecos konsignationslager har Robert vissa förhållningsregler. Grossisterna får göra en beställning per vecka och sedan göra en, eller två, tilläggsorder. Denna begränsning av servicen är en ren kostnadsfråga. Att leverera fler gånger än så från konsignationslagret blir helt enkelt för dyrt, menar Robert. Grossisterna får dessutom endast beställa obrutna kollin. Vad som utgör ett kolli varierar dock från produkt till produkt, i fallet Silc Insulum måste dock beställningarna vara relativt stora, eftersom produkten säljer så bra.⁶⁵

Robert och Christa menar att de mest arbetar med olika problem som uppstår. Ofta handlar det om restorder hos grossisterna och hos Silc Corporations tillverkning. Då krävs direktkontakt mellan Christa och Robert för att reda ut om varorna är slut på konsignationslagret, eller bara hos grossisterna. En annan typ av problem rör felaktiga produkter. Patienten vänder sig då ofta till läkaren, eller apoteket, som vänder sig direkt till Silc Corporation Scandinavia. Enligt Robert medför detta normalt ingen kontakt med Christa, eftersom felaktigheterna oftast beror på ett handhavandefel och inte på ett fel i själva produkten. För Silc Corporations del handlar det mycket om att patienten ska kunna vara trygg med sitt läkemedel. Därför tar man ofta på sig mer ansvar än vad som krävs. Exempelvis är man extremt noga med att alltid ge slutkunden rätt vid reklamationer och klagomål.⁶⁶

Christopher, Christa och Robert tycker på det hela taget att det system de är verksamma inom fungerar smidigt och bra. Det är sällan det uppstår problem som inte går att lösa. De problem som uppkommer inom själva systemet rör oftast nya medarbetare. Det krävs alltså en viss inskolning innan allting rör sig friktionsfritt.⁶⁷

-Systemet är väloljat. Löser vi ett problem en gång, så är det löst sedan. Varenda sten är vänd och det finns inget som vi inte har tänkt på, säger Robert.⁶⁸

Den fysiska transporten från konsignationslagret sköts av grossisterna. Vanligen hämtar grossisterna själva de varor de köpt. När Nomecos apoteksdivision gör en beställning flyttar de t.ex. varan från höglagret i bottenvåningen, konsignationslagret, till ett mindre lager på övervåningen, eller kör ut den till någon av företagets övriga fyra distributörer. Tjellesen och Nomeco har dock en speciell överenskommelse som innebär att Nomecos bilar, när de hämtar varor från Tjellesens konsignationslager, också levererar varor från Nomecos konsignationslager. Det omvända gäller för Tjellesens bilar. Man turas alltså om och låter inte en bil gå tom ena vägen. Det innebär att Nomeco och Tjellesen både har ett kund- och ett leverantörsförhållande till varandra. Samma varutransport kommer alltså att representera både kund- och leverantörsrollen beroende på åt vilket håll den kör.

⁶⁴ Light R intervju 021015.

⁶⁵ Light R intervju 021015.

⁶⁶ Lee V intervju 021016, Hague C och Lemon C intervju 021125, Light R intervju 021015, Baker M intervju 021015.

⁶⁷ Hague C och Lemon C intervju 021125, Light R intervju 021015, Scott M intervju 021015.

⁶⁸ Light R intervju 021015.

Leveranserna ut till apoteken ombesörjs av grossisterna med hjälp av mindre skåpbilar såsom till exempel Mercedes Sprinter, eller Volkswagen LT31.⁶⁹

3.2 Relationen grossist - apotek

De danska apoteken är fria att köpa från vilken som helst av de tre grossisterna. Dessa har vad som i Sverige kallas för fullt sortiment, det vill säga de tillhandahåller i princip samma produkter, vilket gör det möjligt för apoteken att byta leverantör. Eftersom alla grossister inte är representerade på samtliga danska öar, finns det dock i praktiken vissa restriktioner vad gäller val av grossist.⁷⁰

Apotekens inköpspris är dessutom detsamma för alla apotek, vilket innebär att det inte finns några större ekonomiska incitament att byta leverantör. Med fasta priser får grossisterna inrikta sig på att konkurrera med servicenivån, till exempel genom att erbjuda flera leveranser per dag eller en viss sortering i de levererade backarna. Grossisternas möjligheter att priskonkurrera begränsas till variationer i betalningsvillkoren, men på senare tid har dock grossisternas möjligheter att priskonkurrera ökat. Efter en lagändring för några år sedan blev det tillåtet för grossisterna att ge rabatter om de kan visa att omkostnaderna minskar. Enligt Christopher handlar det dock endast om rabatter i storleksordningen en till två procent av produkternas pris. Det kan bli betydande summor för apoteken, men incitamenten för apotekarna att öka sina inkomster för mycket är små. Staten tar ju, som påpekats tidigare, tillbaka en för stor inkomstökning nästkommande år.⁷¹

De enskilda apoteken beställer från Nomecos apoteksdivision genom ett elektroniskt system. Leveranser sker sedan vanligen en till två gånger om dagen inom en relativt snäv tidsmarginal. Det finns också möjlighet att beställa och få varor levererade samma dag. Det är ofta restorder som kunder väntar på som levereras samma dag.⁷²

På Nomecos apoteksdivisions lager i Köpenhamn finns det numera inga automatiska band som går runt. I stället åker personalen runt på små elbilar som det får plats åtta stycken backar på. På bilarna finns terminaler som registrerar vilken vara som tas ur hyllan och läggs i respektive back. Terminalerna på plockbilarna är sammanlänkade med det centrala nätverket och därmed kan ordern behandlas och bockas av exakt samtidigt som den plockas. Backarna är i plast, försedda med lock och stora som en halv flyttkartong. I dessa plockas sedan varorna för hand. Personalen har själv fått vara med och utveckla bilarna och enligt Christa har systemet lett till en effektivisering jämfört med automatplockningen. Man har kunnat minska personalstyrkan, samtidigt som möjligheterna att uppfylla apotekens krav på packningen har ökat. Vissa Apotek kräver till exempel att varorna packas i kodordning efter innehållstyp och i bokstavsordning, att det är snyggt och städat i backen, samt att den inte är överfull med varor när locket lyfts av. Kylvaror levereras i backar med frigolitelement som packas inuti kylrummet. De flesta apotek får två leveranser per dag, den senare innehåller främst restorder och kan komma från samma grossist som den första, eller från en annan. Situationen är dock ganska stabil i det att leveranssäkerheten är ganska hög:

⁶⁹ Hague C och Lemon C intervju 021125.

⁷⁰ Calm P intervju 021128, observation Svano apotek 021128.

⁷¹ Calm P intervju 021128, Hague C och Lemon C intervju 021125, North J intervju 021127.

⁷² Hague C och Lemon C intervju 021125.

Nomeco har 97 % leveranssäkerhet till grossisterna och 98-99 % leveranssäkerhet till apoteken.⁷³

-Jag har en muntlig överenskommelse med grossisten. Jag kan byta i morgon, eftersom det egentligen bara är en knapptryckning på datorn det handlar om, säger Peter och ser ganska obekymrad ut.⁷⁴

Peter är apotekare på ett centralt beläget apotek i Köpenhamn. Han har ägt apoteket i drygt två år. Dessförinnan arbetade han som farmaceut på ett annat apotek. Peters apotek är stort med drygt 30 anställda, varav åtta är farmaceuter. Den höga andelen farmaceuter beror på att man är ett av elva danska apotek som har öppet dygnet runt. Det måste alltid finnas en farmaceut på plats. Apoteket omsatte 41 miljoner DKR 2001 och har cirka 800 kunder per dag, av vilka 500 är receptkunder. I genomsnitt expedieras 1,6 olika läkemedel per recept. De allmänna utrymmena i apoteket är mycket mindre än t.ex. i ett svenskt apotek. Det beror på att alla läkemedel förvaras bakom disk. Ren kosmetika finns heller inte i sortimentet, men däremot säljer man tandborstar, dambindor och hudkrämer med mera.⁷⁵

Peter har inget skriftligt avtal med Tjellesen som är den grossist han normalt beställer ifrån. Han säger att Tjellesen ger honom bra priser och villkor som han är nöjd med. Dessutom har han arbetat med dem länge eftersom de också levererade till det apotek han tidigare var anställd på. Det finns med andra ord en inarbetad relation mellan Peter och Tjellesens personal. Enligt Peter söker Tjellesen, som är en av de två mindre danska grossisterna, efter en strategisk partner. Han tror dock att det kan bli svårt att hitta någon om de inte kan visa upp några faktiska avtal med kunder. Peter menar att det är mycket få av Tjellesens kunder som har skriftliga avtal. Enligt Christopher på Nomeco saknar ungefär 50 % av Nomecos kunder skriftliga avtal på grossistnivån.⁷⁶

Till Peters apotek kommer endast en leverans om dagen. Tidigare fick man två leveranser, en stor på morgonen från Tjellesen och en mindre från Nomeco på eftermiddagen.⁷⁷

Nomeco ställde plötsligt ett krav på att få sälja för 500 000 i månaden för att göra eftermiddagsleveransen. Då sa jag "fine" och slutade beställa, berättar Peter. Dessutom har Tjellesen lovat att de levererar på 2 - 2,5 timmar om det skulle vara brådsakande. De tar heller inte extra betalt för den servicen så länge jag inte utnyttjar den.⁷⁸

Beställningen till Tjellesen görs automatiskt av datorsystemet 20.00 varje dag. Varorna kommer klockan 8.15 påföljande dag. Leveransen är alltid punktlig och oftast är det samma chaufför som kommer. Tjellesen levererar en mängd olika typer av backar. För det första finns det två olika storlekar på backar, en normalstor och en som är hälften så djup. Dessutom är backarna färgkodade. Allt som inte är kylvaror kommer i mörkblå backar, medan kylvarorna levereras i ljusblå backar som är tydligt märkta med frostsymboler. Inuti den ljusblå backen finns det tjocka frigolitinsatser. Alla Silc Corporations insulinprodukter som kräver kylförvaring levereras till exempel i sådana backar. Dessutom kommer en vinröd

⁷³ Hague C och Lemon C intervju 021125, observation Nomeco 021125.

⁷⁴ Calm P intervju 021128.

⁷⁵ Calm P intervju 021128, observation Svano apotek 021128.

⁷⁶ Calm P intervju 021128, Hague C och Lemon C intervju 021125, North J intervju 021127, Fredriksbros apotek observation 021127, observation Svano apotek 021128,

⁷⁷ Observation Svano apotek 021128.

⁷⁸ Calm P intervju 021128.

back som innehåller diverse fraktsedlar och en tjock bunt klisteretiketter med streckkoder och prisuppgifter för de levererade produkterna. Dessa slänger man på Peters apotek, men på en hel del apotek används de för att märka upp varorna. Tjellesen levererar alltså prisetiketter till samtliga levererade produkter. En normal dag kommer cirka 25-35 backar, men på måndagar kommer en lite större leverans.⁷⁹

På apoteket finns två personer som delar på en halvtidstjänst för logistikfrågor. Kontakterna med Tjellesen går via en person som Peter och de logistikansvariga känner väl. Dessutom brukar de bli inbjudna till grossisten för att se hur verksamheten där fungerar. Peter är dock lite missnöjd med Tjellesen. På måndagar kommer leveransen först vid 9.30, jämfört med 8.15 alla andra dagar. Det beror på att Tjellesen inte arbetar under söndagseftermiddagarna. Med andra ord måste de packa måndagsleveransen, som är relativt stor, från klockan 6 på måndagen och sedan köra ut den till 9.30. Peter säger att Nomeco arbetar hela söndagen och att det skulle vara möjligt att få leveranser därifrån redan vid 8.15 också på måndagar.⁸⁰

Jag får följa med ut på lagret och se hur man tar hand om en leverans. De levererade backarna är inte fyllda till bredden och förpackningarna ligger snyggt staplade inuti dem. Samtliga backar har märkning med koder och bokstavsordning på ena kortsidan.⁸¹

-Vi lägger varorna direkt på hyllan när vi tar dem från backen. Det finns ingen anledning att kontrollera mot plocklistor, eller följsedlar, säger Peter. Tjellesen garanterar att de inte gör fel. Vi spar tid och skulle det bli fel så rättar vi till det enkelt. De skickar en taxi med varan och det är heller inga problem att bli krediterade.⁸²

Kylvarorna tas om hand först och läggs in i kylarna. Därefter tar personalen hand om övriga produkter. Det går snabbt och smidigt, eftersom man direkt ser att det till exempel är frågan om receptfria läkemedel på A-C. Det är bara att flytta varorna från backen till hyllan. Narkotiska preparat placeras i samma hyllor som övriga läkemedel, men här sker det en noggrann plockkontroll. Valet av placering beror dels på att apoteket aldrig stänger och dels på att man anser att stöldrisken minskar om det inte går att urskilja var de narkotiska läkemedlen finns. Sammanlagt arbetar cirka 3-4 personer med upppackningen som är klar på två-tre timmar.⁸³

Ute i butikslokalen strömmar kunderna och recepten in.

Vi får tio gånger fler elektroniska än faxade recept numera, säger Peter, samtidigt som det fullkomligen sprutar recept ur recept skrivaren.⁸⁴

Systemet som började användas på ett litet antal apotek i Köpenhamn för några år sedan fungerar som en elektronisk brevlåda som töms automatiskt vid vissa tillfällen under dagen. Patienten går från läkaren till apoteket som redan gjort i ordning receptet. Så fort det droppar ut ur skrivaren gör Peter, eller någon av de andra i ordning det för avhämtning. Alla expeditioner dubbelsigneras och minst en farmaceut måste alltid skriva på. Systemet med

⁷⁹ Observation Svano apotek 021128.

⁸⁰ Observation Svano apotek 021128.

⁸¹ Observation Svano apotek 021128.

⁸² Calm P intervju 021128.

⁸³ Observation Svano apotek 021128.

⁸⁴ Calm P intervju 021128.

elektroniska recept är fortfarande under utveckling. Inom kort kommer det att kunna slå larm om till exempel en viss dosering inte passar till barn.⁸⁵

-Kärnkompetensen på apoteken är att ge rätt och bra information, säger Peter. Det är därför vi nu arbetar mot att uppnå en ISO-certifiering av verksamheten.⁸⁶

När det gäller det farmaceutiska är apoteken redan strikt reglerade, men det finns ingen som bryr sig om hur vi behandlar kunderna. Man kan inte bara förbise hur de behandlas, säger han. För apoteket har t.ex. de nya reglerna om substitution skapat en del problem när det gäller kontakterna med kunderna.⁸⁷

-Det är ofta problem med läkemedel som är A-klassade i taksten. Tar de slut och vi bara har C-klassade läkemedel hemma så måste kunden betala mellanskillnaden. Vi får inte lov att ge rabatter, säger Peter.⁸⁸

Det är svårt för apoteken att hålla reda på vad som är A-, B- och C-preparat. Ibland är det också svårt att förklara för patienten varför bytet sker, även om Peter menar att detta håller på att mattas av. Om kunden motsätter sig bytet innebär det dubbelt så mycket arbete för apoteket. Då måste nämligen en helt ny expediering göras. Det betyder att man måste upprepa en mängd procedurer i datorsystemet, vilket tar tid.⁸⁹

Peter menar att Läkemedelsstyrelsen skulle kunna släppa kontrollen över vissa saker om alla apotek blev ISO-certifierade. Samtidigt verkar de vara ganska motvilliga till det. Det räcker dock inte med att kvalitetssäkra kundhanteringen, menar Peter. Det är också viktigt att apoteken i mycket större utsträckning blir en tydlig del av hälso- och sjukvården. Problemet för apoteken är att de idag är en del av denna, men inte får något som helst betalt för det. Informationen de ger är gratis, ett exempel på detta är hälsoportalen www.sundhed.dk som apotekarföreningen investerat stora summor i. Det är få personer som är villiga att betala 75 DKK för en blodtrycks-, eller blodsockermätning på apoteket om de kan få det gjort utan kostnad på vårdcentralen. Peter menar att det är extremt viktigt att det kommer in en tredjepartsbetalare, precis som i sjukvården. Han är dock övertygad om att det kommer att hända mycket i framtiden. Systemet kommer att förändras, menar han. Det vi har sett hittills är bara en början.⁹⁰

Systemet med uppdatering av "taksten" var 14e dag innebär att läkemedel som klassas om från A eller B till C plötsligt blir mycket svårare att sälja. Vanligen returnerar dock inte Peter dessa läkemedel. Det beror på att det sker ständiga prisändringar och att det då är bra att ha produkterna i lager. Kring detta resonerar dock apotekare olika. Minimigränsen för att få skicka tillbaka en vara till grossisten är hos Tjellesen 150 kr per varunummer. Enligt Peter skickar han tillbaka ungefär en back i månaden. Hos Nomeco sysselsätter dock hanteringen av retur och destruktions en hel avdelning på den stora anläggningen strax utanför centrala Köpenhamn. Även hanteringen av restorder skapar relativt stora problem. Seloken ZOC har till exempel varit restnoterat under lång tid hos både grossisterna och apoteken. Det är dock sällan så att en produkt är slut hos en grossist, men inte hos en

⁸⁵ Calm P intervju 021128, observation Svano apotek 021128.

⁸⁶ Calm P intervju 021128.

⁸⁷ Calm P intervju 021128.

⁸⁸ Calm P intervju 021128.

⁸⁹ Calm P intervju 021128, North J intervju 021127.

⁹⁰ Calm P intervju 021128.

annan. Nomeco meddelar också apoteken anledningen till att en viss produkt är restnoterad hos dem. Det står om det beror på tillverkningsproblem, eller att den bara är tillfälligt slut etcetera.⁹¹

Halkar ett läkemedel ur taksten, vilket sker om läkemedlet är restnoterat längre än 14 dagar, får det fortfarande säljas av apoteken. Det är däremot den enskilde apotekarens ansvar att produkten blir prissatt på rätt sätt, det vill säga att tilskudet blir rätt i förhållande till produktens pris. Det innebär alltså att Läkemedelsstyrelsen inte berättar hur stort det så kallade "tilskudet" ska vara. Det är alltså i realiteten mycket svårt att sälja dessa läkemedel. De blir liggande och returneras ofta. Dessutom får apotekaren ingen information om huruvida ett läkemedel försvunnit ur taksten på grund av ett indraget försäljningstillstånd, eller för att det varit restnoterat för länge.⁹²

Enligt den officiella statistiken från Sundhedministeriet följer de flesta apotek reglerna om substitution. I januari 2002 var det endast 7,3 % av expedieringarna C-klassläkemedel, medan 71,5 % var A-klassläkemedel. Resterande expedierade läkemedel föll alltså inom den så kallade bagatellgränsen. Förskrivaren får inte denna information. Det är upp till apoteken att genomföra bytet. En apotekare kan också bli av med sitt tillstånd om hon inte följer reglerna. Det är egentligen den enda sanktion som Läkemedelsstyrelsen har att ta till. Det har däremot förekommit en hel del fusk där apoteken utnyttjat de ständiga prisändringarna.⁹³

*-För offentliggjordes taksten på torsdagar, när priserna började gälla på måndagar, säger Peter. Vissa apotek beställde då in varor med en aviserad prishöjning och fick dem levererade på fredagen. Sedan returnerade man varorna på måndagen till det högre priset.*⁹⁴

Grossisterna får ge apoteken rabatter om de samtidigt kan sänka sina egna kostnader. Det innebär i praktiken att man säljer samlingsförpackningar, så kallade "samlepakker." Detta leder dock till att apotekens lager ökar. I genomsnitt har lagren ökat med cirka 10 % ute på de enskilda apoteken. När det gäller handelsvaror, och läkemedel som säljs i dagligvaruhandeln, får rabatter dock ges helt oreglerat. För dessa produkter har det också bildats inköpskedjor som pressar priserna och ökar marginalerna för apoteken. Det är dock alltid frågan om att köpa in stora kvantiteter också för de enskilda medlemmarna, vilket gör inköpskedjorna mindre attraktiva för de mindre och medelstora apoteken.⁹⁵

3.2.1 VMI – grossisten i apoteket

En relativ nymodighet på den danska marknaden är Nomecos satsning på att erbjuda apoteken "Vendor Managed Inventories." Detta började man med för två år sedan, och syftet är enligt Christopher på Nomeco att underlätta för apoteken.⁹⁶

-För det första behöver apotekaren inte bry sig om sitt lager, säger Christopher och skrattar. Vi sköter lageroptimeringen och packar ibland till och med upp varorna. Vi garanterar 99 %

⁹¹ Card C och Parker C intervju 021126, Calm P intervju 021128, North J intervju 021127. Fredriksbros apotek observation 021127, observation Svano apotek 021128.

⁹² Card C och Parker C intervju 021126, Calm P intervju 021128.

⁹³ Card C och Parker C intervju 021126, Calm P intervju 021128, observation Svano apotek 021128, Sundhedsministeriet brev till Danmarks Apotekerforening 020117.

⁹⁴ Calm P intervju 021128.

⁹⁵ Card C och Parker C intervju 021126.

⁹⁶ Hague C och Lemon C intervju 021125.

leveranssäkerhet och tar ansvaret för eventuella restorder. Det finns exempel där apoteket kunnat minska sin personal till följd av VMI, berättar han vidare.⁹⁷

Apoteken får betalt i form av ökade rabatter för att de väljer VMI. Generellt medför VMI att apotekens lager ökar, menar Christopher. Detta har dock inte så stor betydelse för den enskilde apotekaren, menar Christopher vidare, eftersom grossisten ändå i stor utsträckning finansierar lagret. Apoteken har alltså så lång kredittid att de hinner sälja varan innan de ska betala för den. Finansieringen av systemet sker inom ramen för grossistens marginal. Syftet med VMI från Nomecos sida är att knyta apoteken närmare sig, samtidigt som man sparar resurser genom att sänka sina kostnader och får kontroll över försäljningen. VMI ger också Nomeco möjlighet att i större utsträckning styra försäljningen, eftersom man övertar kontrollen över de enskilda apotekens lager. En annan stor fördel med VMI är att systemet hjälper apotekaren att hitta rätt bland vad som är A-, B- och C-klassade läkemedel, eftersom Nomeco övertar ansvaret för detta. Apotekaren slipper helt enkelt göra det jobbet. VMI ger alltså apoteken mer tid att ägna sig åt kunderna. Apotekarförbundets uppmätta genomsnittstid för att hantera en orderrad under hanteringen på apoteket ligger på 57 sekunder. Målet är alltså att sänka denna tid för att kunna lägga den på kunderna istället.⁹⁸

Givetvis innebär VMI också en del nackdelar. Grossisten får ett mycket stort inflytande över vad och hur mycket som apoteken ska köpa in och lägga på lager. Det finns också en stor risk att den logistiska kompetensen försvinner från apoteken, vilket medför att apoteken så att säga hamnar i grossistens händer. Likaså hamnar beslutet om den generiska substitutionen i förlängningen hos Nomeco, eftersom det blir Nomeco som i praktiken får avgöra vilka läkemedel, inom bagatellgränsen, som ska finnas på de enskilda apoteken. Detta innebär att kundrollen förskjuts för produkter inom bagatellgränsen. Utan VMI är det apoteken som parallellimportörerna marknadsför sig mot, men med VMI blir det Nomeco som övertar den rollen. Dessutom försämras apotekens möjlighet att byta grossist drastiskt. Apoteken blir mycket mer beroende av Nomeco, eller de grossister som erbjuder VMI.⁹⁹

3.3 Vem bestämmer? Perspektiv på inflytande och makt

Nomeco har med sin marknadsandel på 70 % en dominerande ställning i det danska grossistledet, vilket också speglas i grossisternas syn på situationen. Däremot framhåller Nomeco att man inte vill öka sin marknadsandel, utan att målet snarare är att hålla marknadsförhållandena stabila. Ser man till grossisternas position i förhållande till de andra aktörgrupperna är de ganska klämda mellan apoteken och tillverkarna. Tillverkarna, eller andra säljare av läkemedel, kan välja var de vill ha sin konsignationslagerverksamhet, om de

⁹⁷ Hague C och Lemon C intervju 021125.

⁹⁸ Card C och Parker C intervju 021126, Hague C och Lemon C intervju 021125.

⁹⁹ Card C och Parker C intervju 021126, Calm P intervju 021128, Hague C och Lemon C intervju 021125, North J intervju 021127.

har någon sådan. Å andra sidan måste tillverkarna sälja till samtliga grossister.¹⁰⁰ Det är alltså stor skillnad mellan den reguljära grossistverksamheten och konsignationslagren.¹⁰¹

Apoteken kan relativt enkelt byta mellan olika grossister. Det behövs i stort sett bara en knapptryckning eftersom grossisterna sällan har skriftliga avtal med apotekarna. Grossisterna konkurrerar om apotekens inköp med sina servicenivåer, även om dessa är förhållandevis stabila. Vissa försök görs också att reducera servicenivåerna från grossisternas sida, men eftersom detta medför risker för kundförluster är det svårt för grossisten att driva igenom förändringarna. Numera är det dock tillåtet att i viss mån priskonkurrera, även om villkoren för priskonkurrens är strikt reglerade; rabatter måste vara tydligt kopplade till kostnadsbesparingar för grossisten.¹⁰²

Grossisten har en tydlig kundroll gentemot tillverkarna, eftersom dessa *måste* sälja till grossisterna, medan grossisterna i sin tur befinner sig i ett läge där en del av företaget kan ha tillverkaren som kund, i konsignationslagerverksamhet, medan en annan del av företaget kan vara *tillverkarens* kund. Det är inte underligt att Nomeco är noga med att påtala att man tydligt skiljer på konsignationslagerverksamheten och grossistverksamheten.¹⁰³

Apotekens inflytande över grossisten begränsas om apoteken väljer att använda sig av VMI. Då förskjuts inflytandet från apotek till grossist på liknande sätt som i Norge där grossisterna tillåts äga apotek. Eftersom VMI på ett ömsesidigt avtal är dock effekten inte är lika stor. Apotekaren kan säga upp avtalet om hon upplever att det är bättre att sköta lagret och beställningarna på egen hand. På lite sikt kan dock omställningar av denna typ, trots att de är principiellt möjliga, bli praktiskt svåra att genomföra eftersom kunskap och rutiner för att hantera aktiviteterna kan gå förlorade.¹⁰⁴

Danska staten har ett stort inflytande, liksom Apotekarföreningen. Den danska läkemedelsdistributionen är hårt reglerad. Staten håller kontrollen över apotekens marginaler och reglerar effektivt vinsten från år till år. På senare år har man också luckrat upp privilegierna genom att tillåta försäljning via dagligvaruhandeln. Apotekarföreningen är den organisation som förhandlar marginaler med staten och bestämmer vem som ska få äga apoteken.

Vem som har mest inflytande i det danska systemet är svårt att säga. Apoteken har ett tydligt inflytande över grossisterna, medan staten hela tiden håller en vakande hand över verksamheten och också ändrar förutsättningar när det behövs. Det *enskilda* apoteket har idag en mycket stark ställning i Danmark.

¹⁰⁰ Hague C och Lemon C intervju 021125, Light R intervju 021015, observation Nomeco 021125.

¹⁰¹ Att tillverkarna har stort inflytande över konsignationslagerverksamheten är inte unikt för Danmark. Det gäller alla de observerade länderna.

¹⁰² Card C och Parker C intervju 021126, Calm P intervju 021128, Hague C och Lemon C intervju 021125, North J intervju 021127, Informationsmaterial från Danmarks Apotekarförening.

¹⁰³ Hague C och Lemon C intervju 021125.

¹⁰⁴ Scott M intervju 021015, Hague C och Lemon C intervju 021125, Light R intervju 021015, Informationsmaterial från Danmarks Apotekarförening.

4 Sverige – apoteksmonopol och enkanalsystem

Den svenska läkemedelsdistributionen skiljer sig på två avgörande punkter från de system som finns i Danmark, Finland och Norge. För det första drivs apoteksledet av ett statligt ägt monopolföretag, Apoteket AB. För det andra drivs partihandeln som ett så kallat enkanalsystem, vilket innebär att varje produkt endast säljs genom en grossist. Det är dock inte tillåtet för tillverkare och importörer att skriva avtal om hela sitt sortiment. Detta har den svenska konkurrensmyndigheten satt stopp för. Avtal med grossisterna sker på produktnivå och endast för ett år i taget.¹⁰⁵

I Sverige finns cirka 800 öppenvårdsapotek. Samtliga ägs av Apoteket AB som har 11 500 anställda. Under de senaste 10-15 åren har företagets roll förändrats och Apoteket AB verkar idag på en monopolmarknad där de varken sätter sina priser, eller kontrollerar partihandeln. I början av 1990-talet beslöt det dåvarande Apoteksbolaget att sälja ut en större del av sitt innehav i dåvarande ADA, Apoteksbolagets distributions AB. Företaget, som idag heter Tamro Sverige AB, är fortfarande en av de två dominerande grossisterna i landet tillsammans med Kronans Droghandel, KD. Apoteket AB har dock kvar en ägarandel på 18 % och därmed en styrelserepresentant i Tamrokoncernen. Inom svensk läkemedelsdistribution är alltså staten representerad inte bara av myndigheter, utan också av Apoteket AB.¹⁰⁶

En andra förändring som skedde under 1990-talet var att prissättningsfrågorna fördes över till Riksförsäkringsverket. Det är alltså staten som har ansvaret för hela prissättningsprocessen. I takt med att kostnaderna för läkemedel har ökat har staten tydligt markerat att man vill öka sitt inflytande över kostnadsutvecklingen. Både 1997 och 1999 genomfördes förändringar i läkemedelsförmånen som ökade andelen egenavgifter. Under hösten 2002 bildades en ny myndighet som ska sätta läkemedelspriser inom ramen för den nya läkemedelsförmånen. Myndigheten fattar också beslut om vilka läkemedel som ska ingå i förmånen. Alla tillverkare och importörer som vill ha sina läkemedel statligt subventionerade måste låta Läkemedelsförmånsnämnden, LFN, sätta Apoteket ABs inköpspris, AIP. På basis av detta bestäms Apotekets försäljningspris till slutkunden, AUP, med hjälp av ett antal kalkylformler. Lite förenklat kan man säga att det fasta kronpåslaget ökar ju högre priset blir samtidigt som det procentuella påslaget minskar.¹⁰⁷ Grossistens marginal ingår i AIP och är alltså en förhandlingsfråga mellan tillverkaren/importören och grossisten.¹⁰⁸

Att läkemedel i princip med automatik är subventionerade kan ur ett samhällsekonomiskt perspektiv på sikt leda till att utrymmet för andra angelägna åtgärder inom hälso- och

¹⁰⁵ Butler O och Schough M intervju 021007.

¹⁰⁶ Apoteket AB årsredovisning 2001, Tamro AB årsredovisning 2001, www.lfn.se 030315, McKesson S och Sun J intervju 030122.

¹⁰⁷ Så här ser formeln ut med beloppen i SEK (AIP är Apoteket ABs inköpspris): <34,25 (receptbelagda) = AIPx1,30+19,80; <34,25 (receptfria) = AIPx1,70+6,20; >34,25 - 75,00 = AIPx1,20+23,30; >75,00 - 300,00 = AIPx1,08+32,30; >300 - 2000,00 = AIPx1,07+35,30; >2000,00 - 4980,00 = AIPx1,015+145,30; >4980,00 = AIP+220,00.

¹⁰⁸ Andersson D s. 56, www.lfn.se 030315.

*sjukvården minskar. [...] Syftet är att LFN genom sin verksamhet ska medverka till en rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning i samhället.*¹⁰⁹

När det gäller förändringar inom detaljhandeln i Sverige utreder Apoteket AB i samarbete med ett antal landsting fortfarande införandet av elektroniska recept. Utvecklingsarbetet har pågått sedan 1996-1997 och är nu avslutat. I oktober 2002 var det dock ingen av de tre storstadsregionerna som hade över 8 % elektroniska recept, i Stockholm var andelen 3 %. I maj 2003 var den totala andelen e-recept för hela landet ca. 20 %.¹¹⁰ En relativt nyligen genomförd förändring är införandet av regler för så kallad generisk substitution i oktober 2002. Reglerna föreskriver att apoteken ska byta ut förskrivna läkemedel mot av Läkemedelsverket godkända billigare alternativ. Reglerna är utformade så att ett apotek alltid ska tillhandahålla ett billigare alternativ, där sådana finns, och göra ett byte om inte kunden vill betala mellanskillnaden.¹¹¹

Det är nu dags att lyssna till några av aktörerna på den svenska marknaden och deras åsikter om dagens situation. Vi kommer att få träffa Andrew och Miriam på Silc Corporation Scandinavia, Steven som arbetar för en annan tillverkare, Steve, Jo och Toby på Tamro Sverige, samt Gordon, Mary och Christine på Apoteket AB.

4.1 Relationen tillverkare – grossist

Från Silc Corporations tillverkningsenheter transporteras produkterna till Tamro i Malmö, där varorna läggs på konsignationslager. Konsignationslagret är ett höglager för pallar. På Tamros största anläggning i Stockholm är höglagret helt automatiserat med datorstyrda truckar som åker runt och hämtar varor. Silc Corporation i Danmark hyr in de bilar som sköter transportererna till konsignationslagret och är även ägare till de produkter som finns i lagret, trots att dessa hanteras av Tamro. Det svenska säljbolaget, Silc Corporation Scandinavia, ansvarar formellt sett varken för transportererna eller produkterna.

*-Vi är både kund och leverantör hos Tamro, säger Miriam. Det beror på enkanalsystemet. När jag ber henne förtydliga tänker hon efter och säger sedan: De få ju dels betalt för hanteringen på konsignationslagret, dels köper de våra produkter till distribunalen.*¹¹²

Miriam arbetar på Silc Corporation Scandinavia, koncernens svenska säljbolag, som logistikansvarig på den svenska marknaden. Hon har arbetat många år på företaget och känner väl till rutiner och hur saker och ting sköts. Miriam är ansvarig för distributionen av Silc Corporations produkter i Sverige. Hon är också med och sammanställer den sales forecast som ligger till grund för de beställningar som görs från produktionen.¹¹³

När behov uppstår på de olika distribunalerna flyttas produkterna från konsignationslagret i Malmö till någon av Tamros fyra svenska distribunalen.¹¹⁴ Det sker alltså en fysisk förflyttning av varorna. Samtidigt med denna förflyttning övergår ägandet från Silc Corporation till Tamro, via säljbolaget Silc Corporation Scandinavia. Det finns också

¹⁰⁹ www.lfn.se 030315.

¹¹⁰ Mätt på antalet förstagångsrecept. I maj 2003 var dock 20 % av recepten i hela Sverige e-recept.

¹¹¹ Apoteket AB årsredovisning 2001, Implementeringssteg för e-recept per landsting t.o.m. oktober 2002.

¹¹² Scott M intervju 021015.

¹¹³ Scott M intervju 021015.

¹¹⁴ Distribunalen finns i Göteborg, Stockholm, Malmö och Umeå.

importörer och tillverkare som äger produkterna ända tills Tamro säljer dem. Detta är fallet för cirka 20 % av de produkter som finns på distribunalerna.¹¹⁵

Tamro Sverige omsatte cirka 1,5 miljarder Euro 2001, vilket motsvarar cirka 15 miljarder SEK. Det andra stora partihandelsföretaget på den svenska marknaden, KD, har tre distribunaler. Med en marknadsandel på 48,5 % är KD ungefär lika stort som Tamro. KD distribuerar dock inga av Silc Corporations produkter i Sverige. Trots att avtalen mellan tillverkaren/importören och grossisten träffas på produktnivå och endast för ett år i taget är det mycket ovanligt att samma tillverkare, eller importör, säljer sina produkter genom olika grossister. Sådana situationer har till exempel uppstått vid sammanslagningar, då det ena företaget haft KD som grossist och det andra Tamro. Enkanalsystemet är dock inte lagstadgat utan är mer att se som ett "beteende" från branschens sida.¹¹⁶ Själva enkanalsystemet som sådant ska dock skiljas från de regler som konkurrensmyndigheten satt upp angående avtal på produktnivå med mera.

Förändringar i lagersaldona på Tamros konsignationslager registreras automatiskt i Silc Corporations SAP-system vid in- och utleverans. Varje fredag gör Silc Corporation Scandinavia en matchning mellan den förväntade försäljningen till grossisten, den så kallade forecasten, och vad som finns i lager. Detta utgör sedan underlag för ordern till tillverkningsenheterna. Läkemedelskonsulenternas prestation bedöms däremot till största delen på basis av de rapporter om apotekens försäljning som Apoteket AB förser Silc Corporation med varje månad. Själva forecasten gör Miriam tillsammans med försäljningsanalytikerna. För information om vad som säljs från grossisten till apoteken har Miriam tillgång till Tamro Web Analys, eller TWA, som visar lagerrörelser och försäljning till apoteken fördelat på apotek och distribunaler. KD försökte under 1990-talet utveckla ett system för att generera orderförslag till tillverkaren, det vill säga göra forecasts. Det stupade på en mängd faktorer, bland annat att grossisten inte har kunskap om nylanseringar. Det finns inga regler för hur stort lager Silc Corporation ska ha i landet, däremot styr Apoteket AB partihandelns lagernivåer eftersom de ställer krav på leverans inom 24 timmar.¹¹⁷

-Jag har kontakt med Tamro nästan varje dag, berättar Miriam. Det flyter så bra. När saker och ting faller utanför ramarna kommer de till mig. Ibland är det rent sociala kontakter. De ringer och frågar hur jag mår. På sätt och vis är vi nog kollegor, säger Miriam vidare.¹¹⁸

-Jag har mest kontakt med Tamro när det gäller marginalfrågor, det vill säga vad de ska få betalt, och när jag blir arg på dem, säger Andrew och skrattar.¹¹⁹

Andrew arbetar som finansdirektör på Silc Corporation Scandinavia. Han har arbetat i tio år inom koncernen. Bland annat har han varit verksam på koncernens huvudkontor där han arbetade med implementeringen av SAP. Idag används SAP för all intern logistik och har blivit en viktig del av företagets distributionsarbete. Både Andrew och Miriam menar att de har ett mycket nära samarbete med Tamro. Däremot har Tamro ingen kontakt med Silc

¹¹⁵ McKesson S och Sun J intervju 030122.

¹¹⁶ Mark A intervju 021008, Scott M intervju 021015, Tamro marknadsanalys 021213, Tamro årsredovisning 2001, KKV 1999:4 s. 148ff.

¹¹⁷ Scott M intervju 021015, Wilkinson S intervju 030123.

¹¹⁸ Scott M intervju 021015.

¹¹⁹ Mark A intervju 021008.

Corporations tillverkning. Den kontakten sköts uteslutande via Silc Corporation Scandinavia.¹²⁰

Samarbetet med Tamro är för Andrew och Miriam en del av en aktivitetskedja som börjar i fabriken och slutar när den slutliga kunden, det vill säga patienten, får varan i sin hand. De ser egentligen inte Tamro som Silc Corporations kund, utan mer som en logistikpartner, eller distributör. Om Silc Corporation vill kan de vända sig till KD. Det är kanske inte enkelt att göra det, men det går. Valet av distributör är därför en förhandlingsfråga. Idag är Silc Corporation det företag som har mest produkter i Tamros kyllager i Malmö.¹²¹

*Deras business är inte att köpa läkemedel, utan att distribuera våra, säger Andrew. Jag har alltid undrat varför det var vi som bjöd Tamro på middag en gång om året. De borde ha bjudit oss.*¹²²

Samarbetet med Tamro regleras genom avtal och muntliga överenskommelser inom ramen för den inarbetade relation som finns. Enligt Andrew och Miriam är det i mångt och mycket de deras personliga relationer som finns mellan Tamro och Silc Corporation som möjliggör anpassning mellan företagen, löser problem, ger information och skapar en möjlighet att förutse vad som kommer att ske i framtiden. Silc Corporation är enligt lag skyldigt att prissförhandla med Tamro en gång per år. Avtal skrivs sedan för varje enskild produkt. Silc Corporation har ingen fysisk närvaro hos Tamro, men väl en virtuell, eftersom man i detalj kan följa vad som flyttas från konsignationslagret till distributörerna och därifrån vidare till apoteken. Silc Corporation Scandinavia gör dock mycket noggranna kontroller på konsignationslagret vid de audits som görs enligt de nationella och internationella regler och överenskommelser som finns om god distributionssed etc. Grossistens egen verksamhet kontrolleras också av Silc Corporation Scandinavia, men inte lika noggrant eftersom produkterna då bytt ägare.¹²³

*-Läkemedelsföretaget har en total kontroll över varan. Vi [Tamro] utför endast en tjänst åt dem, säger Steve.*¹²⁴

Steve arbetar för Tamro Sverige AB. De svenska läkemedelsgrossisterna verkar på en marknad med krympande marginaler samtidigt som de i allt högre utsträckning konkurrerar med olika former av kundservice. Steve menar att marginalerna idag är så pressade att det inte finns utrymme att sänka dem ytterligare med mindre än att servicenivån reduceras. Eventuella prisförändringar har också en mycket stor effekt på grossisterna. När marginalerna förhandlas med läkemedelsföretagen är det framför allt radvärdet man utgår från. Grossisten får acceptera en lägre procentuell marginal för ett dyrt och storsäljande läkemedel än för ett billigt läkemedel som inte säljer särskilt mycket. Detta beror på att det inte kostar mycket mer att distribuera 20 förpackningar än 10. När billigare generiska

¹²⁰ Mark A intervju 021008.

¹²¹ Scott M intervju 021015, Mark A intervju 021008.

¹²² Mark A intervju 021008.

¹²³ Lee V intervju 021016, Scott M intervju 021015, Mark A intervju 021008, McKesson S och Sun J intervju 030122.

¹²⁴ McKesson S och Sun J intervju 030122.

produkter introduceras på marknaden pressas radvärdena ner. Detsamma sker om priserna sänks av LFN. I båda fallen sjunker därmed grossistens intäkter.¹²⁵

*-De [Tamro] ställer alltid upp till hundra procent om det är en liten extratjänst man begär, säger Miriam. Vi löser problem tillsammans. Medan Tamro fick sin kylanläggning modifierad ställde de upp containrar på gården. Då fixade jag så att våra leveranser från tillverkningen ändrades och Tamro skickade ut extra mycket till sina distributörer. Saker och ting löser sig. Vi är gamla i gården.*¹²⁶

Problem uppkommer när Miriams kontakter på tillverkningsenheterna byts ut. Något som sker ganska ofta. Jämfört med till exempel utvecklingsländer fungerar distributionen i de nordiska länderna relativt väl. Detta medför att Silc Corporations tillverkningsenheter använder de nordiska länderna som utbildningsplattformar. Miriam menar att så fort de lärt upp en ny medarbetare flyttas hon över till ett annat land. Det viktigaste är dock att produkterna kommer fram till slutkunden och att kvaliteten är hög. Siffror och administrativt arbete är bara ett medel för att få fram produkterna till slutkunden.¹²⁷

*-Enkanalsystemet är bra, säger Andrew. Det ger färre kontaktpunkter än i andra länder och vi behöver inte bekymra oss om lagerhållningen hos flera olika grossister. Detta sköts automatiskt av Tamro och Apoteket AB. Dessutom verkar det ju som om distributionskostnaden blir lägre med tanke på att grossistmarginalerna är så låga, menar Andrew vidare.*¹²⁸

Enkanalsystemet erbjuder alltså Silc Corporation en stabil och säker miljö. Det förenklar rutiner och administration att i princip bara ha en kund. Ett system med fullsortimentsgrossister skulle innebära att varorna spriddes över flera aktörer, men inte att man sålde mera. Nackdelen är att konkurrensen delvis hämmas, menar Harry York som är Senior Manager Nordic Countries på Silc Corporation. Han tror däremot inte att ett system med många grossister, till exempel som i Spanien med 200-300 distributörer, skulle fungera i Norden.¹²⁹

Från Tamros sida framhåller man tydligt att företaget inte har en helhetssyn på Norden. Systemen är alldeles för olika, menar Steve McKesson. Det är inte möjligt att ha en samlad strategi för Norge, Sverige, Danmark och Finland, eftersom det inte finns en homogen nordisk läkemedelsmarknad. Samtliga länder har olika system både för partihandel och detaljhandel.¹³⁰

*-Fusioner mellan tillverkarna påverkar grossisterna i hög utsträckning, eftersom de då vill effektivisera. Det ändrar valet av distributör samtidigt som det stärker tillverkarens förhandlingsläge, säger Jo [på Tamro Sverige AB].*¹³¹

Partihandeln påverkas alltså av de många fusioner som ägt rum mellan läkemedelsbolagen. Det är dock inte bara läkemedelsbolagens ägarstrukturer som påverkar grossisterna. KD och Tamro har också intressanta ägarstrukturer. KD ägs idag till cirka 70 % av finländska Orion Group medan cirka 30 % ägs av läkemedelstillverkare. I dagsläget är det Merck Sharpe & Dohme Sverige AB och Pfizer AB som är de största ägarna. Orion planerar dock att sälja av

¹²⁵ McKesson S och Sun J intervju 030122.

¹²⁶ Scott M intervju 021015.

¹²⁷ Scott M intervju 021015, York H intervju 021008, Mark A intervju 021008.

¹²⁸ Mark A intervju 021008.

¹²⁹ York H intervju 021008, Mark A intervju 021008, McKesson S och Sun J intervju 030122.

¹³⁰ McKesson S och Sun J intervju 030122.

¹³¹ McKesson S och Sun J intervju 030122.

sin andel i KD inom de närmsta åren. Som tidigare nämnts innehar Apoteket AB 18 % av aktierna i Tamro och är representerat i företagets styrelse. Både Tamro och KD framhåller att konkurrentens ägarförhållanden påverkar marknaden negativt. Den svenska Konkurrensverket anser också att det behövs bättre möjligheter för nya grossister att etablera sig på marknaden och att Apoteket ABs relativt stora ägarandel i Tamro försvårar detta. Tamro framhåller å sin sida att KDs ägarstruktur hämmar konkurrensen.¹³²

4.2 Relationen grossist – apotek ur grossistens synvinkel

På Tamros distributal i Kungens kurva utanför Stockholm får de blå backarna som levereras till apoteken en streckkod på utsidan och en plocklista i botten. Sedan åker de vidare på ett rullband och slussas automatiskt ut till de plockningsstationer där de förses med innehåll. När en back är fullpackad, rivs den nedre delen av plocklistan av och sätts på backens utsida.¹³³

-Vi har gjort om en linje med plockstationer från att ha varit helt vertikala, i förhållande till rullbandet som backarna kommer, till att se ut som "u:n", säger Toby stolt. Det medför att personalen inte behöver gå så långt och att backarna packas fortare. Vi ska införa det i hela anläggningen. Vi har kunnat effektivisera ganska kraftigt bland personalen som en följd av "u"-systemet, säger Toby vidare.¹³⁴

Toby arbetar på Tamros distributal i Kungens kurva, där en betydande del av de läkemedel som säljs i Sverige hanteras. Tobys bakgrund inom logistik och läkemedelsdistribution är lång. Anläggningen i Kungens kurva, som är på 18.000m², har 200 personer anställda och omsatte 5,8 miljarder SEK 2001. Runt hela anläggningen löper en lång gång där man kan gå och se på verksamheten nere på golvet och få en tydlig överblick över vad som sker. Vi vandrar runt och tittar på anläggningen och Toby berättar i detalj hur arbetet går till. Anläggningen byggdes för dåvarande ADA av Apoteket, men ägs idag av Tamro.¹³⁵

Inne i anläggningen finns två vita små hus med lila dörrar och fönsterkarmar. I dessa sker ompackningar för bland andra parallellimportörerna. Ompackning kan innebära allt från att byta en hel förpackning, till att byta ut bipacksedeln eller klippa isär en plastomslutning runt 12 förpackningar nutritionslösning och klistra samman dem igen tre och tre eftersom apoteken oftast beställer dem så. Läkemedelsverket räknar detta som tillverkning och ställer lika höga krav på Tamro som på en tillverkare. Det innebär bland annat krav på särskild ventilation, vissa ljusarmaturer och specialanpassad tätning i fönster och dörrar.¹³⁶

Enligt Tamro skulle det vara möjligt att erbjuda samma sorts sortering som i till exempel Danmark, där man förutom olika zonindelning också kan få sortering i

¹³² McKesson S och Sun J intervju 030122, Orion Group årsredovisning 2002, Tamro årsredovisning 2001, www.privataaffarer.se 030625.

¹³³ Observation Tamro 030227.

¹³⁴ Lark T intervju 030227, observation Tamro 030227.

¹³⁵ Observation Tamro 030227.

¹³⁶ Observation Tamro 030227.

bokstavsordning vid leverans.¹³⁷ Apoteket AB är dock inte berett att betala för det extraarbete som denna tjänst skulle innebära. De vill istället minska antalet zoner så mycket som möjligt, eftersom de får betala Tamro för denna service. Zonindelningen är alltså inte inräknad i Apotekets inköpspris (AIP).¹³⁸

Kylvaror förvaras i ett stort kylrum som också det är placerat som ett "hus i huset". Detsamma gäller narkotiska preparat, som dock omgärdas av betydligt högre säkerhetsanordningar. För att komma in där måste man skriva i en särskild loggbok. I Kungens kurva tar Tamro också hand om en stor del av destruktionskostnaden för läkemedel som kommer från apoteken. Närmare 40 % av alla läkemedel som destrueras i Sverige passerar anläggningen. Tre gånger i veckan skickas leveranser till Uppsala för bränning. Sedan en tid har Tamro också ett samarbete med miljöorganisationer för att förmå konsumenterna att gå till apoteket och lämna in sina läkemedel istället för att slänga dem bland de vanliga soporna. Kostnaden för destruktionskostnaden faller på Apoteket AB, även om det är Tamro som sköter arbetet.¹³⁹

*-TWD möjliggör att apoteken kan se vårt lagersaldo på en viss produkt. Meningen är att de [apotekspersonalen] ska använda det här när de står vid kunddisken, säger Toby och ser allvarlig ut. Från och med vecka 10 [2003] ska alla apotek ha tillgång till systemet. Det kommer också att finnas information i systemet om varför en viss restorder uppkommit.*¹⁴⁰

Kontakten med apoteken består inte endast av dagliga leveranser, utan också av information och ett nytt web-baserat system som kallas för TWD. Ett problem med systemet, som Toby själv framhåller, är att det bara innehåller de produkter som Tamro distribuerar. De varor som KD distribuerar finns inte med. TWD ställer också höga krav på Tamro, eftersom det synliggör deras interna lager för apotekspersonalen. Gör Tamro fel syns det mycket tydligare ute på de enskilda apoteken. Det medför ett visst extraarbete som man inte kan ta betalt för av Apoteket AB. Däremot ger TWD möjlighet att sprida information till apoteken under en klickbar flik som heter "Tamro informerar".¹⁴¹

Tamros relation till Apoteket AB är komplicerad. Tamro har i princip bara en kund och kan inte neka att sälja. Tamro anser sig ofta tvungen att tillgodose de krav Apoteket AB har. Ett exempel på detta är Tamros ojämna utnyttjande av distributionsanläggningarna.

*-Det är egentligen dumt att stänga ner anläggningen över helgen, säger Toby. Vi skulle mycket väl kunna ha öppet också över helgen.*¹⁴²

I Kungens kurva har man öppet från 07.30-16.30 måndag till fredag. På måndagar har man cirka 40 000 orderrader att ta hand om, medan man har 30 000 orderrader under övriga dagar. Den ojämna belastningen är en följd av Apoteket ABs krav på leveranser inom 24 timmar. Fick Tamro lov att leverera handelsvaror tre gånger i veckan istället för fem, skulle belastningen på distributionerna bli jämnare. Samma resonemang gäller för distributionen till olika delar av Sverige. Tamro måste kunna leverera inom 24 timmar oavsett om apoteket

¹³⁷ En zon är till exempel receptbelagda läkemedel, icke-receptbelagda läkemedel med mera. Apoteket AB försöker minska ner antalet zoner eftersom partihandeln vill ha betalt för zonsortering. De enskilda apoteken vill å sin sida ha så många zoner som möjligt eftersom det förenklar uppackningen för dem.

¹³⁸ Lark T intervju 030227.

¹³⁹ Lark T intervju 030227, Observation Tamro 030227.

¹⁴⁰ Lark T intervju 030227.

¹⁴¹ Lark T intervju 030227.

¹⁴² Lark T intervju 030227.

ligger i Arvidsjaur, eller centrala Stockholm. Svenska Tamros VD, Stefan Åkesson, ställer sig dock frågan om inte vissa delar av landet bör prioriteras framför andra, bland annat i syfte att minska den ojämna belastningen på distribunalerna.¹⁴³

Enkanalsystemet påverkar givetvis också grossisternas relation till Apoteket AB, genom att de inte behöver konkurrera med varandra om vem av dem som ska få sälja till ett enskilt apotek. Både KD och Tamro anser att distributionssystemet fungerar relativt effektivt och ser de krympande marginalerna som ett bevis på detta. Den svenska konkurrensmyndigheten menar dock att låga handelsmarginaler inte i sig är ett bevis på effektivitet. Samtidigt som KDs och Tamros marginaler har minskat de senaste åren, har de ökat såväl omsättning som nettointäkter räknat i kronor och ören. Tamros bild av det svenska systemet är dock inte ensidigt positiv.

-Vi är i praktiken utestängda från all form av innovativitet, säger Steve. Det är klart att jag skulle vilja sköta det där [Apoteket ABs e-handelssatsning].¹⁴⁴

Enligt Steve hindrar apoteksmonopolet Tamro från att vara innovativa. I samband med e-handelssatsningen planerar Apoteket AB att starta så kallade distansapotek. Dessa ska fungera som distribunaler för e-handeln och sköta dosdispenseringen. Dessutom är tanken att till distansapoteken koncentrera distributionen av expedierade recept som idag sköts av vanliga apotek. Tamro och KD är dock förhindrade att bedriva någon annan verksamhet än partihandel genom sina avtal med Läkemedelsverket. Grossisterna kan således inte integrera framåt mot detaljhandeln, genom att t.ex. starta e-handelsverksamhet.¹⁴⁵

4.2.1 Landstingens roll

Det finns ytterligare en aktörsgrupp som har ett reellt inflytande över den svenska läkemedelsdistributionen. Landstingen är inte bara huvudmän för det offentliga sjukvårdssystemet, utan har också ansvar för läkemedelsbudgeten. Ansvaret delas med staten. Givetvis är de ansvariga för inköpen av läkemedel till slutenvården, alltså för patienter inlagda på sjukhus, men landstingen är också ansvariga för öppenvårdens läkemedelskostnader. Riksdagen har beslutat att ge landstingen 56,1 miljarder SEK för att täcka läkemedelskostnaderna för perioden 2002-2004. Blir kostnaden högre delas överskjutande del mellan staten och landstingen enligt en speciell modell, vilket skapar ett incitament för landstingen att hålla läkemedelskostnaderna nere. Som ett led i denna strävan sägs landstingen förhandla om rabatter med läkemedelstillverkarna. Rabatterna ska fungera som en "kick-back" och hanteras helt utanför den vanliga distributionskedjan med Apoteket AB och grossisterna. Systemet innebär att ett landsting i vissa fall kan "tjäna" på att apoteken i länet inte säljer det billigaste läkemedlet. Vi har däremot inte kunna bekräfta att landstingen faktiskt förhandlat fram rabatter på det här sättet.¹⁴⁶

¹⁴³ Lark T intervju 030227, McKesson S och Sun J intervju 030122, Åkesson S föredrag 021024.

¹⁴⁴ McKesson S och Sun J intervju 030122.

¹⁴⁵ Lark T intervju 030227, McKesson S och Sun J intervju 030122, Åkesson S föredrag 021024, Bergen R intervju 021115, KKV 199:4 148ff, Tamro marknadsanalys 021218.

¹⁴⁶ McKesson S och Sun J intervju 030122, Åkesson S föredrag 021024, Tamro marknadsanalys 021218, Apoteket AB läkemedelsutvecklingen 2002.

4.3 Relationen grossist – apotek ur apotekens synvinkel

-Överföringen av beställningen till Tamro sker klockan 6 på morgonen och till KD klockan 10 på förmiddagen. Sedan dyker varorna upp vid 14-tiden, säger Mary. På måndagarna kan vi ha upp kring 1000 olika varurader som levereras tillägger Christine och ser obekymrad ut.¹⁴⁷

Mary är farmaceut sedan många år arbetar nu på C.W. Scheele. Christine är apotekstekniker och har, liksom Mary, arbetat många år på apotek. Christine berättar om hur hon fick lära sig att rulla piller när hon började för över 30 år sedan. Idag är arbetet mycket annorlunda. Christine är också ansvarig för parallellimporterade och generiska läkemedel på C.W. Scheele.¹⁴⁸

-Blir det problem med Tamros leveranser ringer jag bara till Lilian, säger Mary. Av henne får man alltid bra svar. Vi har en personlig relation och hon vet vem jag är, menar Mary vidare.¹⁴⁹

Beställningarna från apoteket till grossisterna är helt automatiserade. Det är bara i undantagsfall som man behöver ringa grossisten. Den enda gången relationen till grossisten blir riktigt uppenbar är när en tillverkare byter grossist, eller om det blir något slags problem med leveransen. Uppkommer problem ringer grossisten till apoteket, eller tvärtom. Både Mary och Christine säger att de har en bra relation till Tamro och KD och att det bara är att ringa om något blir fel. I Tamros lager kan de dessutom söka på egen hand genom TWD, även om de saknar information om restnoteringar där. Till KD måste de ringa.¹⁵⁰

Däremot anser varken Christine eller Mary att de blir behandlade som om de vore Tamros eller KDs kunder. Ibland har grossisterna till och med vägrat att berätta hur mycket de har på lager av vissa produkter. När en produkt är slut på Tamros distribunal i Stockholm, eller KDs i Enköping, samtidigt som den finns på någon av de andra distribunalerna måste Christine och Mary be grossisten söka i sitt system efter varan. Annars lägger de egentligen bara märke till tillverkarens och grossistens speciella relation i enkanalsystemet när en tillverkare byter grossist genom att varorna kommer från en annan grossist. Schering-Plough har till exempel bytt från KD till Tamro.¹⁵¹

-Grossisten har mycket stort inflytande över oss och systemet är låst. Vi kan inte vända oss till några andra, säger Mary och Christine i kör. Jo, förresten, en gång när en kund ådragit sig en tropisk sjukdom i Indien fick jag ringa direkt till tillverkaren och beställa, säger Christine och skrattar lite.¹⁵²

Vissa läkemedel kräver dock ett annorlunda samarbete mellan det enskilda apoteket och grossisten. Ett exempel är läkemedlet Tracleer som används för att behandla högt blodtryck i blodkärlen i lungorna. Läkemedelsverket har krävt att varje enskild förskrivning av Tracleer följs upp och att statistik förs. Tillverkaren, Actelion Pharmaceuticals, har valt att låta all

¹⁴⁷ Wilkinson M och Ford C intervju 021031.

¹⁴⁸ Wilkinson M och Ford C intervju 021031.

¹⁴⁹ Wilkinson M och Ford C intervju 021031.

¹⁵⁰ Wilkinson M och Ford C intervju 021031, Ally G intervju 021010, observation C.W. Scheele 021031.

¹⁵¹ Wilkinson M och Ford C intervju 021031, Ally G intervju 021010, observation C.W. Scheele 021031.

¹⁵² Wilkinson M och Ford C intervju 021031

försäljning gå via C.W. Scheele som tillsammans med Lilian på Tamro noggrant för statistik över försäljningen.¹⁵³

De löpande kontakterna mellan apotek och grossist är alltså i hög grad automatiserade. Det är endast i undantagsfall som apotekspersonalen måste ha personlig kontakt med personal hos grossisten. Träffas gör de nästan aldrig. Mary och Christine har inte ens besökt Tamros anläggning i Kungen kurva, trots att de arbetat på apotek i många år, att de dagligen tar emot stora leveranser därifrån och att deras arbetsgivare äger 18 % av företaget. Kontakten med tillverkare och importörer är också i stort sett obefintlig. Det händer att parallellimportörer och generikaproducenter kontaktar apoteken, men det sker inte så ofta. Parallellimportörerna har nämligen inte alls lika många säljare som de stora läkemedelsbolagen. De enskilda apotekens kontakt med omvärlden går mestadels genom Apoteket ABs huvudkontor strax utanför Stockholm. Det är här avtal och överenskommelser träffas med grossisterna.¹⁵⁴

Ett konkret problem som de enskilda apoteken måste lösa är allokeringen av personal till leveransmottagning och uppackning. Det är inte lätt om leveranserna kommer under den tiden på dagen när köerna är som längst. De enskilda apoteken kan bara påverka leveranstiderna i undantagsfall. C.W. Scheele, som är ett stort apotek, har givetvis ett visst inflytande över när de får sina leveranser, men mindre apotek får i princip rätta sig efter grossisten.¹⁵⁵

4.4 Arbetet på C.W. Scheele

Apoteket C. W. Scheele har 1100-1500 kunder per dag. Det är räknat per recipen och inte per individ; en individ kan ha flera recept med sig och varje recept kan innehålla två olika förskrivningar, eller recipen. På C. W. Scheele arbetar cirka 100 personer (70 tjänster) och apoteket omsatte cirka 221 miljoner SEK 2001. Det gör C.W. Scheele till Sveriges absolut största apotek; ett normalstort svenskt apotek omsätter cirka 10 % av detta. C.W. Scheele är också Sveriges enda dygnet-runt-öppna apotek och är beläget nära centralstationen i Stockholm. Till följd av sin lokalisering, storlek och öppethållande har apoteket också vissa speciella uppgifter. Här finns Sveriges centrala lager av ormserum och antidoter. Eftersom antidoterna är mycket dyra men samtidigt behövs med kort varsel, ligger de på konsignation, det vill säga de ägs av importören eller tillverkaren, men förvaras hos apoteket. Socialstyrelsen har också en del av sitt beredskapslager på C. W. Scheele. Dessutom sköter apoteket olika typer av specialuppgifter, såsom export. Lokalerna är också betydligt större än för ett normalt apotek: kundutrymmet är cirka 250 kvadratmeter och totalt förfogar apoteket över 900 kvadratmeter.¹⁵⁶

På C. W. Scheele arbetar 15-20 personer med logistik. Till apoteket kommer två leveranser varje vardag, en från Tamro och en från KD. Under julen och andra stora helger får man också extraleveranser. Tamros leverans kommer vid elvatiden på förmiddagen och efter lunch kommer KDs leverans. Skulle det uppstå något fel i beställningen faxar man

¹⁵³ Wilkinson M och Ford C intervju 021031, www.fass.se 030407.

¹⁵⁴ Wilkinson M och Ford C intervju 021031, Nathanson F intervju 021203, Ally G intervju 021010.

¹⁵⁵ Ally G intervju 021010.

¹⁵⁶ Wilkinson M och Ford C intervju 021031, "Short facts about the C.W. Scheele pharmacy" s 1-4.

följesedel till den berörda leverantören. Sedan måste lagret korrigeras så att varan antingen läggs in, om man har fått för mycket varor men väljer att behålla dem, eller så att de beställs igen nästkommande leveransdag, om en vara är restnoterad. Personalen på C.W. Scheele har i stort sett ingen personlig kontakt med någon på Tamro eller KD. Det är bara Lilian som Mary och Christine nämner vid namn. De säger båda i kör att det skulle vara trevligt att få reda på lite mer om grossistens verksamhet, och att få göra ett besök på tribunalen i Kungens kurva.¹⁵⁷

*-Kylvaror är det viktigaste. De ska upp först, säger Christine. Det står angivet med ett litet kryss på backarna att det är kylvaror. Detsamma gäller frysvaror. De får inte förväxlas, men det händer ibland. Det finns alltid en mänsklig faktor med i bilden. Insulin kommer dock i vanliga backar. Det är inte så känsligt, säger Mary och Christine.*¹⁵⁸

Normalt är det två erfarna apotekstekniker som ansvarar för varuuppackningen enligt ett rullande schema. Idag är det Christine och Elisabeth. Christine känner vi sedan tidigare. Elisabeth är också apotekstekniker och har även hon arbetat i över 30 år på apotek. Till sin hjälp har de ytterligare en apotekstekniker och tre extraarbetande skolungdomar. Totalt arbetar alltså sex personer med varuuppackningen. Dagens leveranser omfattar 40 backar från KD och 55 från Tamro. Totalt är det 390 varurader. På måndagar kan det däremot vara över 1000 rader. Då är hela varumottagningen full av vagnar och backar och uppackningen pågår in på natten. Idag har man 203 olika produkter restnoterade.¹⁵⁹

*-Det är dialogen med kunden som tar längst tid när det gäller generika och parallellimport. Själv utbytet går ganska snabbt, eftersom bytesprocessen sker automatiskt i datorerna. Det är den mänskliga kontakten med kunden som är jobbig. Ingen vill ha ett sämre läkemedel och ofta tror man att generika är just det, säger Christine och ser bekymrad ut.*¹⁶⁰

Förutom extraarbetet med att informera patienterna menar Christine att det oftare uppkommer restorder på parallellimporterade och generiska läkemedel. Produkterna tar slut hos grossisten. Christine har en röd pärm där hon noterar de leveransproblem som uppkommer. Hon kontrollerar sedan med jämna mellanrum leveranssäkerheten. Bli det för mycket restorder på en viss produkt låter hon bli att beställa den. Det innebär att man får lägga in ett stopp på den automatiska beställningen som sker varje morgon. Hon menar att leveranssäkerheten är mycket dålig hos parallellimportörerna och att det verkligen gäller att hålla koll på dem. Hon har ingen aning om hur leveranssituationen är från en månad till nästa när det gäller dessa läkemedel. Att Christine bryr sig om restordersituationen beror på reglerna för generisk substitution som medför att apoteken alltid ska kunna erbjuda ett billigare alternativ. På andra apotek har man ofta ingen möjlighet att bry sig om leveranssäkerheten eller att kontrollera den på samma sätt som Christine gör. Det skulle ta för mycket tid. I stället beställer man sporadiskt hem från den generikaproducent eller parallellimportör som säger sig ha varor att leverera. Det finns alltså ingen centralstyrning av inköpen från Apoteket ABs sida.¹⁶¹

¹⁵⁷ Wilkinson M och Ford C intervju 021031, observation apoteket C.W. Scheele 021031.

¹⁵⁸ Wilkinson M och Ford C intervju 021031.

¹⁵⁹ Observation apoteket C.W. Scheele 021031, Pink M intervju 021105.

¹⁶⁰ Wilkinson M och Ford C intervju 021031.

¹⁶¹ Wilkinson M och Ford C intervju 021031, Pink M intervju 021105, observation apoteket S:t Erik 021031, observation apoteket C.W. Scheele 021031.

Den här dagen visar det sig att Tamro levererat fel. Innehållet som borde ha funnits i en back saknas och istället finns två backar med exakt samma innehåll. Felet ger inte upphov till några stora problem; Elisabeth och Christine väljer att behålla de produkter som de fick för mycket av. De måste dock se till att de produkter som inte kom beställs ytterligare en gång.¹⁶²

*-Det är ovanligt med så här mycket fel, säger Elisabeth. Tamro brukar verkligen sköta sig. Däremot har vi jättemycket problem med restorder. Det är alldeles för mycket och det verkar öka, men Christine håller koll på det där.*¹⁶³

Den här dagen bedriver Elisabeth och Christine också en jakt på Seloken ZOC som är slut både på apoteket, hos grossisten och hos tillverkaren. Läkemedlet har varit restnoterat under lång tid. Under dagen lyckas Elisabeth få tag på några förpackningar. Christine kan då plocka fram de hon gömt undan för att de som jobbar med recipen ska expediera de finländska förpackningar som hittills legat ute i hyllan. Elisabeth är märkbart nöjd med att hon hittade förpackningarna.¹⁶⁴

Skillnaden är stor mellan hur KD och Tamro arbetar, tycker Christine och Elisabeth. KDs backar är fullpackade med varor, Tamros är luftiga. I KDs backar ligger varorna huller om buller och ibland står det "forts. i annan back" på följesedeln. Då får man leta efter den produkten i alla andra backar. Medan följesedeln sitter utanpå Tamros backar, ligger den ofta i botten på KDs, vilket gör att man får gräva efter den.¹⁶⁵

Innan varorna från Tamro kommer vid elvatiden går man igenom de meddelanden som kommit från leverantörer om restnoteringar med mera. En närmast febril aktivitet råder hela dagen, förutom att packa upp varorna och se till att de hamnar på rätt plats, löser man också en mängd problem som dyker upp. Varorna packas upp ur backen, prickas av och läggs direkt på plats i hurtsarna. Produkter som hör till den stora egenvårdsavdelningen packas dock upp på vagnar och prickas av på följesedeln. Att göra det ute i butikslokalen tar för lång tid.¹⁶⁶

Det är de yngre och framför allt de extraanställda som packar upp backarna i hyllorna. Elisabeth och Christine tar hand om de större paketen som ska ner till lagret för egenvårdsprodukter i källaren. Sedan hjälper de också till med den övriga upppackningen. Backarna delas mycket snabbt upp i de fyra olika zoner som finns. Varken KD eller Tamro levererar varorna alfabetiskt ordnade. Man tar lunch när man hinner. Elisabeth och Christine äter inte samtidigt, utan finns hela tiden tillgängliga.¹⁶⁷

Vid sidan om den vanliga upppackningen hanteras också specialbeställningar och leveranser till kunder som väntar. Christine får också ta hand om kattmat som beställts från veterinärapoteket. Backar som innehåller kundbeställningar och restorder är märkta med "viktig leverans", eller med "restorder." Sådana backar förekommer varje dag. Narkotiska preparat hanteras på ett särskilt sätt. Man är tvungen att i datorsystemet bekräfta att alla varor som är narkotikaklassade är plockkontrollerade. De narkotiska preparaten är normalt

¹⁶² Observation apoteket C.W. Scheele 021031.

¹⁶³ Observation apoteket C.W. Scheele 021031.

¹⁶⁴ Observation apoteket C.W. Scheele 021031.

¹⁶⁵ Observation apoteket C.W. Scheele 021031, Observation apoteket S:t Erik 021030.

¹⁶⁶ Observation apoteket C.W. Scheele 021031.

¹⁶⁷ Observation apoteket C.W. Scheele 021031.

inlåsta på svenska apotek, men inte på C.W. Scheele, eftersom apoteket är öppet dygnet runt.¹⁶⁸

4.5 Vem bestämmer? – Perspektiv på inflytande och makt

De flesta företrädarna för tillverkarna och grossisterna ser Apoteket AB som en inflytelserik aktör i distributionssystemet. Som ensam detaljist kan de ställa krav och agera på ett sätt som är svårt i länder där apoteksmarknaden är konkurrensutsatt. Ett exempel på detta, som framhålls tämligen frekvent, är distansapoteken. Apoteken integrerar bakåt in i partihandelsledet, utan att grossisterna kan vidta några egentliga motåtgärder, eftersom Apoteket AB inte tangerar grossistens verksamhet i juridisk mening.¹⁶⁹

Ett annat exempel är dosdispenserna som apoteket införde redan innan ÄDEL-reformen var genomförd.¹⁷⁰ Innan det fanns maskiner som gjorde dosförpackningarna så satt farmaceuter, bokstavligen talat, och lade piller i påsar.

En av de intervjuade säger att "Apoteket är inte bara maktfullkomligt. De gör som de vill.". Tillverkarnas syn på Apoteket AB är dock mer nyanserad. Man anser i och för sig att apoteket har stort inflytande, men betonar samtidigt att Sverige i princip är det enda land i världen där kundförluster för läkemedelsbolagen inte existerar. Apoteket AB betalar alltid i tid. Kombinationen enkanalsdistribution och apoteksmonopol ger dessutom tillverkarna av originalpreparat med patentskydd ett helt annat inflytande över distributionen än i till exempel Norge, där de tvingas sälja till flera olika grossister som hela tiden vill pressa inköspriserna. Om ett läkemedelsbolag i Sverige inte är nöjt med Tamro så är det fullt möjligt att byta till KD. Det finns exempel på företag som gjort detta och från partihandeln håll framhålls hela tiden att pris inte längre är ett vitalt konkurrensmedel. Marginalerna, som ligger på 2-3 %, är så pressade att man får konkurrera med annat, framförallt servicenivåer.¹⁷¹

Grossisterna pressas alltså av både Apoteket AB och läkemedelsbolagen. Konkurrensverket har emellertid befast grossistens roll inom läkemedelsdistributionen genom att kräva att avtal mellan tillverkare och grossist inte får tecknas annat än på produktnivå och att de endast får löpa på ett år i taget. Det är dock tveksamt om avtalen verkligen omförhandlas varje år. Grossistens trängda läge, mellan tillverkarnas krav på allt mindre marginaler och Apoteket ABs servicekrav och ökade aktivitet på områden som i hög grad tangerar grossisternas, försvårar för grossisterna att vara innovativa. Deras koncept ligger i princip fast. Detta manifesteras tydligt av det faktum att cirka en femtedel av Tamro ägs av

¹⁶⁸ Observation apoteket C.W. Scheele 021031.

¹⁶⁹ Bergen R intervju 021115, McKesson S och Sun J intervju 030122, Ally G intervju 021010.

¹⁷⁰ ÄDEL-reformen innebär att ansvaret för äldre vården övertogs av kommunerna, från att ha varit landstingens ansvarsområde. Dosdispenser innebär att kunderna får alla sina läkemedel levererade i dagsdoser. Det är bra för patienter som står på många läkemedel, eller har svårt att komma ihåg att ta sin medicin.

¹⁷¹ Bergen R intervju 021115, Wilkinson S intervju 030123, McKesson S och Sun J intervju 030122, Ally G intervju 021010, KKV 1999:4, Tamro marknadsanalys 021213.

Apoteket AB och att cirka en tredjedel av KD ägs av industrin.¹⁷² Grossisterna ägs med andra ord av sina kunder, vilket gör deras ställning ännu mer sårbar och beroende.

Ute på de enskilda apoteken verkar dock en helt annan syn på Apoteket ABs roll vara förhärskande. "Ute på apoteken kan man inte påverka.", säger en apotekschef. För chefsfarmaceuten på ett apotek finns ingen reell möjlighet att påverka relationen med grossisten. Grossisten är dessutom tämligen osynlig på apoteken. Det finns ingen anledning att vara något annat heller. Det är på central nivå inom Apoteket AB som relationen till grossisten finns, på mikronivå får man helt enkelt finna sig i, och anpassa sig till de spelregler som upprättats på Apoteket ABs huvudkontor.¹⁷³

Idag är också landstingen viktiga aktörer på läkemedelsmarknaden genom att de, tillsammans med staten, bär ansvar för läkemedelskostnaderna. Det betyder också att de vill vara med och påverka kostnaderna. Givetvis har landstingen relativt stort inflytande över läkemedelsinköpen i slutenvården, men de rabatter som eventuellt förhandlas direkt mellan läkemedelsbolagen och tillverkaren kan också tänkas påverka öppenvårdsapoteken. Reglerna för generisk substitution gynnar därmed inte alltid landstingen. Detta eftersom de kan ha förhandlat fram en rabatt med ett läkemedelsbolag som gör att det "billigare" alternativet hos apoteket, inte är det som är billigast för betalaren, det vill säga landstinget. Landstingen har alltså ett visst intresse av att påverka distributionen i en riktning som gör att de läkemedel som är billigast för dem också skrivs ut och säljs.¹⁷⁴

Inflytandet över distributionen förskjuts när ett läkemedel inte längre har patentskydd, eller när parallellimporterade läkemedel kommer in på marknaden. För tillverkaren av originalläkemedlet ses vanligen läkaren som kunden, även om man i allt högre grad också tillskriver de enskilda patienterna en kundroll. För en parallellimportör eller generikaproducent är dock kunden en helt annan, nämligen apoteket. Detta beror på reglerna för generisk substitution tillämpas där; det är på apoteket som utbytet sker och det är de enskilda apoteken som bestämmer vilka alternativa läkemedel de ska erbjuda. Eftersom Apoteket AB inte styr dessa inköp centralt, gäller det för parallellimportörer och generikaproducenter att sälja in sig hos de enskilda apoteken och erbjuda dem någon form av leveranssäkerhet. Reglerna för generisk substitution och de parallellimportörer och generikatillverkare som etablerat sig, bidrar till att reducera originaltillverkarnas inflytande över distributionen. Här kan vi också se tecken på spill-over effekter till distributionen av icke-receptbelagda läkemedel. Genom att apotekspersonalen lär sig rutiner för att hantera utbyten av läkemedel, kan även försäljningen av icke receptbelagda läkemedel påverkas i denna riktning.¹⁷⁵

Parallellimport och generika påverkar också grossisterna. Den främsta effekten är att deras intäkter på kort sikt minskar. Grossistens ersättningsnivå är vanligen baserad på

¹⁷² McKesson S och Sun J intervju 030122, KKV 1999:4, Tamro marknadsanalys 021213, Årsredovisning Tamro 2001, KD årsredovisning 2001.

¹⁷³ Pink M intervju 021105, Wilkinson M och Ford C intervju 021031, Ally G intervju 021010.

¹⁷⁴ Pink M intervju 021105, Ally G intervju 021010, McKesson S och Sun J intervju 030122, Ally G intervju 021010, KKV 1999:4, Tamro marknadsanalys 021213.

¹⁷⁵ Nathanson F intervju 021203, Wilkinson M och Ford C intervju 021031, Butler O och Schough M intervju 021007, Observation C.W. Scheele 021031.

radvärdet som en order från ett apotek har.¹⁷⁶ Att distribuera två produkter med samma distributionskostnader men olika AIP, medför stora skillnader i grossistens nettointäkter, eftersom grossisten vanligen får en del av AIP. För ett dyrt läkemedel med låga distributionskostnader har grossisten vanligen en ganska låg procentuell marginal. När parallellimporterade, eller generiska, läkemedel kommer in på marknaden sänks radvärdet för originalläkemedlet, eftersom försäljningen av detta minskar. Dessutom är radvärdena för de parallellimporterade, eller de generiska, läkemedlen lägre än för originalläkemedlet, eftersom de är billigare. Det betyder att samma försäljningsmängd av ett nytt parallellimporterat läkemedel, som av ett gammalt originalimporterat läkemedel, medför lägre intäkter i absoluta tal för grossisten. En ytterligare faktor som spelar in för grossisten är att parallellimportören kan ha valt att lägga sin distribution hos en annan grossist än den som har originalläkemedlet. Någon månad efter införandet av reglerna för generisk substitution uppskattade en företrädare för Tamro att 120-130 av deras avtal påverkades i denna riktning.¹⁷⁷

¹⁷⁶ Radvärde är det sammanlagda beställningsvärde som uppkommer per beställning av en viss produkt. Beställs 10 förpackningar à 10 SEK är radvärdet 100 SEK.

¹⁷⁷ McKesson S och Sun J intervju 030122, Tamro marknadsanalys 021213.

5 Norge – avskaffade privilegier och apotekskoncerner

Den norska läkemedelsdistributionen skiljer sig tydligt från övriga nordiska länders. Den största skillnaden består i att den norska marknaden är "helt avreglerad." Från och med den 1 mars 2001 är det tillåtet för vem som helst i Norge att äga ett apotek, inklusive juridiska personer.¹⁷⁸ Det är också tillåtet att bilda apotekskedjor. Idag, två år efter att de nya reglerna infördes, finns det fyra stora apotekskedjor varav tre har utländska huvudägare. Den fjärde kedjan är en sammanslutning av privatägda apotek och mindre kedjor. Det norska grossistledet avreglerades redan i januari 1995. Avregleringen innebar att den statliga monopolisten NMD, Norsk Medisinal Depot, förlorade sin ensamrätt på att distribuera läkemedel till apotek. Idag finns det tre stora aktörer i partihandelsledet, även om NMD fortfarande är störst.¹⁷⁹

Från och med den 1 januari 2003 är det också tillåtet att sälja rökavvänjningsläkemedel i andra butiker än apotek. Dessutom kommer ytterligare 10 typer av läkemedel att kunna säljas i andra butiker från och med november 2003. Totalt sett rör det sig fortfarande om färre läkemedel än i Danmark och då främst smärtlindrande, allergi- och slemhinneavsvällande mediciner, till exempel näsdroppar. Främst är det dagligvaruhandeln som konkurrerar med apoteken om försäljningen av dessa produkter. Från och med mars 2003 har Norge också regler om generisk substitution. Reglerna påminner om de danska respektive svenska reglerna och innebär att kunden kan neka till utbyte, men då tvingas betala mer.¹⁸⁰

I Norge finns 481 privatägda apotek. Till detta kommer sedan 30 sjukhusapotek. Sedan den 1 mars 2001 har över 100 nya apotek öppnats, vilket innebär att cirka fem apotek per månad har tillkommit. Detta ska jämföras med att det under hela år 2000 öppnades fem nya apotek. Samtidigt har apoteksmarginalerna krympt från 20,2 % i genomsnitt 1998, till 15,6 % 2002. Totalt arbetar 6300 personer i den norska apoteksnärings. Av dessa är 1845 farmaceuter.¹⁸¹

Prissättningsfrågor hanteras av Legemiddelverket och Rikstrygdeverket. Man har ett ganska komplicerat och delvis överlappande system sedan reglerna om generisk substitution infördes. Läkemedelsbolagen ansöker till Legemiddelverket för att få ett medicinskt godkännande och ett marknadsföringsgodkännande. Vill man sedan sälja läkemedlet inom den så kallade "blåreceptförordningen", det vill säga inom den statliga läkemedelsförmånen, så måste man också ansöka till Rikstrygdeverket och Legemiddelverket. För läkemedel som kommit in i blåreceptförordningen fastställer Legemiddelverket ett inköpspris, AIP, och ett utförsäljningspris, AUP, för apoteken. Numera har myndigheterna en 90-dagarsregel som gör att alla som ansökt om att få komma in i förmånen ska få ett besked inom 90 dagar. Det

¹⁷⁸ Ibland beskrivs apoteksmarknaden i Norge som helt fri. Det är dock inte helt korrekt eftersom läkemedelstillverkare och förskrivande läkare *inte* får äga apotek.

¹⁷⁹ Phoenix M och Mist R intervju 021025, Craven P intervju 030409.

¹⁸⁰ Informationsbroschyr Statens Legemiddelverk och Trygdeetaten 2003, NMD företagspresentation 2003, Porter C intervju 030409, Norges Apotekerforening Tekst og tall 2003.

¹⁸¹ NMD företagspresentation 2003, Norges Apotekerforening Tekst og tall 2003.

betyder dock inte att ett negativt beslut är definitivt; det utgör i många fall starten på den politiska processen.¹⁸²

För de läkemedel som finns inom förmånen gäller särskilda prissättningsregler. Apotekens inköpspris bestäms som ett genomsnittspris av de tre EU-länder där läkemedlet är billigast.¹⁸³ Dock är lågprisländer såsom Spanien, Grekland och Portugal undantagna i jämförelsen. Apotekens utförsäljningspris ges sedan av en enkel formel där det procentuella påslaget minskar när läkemedlet är dyrare. Till detta pris kommer sedan en receptavgift på 21,50 eller 31,50 NOK.¹⁸⁴ Förutom detta prissättningssystem införde man per den 1 mars 2003, i samband med tvingande regler om generisk substitution, ett nytt indexbaserat prissättningssystem för de sex omsättningsmässigt största generiskt utbytbara substanserna. Detta innebär att Apotekens utpris inom de sex olika substansgrupperna fastställs på basis av ett vägt genomsnitt av grossisternas inköpspris med hänsyn tagen till omsättningsvolym för läkemedlen. För läkemedel som har ett AUP som är lägre än indexpriset får apoteket behålla mellanskillnaden mellan indexpriset och AUP. Tanken är då att apoteken ska sträva efter att sälja billigast möjliga preparat.¹⁸⁵

För de generiska läkemedel som *inte* omfattas av indexprissystemet delas prisskillnaden med originalläkemedlet lika mellan kund och säljare.¹⁸⁶ Det betyder att apoteken får 50% av rabatten och patienten 50%, förutsatt att grossisten inte tar någon del av rabatten själv.¹⁸⁷

Ytterligare ett led i den norska statens arbete med att skapa marknadsmässiga förhållanden är försöken att ta kontroll över de rabatter som ges mellan tillverkare och grossist, mellan grossist och apotek samt mellan tillverkare och apotek. Bakgrunden är att kostnaderna inte minskat i tillräcklig omfattning sedan apoteksväsendet förändrades i januari 2001. För att förbättra situationen har staten förbjudit "kick-back"-rabatter mellan apotek och tillverkare. Rabatterna måste numera hänföras till varunummer och volymen på den sålda varan. Samtliga rabatter som ges ska också rapporteras till staten.¹⁸⁸ I dagsläget finns dock ingen fungerande kontrollapparat för detta, men det norska Folkhälsoinstitutet har fått i uppdrag att utarbeta ett system för att samla in informationen.

Det är nu dags att lyssna till några av de aktörer som återfinns på den norska marknaden och deras åsikter om dagens situation. Vi kommer att få träffa Michael och Albert på Silc Corporation, Patrick på Norsk Medisinaldepot och Carol som är apotekare.

¹⁸² Green M och Black A intervju 021022, Phoenix M och Mist R intervju 021025

¹⁸³ De länder som ingår i jämförelserna är Sverige, Finland, Danmark, Tyskland, Storbritannien, Nederländerna, Österrike, Belgien och Irland. Det sökande företaget lämnar själv in prisuppgifter till Legemiddelverket.

¹⁸⁴ Av de första 200 NOK AIP är apoteksmarginalen 8 %, därutöver är den 5 %. Till detta kommer ett recepttillägg på 21,50 NOK. För narkotikaklassade preparat med speciell förvaring är detta tillägg 31,50 NOK. Ytterligare avgifter tillkommer för licensläkemedel m.m.

¹⁸⁵ Green M och Black A intervju 021022, Phoenix M och Mist R intervju 021025, Brev från Statens Legemiddelverk till samtliga apotek i Norge 2003-02-25, Rundskriv IK-26/2000.

¹⁸⁶ För parallellimporterade och generiska läkemedel fastställs AIP och AUP till samma nivåer som på originalläkemedlet. Sedan är det upp läkemedelsbolaget att ge rabatter.

¹⁸⁷ Green M och Black A intervju 021022, Phoenix M och Mist R intervju 021025, Brev från Statens Legemiddelverk till samtliga apotek i Norge 2003-02-25, Rundskriv IK-26/2000.

¹⁸⁸ Brev från Statens Legemiddelverk till samtliga apotek i Norge 2003-02-25, Rundskriv IK-26/2000.

5.1 Relationen tillverkare – grossist

Silc Corporations säljbolag i Norge är detsamma som i de övriga nordiska länderna, det vill säga Silc Corporation Scandinavia AB. De produkter som ska säljas i Norge ligger på samma konsignationslager som de svenska, det vill säga hos Tamro Sverige i Malmö. En gång i veckan sker sedan en transport till de norska grossisterna och deras respektive distribunaler runt om i Norge. Totalt finns det tre olika grossistföretag i Norge, med sammanlagt sju distribunaler. Den största grossisten är NMD med en marknadsandel på 44 % och fyra distribunaler. Därefter kommer Tamro, eller Apokjeden som Tamro heter i Norge, med 37 % och två distribunaler. Sist kommer så Holtung med en marknadsandel på 19 % och 1 distribunal. Bilden är dock något mer komplicerad än vad dessa marknadsandelssiffror visar, eftersom de norska grossisterna också äger apotek.¹⁸⁹

*-Beställningarna från de tre grossisterna sker via fax till Tamro i Göteborg, säger Michael. Sedan skickas en kopia och en bekräftelse till Albert.*¹⁹⁰

Albert och Michael arbetar både på Silc Corporation Scandinavia utanför Oslo. Michael har arbetat på Silc Corporation i 16 år. Under årens lopp har han gjort en mängd olika saker. Han har varit både säljchef och produktchef om vartannat. Numera är det han som har hand om förhandlingar och avtal med både myndigheter, grossister med flera. Albert har också arbetat på Silc Corporation under många år. Han arbetar mer med den dagliga kontakten med grossisterna.¹⁹¹

Grossisterna är skyldiga att tillhandahålla samtliga receptbelagda och icke-receptbelagda godkända läkemedel med 24 timmars varsel. Däremot spelar det ingen roll om produkten är parallellimporterad, eller inte. Det spelar heller ingen roll om det är en generisk produkt.¹⁹²

Många av Silc Corporations produkter kräver kylförvaring. Kylkedjan bryts dock under transporten från grossisten till apoteket. För att kunna tillhandahålla en obruten kylkedja vill grossisten ha mer betalt. Däremot har inte Silc Corporations årliga säkerhetskontroller medfört några allvarliga anmärkningar.¹⁹³

*-Min kund är grossisten, säger Albert. Michael skrattar och inflikar att, som han ser det, är den egentliga kunden läkaren. Det är mot denna målgrupp vi marknadsför oss säger han vidare.*¹⁹⁴

Silc Corporation är den klart dominerande leverantören av insulin i Norge och har varit det under ett antal år. Den stora konkurrensfördelen som framhålls av Michael och Albert är de hjälpmedel, så kallade *medical devices*, som Silc Corporation har utvecklat. Det finns dock också nackdelar med att vara stor. Det norska läkemedelsverket genomför löpande prisjusteringar av registrerade läkemedel och främst på de substanser som säljer bra. Det

¹⁸⁹ Scott M intervju 021015, Green M och Black A intervju 021022, NMD förestagspresentation 2003, www.holtung.no 030521, www.nmd.no 030521, www.tamro.com 030521.

¹⁹⁰ Scott M intervju 021015, Green M och Black A intervju 021022.

¹⁹¹ Green M och Black A intervju 021022

¹⁹² Green M och Black A intervju 021022.

¹⁹³ Green M och Black A intervju 021022.

¹⁹⁴ Green M och Black A intervju 021022.

har inneburit att Silc Corporation fått se sina priser i Norge sänkta med upp till 18 % under 2002, jämfört med 2001 års prisnivåer.¹⁹⁵

Grossisterna beställer de mängder de vill från Silc Corporation; det finns inga begränsningar i hur mycket eller lite de kan beställa. Däremot är många av Silc Corporations produkter sådana storsäljare att de beställs i stora mängder. Silc Insulum säljs till exempel oftast i hela pallar. Det har blivit svårare att göra de månatliga försäljningsprognoserna sedan den stora förändringen av apoteksväsendet genomfördes i januari 2001. Det beror på att marknaden fortfarande efter tre år är ganska fluktuerande. Grossisterna har inte riktigt hittat sin marknad. Deras lagerhållning har minskat drastiskt från cirka 3-6 månader ner till 2-4 veckor. Förr när NMD hade monopol på partihandeln var det mycket enklare. Då följde inköpen säsongsvariationerna, men nu är det inte så längre. Enligt Michael och Albert kan det bero på att grossisterna fortfarande försöker ta marknadsandelar både inom partihandel och inom detaljhandel.¹⁹⁶

*-Jag tycker att alla grossister ska behandlas rättvist, säger Michael. Det betyder däremot inte att de ska behandlas lika. Våra produkter börjar mer och mer likna vanliga dagligvaror, säger han vidare.*¹⁹⁷

Grossisterna pressar tillverkarna med parallellimporten, som dock för tillfället är i stort sett obefintlig, efter att Silc Corporations egna priser sänkts. Däremot är det omöjligt att sia om vad som kommer att ske i framtiden. Det enda som är riktigt säkert är den norska marknads storlek. Aktörernas inbördes storlek är dock svårare att bedöma. Michael menar dock också att det är bra att ha tre grossister att förhandla med. Som tillverkare hamnar man i en bättre förhandlingsposition, menar han. Den grossist som säljer mest av Silc Corporations produkter får också den högsta marginalen. Det är alltså fråga om en eventuell nedprioritering av en grossist som börjar marknadsföra konkurrerande parallellimporterat insulin ut mot apoteken. Generellt sett ligger grossistmarginalerna på blåreceptprodukter på 3 till 15 %.¹⁹⁸

Det Michael syftar på kan illustreras med ett aktuellt exempel. En diabetiker kommer in på ett apotek och vill köpa en blodsockermätare. Apotekspersonalen rekommenderar då en viss produkt. Med stor sannolikhet kommer diabetikern att köpa den, istället för att gå till ett annat apotek. Michael menar att detsamma gäller för läkemedel. Däremot är det inte tillåtet att substituera Silc Corporations insulin mot en konkurrents, eftersom det inte räknas som samma substans av Legemiddelverket. Apotekspersonalen har däremot stort inflytande på sina kunder, menar han. Till syvende och sist handlar det ändå om att diabetikerna själva måste vara nöjda med Silc Corporations produkter.¹⁹⁹

*-För vår del handlar det dock ofta om att förhandla fram ett pris, säger Patrick. Får man som grossist en dålig marginal på en produkt tar man igen det på en annan.*²⁰⁰

¹⁹⁵ Green M och Black A intervju 021022, www.legemiddelverket.no 030521, Forskrift om legemidler av 22. desember 1999 § 12-5.

¹⁹⁶ Scott M intervju 021015, Green M och Black A intervju 021022.

¹⁹⁷ Green M och Black A intervju 021022.

¹⁹⁸ Green M och Black A intervju 021022.

¹⁹⁹ Green M och Black A intervju 021022.

²⁰⁰ Craven P intervju 030409.

Det som är viktigt för grossisten är produktens omsättning i kronor. Dessutom är omsättningshastigheten enormt viktig. Patrick har en högt uppsatt position på NMD Grossisthandel AS. Han har arbetat inom branschen under en mängd år.²⁰¹

Läkemedelsbolagen kan köpa in sig i olika kampanjer riktade mot apoteken, lagertjänster, såsom konsignationslager och lagerhotell, och diverser försäljningsaktiviteter. Partihandeln beställer oftast via fax från tillverkarna, men man håller på att utveckla elektroniska system.²⁰²

De enskilda apoteken har minskat i betydelse för tillverkarna sedan de köptes upp av grossisterna och bildade större kedjor. Numera är det grossisterna som står i fokus. Det är med dem man förhandlar om priser med mera. Däremot är grossistens och apotekens roller inte lika klara som förut, eftersom de ingår i samma koncerner.²⁰³

-Jag är trött på att inte veta om det är grossisten, eller apoteket, jag pratar med, säger Michael. Ibland träffar man samma person när man ska diskutera rabatter till apotekens inköpskedjor som när man ska diskutera grossistmarginaler, berättar han vidare.²⁰⁴

För rabatter mellan tillverkare och apotek är det stor skillnad mellan de helägda kedjorna och de apotek som inte är kedjeanslutna, i det fall rabatten förmedlas via grossisten. För enskilda apotek som inte är med i en kedja existerar rabatter inte. Det anses också vara lättare för en kedja som bygger på förhandlingsbara avtal mellan grossist och apotek att få rabatter än vad det är för kedjor som ägs av en grossist. Grossisten vill inte förlora sina kunder. Grossisterna ser inte de hel- eller delägda apoteken som kunder i samma utsträckning som de apotek eller apotekskedjor man endast har kontraktsmässiga relationer till. Man löper mindre risk att förlora dem trots att man lyssnar lite mindre på deras önskemål, eller klagomål.²⁰⁵

Den samordning som finns mellan tillverkare och grossist är högst informell. Det handlar i mycket stor utsträckning om att lita på andra aktörers ord och handslag. Mellan Silc Corporation och partihandlarna finns skriftliga avtal som aldrig blivit undertecknade. Det händer sällan att grossisterna missköter sig, eller att apoteken gör det. Både Michael och Albert reagerar mycket starkt om en kund hör av sig och säger att det inte gått att köpa en av Silc Corporations produkter på ett visst apotek. Det händer dock inte ofta är de noga med att påpeka. Apoteken är oftast skeptiska till nya produkter och tar ofta inte hem nya produkter förrän det kommer in någon kund och frågar efter dem.²⁰⁶

-De gamla apotekerna var nog inte så bra affärsmän alltid, säger Albert. Det var annat som räknades förr.²⁰⁷

Michael håller med och säger att kedjorna har blivit mer professionella. Det är lättare att få ut en produkt på apotekens hyllor vid en nylansering idag. En apotekare hörde vid ett tillfälle av sig och undrade varför försäljningen av en viss blodsockermätare i princip upphört. Han

²⁰¹ Craven P intervju 030409.

²⁰² Craven P intervju 030409.

²⁰³ Losman E och Plough S intervju 021025, Green M och Black A intervju 021022, Phoenix M och Mist R intervju 021025.

²⁰⁴ Green M och Black A intervju 021022.

²⁰⁵ Phoenix M och Mist R intervju 021025.

²⁰⁶ Green M och Black A intervju 021022.

²⁰⁷ Green M och Black A intervju 021022.

hade inte förstått att den såldes i en hälsokostbutik längre ner på samma gata till ett mycket lägre pris.²⁰⁸

-I stort sett fungerar distributionen bra, säger Michael. Den enda gång konsumenterna drabbats, under de sexton år jag arbetat på Silc Corporation, var när det blev stopp i produktionen för några år sedan, säger han vidare.²⁰⁹

Tar en grossist hem mycket parallellimporterat insulin, så minskar Silc Corporations egna leveranser. Detta medför att när parallellimportören får problem och inte kan leverera, vilket nästan alltid sker, så står grossisterna utan produkter och restorder uppkommer hos apoteken. Michael och Albert framhåller dock hela tiden att det viktigaste för dem är att diabetikerna får sitt insulin, oavsett om det är Silc Corporations produkter det handlar om, eller någon annans.²¹⁰

5.2 Relationen grossist – apotek

Den norska apotekshistorien präglas av att apoteken under 400 år var små och ägdes av apotekaren själv. Eventuellt fanns det filialapotek, men grundregeln var ett apotek per apotekare. Den 1 mars 2001 ändrades reglerna och vem som helst kan numera äga apotek. Däremot måste det finnas en farmaceut som är driftsansvarig. Det är tillåtet att bilda apotekskoncerner och det är tillåtet för grossister att äga apotek. Däremot är det inte tillåtet för läkemedelstillverkarna att äga apotek. Detsamma gäller förskrivande läkare.²¹¹

-Läget börjar bli mycket mer stabilt nu än vad det var för ett år sedan, säger Carol. När monopolsituationen försvann blev det ett vakuum där apotekssektorn fick otroligt mycket makt, säger hon vidare.²¹²

Apotekens initialt stora inflytande över distributionen efter avregleringen har minskat i och med att grossisterna stärkt sin ställning. Detta har skett dels genom att man köpt upp apotek ägda av enskilda apotekare, dels genom att marknaden är mättad på nya apotek och de existerande är relativt bundna av avtal med grossisterna. Den "skönhetstävling" som präglade den första tiden efter avregleringen, då grossisterna tävlade med varandra om att erbjuda apoteken olika tjänster, har upphört. Antalet nyetableringar i apoteksledet sjunker drastiskt och det betalas inga fantasiummor av grossisterna när de köper apotek. Det anses också överlag vara svårare för de enskilda apotekarna att sälja sina verksamheter.²¹³

Carol är apotekare och chef på apoteket Gladan utanför Oslo. Hon har arbetat över 30 år i branschen. Apoteket Gladan ägs av parallellimportören Pharma Corp, som äger två stycken apotek. Märk att det alltså är tillåtet för parallellimportörer att äga apotek. Verksamheten drog igång i februari 2002. Båda Pharma Corps apotek ingår i "Ditt Apotek"-kedjan och har således grossistavtal med NMD.²¹⁴

Totalt ägs 67, 7 % av de norska apoteken av kedjor. Resterande del av apoteken är ofta delvis ägda av apotekaren själv och av någon kedja. Det finns också 75 apotek som är

²⁰⁸ Green M och Black A intervju 021022.

²⁰⁹ Green M och Black A intervju 021022.

²¹⁰ Green M och Black A intervju 021022.

²¹¹ Phoenix M och Mist R intervju 021025.

²¹² Porter C intervju 030409.

²¹³ Porter C intervju 030409, Phoenix M och Mist R intervju 021025.

²¹⁴ Porter C intervju 030409, Pharma Corp organisationsplan 020524.

privatägda av apotekaren, men som har avtal med en grossist. Det finns dock endast 22 stycken apotek av totalt 481 som saknar kedjetillhörighet helt och hållet. I kedjan Ditt Apotek som har avtal med NMD, som i sin tur ägs av tyska GEHE AG, finns det 68 apotek, av vilka NMD har en ägarandel i 22 stycken. De övriga apoteken i Ditt Apotek-kedjan är privatägda av apotekaren.²¹⁵ I kedjan Vitusapotekene ingår 105 apotek. Dessa är helägda av NMD. I Apokjeden, som ägs av Tamro, ingår 198 apotek av vilka 119 är helägda och 50 delvis ägda av Apokjeden. Resterande 29 apotek ägs av apotekaren, men har avtal med Apokjeden. Slutligen har så det engelska grossistföretaget Alliance-Unichem, som äger grossisten Holtung, 91 helägda apotek.²¹⁶

Det finns alltså fyra stora kedjor, Ditt Apotek, Vitusapotekene, Apokjeden och Alliance-Unichem, vilka företräds av den norska apotekarföreningen, Norges Apotekerforening. NAF har inte samma roll som tidigare. Innan den stora avregleringen 2001, var man en arbetsgivarorganisation. Nu har man mer intagit en position som branschorganisation som hjälper till att företräda apotekens intressen gentemot den norska staten.²¹⁷

*-Det var på tiden att det skedde en effektivisering, menar Carol, men vi måste vara mycket mer säljare nu än förr. Det gamla systemet gynnade bara apotekarna. För kunderna var servicen dålig och väntetiderna långa.*²¹⁸

Med hundra nytillkomna apotek har servicenivån höjts i Norge, samtidigt som apoteken blivit mer kommersiella, jämfört med hur det var tidigare. Det är dock främst i storstäderna det etablerats nya apotek. Apoteken har väl utbyggda avdelningar där man som kund själv kan ta receptfria läkemedel och andra produkter. Väntetiderna på apoteken också minskat betydligt. Däremot har det inte blivit särskilt mycket billigare för apotekens kunder. Prisnivån är ungefär som den var tidigare. Apotekens marginaler har också sjunkit och branschens villkor har försämrats jämfört med hur det var tidigare.²¹⁹

*-Förändringen av apoteksväsendet är positivt, säger Carol. Det är roligare för mig att arbeta som farmaceut numera.*²²⁰

Det har lagts till ytterligare en dimension till apotekarens arbete, nämligen den företagsekonomiska, eller businessmässiga. Carol tycker uppenbart att detta är mycket roligt. Hon visar mig ideligen olika siffror och jämförelser, bland annat hur vinstens sjunker när man säljer få, dyra läkemedel, istället för flera, billigare läkemedel. Apotekens marginal kan skifta mellan 5 % och 25 %. Säljer apoteket få, men dyra, läkemedel sjunker den. Det apoteket tjänar på är att sälja många småförpackningar. I prislistor som NMD skickar är vissa läkemedel grönmarkerade, dessa tjänar apoteket bra på, andra är vita och slutligen är några gula, dessa kunde ha bytts ut mot sådana med högre marginal. Det är alltså på detta sätt NMD styr apotekens val av generiska läkemedel. De läkemedel som NMD förhandlat

²¹⁵ Till detta kommer 30 stycken sjukhusapotek som också ingår i Ditt Apotek-kedjan.

²¹⁶ NMD förestagspresentation 2003, Norges Apotekerforening Tekst og tall 2003, www.holtung.no 030521, www.nmd.no 030521, www.tamro.com 030521

²¹⁷ NMD förestagspresentation 2003, Norges Apotekerforening Tekst og tall 2003, www.holtung.no 030521, www.nmd.no 030521, www.tamro.com 030521.

²¹⁸ Porter C intervju 030409.

²¹⁹ Porter C intervju 030409, Craven P intervju 030409.

²²⁰ Porter C intervju 030409.

fram bra marginaler på, är självklart de som blir grönmarkerade i prislistorna och därmed billigare för apoteken att köpa in.²²¹

Relationerna mellan farmaceuterna är bra och de utgör en bristvara på den norska arbetsmarknaden. De är kollegor, trots att de arbetar för olika arbetsgivare. Relationerna har förbättrats sedan avregleringarna ägt rum, enligt Carol. Carols egna mål är att öka omsättningen och förbättra marginalerna så mycket hon kan. Apoteken kan faktiskt påverka marginalerna i det nya indexprissystemet. Genom att sälja preparat som har ett lägre AUP än indexpriset höjer de sina egna marginaler. Det handlar om att skapa motivation hos personalen och att säkra apotekets plats i närmiljön.²²²

*-När NMDs monopol upphörde och apoteken knutits till en viss grossist kunde det hända att en produkt var slut på ett apotek eftersom just det apotekets grossist hade varan restnoterad. Samtidigt fanns den hemma på grannapoteket, berättar Albert och skrattar lite.*²²³

Numera är dock situationen annorlunda. Har apotekets grossist på en produkt kan apoteket beställa den från en annan grossist, vilket sker frekvent men inte på rutin. Däremot tar tillverkaren inte emot några returer från apoteken. Det är bara från grossisten som Silc Corporation tar emot returer och då ska varan vara hållbar i maximalt åtta månader vid leverans till grossisten. Vid längre hållbarhet tas inga returer emot. Michael menar att infrastrukturen idag är så bra att det inte behövs. För Carols del löses detta genom att man samarbetar med det andra apoteket som ingår i Pharma Corp-koncernen.²²⁴

Däremot är det ett problem att den största delen av apotekens omsättning kommer från receptbelagda läkemedel. Myndigheterna ställer krav på att apoteken ska köpa in dyra produkter som de riskerar att inte sälja och som de sedan inte kan returnera. Denna risk innebär ökade kostnader som då måste tas ut på handelsvarorna, alltså de produkter som inte är läkemedel och säljs på apoteken. Generellt gäller att handelsvaror står för ungefär 20 % av apotekens omsättning.²²⁵

Ibland sker utbildning av apotekspersonalen i tillverkarnas regi, även om grossisten ofta står för utbildningen. Partihandlaren Alliance-Unichem, som äger en av de stora apotekskedjorna, har satsat mycket på att utbilda sin personal. De är mer på bettet än de övriga, tycker Michael. NMD och Apokjeden har inte gjort samma satsningar. Det sker alltså vidareutbildning både i tillverkarens och i grossistens regi. Dessutom genomför Norges Apotekerforening löpande utbildningar. NAFs utbildningar är inte lika säljrelaterade som grossisternas och tillverkarnas. En anledning till att det sker utbildning är att det stora antalet nya apotek gjort att apoteken försöker inrikta sig mot särskilda kundgrupper och erbjuda dem extra service. Det kan till exempel handla om diabetiker som möter en farmaceut med specialkunskaper i diabetes.²²⁶

NMD har en kontaktperson som kommer ut till apoteket ibland. NMD har också en mängd olika tjänster som Carol använder sig av. De har till exempel planer över hur hyllorna

²²¹ Porter C intervju 030409, Craven P intervju 030409.

²²² Porter C intervju 030409, Craven P intervju 030409.

²²³ Green M och Black A intervju 021022.

²²⁴ Porter C intervju 030409, Green M och Black A intervju 021022.

²²⁵ Porter C intervju 030409

²²⁶ Craven P intervju 030409, Porter C intervju 030409, Losman E och Plough S intervju 021025.

i tag-själv-avdelningen ser ut och de hjälper till med var varorna ska placeras. Dessutom har de utbildat personalen i de speciella logistikfunktioner som finns i Farma Pro, IT-systemet som finns på de allra flesta norska apotek. Grossisten ser också över parallellimporten och de generiska läkemedlen. Carol berättar att de förhandlar med tillverkarna och sedan hjälper apoteken att välja det billigaste alternativet. Dessutom tillhandahåller NMD en mängd extratjänster som apoteken kan köpa om de vill.²²⁷

Exempel på tjänster som tillhandahålls inom ramen för Ditt Apotek-kedjan är byggnation och etablering av nya apotek, inköpsavtal för arbetskläder och IT-system med mera, ekonomitjänster, marknadsföring, utbildning, kvalitetssäkring och benchmarking, automatisk lagerpåfyllning, profilering i form av skyltning och butiksinredning samt olika kampanjer. NMDs VMI-projekt håller på att dra igång och ett antal apotek har valts ut för att medverka i ett pilotprojekt. Systemet kallas för Warehouse Management System, eller WMS. Apoteken i Ditt Apotek-kedjan knyts alltså tätt till NMD.²²⁸

5.3 Arbetet på apoteket Gladan och NMD

Vi är på NMDs stora distributal i Oslo. Den är ganska nyligen ombyggd, i slutet av juli 2002. Anläggningen påminner mycket om Tamros i Kungens kurva, men de typiska U-formade gångarna saknas. Det märks dock att den maskinella utrustningen är nyare. Det har gjorts mycket stora investeringar den senaste tiden.²²⁹

Efter att plocksedeln skrivits ut, placeras den i en back som sedan matas ut på olika stationer. Vid dessa stationer packar personalen ner läkemedel i backen efter plocklistan som bockas av. En person ansvarar för ett visst produktområde som också definieras som ett fysiskt område i lokalen. När varorna på en plockstation är ilagda i backen går den vidare till nästa station.²³⁰

Förutom den manuella plockningen finns det också en så kallad A-frame, en automatisk plockningsmaskin. A-ramen består av ett löpande band med läkemedel staplade i vertikala kanaler på varje sida. Datorer ser sedan till att läkemedlen släpps ut på det löpande bandet i korrekt ordning och mycket snabbt. Vid bandets slut står en av NMDs röda backar och väntar på att produkterna ska läggas ner i den. Det är inte frågan om att slänga ner dem, utan produkterna kommer samlade i en hög som liksom läggs ner i backen. A-ramen är 34 meter lång och rymmer 1200 olika produkter. Cirka 20-25 % av apotekens order är lämpliga för automatplockning.²³¹

*-Numera väger vi backarna, säger Patrick och skrattar. Jag förstår inte det här nya systemet riktigt, men det var dyrt att införskaffa.*²³²

På tre olika kontrollstationer vägs backarna. När plocksedeln lagts i en viss back får backen en särskild vikt angiven. Stämmer inte denna går backen till en speciell station. Där den kontrolleras, märks och skickas tillbaka till den plockstation där det blivit fel. Efter att den

²²⁷ Craven P intervju 030409, Porter C intervju 030409.

²²⁸ Craven P intervju 030409, NMD företagspresentation 2003.

²²⁹ Craven P intervju 030409.

²³⁰ Craven P intervju 030409, www.nmd.no 030523.

²³¹ Craven P intervju 030409, www.nmd.no 030523.

²³² Craven P intervju 030409.

röda backen gått igenom systemet, antingen via A-ramen, eller den manuella plockningen går den vidare ut för transport till apoteken.²³³

*-Carol säger att NMD vet bättre vad apoteken behöver än vad apoteken själva gör.*²³⁴

NMD har slutat göra morgonleveranser, som man kunde packa upp innan öppningsdags. NMD motiverar de senare leveranserna med att det är bra för apoteket Gladan att kunna göra sina beställningar ända fram till 10.50 och sedan få leveranser klockan 12.30-13.00 samma dag. Den stora beställningen görs dock kring klockan 16.30 dagen innan. Carol vet emellertid att det passar NMDs körschema mycket bättre att leverera när de gör nu och hon tycker att de kan leva med det. När hon beställer tar Carol fram ett beställningsförslag ur Farma Pro som hon sedan skickar i en speciell fil till NMD via deras webgränssnitt.²³⁵

Apoteket Gladan är ett av Norges minsta apotek och ligger i en förort till Oslo. Detta medför att leveranserna är relativt små. Normalt kommer det 10 till 15 backar till apoteket vid 12.30-tiden. Man har omkring 70 varurader på varje beställning, jämfört med stora apotek i centrala Oslo som kan ha 300 varurader en normal dag. På måndagar och tisdagar är det dock större leveranser, vilket beror på att datorsystemet går igenom lagret på måndagar och som en följd av detta ökar storleken på beställningsförslaget som läggs för leverans på tisdagen. Apoteket öppnade under 2002 och omsatte under 2002 10 miljoner NOK, men målet att få omsättningen att öka till cirka 15 miljoner inom några år. Apoteket är ett av Norges minsta.

Det finns 2,5 tjänster för apotekstekniker och 1,25 farmaceuttjänster. Man expedierar cirka 80 recept per dag och har cirka 150 kunder i handköpsavdelningen varje dag. Lagret är värt cirka 800 000 NOK, att jämföra med de riktigt stora jouröppna apoteken som kan ha lager på 3-4 miljoner NOK. Carol säger att grossisten varnar när det gäller prisreduktioner så att apoteken inte köper in produkter dyrt och sedan måste sälja dem med förlust. Från grossisten har apoteket 30 dagars kredittid.²³⁶

Lastbilen som levererar till Gladan körs inte av NMD. Apotekspersonalen känner visserligen chauffören, men han kommer från Oslo Transportservice AS. Han har själv nyckel så att han kan ställa in varorna i lunchrummet när han kommer.²³⁷

Det är buntband runt alla backar och produkterna är sorterade efter bokstavsordning. Varje back har också en tydlig adress. Det vill säga om varorna i den ska ligga på apotekets stora varukarusell, eller i de vanliga skåpen. Kylvaror kommer i särskilda frigolitbackar, men insulin räknas inte som en vara som behöver en obruten kylkedja. Det kommer således i de vanliga röda backarna. Det sorteras inte in under kategorin kyla hos NMD. Däremot levererar konkurrenten Tamro insulin i särskilda frigolitzkartonger.²³⁸

Först kontrollerar personalen om leveransen stämmer med det beställningsförslag som skickades till NMD dagen innan och eventuellt justerades under förmiddagen. Varor som kunder väntar på är särskilt märkta och tas om hand allra först. Därefter läggs varorna upp

²³³ Craven P intervju 030409.

²³⁴ Porter C intervju 030409.

²³⁵ Porter C intervju 030409, Craven P intervju 030409.

²³⁶ Porter C intervju 030409, Losman E och Plough S intervju 021025, observation apoteket Gladan 030409.

²³⁷ Porter C intervju 030409, Craven P intervju 030409, observation apoteket Gladan 030409.

²³⁸ Losman E och Plough S intervju 021025, observation apoteket Gladan 030409.

på hyllorna. Har man mycket att göra sker det löpande under dagen. När upppackningen är klar görs en uppdatering i Farma Pro så att det noteras att varorna finns i lager.²³⁹

Apoteket Gladan kan endast beställa från NMD, men grannapoteket, som har samma ägare, har ett avtal med Holtung. De gör samlingsbeställningar en gång per vecka, eftersom ordern måste vara minst 5000 NOK. Apoteket Gladan kan få varor genom grannapoteket, men kan också be NMD ta hem varor från någon av de andra distribunalerna. Det händer ganska ofta att man behöver ringa till NMD och be dem ta hem varor från sina andra distribunaler. Generellt gäller att ett apotek kan beställa från andra grossister än sin huvudgrossist, men att det innebär sämre villkor i form av betalningsdagar, eller priser.²⁴⁰

Cirka 3/4 av apotekets sortiment består av receptbelagda läkemedel, resten är receptfria läkemedel och andra produkter. Man säljer ingen kosmetika, men det är tillåtet att göra det och att det finns apotek som gör det. Däremot menar Carol att kunderna inte vill köpa sådana produkter på apoteket. De sålde tidigare en dyrare hudkrämsserie, men den gick inget bra. Folk verkar inte vilja köpa den sortens produkter på apoteket, menar Carol. *-”Returer är inte populärt”, säger Carol.*

Alla grossistavtal som apoteket har finns på papper. Det handlar om leveranstider, returer och kassationer. Returer är inget man gör på rutin och NMD gillar det inte. Det är nämligen inte alla tillverkare som är villiga att ta returer. Förr märkte NMD ut de varor som hade kortare hållbarhet än tre månader, men det har man upphört med.

5.4 Vem bestämmer? – Perspektiv på inflytande och makt

Efter att den norska staten förändrat förutsättningarna för partihandelsväsendet hamnade det stora inflytandet hos apoteken. Grossisterna gjorde vad de kunde för att erbjuda apoteken bättre och bättre tjänster. När sedan apoteksväsendet också förändrades och det blev tillåtet att köpa upp apotek och bilda koncerner försköts maktbasen tillbaka till grossisten, eftersom det främst var grossister som köpte upp apotek.²⁴¹

*Grossisterna pressar oss med parallellimporten, men det är bättre för mig att ha tre grossister att handla med, säger Michael. Det går att spela ut dem mot varandra i en förhandling och om en av dem väljer att köpa parallellimporterat insulin så har jag två kvar att sälja till.*²⁴²

Det verkar idag finnas en viss oklarhet kring vem det är som är den mest inflytelserika aktören. Grossisterna kan pressa tillverkarna rejält när det gäller produkter som det finns parallellimport på, eller som tillverkas generiskt. Men detta gäller inte alla läkemedel; för originalpreparat med patentskydd ligger en stor del av inflytandet hos tillverkaren, eftersom grossisterna är tvingade att tillhandahålla samtliga läkemedel som finns på marknaden. I realiteten gör dock inte grossisterna detta fullt ut. Reglerna för parallellimporterade och

²³⁹ Observation apoteket Gladan 030409.

²⁴⁰ Losman E och Plough S intervju 021025, observation apoteket Gladan 030409.

²⁴¹ Porter C intervju 030409, Craven P intervju 030409, Losman E och Plough S intervju 021025, Green M och Black A intervju 021022, Phoenix M och Mist R intervju 021025.

²⁴² Green M och Black A intervju 021022.

generiska läkemedel anses därför ha positiva effekter på de norska grossisternas inflytande, medan motsvarande regler i Sverige har denna effekt framförallt på apoteksnivå.²⁴³

Idag har också grossisterna börjat skärpa tonen en aning mot apoteken. Små apotek får finna sig i det grossisten säger på ett helt annat sätt än för två år sedan. Detta beror på att apoteksmarkanden är mättad. Det finns inte plats för fler nya och grossisternas konkurrenssituation börjar stabiliseras.²⁴⁴

*Även om apoteksväsendet i Norge i och med ändringen av apotekslagen den 1e januari 2001 är ett av de mest liberaliserade i världen är apoteksnäringen fortfarande mycket hårt reglerad.*²⁴⁵

Staten har också ett mycket stort inflytande. Med tanke på hur den norska läkemedelsdistributionen fungerar känns det felaktigt att kalla det som skett under den senaste 10-årsperioden för en avreglering. Det är snarare fråga om en omfattande re-reglering. Ett tydligt exempel på detta är det nya indexprissystemet där statsmakten försöker skapa ett ekonomiskt incitament för apoteken att sälja billigare läkemedel i större omfattning. Vi är alltså återigen tillbaka i kedjeresonemangen om kostnadskontroll av läkemedelsnotan och en effektiv läkemedelsförsörjning.²⁴⁶

Slutligen kan dock sägas att grossisterna framträder som en aktörgrupp med ett mycket stort inflytande på den norska läkemedelsdistributionen. Grossisten är verkligen en kund hos tillverkaren och inte bara en mellanhand, eftersom grossisten äger apotek. Staten verkar dock inte ha några planer på att släppa sitt grepp. Sammantaget ser man alltså en bild som tydligt visar att den norska avregleringen lett till en hel del andra regleringar. Det är tydligt att det krävs en hel del arbete från myndigheter såväl som privata aktörer för att hålla apoteksmarknaden avreglerad.

²⁴³ Porter C intervju 030409, Craven P intervju 030409, Losman E och Plough S intervju 021025, Green M och Black A intervju 021022, Phoenix M och Mist R intervju 021025.

²⁴⁴ Porter C intervju 030409, Craven P intervju 030409, Green M och Black A intervju 021022, Phoenix M och Mist R intervju 021025.

²⁴⁵ Norges Apotekerforening Tekst og tall 2003, vår översättning.

²⁴⁶ Informationsbroschyr Statens Legemiddelverk och Trygdeetaten 2003, NMD företagspresentation 2003, Porter C intervju 030409, Norges Apotekerforening Tekst og tall 2003.

6 Finland – privilegiesystem och hög service

Finland har ett lite annorlunda system för läkemedelsdistribution om man jämför med de övriga nordiska länderna. I Finland är apoteken privatägda på samma sätt som de är i Danmark. Sammanlagt finns det 597 apotek i Finland som betjänas av tre stycken grossistföretag. Parthandeln är ordnad enligt ett enkanalsystem på samma sätt som det svenska. Apoteken är alltså privatägda, i ett slags privilegiesystem, samtidigt som grossisterna bedriver sin verksamhet enligt enkanalprincipen. Detta är den stora skillnaden mellan Finland och de övriga nordiska länderna.²⁴⁷

För att läkemedelskostnaderna skall bli lägre och för att läkemedelsbruket skall bli ändamålsenligare kommer apoteken att åläggas att byta ut av läkare ordinerade läkemedel mot billigare alternativa preparat. [...] Dessutom kan kunden också själv motsätta sig utbyte av medicin. Ersättning för medicinen kommer kunden att få på basis av den inköpta medicinen.²⁴⁸

Finland har följt resten av de nordiska länderna och införde den 1e januari 2003 regler om generisk substitution, med en bagatellgräns på 2 €. Kunden kan dock motsätta sig substitution och då få ersättning från Folkpensionsanstalten för den medicin som köps. Det betyder att systemet inte "straffar" de kunder som väljer att köpa ett dyrare läkemedel. Däremot är det finländska ersättningsmodellen annorlunda. 50 % av den kostnad som överstiger 10 € ersätts. Man kan sedan få så kallad specialersättning vid vissa sjukdomstillstånd. Denna är antingen 75 %, eller 100 %, beroende på sjukdom.²⁴⁹ Högkostnadsskyddet är satt till 601,15 €, vilket är betydligt mer än det svenska beloppet på 1800 SEK. Det pågår också en diskussion som rör problematiken med att apoteken ska behöva ta förluster som förknippas med generiska läkemedel.²⁵⁰

I Finland är det också tillåtet för apoteken att ge rabatter till sina kunder. För det första har krigsveteraner lagstadgad rätt till 10 % rabatt på landets samtliga apotek. Dessutom har apoteken rätt att ge rabatter till så kallade stamkunder. Bakgrunden till lagstiftningen är att den enda finländska apotekskedjan, Universitetsapoteket, eller "YA", med 17 apotek runt om i Finland, för några år sedan började ge just krigsveteraner och stamkunder rabatter. Rabatterna som ges av Universitetsapoteket rör sig i storlek 2-6 %. Sammantaget innebär det att Universitetsapoteket kan lämna upp till 16 % rabatt på AUP.^{251,252}

Finland har alltså en apotekskedja som drivs precis som vilket företag som helst. Anledningen till detta är att Helsingfors universitet, enligt läkemedelslagen, har rätt att driva apoteksrörelse med tillhörande filialapotek. Detta har resulterat i en kedjebildning som

²⁴⁷ Smith P intervju 021029, Finlands Apotekareförbund Annual Review 2002, Läkemedelslag 395/1987, Läkemedelsförordning 693/1987, Lag om läkemedelsverket 35/1993, Förordning om läkemedelsverket 132/1993.

²⁴⁸ Pressmeddelande Social- och Hälsovårdsministeriet 266/2002.

²⁴⁹ Hundraprocentig ersättning lämnas till ett stort antal svåra sjukdomar som också är kroniska, alltså inte enbart diabetes som är fallet i t.ex. Sverige.

²⁵⁰ Falkner R intervju 030512, Finlands Apotekareförbund Annual Review 2002, FPA-informationen 2/2003, Läkemedelslag 395/1987, Pressmeddelande Social- och Hälsovårdsministeriet 266/2002, Statsrådets förordning om läkemedelstaxa 1087/2002.

²⁵¹ För att vara berättigad till den högsta rabattsatsen måste man ha köpt varor för mer än 2523 € under det gångna året (2002).

²⁵² Finlands Apotekareförbund Annual Review 2002, Pressmeddelande Social- och Hälsovårdsministeriet 385/2002, Statsrådets förordning om läkemedelstaxa 1087/2002.

sträcker sig över hela landet, även om de flesta apoteken finns i södra Finland.

Universitetsapoteket erbjuder sina kunder att vara medlemmar i deras stamkundssystem som kan sägas fungera som ett lojalitetsprogram. Ju mer man handlar, desto större blir rabatten procentuellt sett. Dessutom får stamkunderna snabbare service på apoteket, uppföljning av medicinkostnaderna, särskilda produkterbudanden, möjlighet till hemkörning av läkemedel och särskilda hälsovårdstjänster som blodtrycks- och blodsockermätningar.²⁵³

Den finländska prissättningsmodellen är förbluffande lik den svenska.

Försäljningstillstånd söker det importerande, eller tillverkande, företaget hos det finländska Läkemedelsverket. Därefter är det upp till läkemedelsbolaget att avgöra om de vill ha sitt läkemedel inom ramen för läkemedelsförmånen. I detta fall måste företaget göra en ansökan till den så kallade Läkemedelsprismyndigheten som fattar beslut om förmånen.²⁵⁴ En ansökan ska innehålla ett AIP som motiveras väl utifrån en specificerad och motiverad helhetsbedömning av kostnaderna för behandling med läkemedlet. Dessutom måste en hälsoekonomisk kalkyl bifogas ansökan. I praktiken är det dock så att myndigheten fastställer AIP för de läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånen. Läkemedelsprismyndigheten behandlar också ansökningar om att höja, eller sänka AIP. Myndigheten är en del av Social- och Hälsovårdsministeriet och samverkar med Folkpensionsanstalten i sina beslut. Därefter sätts AUP enligt en särskild läkemedelstaxa som har ett fast och ett procentuellt påslag. Den rörliga delen minskar, medan den fasta delen ökar när AIP ökar.^{255,256}

Den finländska debatten om läkemedelsdistributionen ger ett betydligt mer samlat och lågmält intryck än vad som observerats i de andra länderna. Det förs en diskussion om hur elektroniska recept ska utformas. I praktiken har man dock kommit betydligt kortare än i Danmark och Sverige. I dagsläget befinner man sig i en fas där pilotstudier genomförs för att undersöka om det är möjligt att använda elektroniska recept i en större skala. Problematiken kretsar främst kring valet av apotek och säkerhet. Apotekskunden ska kunna hämta det förskrivna läkemedlet på vilket apotek som helst. Detta medför en problematik kring hur recepten hanteras. De måste alltså skickas till en central server och sedan kunna hämtas på det enskilda apoteket. Man söker "en enhetlig och tydlig riksomfattande lösning".²⁵⁷ Detta innebär dock i praktiken samma arbete som med en pappersblankett och samma väntan för kunden. Däremot ökar kontroll- och servicemöjligheterna för statsmakten och apoteken.²⁵⁸

Den stora politiska frågan rör de ökande kostnaderna för läkemedel. Den 14e mars anordnade Social- och Hälsovårdsministeriet en stor hearing. Det som framförallt ifrågasätts är apotekens position i Finland, liksom de ökade läkemedelskostnaderna och vad man ska göra åt dem. Det lyfts däremot också fram att det behövs en oberoende organisation för

²⁵³ Cold L och Noland K intervju 030512, Universitetsapotekets information för stamkunder 2002.

²⁵⁴ Inte att förväxla med den svenska Läkemedelsförmånsmyndigheten.

²⁵⁵ Vid försäljning av läkemedelspreparat [...] från apotek skall [...] användas ett pris som bestäms enligt följande beräkning: AIP 0 – 9,25 €: 1,5 x inköpspris + 0,50 €, AIP 9,26 – 46,25 €: 1,4 x inköpspris + 1,43 €, AIP 46,26 – 100,91 €: 1,3 x inköpspris + 6,05 €, AIP 100,92 – 420,47 €: 1,2 x inköpspris + 16,15 €, AIP över 420,47 €: 1,125 x inköpspris + 47,68 €.

²⁵⁶ Finlands Apotekareförbund Annual Review 2002, Social- och Hälsovårdsministeriets föreskrift: "Ansökan om fastställande av skäligt partipris som ersättningsgrund för läkemedelspreparat", Statsrådets förordning om läkemedelsprismyndigheten 1280/1997, www.shm.fi 030529.

²⁵⁷ TABU 1/2002 sid. 29.

²⁵⁸ Cold L och Noland K intervju 030512, TABU 1/2002 sid. 29-30.

information kring läkemedel och läkemedelsanvändning. Överdirektören för det finländska Läkemedelsverket Hannes Wahlroos skriver följande.²⁵⁹

*Det är hög tid att den politiska beslutsfattaren låter pröva den läkemedelspolitiska linjens hållbarhet i ett förändrat Finland och en förändrad värld. [...] När läkemedelspolitiken skärskådas bör det finnas mod att ifrågasätta vissa tidigare sanningar, och om något efter granskning fortfarande är på hållbar grund bör det finnas mod att medge också detta.*²⁶⁰

Vårt att nämna är också den diskussion som förekommer kring de finländska apoteksprivilegiernas vara, eller inte vara. Det är ytterst en fråga om att bibehålla apotekssystemet som det ser ut idag, eller att avreglera såsom man gjort t.ex. i Norge. Det är dock viktigt att komma ihåg att det redan finns en etablerad apotekskedja i Finland. En norsk modell skulle alltså inte innebära något helt nytt. Diskussionen har förts fram och tillbaka. En åsikt som framförts är att det med rådande lagstiftning inte går att åstadkomma konkurrens på apoteksnivå. Hannes Wahlroos konstaterar torrt att konkurrensen inom läkemedelsförsörjningen endast kan vara begränsad, eftersom marknaden inte fungerar som den ska; detta på grund av de många, men nödvändiga regleringarna.²⁶¹

Det är nu dags att möta några av de aktörer som verkar på den finländska marknaden. Vi kommer att få träffa Pete som arbetar på Silc Corporation Farma OY i Helsingfors, Lynn som är anställd farmaceut på ett av Universitetsapotekets apotek i Helsingfors och Roberta, som är apotekare och ägare till ett stort privat apotek i Helsingfors.

6.1 Relationen tillverkare – grossist

Det danska moderbolaget Silc Corporation A/S har ett konsignationslager hos sin distributör Oriola, som har tre stycken distributörer i Finland. Oriola sköter sedan distributionen till de finländska apoteken. Silc Corporation får inte sälja till någon av de andra grossisterna, Tamro och Kronans Droghandel, KD, eftersom Finland tillämpar ett enkanalsystem i partihandelsledet.²⁶²

*Oriola säljer produkterna vidare i moderbolagets namn, säger Pete. Det betyder att produkterna inte skiftar ägare förrän apoteken köper dem. Varken Oriola, eller Silc Corporation Farma OY, det finländska marknadsbolaget, äger dem, berättar Pete vidare.*²⁶³

Pete arbetar på Silc Corporation i Esbo. Hans främsta uppgifter rör uppföljning av försäljning, men han är också ansvarig för logistikfunktionen. Pete har också hand om att ta fram den sales forecast som ligger till grund för beställningarna som görs hos Silc Corporations tillverkning. Det är möjligt att se sin egen, och konkurrenternas, försäljning, men inte ner till apoteksnivå. Finländska Läkemedelsverket och Institute for Medical Statistics tillhandahåller statistik över detta. IMS har delat in apoteken i "mini bricks" på 3-6 apotek och man levererar data en gång per månad. Det är dock endast Oriolas leveranser till apoteken som

²⁵⁹ TABU 2/2003 sid. 29-30.

²⁶⁰ Läkemedelsverkets överdirektör Hannes Wahlroos i TABU 2/2003 sid. 30.

²⁶¹ Smith P intervju 021028, Cold L och Noland K intervju 030512, Falkner R intervju 030512, TABU 4/2001 sid. 28.

²⁶² Smith P intervju 021029.

²⁶³ Smith P intervju 021029.

ligger till grund för sales forecasten. Oriola rapporterar dagligen både leveranserna till apoteken och lagersaldot.²⁶⁴

Oriola skickar sedan rapporter till Silc Corporation Farma om vad som säljs till apoteken. Pete gör en sammanställning som sedan skickas till kontoret i Sverige, som är ansvarigt för den finländska verksamheten. Själva sales forecasten sänds dock separat till tillverkningsenheterna. Silc Corporation Farmas intäkter uppstår genom att de fakturerar moderbolaget för de tjänster de utför i Finland. Pete är dock noga med att påpeka att detta handlar om en juridisk lösning. I praktiken representeras Silc Corporation i Finland av Silc Corporation Farma OY.²⁶⁵

Silc Corporation A/S har ett detaljerat avtal med Oriola där det bland annat regleras hur de ska hantera produkterna, t.ex. att "first in – first out" gäller och att transportererna sker i enlighet med gällande kvalitetsregler. Det är dock inte Oriolas ansvar att hålla reda på lagernivåerna i konsignationslagret, utan det sker genom de sales forecasts som Silc Corporation Farma gör, sedan ser Silc Corporation A/S till att de kvantiteter som forecasten säger ska finnas på konsignationslagret också gör det.²⁶⁶

Det är ett delat ansvar mellan Silc Corporation A/S och Silc Corporation Farma OY. Oriola är en ren distributör och registrerar endast försäljningen, menar Pete. Vi lutar på varandra, men samtidigt kräver relationen att vi är aktiva, säger Pete. Vi [Silc Corporation A/S] är bara en av Oriolas kunder.²⁶⁷

Att systemet ser ut som det gör, beror dels på att man slipper extraarbete med fakturering och andra saker. Före december 2000 såldes varorna av Silc Corporation A/S till Silc Corporation Farma OY som sålde till Oriola som i sin tur sålde till apoteken. Pete menar att för Silc Corporation innebär nyordningen bara en renodling av det gamla systemet. Användningen av konsignationslager motiveras av skattemässiga skäl.²⁶⁸

Moderbolaget har dock inga som helst kontakter med apoteken. Kunderna likställs med de förskrivande läkarna och kontakterna med dessa sköts av Silc Corporation Farma. Det sker heller inga centrala förhandlingar med apoteken. Moderbolaget skickar helt sonika ut en prislista med fastställda AIPn till apoteken och dessa köper sedan efter denna. Man tar också fram ett GIP för att på så sätt kunna reglera ersättningen till Oriola. Priserna är dock mycket nära AIP och GIP är alltså i detta fall ett fullkomligt hypotetiskt pris som endast används internt.²⁶⁹

Kommunikationen inom Silc Corporation-koncernen sköts genom SAP-systemet, men mellan Oriola och Silc Corporation Farma försöker man göra anpassningar med hjälp av Excelfiler. Pete menar att det går att utforma Excel på ett sådant sätt att rapporterna blir bra. Vissa apotek beställer elektroniskt, men det är enbart de stora apoteken. Det sker mycket beställningar e-post och telefon.²⁷⁰

²⁶⁴ Smith P intervju 021029.

²⁶⁵ Smith P intervju 021029.

²⁶⁶ Smith P intervju 021029.

²⁶⁷ Smith P intervju 021029.

²⁶⁸ Smith P intervju 021029, Mark A intervju 021008.

²⁶⁹ Smith P intervju 021029.

²⁷⁰ Smith P intervju 021029, www.oriola.fi 030528, www.orion.fi 030528.

Oriola är bara Silc Corporations agent och apoteken är köparen, eller kunden, säger Pete. Det är vi som har det slutgiltiga ordet när något ska avgöras i relationen med Oriola. Vi är kund [hos Oriola] och kunden har alltid rätt.²⁷¹

Silc Corporation har Tamro som sin grossist i Sverige. Att man på den finländska marknaden har konkurrenten Oriola beror på att det var de som började sälja Silc Corporations produkter i Finland på 1930-talet. Sedan har man helt enkelt hållit fast vid dem. Oriola sköter sig och håller sig till de överenskommelser som görs.²⁷²

Avtalet mellan Oriola och Silc Corporation är endast en juridisk formalisering av relationen. Pete säger att han inte har tittat på det på länge. Samarbetet fungerar liksom utanför avtalet. Det reglerar t.ex. inte hur Oriola ska rapportera, utan detta bygger snarare på ömsesidig förståelse. Oriolas ersättning beror på hur mycket de distribuerar, så det ligger i bådats intresse att det fungerar. Ingen av konkurrenterna anlitar Oriola så det finns ingen oro för att Silc Corporations insulinprodukter ska hanteras sämre, eller bättre. Konkurrenterna använder sig av Tamro.²⁷³

I det enkla system vi har finns det inte så mycket som går snett, menar Pete. Det är velkørende, som han säger.²⁷⁴

Det är väldigt lite problem med distributionsapparaten. Ibland kan det uppstå fel i Oriolas rapporter, men Pete menar att det är en otroligt stor apparat att sköta och det är inte så konstigt att det uppstår fel ibland. Det är dock inga allvarliga saker.²⁷⁵

Hos distributören Oriola finns två lagerformer, dels ett automatiskt plockningslager, dels ett suppylager för att hålla plockningslagret igång. Silc Corporation A/S har definierat en minimiorder från tillverkningen, men den är oftast oviktig, eftersom man beställer runt 30000 förpackningar.²⁷⁶

Silc Corporations uppfattar sin relation till Oriola som relativt låst. Det går att byta grossist, men det är inte tillåtet att sälja till ytterligare en grossist. När det gäller analyser och rapporter är det däremot mycket flexibelt. På detta område görs löpande ändringar. Däremot går det t.ex. inte att ändra att fakturering ska ske en gång per månad till apoteken. Det sker dock förändringar också i själva distributionen som sådan. Före december 2000 sålde man t.ex. varorna till Oriola, som i sin tur sålde till apoteken.²⁷⁷

Det finns också stränga regler för hur varorna ska transporteras. Oriola kör extra kontroller på att kylan har hållits under transporter etc. Det finns ett tillägg i Oriolas avtal med Silc Corporation A/S om just detta. Kylkedjan från Oriola och ut till apoteken är inte obruten. Å andra sidan tar man heller inte mer betalt av Silc Corporation för kylvaror än för andra varor från Oriolas sida. Då bör betänkas att upp emot 70 % av Silc Corporations produkter ska förvaras i kyla när de lagras längre tid.²⁷⁸

²⁷¹ Smith P intervju 021029.

²⁷² Smith P intervju 021029.

²⁷³ Smith P intervju 021029.

²⁷⁴ Smith P intervju 021029.

²⁷⁵ Smith P intervju 021029.

²⁷⁶ Smith P intervju 021029.

²⁷⁷ Smith P intervju 021029.

²⁷⁸ Smith P intervju 021029.

6.2 Relationen grossist - apotek

Ytligt sett har det inte hänt så mycket på den finländska apoteksmarknaden under de senaste tjugo åren. Antalet apotek är relativt konstant, även om det har tillkommit en del nya. Apotekaren äger sitt apotek och får kämpa i många år innan hon får lov att öppna, oftast överta, en apoteksrörelse. Det förs en läkemedelspolitisk diskussion och den har hittills lett till att Finland infört regler om generisk substitution den 1e januari 2003.²⁷⁹

*Jag undrar vad som kommer att ske med generiska läkemedel i framtiden, säger Roberta och tittar ut genom fönstret.*²⁸⁰

Roberta är ägare och apotekare på Halkboo Apotek i Helsingfors. Hon ser ut som en företagsledare och pratar som en sådan. På väg in till hennes rum hänger sju-åtta stycken inramade porträtt av de apotekare som innehaft apoteket före henne.

Apotekens marginaler sjunker och apoteksrörelsen förändras i och med detta. Idag har apoteken marginaler på 24-25 %. Av detta betalar man 11 % i apoteksavgift till staten. På läkemedel ligger dessutom 8 % moms och på andra produkter är det 22 % moms. Roberta menar att det inte håller i längden. Hon är dessutom arg över att Universitetsapoteket betalar en lägre apoteksavgift.²⁸¹

Apoteket har ett mycket stort sortiment av kosmetika och hälsokostpreparat. Det är mycket större än i Sverige. Samtliga kunder betalar i kassan som ser ut som kassa i ett vanligt snabbköp, men får sitta ner och tala enskilt med en farmaceut i små stationer när de får sina läkemedel expedierade. Vid betalning lämnar man över ett block helt anonymt med en streckkod till den som sitter i kassan. Samtliga receptmediciner, det vill säga alla som inte ligger på tag-självavdelningen, finns i källaren och skickas upp med ett rörsystem till respektive kundmottagningsstation. Det är där märkningen av läkemedlet sker. I källaren förvaras läkemedlen i den ordning de säljs. De som säljs mest ligger längst fram o.s.v. De plockas sedan och läggs i en tub så fort de beställs från våningen ovanför.²⁸²

*Det bara elva sekunder för läkemedlet att skickas från källaren och upp till betjäningssdisken, säger Roberta.*²⁸³

De som plockar läkemedlen gör det mycket snabbt. Tre personer klarar av det under värsta rusningen. Det arbetar dock tre andra med upppackningen där man packar varor ur backarna från de tre grossisterna, scannar in dem och lägger dem i nya backar som sedan packas upp i hyllorna på lagret. De varor som är för stora för att skickas i rörsystemet läggs på en särskild hylla och sedan får personalen uppe i apoteket springa ner och hämta när de expedierar en sådan. Fördelarna med systemet är att det skapar effektivitet i plockningen.

²⁷⁹ Falkner R intervju 030512, Pressmeddelande Social- och Hälsovårdsministeriet 266/2002, TABU 2/2003 sid. 29-30.

²⁸⁰ Falkner R intervju 030512.

²⁸¹ Falkner R intervju 030512.

²⁸² Cold L och Noland K intervju 030512, Falkner R intervju 030512, Observation Halkboo apotek 030512, Observation Universitetsapoteket 030512.

²⁸³ Falkner R intervju 030512.

Det medför också att utrymmet uppe i apotekslokalen utnyttjas bättre. Dessutom blir tiden som farmaceuten kan tillbringa med kunden mycket längre.²⁸⁴

Man får tre till sex leveranser varje dag. Det kommer två på morgonen från Oriola och KD. Sedan kommer det en leverans på eftermiddagen från Tamro. Behövs det gör samtliga grossister extraleveranser. Det är dock inte alla apotek som har det såhär, utan främst de stora apoteken i städerna. På måndagar och fredagar är leveranserna större. I uppackningen säger de att det kan röra sig om 200 varurader, men att det är mer vissa veckodagar. Backarna som kommer är zonindelade och beställningspunkterna läggs in automatiskt. Däremot måste man justera beställningspunkterna efter säsongsvariationer. På apoteket menar man att problemen med restorder stadigt ökar, särskilt efter införandet av reglerna för generisk substitution.²⁸⁵

Beställningarna görs via Internet, via ett lagerutdrag som kommer från datorsystemet. Det är dock långt ifrån alla apotek som beställer via Internet. Beställningarna skickas sedan till de tre olika grossisterna. Grossisterna har relativt stränga betalningsvillkor, vanligen mellan fem och tio dagar från fakturadatum. Apoteken är därför noga med att omsätta sitt lager så ofta som möjligt. Roberta omsätter t.ex. sitt lager drygt 20 gånger per år. Det är möjligt att returnera vissa produkter, särskilt sådana som är generiska och som är helt osäljbara för apoteken och dessutom utanför deras kontroll. Det är däremot inte möjligt för alla apotek. Små apotek är helt enkelt inte lika viktiga för grossisterna.²⁸⁶

*Jag är så stor att de inte kan göra hur de vill mot mig, säger Roberta, ler lite och tar en klunk kaffe.*²⁸⁷

Grossisterna skriver gärna årslånga avtal med apoteken. De säljer i princip samma handköpsvaror, varor som inte är läkemedel men som säljs på apoteken, och är därför måna om att binda upp apoteken.²⁸⁸

I en informationsdisk i tag-självavdelningen finns alltid en farmaceut som hjälper till att svara på de frågor som kunderna kan tänkas ha. Produkterna placeras på hyllorna efter hur mycket de säljer. De som säljer bäst får också en bättre hyllplacering och hyllutrymme. De som inte säljer alls, eller som Roberta har dålig marginal på, ligger längst ner. Dessutom finns det en hel avdelning med homeopatiska och sufistiska preparat. Denna hälsokostavdelning drivs som ett eget aktiebolag för att Roberta inte ska behöva betala apotekavgift för den försäljningen också. Dessutom är det inte tillåtet för apotek att drivas i aktiebolagsform. Roberta berättar att apoteket hyr sina lokaler av hälsokostföretaget. Det är tydligt utmärkt inne i lokalen att det är frågan om två företag både med skyltar och dörrar.²⁸⁹

Apoteken blir mer och mer en del av hälsovården. Roberta menar att de förr stod mycket mer ensamma, men att de numera blir mer och mer integrerade. Apoteken har gjort flera projekt tillsammans med WHO inom rökning, diabetes och astma. Det finns också ett

²⁸⁴ Cold L och Noland K intervju 030512, Falkner R intervju 030512, Observation Halkboo apotek 030512, Observation Universitetsapoteket 030512.

²⁸⁵ Observation Halkboo apotek 030512, Observation Universitetsapoteket 030512.

²⁸⁶ Cold L och Noland K intervju 030512, Falkner R intervju 030512, Observation Halkboo apotek 030512, Observation Universitetsapoteket 030512.

²⁸⁷ Falkner R intervju 030512.

²⁸⁸ Falkner R intervju 030512.

²⁸⁹ Falkner R intervju 030512, Observation Halkboo apotek 030512.

projekt som heter "Tippa", eller "droppe" på svenska, som handlar om att ge patienten meningsfull information. Tanken är att man ska främja en sund läkemedelsförsörjning och få kontroll över kostnaderna. Systemet är uppbyggt kring en stor databas och fungerar mycket bra som det ser ut idag, menar Roberta. Projektet har drivits i tre år och involverar en mängd myndigheter, liksom Apotekareförbundet. Finländska myndigheter tar dock stort intryck av vad som sker i andra länder i Norden.²⁹⁰

*Det är dock ingen som vill ha en situation liknande den i Storbritannien där apoteken inte är apotek längre, säger Roberta och ser lite bekymrad ut.*²⁹¹

För patientens del tror Roberta att det är bättre om systemet inte ändras. Hon berättar om den sjuksköterska som kommer till apoteket två gånger per vecka från den lokala privata läkarstationen. Sjuksköterskan mäter blodtryck med mera och man behöver inte boka tid för att träffa henne. Universitetsapoteket har regelbundna "stamkundskvällar" då det kommer personal från läkarstationer och hjälper till med blodtrycks- och blodsockermätningar m.m. Redan nu har apoteken dessutom mycket långa öppettider, ofta fram till 21 för de som ligger i städerna. Dessutom har väntetiderna kortats kraftigt. Det är sällan en kund får vänta längre än 15 minuter på att få hjälp av en farmaceut.²⁹²

För apoteken i Finland finns det två alternativa datasystem, dels finns Linnea som utvecklats av företaget Receptum, som till hälften ägs av Universitetsapoteket, dels finns ett annat äldre och mindre utvecklat system. I Linnea finns det flera olika färgkoder som den expedierande farmaceuten får upp på sin skärm. Är texten svart så finns produkten hemma. Är den grå så finns den inte hemma. Är priset markerat grönt ligger det inom bagatellgränsen på 2 €. Sedan finns det produkter som är markerade med blå text, istället för svart, eller grå. Det betyder att denna produkt ligger inom bagatellgränsen på 2 € och dessutom att Universitetsapoteket kan garantera kunden att den ska finnas tillgänglig om tre månader också.²⁹³

*Det är produkter som farmaceuten lugnt kan rekommendera kunden, berättar Lynn. Vi har nog något högre marginal på dem också. YA [Universitetsapoteket] förhandlar priserna centralt, menar Lynn.*²⁹⁴

Lynn är farmaceut och arbetar på ett av Universitetsapotekets stora apotek i centrala Helsingfors. Hon har arbetat hos YA sedan hon tog examen från sin utbildning.

Universitetsapoteket har ett stamkundssystem som man kan anmäla sig till gratis. Det innebär att man får särskilda erbjudanden, att ens läkemedelsprofil finns i YAs datorsystem och att man får tillgång till YAs telefoncenter gratis. Tanken är också att farmaceuten ska kunna få upp information i Linnea om kunden t.ex. lider av någon slags allergi och om kundens övriga medicinering.²⁹⁵

På den klisteretikett som fästs på läkemedelsförpackningen vid expedition sitter en liten flik som rivs av och sätts på receptet, om det är avsett att gälla för flera expeditioner. Fliken är försedd med en liten streckkod. När kunden senare kommer tillbaka med samma

²⁹⁰ Cold L och Noland K intervju 030512, Falkner R intervju 030512.

²⁹¹ Falkner R intervju 030512.

²⁹² Cold L och Noland K intervju 030512, Falkner R intervju 030512.

²⁹³ Cold L och Noland K intervju 030512, Observation Universitetsapoteket 030512.

²⁹⁴ Cold L och Noland K intervju 030512.

²⁹⁵ Cold L och Noland K intervju 030512, Observation Universitetsapoteket 030512.

recept är det bara att läsa av koden så kommer föregående expedition upp. Det betyder att man vet vad patienten haft för läkemedel om man gjort ett byte. Det man ser är alltså ersättningsprocenten från Folkpensionsanstalten, priset och vilket läkemedel det är frågan om. För stamkunder finns dessutom läkemedelsprofiler lagrade. YA har också en garanti som gör att kunden får produkten levererad hem om den är slut på apoteket och det beror på apoteket. Däremot berättar Lynn att man brukar lösa leveransproblemet om det rör sig om äldre personer. De ska inte behöva gå till apoteket mer än en gång, anser hon.²⁹⁶

Ibland går det lite för långt med konkurrensen, säger Roberta. Tittar här, säger hon, och pekar ut genom fönstret. Tvärsöver gatan har ett annat apotek öppnat. Affärerna går inte så särskilt bra för dem, säger hon och skrattar.²⁹⁷

Universitetsapoteket är givetvis en stor konkurrent till de privata apoteken. De privata apoteken har dock också börjat organisera sig för att kunna möta konkurrenssituationen. Roberta är med i en sammanslutning av 16 apotek. De har bland annat ett samarbete inom utbildning av personal och marknadsföring. Tillsammans ger de sexton apoteken ut en tidning som delvis anpassas efter de enskilda apoteken. Det ser med andra ord ut som om tidningen är gjord specifikt för ett apotek, medan det redaktionella materialet är detsamma.²⁹⁸

Utbildningen de gör tillsammans är ett tvåårigt kvällskursprogram för personalen. Genom detta utbildas farmaceuter till specialister, inom t.ex. diabetes eller astma, och får på så sätt tillgång till en karriärstege. Roberta menar att det är farligt om man stannar av i karriären och inte utvecklas. Varje tisdag och onsdag har man dessutom olika typer av utbildning / information för personalen. Det är väldigt viktigt att de 16 apotekarna känner varandra väl för att samarbetet ska kunna fungera, men det är inte frågan om en kedjebildning. Det är ju inte tillåtet. När det gäller prisförhandlingar menar Roberta att de sexton samarbetande apoteken gör det bättre än vad Apotekareförbundet gör.²⁹⁹

Robertas apotek omsätter cirka 10 miljoner Euro och har 56 personer anställda. Man expedierade 214 000 reciper förra året. Hälsokostföretaget, som nämnts tidigare, omsätter ungefär lika mycket. Det är alltså en stor rörelse som Roberta driver. Lynns arbetsgivare, å andra sidan är mycket större, bara apoteket som Lynn arbetar på har 160 personer anställda. På båda apoteken har cirka 50 % av personalen farmaceutisk kompetens.³⁰⁰

6.3 Vem bestämmer? – Perspektiv på inflytande och makt

Den finländska läkemedelsdistributionen har vissa drag gemensamt med alla de andra nordiska länderna. Samtidigt är skillnaderna stora om man jämför helhetsbilderna. Skillnaderna och olikheterna diskuterades inledningsvis i kapitlet. Här ska vi nämna något

²⁹⁶ Cold L och Noland K intervju 030512, Observation Universitetsapoteket 030512.

²⁹⁷ Falkner R intervju 030512.

²⁹⁸ Falkner R intervju 030512.

²⁹⁹ Falkner R intervju 030512.

³⁰⁰ Cold L och Noland K intervju 030512, Falkner R intervju 030512, Observation Halkboo apotek 030512, Observation Universitetsapoteket 030512.

om vilka konsekvenser dessa har vad gäller synen på makt och inflytande över läkemedelsdistributionen.

Enkanalsystemet gör att grossisternas roll marginaliseras, eftersom de inte har någon möjlighet att konkurrera inbördes när det gäller läkemedel. Däremot är det tydligt att det finns en konkurrens mellan grossisterna när det gäller produkter som inte är läkemedel, men som ändå säljs på apoteken. Således väljer tillverkaren, eller importören, den grossist som ger de bästa villkoren i förhållande till servicenivå. Samtidigt verkar historiska band och personliga relationer vara av stor betydelse vid valet av grossist. Här är det otvetydigt tillverkarna som styr grossisterna. Tillverkarna refererar till partihandeln som vore de agenter. Det betyder att grossisterna inte anses ha någon självständig roll. De konkurrerar om en liten del av apotekens försäljning, det vill säga de s.k. handköpsvarorna.

Apotekens roll är relativt svag, endast de riktigt stora privata apoteken har inflytande över grossisterna. Universitetsapoteket, å andra sidan, har relativt stort inflytande. Det är en aktör som kan jämföras med den finländska Apotekareföreningen när det gäller diskussionen om den framtida läkemedelspolitiken. Generellt sett verkar de finländska apoteken ha betydligt mindre inflytande jämfört med det svenska Apoteket AB. Apotekareföreningen består till stor del av apotekare som driver egna apotek och inte arbetar med att företräda föreningen på heltid. YA är alltså den klart dominerande aktören. Ofta följer till och med lagstiftaren efter det YA gör. YA började t.ex. ge rabatter till krigsveteraner och stamkunder innan detta var omnämnt i lagen. YAs vd, eller "Apotekaren" som han kallas i organisationen, har fått mycket medialt utrymme den senaste tiden. Det är alltså uppenbart att de privata apoteken har en ställning som är svagare än YAs. Detta är i sig inte underligt eftersom de inte tillåts växa till samma storlek.

Staten har ett stort inflytande på den finländska marknaden, precis som i de övriga studerade länderna. Med reglerna om generisk substitution har detta inflytande stärkts ytterligare, eftersom det implicit innebär att apotekens marginaler pressas. Samtidigt minskar läkemedelsbolagens inflytande, allra mest för de som har många produkter som är substituerbara. Den nyligen inledda läkemedelpolitiska diskussionen indikerar också att staten tar en än mer aktiv roll än tidigare.

Sammanfattningsvis kan man alltså se att det finns tydliga tendenser mot ökat statligt inflytande, precis som i de andra nordiska länderna, samtidigt som det finns vissa aktörer som inte har någon direkt motsvarighet i Sverige, Danmark, eller Norge. Samtidigt är det tydligt att läkemedelskonsumenterna, d.v.s. apotekens kunder är viktiga. Det märks på den servicenivå dessa möter på apoteken.

7 En jämförelse av de studerade ländernas läkemedelsdistribution

I de föregående fyra kapitlen har vi beskrivit läkemedelsdistributionen i de studerade länderna. Här gör vi en systematisk jämförelse av situationen i de fyra länderna i fyra dimensioner. Vid alla jämförelser har givetvis valet av jämförelsedimensioner stor betydelse för resultatet. Vi ägnar därför ett inledande stycke i varje avsnitt åt att motivera och teoretiskt förankra våra val.

I korthet kommer vi att jämföra ländernas läkemedelsdistribution i termer av: 1) distributionssystemens aktörs- och aktivitetsstrukturer; 2) graden av vertikal och horisontell integration; 3) servicenivåerna i de olika distributionsleden; samt 4) det rådande prissättningsystemet. För varje dimension gör vi både en strukturell och en dynamisk jämförelse. Vi diskuterar alltså både vad som karakteriserar ländernas distribution i dagsläget, samt hur distributionen har förändrats under de senaste åren.

7.1 Aktörs- och aktivitetsstrukturerna inom nordisk läkemedelsdistribution

Frågan om distributionseffektivitet är intimt förknippad med hur distributionsarbetet organiseras; vem gör vad och hur? Hur aktiviteter organiseras mellan och inom företag har varit ett återkommande tema inom ekonomisk teori sedan Adam Smiths dagar. Smiths klassiska observation om arbetsfördelningens positiva inverkan på produktiviteten är fortfarande relevant, men måste kompletteras med senare års forskningsresultat kring samordning av ekonomiska utbyten. Under de senaste 20 åren har man i allt högre grad betonat de beroendeförhållanden som finns mellan aktiviteter i ett ekonomiskt system. Betydelsen av formella företagsgränser har därmed tonats ned. Detta gäller inte minst distributionssystem, där såväl företagets utbytesaktiviteter som interna aktiviteter i hög grad påverkas av motparternas aktiviteter. Två viktiga verktyg i arbetet med ett distributionssystemets effektivitet är därför goda beskrivning av det aktuella systemets aktörs- och aktivitetsstrukturer.

7.1.1 Aktörsstrukturer för läkemedelsdistribution

I vår analys av aktörsstrukturen utgår vi inte i första hand från formella företagsgränser, utan från det sätt på vilket de involverade själva tillskriver enheter aktörskap.³⁰¹ Angreppssättet motiveras av observationer som gjorts i studier av interorganisatoriska relationer, där aktörernas gränser visat sig vara både otydliga och föränderliga.³⁰² Att regelmässigt följa formella företagsgränser, eller något annat på förhand fastställt kriterium, ger sällan en god bild av de aktörer som de facto agerar i distributionssystemet.

³⁰¹ Latour 1996.

³⁰² Håkansson och Snehota 1989.

Föga förvånande tillskrivs *Apoteket AB* en mycket central roll av i stort sett samtliga vi talat med i Sverige. Även grossisterna *Tamro* och *KD* är framträdande aktörer liksom *tillverkarnas nationella säljbolag*. Två andra aktörer som allmänt anses påverka läkemedelsdistributionen är *landstingen* och *den svenska staten*. I praktiken skiljs dock ofta t.ex. *Läkemedelsförmånsnämnden*, LFN, och *Läkemedelsverket*, LMV, ut. *Förskrivarna* ses som en viktig aktörsgroup av *tillverkarnas säljbolag*, av LMV och av landstingen. *De enskilda apoteken* tillskrivs aktörskap framförallt av läkemedelsanvändarna, säljarna av parallellimporterade och generiska läkemedel, samt av andra enskilda apotek. *Läkemedelsanvändarna* tillskrivs aktörskap framförallt av *tillverkarnas säljbolag* och de enskilda apoteken. *Företrädare för användarna*, t.ex. patient- och anhörigföreningar, är aktörer som t.ex. LFN tillskriver ett visst mått av aktörskap till även när det gäller distributionsfrågor.

I Norge är det framför allt *tillverkarnas säljbolag*, *grossisterna*, *apotekskedjorna* och de statliga myndigheterna *Riksförsäkringsverket* och *Läkemedelsverket* som tillskrivs aktörskap. Grossisterna och deras respektive apotekskedjor tillskrivs ibland tillsammans, ibland separat, viktiga roller inom läkemedelsdistributionen. För *tillverkarnas*, eller de säljande bolagens, del är det inte helt lätt att skilja detaljhandeln från partihandeln. De bildar i mångt och mycket en enhet. Myndigheterna tillskrivs aktörskap av samtliga parter. Vissa menar till och med att deras roll har blivit tydligare och förstärkts i och med avregleringen av apoteksväsendet för något år sedan. I Norge och Danmark är urskiljningen mellan myndigheter inte lika tydlig som i Sverige. Övriga aktörer refererar ofta till myndigheterna som en samlad enhet, eller rätt och slätt som staten.

I Danmark tillskrivs de tre *grossisterna*, *apotekarföreningen*, *de enskilda apoteken*, *tillverkarnas säljbolag* och *läkemedelsstyrelsen* aktörskap. En stor skillnad mellan Danmark och Sverige i detta avseende är apotekarföreningen som alla apotekare är medlemmar i. Apotekarföreningens aktörskap baseras på att det är apotekarföreningen som avgör vem som ska få driva apoteksrörelse samtidigt som man innehar en viss kontrollfunktion. *Tillverkarnas säljbolag* tillskriver grossisterna en tydlig kundroll, en mycket tydligare sådan än i Sverige där grossisten mer ses som en agent för tillverkaren, eller det säljande bolaget. Samtidigt tillskrivs även de enskilda apoteken ett tydligare aktörskap än i Sverige. Såväl *tillverkarna* som *grossisterna*, och de enskilda apotekerna, ser dessa som självständiga enheter med ett relativt stort mått av aktörskap.

I Finland det inte entydigt vilken aktör som intar den mest centrala rollen. Tydligt är dock att *Universitetsapoteket* och *Apotekarföreningen* har centrala roller, liksom de statliga myndigheterna *Läkemedelsprisnämnden* och *Folkpensionsanstalten*. Det är dock inte den finländska apotekarföreningen som avgör vem som ska få driva apoteksrörelse, utan det avgörs av staten. *Partihandeln* betraktas som agenter, vilket de ju rent tekniskt också är i många fall, utan något reellt aktörskap. På apoteken är det tydligt att *läkemedelsanvändarna* står i fokus. Man har arbetat mycket med att minska väntetider och förbättra servicen.

Kunderna utgör en viktig grupp i alla de studerade länderna. Däremot skiljer sig uppfattningarna åt både inom och mellan länderna när det gäller vem, eller vilka, som egentligen är kunden. I Norge ser *tillverkarna* grossisterna som deras *kunder*, även om man också ser på läkarna som kunder. Detta gäller också i Danmark. I Sverige verkar *tillverkarna*

snarare se grossisterna som *leverantörer* av distributionstjänster. Det är istället läkarna och de individuella användarna som tillsammans utgör kunderna. Denna syn delas dock inte av parallellimportörer och säljare av generiska läkemedel, som istället ser de enskilda apoteken som kunder.

Vår kartläggning visar också att tillskrivandet av aktörskap ofta är tydligt kopplat till individer inom organisationerna. De personliga kontakternas och de långvariga relationernas betydelse för aktörskap blir speciellt tydligt när det gäller olika former av problemlösning. När de tänkta flödena av information, pengar eller varor av någon anledning störs, aktiveras den här typen av aktörer på mikronivå. Det är då inte "Tamro" som apotekspersonalen kontaktar, utan Lilian eller någon annan person.

Dessa mer eller mindre informella kontaktvägar mellan organisationerna verkar bidra till att skapa en viss trygghet inom systemet; om något går snett finns där någon att vända sig till. De verkar också vara relativt okänsliga för förändringar på interorganisatorisk nivå. Trots att Tamros marginaler i Sverige pressas av tillverkarna så framhöll t.ex. en person inom ett säljbolag att "de ställer alltid upp till hundra procent."

7.1.2 Aktivitetsstrukturer för läkemedelsdistribution

För att beskriva aktivitetsstrukturen använder vi den analysmodell som utvecklats av Dubois.³⁰³ Modellen bygger vidare på den undersökningsmodell som också legat till grund för vår studie och som betonar tre dimensioner i ett ekonomiskt system: de aktörer, aktiviteter och resurser som deltar i det ekonomiska utbytet.³⁰⁴ I analysmodellen ses resultatet av en aktivitet alltid som en produkt, även om karaktären på dessa produkter kan variera radikalt. I en traditionell tillverkningsituation resulterar aktiviteterna ofta i påtagliga produkter som utgör insatsvaror i en efterföljande aktivitet. Principiellt gäller detta även för varudistribution, även om resultaten av aktiviteterna inte är lika påtagliga, ett butikssortiment har dock en sådan mer påtaglig karaktär.

Med utgångspunkt i en beskrivning som den i Bild 1, utgör varje individuell aktivitet en första analysenhet. En viktig fråga är hur dessa genom resursdelning är kopplade till andra parallella aktiviteter. En andra analysenhet är aktivitetskedjan, d.v.s. hur en rad olika aktiviteter är sammankopplade över aktörsgränser. Här är kunskap om hur de olika aktiviteterna utförs av vikt för att kunna effektivisera aktivitetskedjan i sin helhet. En tredje analysenhet utgörs av en aktörs verksamhet i sin helhet. För aktörens effektivitet blir samordningen mellan å ena sidan enskilda aktiviteter och å andra sidan aktivitetskedjor som riktar sig till specifika motparter, av vikt. Behovet av specifika ledningsfunktioner hos aktören avgörs också av omfattningen av dessa.³⁰⁵

³⁰³ Dubois 1994.

³⁰⁴ Håkansson och Johansson 1992, Gadde och Håkansson 1992.

³⁰⁵ Dubois 1994.

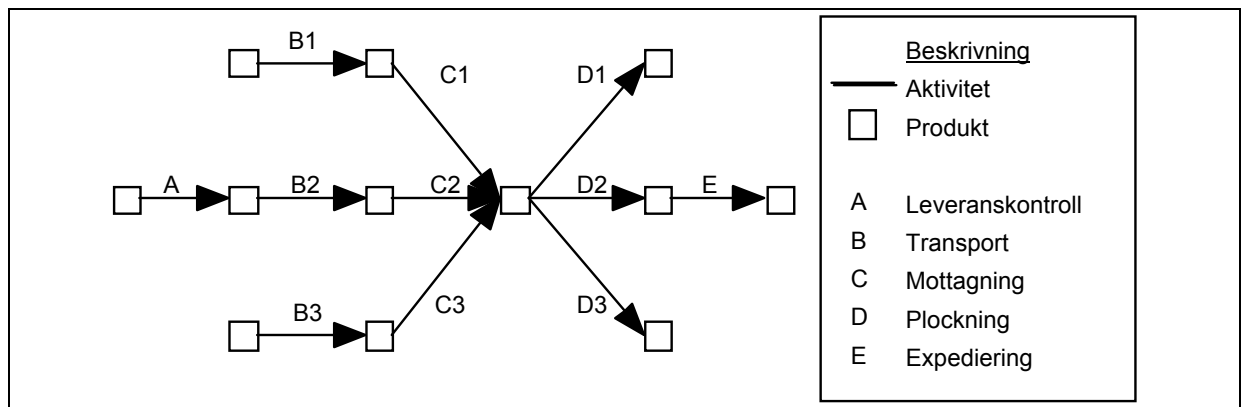


Bild 1. Ett exempel på en enkel aktivitetsstruktur för varudistribution.

7.1.2.1 Idealbilder av distributionsarbetet

De beskrivningar olika aktörer ger av distributionssystemet har ofta karaktären av idealbilder. De är beskrivningar av hur distributionen "borde fungera" eller hur den är "tänkt att fungera" snarare än beskrivningar av hur distributionen *fungerar*. Vi lägger inga värderingar i denna observation; det finns skäl som talar för att dessa ideal-bilder kan vara produktiva. De kan t.ex. tydliggöra en riktning i vilken man bör försöka förändra distributionsarbetet. De kan emellertid även skapa problem genom att systematiskt tona ned betydelsen av vissa aktiviteter som i hög grad bidrar till distributionsarbetets måluppfyllelse, t.ex. olika former av mer eller mindre vardaglig problemlösning.

Bilderna nedan (Bild 2-5) är exempel på "ideal-bilder" som vi rekonstruerat på basis av vårt insamlade material. En jämförelse mellan bilderna från Sverige respektive Danmark visar tydligt skillnaden mellan enkanalsystem och fullsortimentsgrossister i termer av aktiviteter. Medan det sker en dubblering av aktiviteterna som länkar grossisterna med apoteken i Sverige, sker det i Danmark en dubblering av aktiviteterna som länkar grossisten med tillverkarna. Eftersom relativt många danska apotek köper från två grossister sker också en viss dubblering av aktiviteterna som länkar grossisterna med apoteken.

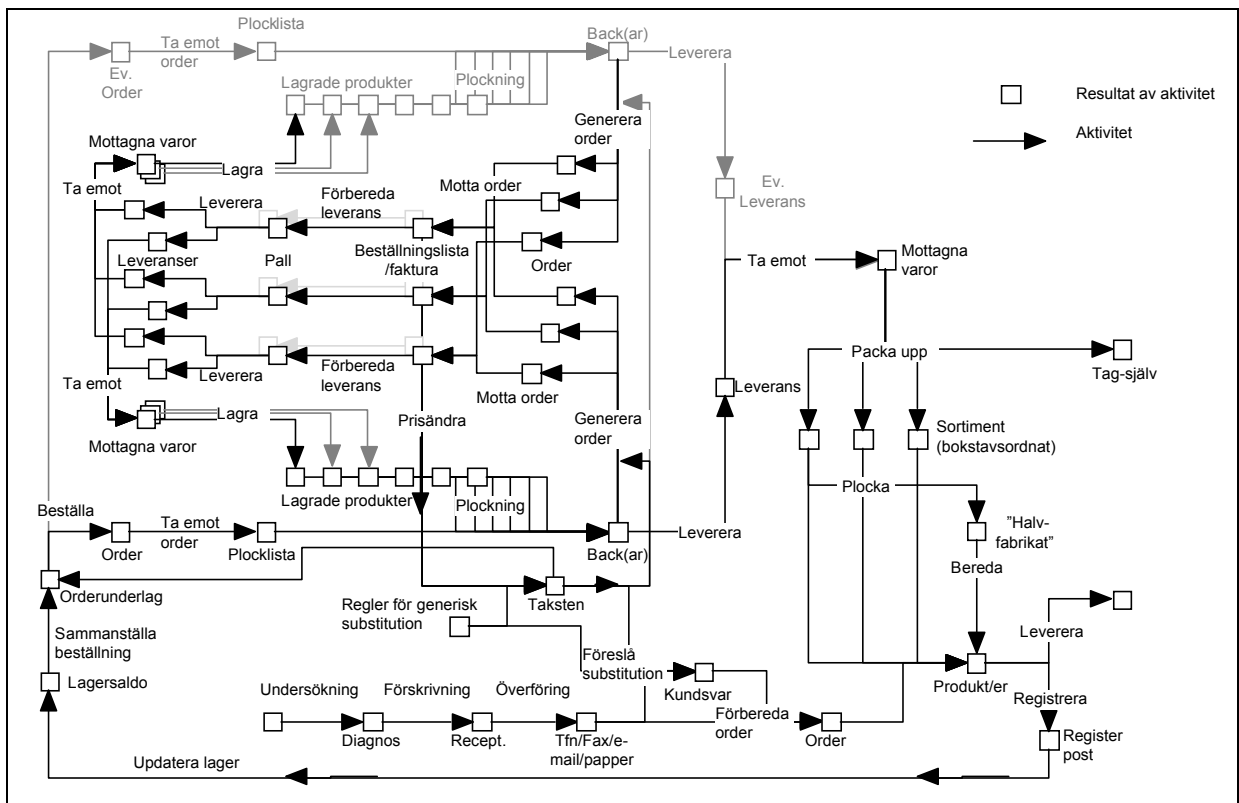


Bild 3. En aktivitetsstruktur för läkemedelsdistribution i Danmark.

7.2 Graden av integration

Kopplingen mellan integration och effektivitet har ofta uppmärksammats i diskussioner kring organiseringen av varudistribution. En grundläggande idé har varit att nå ökad effektivitet genom förbättrad samordning av olika verksamhetsdelar. Bland riskerna med integration har man bland annat lyft fram försämrade anpassningsförmåga t.ex. till lokala efterfrågevariationer. Att basera en jämförelse av distributionssystemens integration på ett aggregerat integrationsmått riskerar dock att ge en alltför onyanserad bild av de studerade systemen. Dels kan systemen vara integrerade såväl horisontellt mellan enheter med samma distributionsfunktion, t.ex. apotek, dels vertikalt mellan enheter med olika distributionsfunktion, t.ex. mellan en grossist och en detaljist. Integrationen kan också gälla olika aspekter av distributionsarbetet.

Vi kommer att bedöma distributionssystemens integrationsgrad i tre avseenden: formell, beslutsmässig, och operationell integration.³⁰⁶ *Formell integration* handlar i stor utsträckning om ägandekopplingar och kan definieras som det legala inflytandet som en aktör har över en annan. *Beslutsmässig integration* definieras som det inflytande en aktör har på de beslut som fattas av en annan aktör.³⁰⁷ I jämförelse med formell integration kan denna form av integration ses som faktiskt inflytande oavsett formell makt. Det är alltså fullt möjligt att ett distributionssystem karaktäriseras av en hög grad av formell integration samtidigt som den beslutsmässiga integrationen är låg, och vice versa. *Operationell*

³⁰⁶ Integrationsbegreppen är hämtade från Mattssons klassiska studie av förhållandet mellan integration och effektivitet inom svensk dagligvarudistribution (Mattsson 1969).

³⁰⁷ För en mer utvecklad definition baserad på mängdlära. Se Mattsson 1969, sid. 58.

integration, slutligen, handlar om hur aktiviteterna i distributionssystemet utförs och vilka egenskaper de olika flödena har.³⁰⁸

Här använder vi oss av tre kompletterande begrepp: aktivitetsöverföring, exklusivitet och homogenitet. *Aktivitetsöverföring* beskriver i vilken utsträckning aktiviteter som anses "tillhöra" ett visst led i distributionskedjan utförs av ett annat led. Ett exempel på detta är när en grossist tar på sig lagerplaneringen för sina kunder i detaljistledet. Graden av *exklusivitet* avser i vilken utsträckning flera aktörer utför samma aktivitet parallellt. Ett så kallat enkanalsystem har en hög grad av exklusivitet, eftersom endast en grossist hanterar varje produkt. Graden av *homogenitet*, slutligen, mäter i vilken utsträckning enheter inom samma led har liknande egenskaper, t.ex. om grossisternas sortiment och servicenivåer i hög grad överlappar varandra. Här kommer även mer symboliska aspekter på distributionen in, t.ex. om ett antal detaljstenheter bedriver verksamhet under gemensamma symboler och namn.

7.2.1 Formell integration

7.2.1.1 Sverige

Det svenska apoteksmonopolet gör att detaljistledet formellt sett är helt integrerat. Det duopol som råder i grossistledet gör att det även här finns en betydande formell horisontell integration. Tamros fyra distribunaler och KDs tre är formellt sett integrerade i varsin gemensam företagsorganisation. Sammantaget har alltså den svenska läkemedelsdistributionen en hög grad av formell horisontell integration.

När det gäller den formella vertikala integrationen är denna betydligt mer blygsam. För det första uppvisar Apoteket AB genom sitt ägarintresse och sin styrelserepresentant i Tamro en viss formell integration bakåt in i grossistledet. För det andra visar de läkemedelstillverkare som har ägarintressen i KD en viss formell integration framåt in i grossistledet. Eftersom dessa ägarandelar är relativt blygsamma, måste bedömningen vara att den svenska läkemedelsdistributionen har en låg grad av formell vertikal integration.

7.2.1.2 Norge

I Norge har avregleringen av apoteksväsendet medfört en snabb utveckling mot ökad formell *horisontell* integration. Idag är endast cirka 4,3 % av de norska apoteken formellt fristående enheter, utan kedjetillhörighet. De resterande apoteken ingår av någon av de tre kedjor som tillsammans svarar för 86,7 % av omsättningen i apoteksledet. I grossistledet medförde avregleringen en disintegration, då monopolföretaget NMD utsattes för konkurrens från nya aktörer. Sammantaget uppvisar dock den norska läkemedelsdistributionen en betydande formell horisontell integration, även om den inte är lika hög som i Sverige. Även den formella *vertikala* integrationen mellan grossist- och detaljistleden ökar i Norge.

Eftersom tillverkare enligt lag är förbjudna att äga grossister/bedriva grossistverksamhet har snarare en viss formell disintegration skett där, Kronans Droghandel fick t.ex. sälja sin ägarandel i Holtung då läkemedelsindustrin äger delar av KD. Samtliga tre

³⁰⁸ Mattsson 1969, sid. 102.

stora distributionsaktörer driver idag verksamhet i både grossist- och detaljistledet. NMD, den största grossisten ägs av tyska GEHE som också äger Vitusapotekene; Tamro driver både grossistverksamhet och Apokjeden; Alliance-Unichem äger grossisten Holtung och driver också apoteksapotekskedjan Alliance apotekene. Den formella vertikala integrationen inom norsk läkemedelsdistribution är alltså relativt hög.

7.2.1.3 Danmark

Det danska apoteksväsendet är fortfarande baserat på ett privilegiesystem och trots att det idag är tillåtet för en apotekare att driva upp till 4 apoteksenheter, är den horisontella formella integrationen mycket låg. I grossistledet är dock situationen en annan. Liksom i Norge är grossistledet ett oligopol med tre stora aktörer. I Danmark finns dock en tydlig, marknadsledare i grossisten Nomeco som har cirka 70 % marknadsandel. Nomecos fem distributörer och den betydligt mindre grossisten Max Jennes tre gör att den formella horisontella integrationen i grossistledet är betydande.

Den danska läkemedelsdistributionen uppvisar i stort sett ingen formell vertikal integration. Det finns inga ägarband mellan grossist- och detaljistleden.

7.2.1.4 Finland

Precis som i Danmark är den formella integrationen låg i Finland. Apotekssystemet baseras på privilegier som fördelas av staten och det är inte tillåtet för en apotekare att driva flera apotek. Däremot kan man driva filialapotek, men för detta krävs särskilda tillstånd. När det gäller den formella horisontella integrationen är det därför framförallt Universitetsapoteket man tänker på. De 17 apoteken drivs som ett företag, en apotekskedja med andra ord och deras andel av läkemedelsförsäljningen är inte obetydlig. Däremot verkar kedjan inte växa nämnvärt i dagsläget.

I grossistledet är formella integrationen däremot större, eftersom det endast finns två fristående aktörer: Tamro samt Oriola/KD (som har samma ägare). Det finns också en tydlig och delvis formaliserad vertikal integration mellan tillverkare och grossist där grossisten, också i juridiska termer, intar en roll som agent.

7.2.1.5 Norden

Förutom den formella integration som finns i varje enskilt land, visar vår undersökning också tydligt att det under senare tid skett en ökad internationell horisontell integration. Detta gäller främst grossistledet och de finländska företagen Tamro och Orion Group. Tamro bedriver verksamhet på samtliga fyra studerade marknader, medan Orion Group, genom KD, finns i Finland och Sverige.

7.2.2 Beslutsmässig integration

I jämförelse med den formella integrationen är den beslutsmässiga betydligt svårare att fastställa, samtidigt har den beslutsmässiga integrationen en närmare koppling till hur distributionsarbetet faktiskt bedrivs.

7.2.2.1 Sverige

Inom Apoteket AB har man en hög horisontell beslutsmässig integration. De enskilda apoteksenheternas beslutsfattande påverkas i hög grad av beslut som fattas centralt inom Apoteket AB. Det gäller t.ex. relationerna till de två stora grossisterna KD och Tamro som Apoteket AB träffar avtal med på central nivå. Det gäller också utformningen av butiksenheterna och personalens klädsel m.m. Resultatansvaret för apoteksenheterna ligger dock på en apoteksområdeschef. Apoteket AB har dock valt att hantera de nya reglerna för generisk substitution på apoteksnivå, vilket innebär att den beslutsmässiga integrationen minskar något. Den horisontella beslutsmässiga integrationen i grossistledet är också hög; de enskilda distribunalerna påverkas i hög grad av de beslut som fattas centralt av respektive grossist.

Den vertikala beslutsmässiga integrationen anses generellt vara betydligt högre än motsvarande formella integration. Såväl Apoteket AB som tillverkarna, genom sina säljbolag, tillskrivs ett stort inflytande över hur grossistledets verksamhet utformas, t.ex. vad gäller öppettider, leveransvillkor m.m. Däremot är tillverkarnas möjlighet att påverka apoteksledet relativt liten.

7.2.2.2 Norge

Den beslutsmässiga integrationen i apoteksledet överstiger den formella integrationen genom de frivilligkedjor som också är verksamma i Norge. I vissa fall är centralstyrningen av frivilligkedjorna minst lika omfattande som inom de helägda kedjorna.

Den ökande formella vertikala integrationen mellan grossist- och apoteksleden avspeglar sig också i en ökande beslutsmässig integration. Tillverkarrepresentanter menar att de i allt större utsträckning träffar samma människor när de ska diskutera rabatter till detaljistledet som när de ska diskutera grossistens inköpsvillkor.

7.2.2.3 Danmark

I apoteksledet är den beslutsmässiga integrationen relativt låg. Den danska apotekarföreningen bidrar dock till en viss horisontell integration. Denna integration ökar också genom bildandet av inköpskedjor där man samordnar inköpen till ett större antal apotek.

Genom införandet av s.k. VMI, Vendor Managed Inventories, sker en ökande vertikal beslutsmässig integration mellan grossist och detaljistledet. Sortimentsbeslut som tidigare fattades av enskilda apotek fattas under VMI av grossisten. Fortfarande är dock graden av vertikal beslutsmässig integration låg i Danmark.

7.2.2.4 Finland

Den beslutsmässiga integrationen är hög mellan tillverkare och partihandel. Däremot har tillverkarna mycket liten möjlighet att påverka apoteken. Till detta bidrar det finländska apotekarförbundet. Detsamma gäller mellan partihandel och apotek där den beslutsmässiga integrationen är låg, eller obetydlig. Apotekaren "är" sitt apotek och system som t.ex. VMI är inte utbyggda i Finland. Inte heller mellan Universitetsapoteket och partihandeln är den

vertikala beslutsmässiga integration särskilt hög. Däremot har Universitetsapoteket ett betydande inflytande som grossisternas största kund bland öppenvårdsapoteken.

På grund av det finska privilegiesystemet är den horisontella beslutsmässiga integrationen låg i apoteksledet. Varje apotek (inklusive eventuella filialer) är en i hög grad suverän aktör. Inom Universitetsapoteket är dock den beslutsmässiga integrationen mycket hög.

7.2.3 Operationell integration

Operationell integration handlar i högre grad än beslutsmässig integrationen om den praktiska samordningen av de olika distributionsledens aktiviteter. Hur väl är kontakterna mellan de olika enheterna organiserade? Existerar dubbelarbete, d.v.s. utför fler enheter samma typ av arbete?

7.2.3.1 Sverige

Det svenska systemet utmärks av en hög grad av exklusivitet. Rollfördelningen och specialiseringen är relativt långt driven. Enkanalsystemet innebär att det inte sker någon dubblering av order- och leveransaktiviteterna för enskilda produkter, men ger samtidigt en dubblering av vissa order- och leveransaktiviteter på apoteksnivå eftersom varje apotek har utbyten med två leverantörer (se Bild 2, ovan). Apoteket ABs omfattande arbete med att ta fram och sprida information om de läkemedel man säljer är en tydlig dubblering av tillverkarnas arbete. Grossisternas arbete med att packa om vissa produkter, t.ex. parallellimporterade varor, utgör även de en dubblering av tillverkarens arbete. Slutligen innebär Apoteket ABs nya distansapotek en minskad grad av exklusivitet vad gäller grossistfunktionen, även om distansapoteken inte är tänkta att utföra *exakt* den verksamhet som grossisterna utför idag.

Det svenska apoteksledet är mycket homogent, trots att det förekommer både storleks- och lokaliseringsskillnader mellan apoteksenheterna. Rutinerna för att hantera generisk substitution innebär dock en reducerad homogenitet eftersom de kan leda till sortimentsskillnader mellan apoteken som inte beslutas centralt. Även grossistledet utmärks av en hög grad av homogenitet. Det finns i dagsläget inga tydliga försök av de svenska grossisterna att försöka differentiera sig. Däremot förekommer det variation i hur grossisterna arbetar. Till exempel har KD en automatisk plockningsmaskin, medan Tamro plockar varorna manuellt. Detta innebär fysiska skillnader i hur innehållet fördelas inom och mellan backarna som levereras till apoteken. Det är däremot inte en del i en strävan att differentiera sig.

Det förekommer också viss aktivitetsöverföring mellan leden. Grossisternas zonindelning av varorna vid leverans är ett exempel på hur apotekens sorteringsarbete påbörjas redan hos grossisten. Konsignationslagren och vissa speciella arrangemang för produkter med mycket högt pris i förhållande till omsättning innebär också en del aktivitetsöverföringar mellan leden. Direktdistributionen av medicinska gaser är ytterligare ett exempel på aktivitetsöverföring, där i det här fallet tillverkaren också svarar för distributionen ut till användarna.

I Sverige finns en betydande samordning av informationsflödena mellan leden. Förändringar i lagersaldona på Tamros konsignationslager registreras t.ex. automatiskt i Silc Corporations SAP-system vid in- och utleverans. Silc Corporation får också löpande statistiska underlag från Apoteket AB beträffande försäljningen av deras produkter. Genom TWA och TWD integrerar Tamro informationsflödet från tillverkare till apotek.

7.2.3.2 Norge

I Norge är exklusiviteten förhållandevis låg bland grossisterna. Det beror på att partihandelsledet består av fullsortimentsgrossister som enligt lag ska kunna sälja samtliga läkemedel på marknaden. I praktiken finns det dock ett mått av exklusivitet, eftersom grossisterna inte behöver ha samtliga läkemedel inom en generiskt utbytbar grupp på lager. Dessutom säljer de inte exakt samma handköpsvaror, d.v.s. varor som inte är läkemedel men säljs på apotek.

Det är vanligt att norska apotek får leveranser från två grossister, även om de har en "huvudgrossist" som får göra en större leverans och har förmånligare villkor. Det förekommer också en mycket begränsad aktivitetsöverföring från apotek till grossist. NMDs pilotförsök med WMS, Warehouse Management System, är ett exempel på detta och att likna vid det danska VMI.

Inom apotekskedjorna ser vi en tydlig operationell vertikal integration mellan apotek och partihandel. De facto är det ju ibland svårt att se skillnaden på apotek och grossist för andra aktörer. Inom ramen för kedjorna har också den horisontella operationella integrationen ökat; kedjorna erbjuder och genomför en rad samordnade aktiviteter för apoteken, t.ex. butiksplanering, marknadsföring, och ekonomitjänster. Dessa aktiviteter bidrar till ökad homogenitet inom kedjorna, men kan också leda till en ökad differentiering mellan kedjorna.

7.2.3.3 Danmark

I Danmark karaktäriseras distributionsarbetet av en lägre grad av exklusivitet än i t.ex. Sverige. Fullsortimentssystemet innebär att grossisterna de facto hanterar samma produkter och att det därför finns ett betydande inslag av aktivitetsdubbling. Även om detta har till följd att dubblingen av order- och leveransaktiviteter på de enskilda apoteken kan hållas nere är det inte ovanligt att ett apotek har utbyten med två grossister.

Införandet av VMI är ett bra exempel på ökad aktivitetsöverföring från apoteken till grossisterna. Genom grossisternas högre servicenivåer sker också en större del av apoteksledets arbete hos grossisterna än vad fallet är i Sverige, leveranserna är t.ex. sorterade på ett sätt som är mer anpassat till apotekens behov. Grossisternas höga servicenivå kan emellertid också innebära ett visst mått av dubbelarbete, som t.ex. när en grossist levererar prisetiketter som apoteket sedan kasserar.

7.2.3.4 Finland

Det finländska distributionssystemet har en hög grad av exklusivitet. Enkanalsystemet innebär att det inte sker någon dubbling av order- och leveransaktiviteterna för enskilda

produkter. Däremot tvingas varje apotek ha utbyte med tre leverantörer, vilket innebär en dubblering av beställningsaktiviteter m.m. Graden av exklusivitet förstärks av att grossisterna inte säljer exakt samma handköpsvaror.

Det finländska apotekssystemet utmärks av enskilda privata apotek. Trots detta kan homogeniteten dock betraktas som medelhög, eftersom apoteken tillhandahåller ungefär samma typ av service. Slående är dock att Universitetsapoteket har de högsta servicenivåerna, framförallt till sina stamkunder. I grossistledet är homogeniteten också relativt hög, eftersom det är frågan om ett enkanalsystem. Det förekommer dock skillnader mellan grossisterna när det gäller s.k. handköpsvaror, som är ett område där grossisterna konkurrerar om försäljningen till apoteken och därmed har incitament att differentiera sig.

Det förekommer ingen aktivitetsöverföring att tala om i Finland. Visserligen är varorna zonindelade när de anländer till apoteken, men det är tydligt att grossistens verksamhet slutar utanför apoteket. Det är en tydlig skillnad på parti- och detaljhandelsled. Det är också inskrivet i lagen att en apotekare som äger apotek inte får förestå en grossistverksamhet.

7.2.4 Sammanfattning

Vår genomgång ger ingen helt entydig bild av de nationella distributionssystemens grad av integration. Det svenska systemet framstår dock som det mest integrerade, såväl horisontellt som vertikalt medan det norska systemet uppvisar de tydligaste förändringarna mot ökad integration. Noteras bör att den ökade integrationen i Norge sker *inom* kedjorna. Det danska systemet påminner om det norska, med den stora skillnaden att den beslutsmässiga och operationella integration som finns, är ett resultat av en förhandlingsprocess där ingen part kan sägas ha något avgörande övertag; apoteken och grossisterna utövar ett växelverkande inflytande på varandra. I Finland finns det en helintegrerad apotekskedja, medan integrationen mellan de övriga aktörerna är lägre än i de övriga nordiska länderna. Undantaget är dock integrationen mellan säljande läkemedelsbolag och partihandelsföretag. De senare bör, i kraft av sina agentroller, snarare ses som leverantörer av specifika logistiktjänster än som oberoende aktörer. Av detta följer att de är relativt välintegrerade delar i läkemedelsbolagens logistiksystem.

Land	Formell integration	Beslutsmässig integration	Operationell integration		
			Aktivitetsöverföring	Exklusivitet	Homogenitet
<i>Sverige</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mycket hög och stabil grad av H.I. i apoteksledet (monopol). • Viss V.I. mellan detaljist resp. tillverkare och grossistled (ägarintressen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hög grad av H.I. men vissa tecken på minskning (inköp av generika/ parallellimport på apoteken) • Medelhög V.I. mellan apoteksled och grossistled 	<ul style="list-style-type: none"> • Hög V.I. mellan tillverkare och grossist (infoutbyte, konsignation, destruktion, ompackning) • Hög grad 	<ul style="list-style-type: none"> • Mycket hög grad av exklusivitet i grossistledet (enkanalsystem) • Mycket hög grad av exklusivitet i detaljistledet (apoteksmonopol) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hög grad av homogenitet i detaljistledet. • Medelhög grad av homogenitet i grossistledet
<i>Norge</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Relativt hög och ökande grad av H.I. i apoteksledet (kedjebildning) • Ökande grad av V.I. mellan grossist och detaljistleden 	<ul style="list-style-type: none"> • Relativt hög inom apotekslederna. • Ökande formell V.I. mellan grossist- och apoteksleden => beslutsmässig integration. 	<ul style="list-style-type: none"> • Låg, men ökande V.I. i.o.m. pilotförsök med WMS. • V.I. hög mellan kedjor och grossister. 	<ul style="list-style-type: none"> • Låg exklusivitet i grossistledet (flerkanalssystem) • Minskande grad av exklusivitet i apoteksledet (kedjekonkurrens) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kedjeprofilering ökar homogenitet inom kedjorna men minskar den mellan kedjorna.
<i>Danmark</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Låg grad av V.I. (inga ägarband, få formella kontrakt) • Viss H.I. i apoteksledet (inköpsamverkan) 	<ul style="list-style-type: none"> • Låg men ökande grad av V.I. mellan grossist- och apoteksleden (VMI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ökande V.I. mellan grossist- och apoteksleden genom VMI. • Medelhög V.I. mellan tillverkare och grossist (infoutbyte, konsignation, destruktion) • H.I. mellan två grossister (trpt från konsignationslager) 	<ul style="list-style-type: none"> • Låg grad av exklusivitet i grossistledet (flerkanalssystem) • Hög grad av exklusivitet i apoteksledet (privilegesystem) 	<ul style="list-style-type: none"> • Medelhög / hög grad av homogenitet i grossistledet • Låg grad av homogenitet i apoteksledet (en uppsättning rutiner/apotek)
<i>Finland</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Låg men något ökande grad av H.I. i detaljistledet (inköpskedjor och Universitetsapotek) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hög mellan tillv. och grossist, men i övr. låg. Undantag: Universitetsapoteket 	<ul style="list-style-type: none"> • Låg mellan apotek och grossist. Ngt. högre mellan tillv. och grossist. Hög inom Universitetsapoteket. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hög grad av exklusivitet i grossistledet. • Hög exklusivitet i apoteksledet 	<ul style="list-style-type: none"> • Medelhög grad av homogenitet i apoteksledet. • Lägre grad av homogenitet i grossistledet.

Tabell 2. Sammanställning av de nationella distributionssystemens grad av integration. H.I.=horisontell integration och V.I.=vertikal integration.

7.3 Läkemedelsdistributionens tillgänglighetsnivåer

Enligt en inflytelserik modell inom distributionskanallitteraturen kan framväxten av olika distributionskanalsstrukturer förklaras med hjälp av en analys av de tillgänglighetsnivåer som de olika kanalerna erbjuder.³⁰⁹ Kunderna köper inte bara en vara, utan baserar också sitt köpbeslut på den tillgänglighet kanalen erbjuder, t.ex. i termer av fysiskt avstånd, sortimentsbredd och sortimentsdjup, inköpsvolym, betalningsvillkor och service.³¹⁰ Högre tillgänglighet medför vanligen ökade kostnader för företagen, kostnader som kunden inte nödvändigtvis är beredd att bära. Valet av kanalstruktur, det vill säga hur företagen väljer att organisera distributionen av varorna, antas slutligen påverka hur stora dessa kostnader blir.

För att värdera kostnadsjämförelser, t.ex. marginalskillnader, mellan länder är det således viktigt att göra sig en bild hur länderna skiljer sig åt när det gäller den tillgänglighet som distributionen producerar. Även det omvända gäller, d.v.s. att en jämförelse av de tillgänglighetsnivåer som erbjuds bör ses i ljuset av vilka kostnader de olika ledens

³⁰⁹ Bucklin 1966.

³¹⁰ Se t.ex. Stern och El-Ansary 1988.

verksamhet ger upphov till. Om läkemedelsanvändarna, eller något mellanled i distributionskanalen, i ett land åtnjuter en betydligt högre servicenivå än i andra länder är det rimligt att förvänta sig att kostnaderna för distributionen också är högre. Frågan om vilken servicenivå som är önskvärd bör emellertid ses som skild från en effektivitetsdiskussion.

I det följande jämför vi tillgängligheten i de fyra ländernas läkemedelsdistribution på såväl parti- som detaljhandelsnivå.

7.3.1 Tillgänglighet i tid och rum

Generellt sett producerar läkemedelsdistributionen i alla fyra länderna en hög grad av tillgänglighet för användarna i apoteksledet. Därmed inte sagt att skillnader inte finns eller att tillgängligheten inte kan förbättras.

Ett sätt att mäta fysisk tillgänglighet på detaljhandelsnivå är apotekstäthet, antingen i relation till befolkningens storlek eller till landets geografiska utbredning. Eftersom befolkningen är ojämnt fördelat blir måtten dock relativt trubbiga. Nedanstående tabell visar att Sverige har flest apotek, men att Norge har en betydligt högre apotekstäthet. De danska apoteken betjänar betydligt fler kunder per apotek än de svenska, norska och finländska, eftersom det endast finns 6,1 apotek per 10 000 invånare.

	Danmark 2001	Finland 2001	Norge 2002	Sverige 2002
Antal apotek	329	599	502	904
Förändring över de senaste 5 åren	-	+10	+100	-
Apotek/1000 km²	7,8	2,0	1,6	2,2
Apotek/100 000 inv.	6,1	11,6	11,1	10,2

Tabell 3. En jämförelse av apoteksstrukturen i de studerade länderna.

Antal apotek inkluderar för Danmark sjukhusapotek och apoteksfilialer. Ländernas invånarantal och areal är hämtade från The World Factbook 2002 och Nordisk statistisk årsbok 2002. Antalet apotek är uppgifter från ländernas apotekarföreningar, eller Apoteket AB. Jämförelseproblem kan uppkomma eftersom de olika länderna har något olika definitioner på apotek, filialer och ombud.

När det gäller de dynamiska aspekterna är det framförallt två observationer som bör lyftas fram. För det första kan e-handelssatsningarna i Sverige och Danmark komma att öka den fysiska tillgängligheten i apoteksledet. För det andra har antalet norska apotek, och därmed den fysiska tillgängligheten, ökat efter avregleringen, åtminstone för de kunder som är bosatta i storstadsområdena. I Finland har också ett mindre antal apotek tillkommit de senaste åren. Annars är trenden den motsatta, färre och större apotek, d.v.s. sämre fysisk tillgänglighet. Systemen med apoteksombud innebär att man kan erbjuda en hög fysisk tillgänglighet även för kunder på mindre orter, även om detta sker på bekostnad av en försämrad tidsmässig tillgänglighet.

När det gäller öppethållande, och eventuell väntetid mellan beställning och leverans är annars tillgängligheten hög. Apoteket AB kräver att grossisterna ska kunna leverera inom 24 timmar efter beställning med undantag för helger, då kunden i vissa fall kan få vänta i 72 timmar. Öppethållandet varierar dock kraftigt mellan de svenska apoteken även om i stort sett samtliga apotek är öppna åtminstone 10-18 vardagar, många är dessutom öppna

yttre längre någon timme på vardagarna samt på lördagar. Ett mindre antal apotek, vanligen ett apotek per större tätort/apoteksområde, är öppna även på söndagar. De finländska apoteken, framförallt i större städer, kännetecknas av långa öppettider. Ofta stänger apoteken inte förrän efter 18 på kvällen.

Generellt sett erbjuder grossistledet i de fyra länderna mycket hög rumslig tillgänglighet vis-á-vis apoteksledet. Variationen i den tillgänglighet som erbjuds är mycket liten, "cash&carry"-verksamhet finns t.ex. inte i något av de studerade länderna. När det gäller den tidsmässiga tillgängligheten skiljer sig dock länderna åt. Danska grossister erbjuder den högsta servicenivån med upp till två leveranser per dag och apotek. Svenska grossister levererar en gång per dag till apoteken. I Norge erbjuder grossisterna en lägre servicenivå till vissa apotek, mindre än en leverans per dag.

I Danmark märks dock vissa försök att reducera tillgängligheten i grossistledet. Möjligheten att ge rabatter som kan motiveras av kostnadsreducerande effekter ger incitament för att försöka förändra de danska apotekens inköpsmönster. Om de danska apoteken vill bibehålla sina tillgänglighetsnivåer gentemot kunderna även i framtiden, kan grossisternas sänkta tillgänglighet leda till ett behov av ökade lagernivåer.

I Danmark får grossisterna själva ombesörja transport av varorna från tillverkarens konsignationslager. Vissa danska säljbolag begränsar också antalet köptillfällen för de tre grossisterna. Situationen är annorlunda i Sverige, där endast grossistens egna distributörer ska ha leveranser från konsignationslagret.

7.3.2 Inköpsstorlek

Inköpsstorleken är knappast relevant i detaljhandeln, men däremot på partihandelnivå. I Sverige finns ingen prisdifferentiering som är kopplad till inköpsstorlek, medan danska grossister får ge rabatter till apoteken om man kan visa att deras inköp innebär kostnadsreduktioner. Vi noterade också en strävan bland de danska grossisterna att öka storleken på apotekens inköp. Detta är en naturlig reaktion på bestämmelserna om att rabatter måste medföra kostnadsbesparingar. Säljer man stora förpackningar sparar man, samtidigt pressas apotekens lager upp en aning.

I Norge förekommer också rabatter, men nya regler från det norska läkemedelsverket gör gällande att rabatter måste vara kopplade till ett visst varunummer och ett visst parti, alltså en viss varuvolym. Detta medför kanske inga direkta konsekvenser för apotekens inköpsvolym, men däremot har inköpsstorleken betydelse för den generiska substitutionen. NMD tillhandahåller en prislista där de generiskt utbytbara läkemedel som kommer att ha god tillgänglighet är särskilt markerade. På dessa har apoteken också bättre marginaler. Således ökar apotekens inköpsstorlek av just de läkemedel som NMD rekommenderar.

De svenska grossisterna kan sägas erbjuda en högre tillgänglighet beträffande inköpsstorlek samtidigt som Apoteket AB egentligen saknar incitament att öka sina inköpsmängder lokalt. Det förekommer inga synliga rabatter för den resultatansvariga apoteksområdeschefen. Den generiska substitutionen påverkar inte heller inköpsstorleken på samma sätt som i t.ex. Norge.

I Finland sluter sig de privata apoteken samman i inköpskedjor för att på så sätt kunna pressa inköpspriserna på vissa produkter, såsom t.ex. handköpsvaror, d.v.s. varor som inte

är läkemedel, men som säljs på apotek. Det förekommer dock inga officiella rabatter mellan säljande läkemedelsbolag och enskilda apotek på receptbelagda läkemedel.

7.3.3 Sortimentdjup och Sortimentsbredd

De svenska, norska och finländska apoteken har ett bredare sortiment än de danska vad gäller handelsvaror, d.v.s. varor som inte är läkemedel, men som säljs på apotek. Detta förklaras till stor del av de begränsningar som finns för de danska apotekarnas förtjänstmöjligheter. Det finns helt enkelt inga incitament att bredda sortimentet, eftersom den eventuellt ökade avkastningen skulle "konfiskeras" av de danska myndigheterna. Ambitionen att erbjuda enklare medicinska tjänster som blodtrycksmätning, är dock ett steg i motsatt riktning, även om denna typ av tjänst är mer utbredd i Finland än i Danmark.

Det går inte att bortse från förekomsten av handelsvaror i apoteken trots att studien fokuserar på receptbelagda läkemedel eftersom dessa påverkar kundens nytta och möjligheten att göra kombinerade inköp. Däremot är försäljningen av icke-receptbelagda läkemedel i dagligvaruhandeln inte relevant vid en bedömning av tillgängligheten för receptbelagda läkemedel.

I Danmark är samtliga grossister fullsortimentsgrossister, medan de svenska och finländska grossisterna inte är det. De danska grossisterna erbjuder därmed högre tillgänglighet än de svenska beträffande sortimentet. Detsamma gäller de norska grossisterna som har ett fullsortimentskrav från myndigheterna. I praktiken är det dock så att många apotek i Danmark och Norge får leveranser från fler än en grossist. Det beror dels på att de inte säljer samma handelsvaror, dels beror det på att grossisterna inte har samtliga varor inom en grupp av substituerbara läkemedel på lager. Det senare gäller dock främst Norge. Ytterligare en faktor som bidrar till flera leveranser är att en produkt kan vara restnoterad hos en grossist, men inte hos en annan. I Finland orsakar enkanalsystemet tre leveranser från tre olika grossister varje dag. Dessutom kan det tillkomma extraleveranser. I storstäderna är det inte ovanligt med fem-sex leveranser per dag.

Till sortimentsdimensionen hör också graden av anpassning till hur nästa led är organiserat. Här erbjuder t.ex. danska och norska grossister en högre anpassning genom sortering och etikettering m.m. I Sverige menar Tamro att man i och för sig skulle kunna erbjuda detta, men att Apoteket AB inte är villig att betala för tjänsten. Det är en öppen fråga mellan Apoteket AB och grossisterna om vad som ingår i AIP och vad som inte gör det.

7.3.4 Betalningsvillkor

I Danmark finansierar i praktiken grossisterna apotekens lager. Detta sker genom att den danska apotekaren ofta har ganska många betalningsdagar. Hon hinner helt enkelt sälja sitt lager innan det har förfallit till betalning. I Finland är apotekens betalningsdagar få, ett av de besökta apoteken hade endast 10 dagars kredittid. Det är apoteket som äger sitt lager och bär kostnaden för detta. Detsamma gäller i viss utsträckning Norge. I Sverige har Apoteket också en normal kredittid. Den danska situationen är alltså ett utslag av hög servicenivå från grossist till apotek.

De svenska apoteken har under några år erbjudit sina kunder avbetalningsköp vilket innebär en högre servicenivå än vad apoteken i övriga länder generellt erbjuder. Apoteket AB har dock sagt upp avtalen med de avbetalningskunder som inte betalt sina skulder, från och med den 16 juni 2003. Då är det upp till den expedierande farmaceuten att bestämma huruvida läkemedlet ska lämnas ut, eller inte. Tilläggas bör dock att Universitetsapoteket i Finland erbjuder sina stamkunder köp på avbetalning. Stamkund har vem som helst rätt att bli utan kostnad.³¹¹ Däremot har de finländska apoteken generellt få betalningsdagar och är därför måna om att hålla uppe lageromsättningshastigheten.

7.3.5 Personalkompetens och information

Ett lättillgängligt mått på personalens kompetens är att redovisa andelen farmaceuter som arbetar på apoteken. Av de besökta apoteken har de svenska apoteken den avsevärt högsta andelen farmaceuter. Detsamma gäller Danmark och Norge.

Bilden är dock inte fullt så enkel. Det ber på att det existerar olika regler för vad personalen får göra. I Sverige är det till exempel tillåtet för vissa apotekstekniker att expediera recept. Det är det inte i några av de andra länderna. I Finland är det inte ens tillåtet för någon som inte är farmaceut att ge råd angående läkemedel, även receptfria sådana, till kunder. I Finland är det också vanligt att man som kund får sitta ner i ett avskilt "bås" och prata med apotekaren/farmaceuten i lugn och ro. I Sverige är det också ofta så att farmaceuter arbetar med vararuppackning, eftersom det finns så lite teknisk personal anställd. En bedömning av personalens kompetens utifrån formell utbildning ger inte en rättvisande bild av hur kompetensen utnyttjas i det praktiska arbetet.

Det svenska apotekets produktion av egna informationsmaterial för läkemedel är en väsentlig del i informationsspridningen till kunderna. Apoteket AB producerar en mängd tryckt material, bl.a. en mängd informativa broschyrer som de flest svenskar känner till. I Danmark gör apotekarföreningen liknande trycksaker. Dessutom har man i Danmark satsat stort på att tillhandhålla information via Internetportalen www.sundhed.dk. I Finland har en stor databas byggts upp inom ramen för "Tippa"-projektet för att främja en sund läkemedelsanvändning och korrekt information till läkemedelsbrukarna. I Norge finns det däremot inget liknande system för informationsspridning. I Finland får kunderna ett mer exklusivt bemötande och får sitta ner och prata enskilt med farmaceuten under tiden som expeditionen sker. Farmaceuten har då möjlighet till ett längre enskilt samtal med kunden som givetvis innebär spridning och delgivning av information. Det är svårt att mäta värdet av tryckalster, eller Internet, precis som det är svårt att mäta värdet av muntlig information.

Apoteket ABs centralisering av telefoninformationen till call-centers ger ökad tillgänglighet till kompetens via telefon, men kan få negativa konsekvenser på apoteksnivå, eftersom den farmaceut som faktiskt utför expeditionen av receptet fjärras från kunden. Det ska dock tilläggas att man som kund hos Apoteket AB har rätt att tala med sitt apotek som man brukar gå till om man så önskar. Mer basala frågor som om ett recept är färdigt för avhämtning kan man dock få automatisk information om. Sverige är dock det enda land där apoteksbesöken som utförts i studien indikerar att det är långa väntetider för kunder med

³¹¹ Cold L och Noland K intervju 030512, Dagens medicin 21 2003.

receptärenden. I de andra länderna talar man om att kunder maximalt väntar tio- femton minuter på sin tur och sedan lämnar apoteket med läkemedlet. Vi kan dock inte generalisera dessa skillnader.

Samarbetet mellan tillverkare och apotekskedja i Norge är ett exempel på att kompetens också ses som ett konkurrensmedel. Detsamma har observerats i Finland. Är apotekstätheten hög och priser inte är ett stort konkurrensmedel måste servicenivåerna och specialistkompetensen höjas. Det är anledningen till att t.ex. vissa norska apotek har satsat ganska hårt på att utbilda sin farmaceutiska personal inom diabetesområdet.

7.3.6 Leveranssäkerhet

Leveranssäkerhet är en aspekt som normalt inte berörs i en analys av vilken tillgänglighet olika distributionslösningar producerar. När det gäller läkemedelsdistribution är dock leveranssäkerheten en så central kvalitet, med tanke på de alternativkostnader som leveransproblem kan ge upphov till, att den knappast kan lämnas därefter. Leveranssäkerheten är också något som aktörerna själva i hög grad mår om och gärna lyfter fram som en kvalitetsaspekt.

Restorder och felleveranser påverkar distributionsarbetet negativt genom att de förorsakar merarbete för såväl läkemedelsanvändarna, de enskilda apoteken som grossisternas distributörer. Dessutom kan en restorder i vissa fall få allvarliga konsekvenser för läkemedelsanvändarens välbefinnande.

Vår bild av distributionsarbetet i de studerade länderna är dock att man i de allra flesta fall lyckas lösa problemen på ett stadium där negativa medicinska konsekvenser kan undvikas.

Trots den uppmärksamhet som aktörerna riktar mot leveranssäkerhetsfrågorna har vi på apoteksnivå i Sverige märkt ett visst missnöje/en viss oro inför en upplevd ökning i antalet restorder. Samtidigt menar Apoteket AB centralt att restorderna ligger på en stabil nivå. Det hela beror förmodligen på att man från centralt håll i apoteket mäter restorder på ett sätt så att det inte framkommer att det är storsäljande produkter som restnoteras och att personalen som utför expeditioner därför brottas med det dagligen. Det enda land där restorder inte upplevs som ett ökande problem bland intervjupersonerna är Finland. Anledningen är för oss dold. Möjligen har grossisterna andra möjligheter att pressa fram produkter från tillverkarna än i de andra länderna.

I Danmark garanterar Nomeco 99 % leveranssäkerhet för de kunder som använder sig av VMI. I de andra länderna ligger leveranssäkerheten på 97,5 % - 98 %, vilket får sägas vara mycket högt. Noteras bör dock att kunden ofta kan få vänta 24 timmar på sitt läkemedel.

7.3.7 Sammanfattning

Vår jämförelse visar att tillgänglighetsnivåerna inom nordisk läkemedelsdistribution generellt sett både är höga och relativt lika. Det känns föga förvånande givet den vikt de olika aktörer vi träffat lägger vid ett väl fungerande distributionssystem. Det finns dock vissa olikheter som är värda att lyfta fram.

När det gäller apoteksledet har de danska apoteken ett mindre sortiment än övriga länder. Svenska apoteksledet har en något lägre tidsmässig tillgänglighet än apoteken i de övriga länderna på grund av sämre öppethållande.

Land	Plats	Tid	Inköpsstorlek	Sortiment	Betalningsvillkor	Kompetens / information
Danmark	Detaljst	Hög	Hög	-	Medel	Hög
	Grossist	Mkt hög	Mkt hög	Hög men minskar	Hög	Hög
	Tillverkare	Medel	Hög	Medel	-	-
Finland	Detaljst	Medel	Hög	-	Hög	Hög / Mkt Hög
	Grossist	Hög	Hög	Hög	Medel	Låg
	Tillverkare	Hög	Hög	Hög	-	-
Norge	Detaljst	Medel	Hög	-	Hög	Hög
	Grossist	Hög	Medel	Hög men minskar	Hög	Hög
	Tillverkare	Medel	Hög	Hög	-	-
Sverige	Detaljst	Medel	Medel	-	Hög	Mycket hög
	Grossist	Hög	Hög	Mycket hög	Medel	Hög
	Tillverkare	Hög	Hög	Hög	-	-

Tabell 4. Sammanställning av distributionssystemens tillgänglighetsnivåer.

7.4 De rådande prissättningsystemen

I vår undersökning har prissättningen av såväl läkemedel som distributionsarbete ofta berörts av de inblandade aktörerna. Prissättning har dock, trots dess uppenbara relevans, inte varit föremål för någon större uppmärksamhet inom senare tids företagsekonomiska forskning om interorganisatoriska utbyten.

Utifrån ett distributionsekoniskt synsätt kan vi identifiera fyra marknader inom ramen för läkemedelsdistributionen. En första (övergripande) marknad kan beskrivas som den där läkemedelstillverkarna konkurrerar om läkemedelsanvändarnas gunst. Som vår studie visar, är denna marknad inte helt lätt att beskriva i termer av ekonomisk teori. För det första intar läkemedelsförskrivarna en viktig roll som intermediär mellan tillverkare och kunder. För det andra visar vår kartläggning av distributionsarbetet att denna övergripande marknad beror av utbyten mellan såväl tillverkar och grossister, mellan grossister och detaljister samt mellan detaljister och slutanvändare. Dessa tre typer av utbyten är alla möjliga att se och organisera som marknader.

Vi har därför valt att jämföra hur prisbildningen sker i de olika länderna på var och en av dessa potentiella marknader (se Tabell 5, nedan). Tabellen visar att det både finns likheter och skillnader mellan prissättningsystemen i länderna.

Land	GIP	AIP	AUP	Generika
Danmark	Bestäms genom förhandlingar mellan grossist och tillverkare.	Tillverkarna anmäler AIP.	Staten bestämmer AUP, storleken på subventionen och även apotekens maxvinst.	Tillverkarna anger pris till läkemedelsstyrelsen som klassificerar produkterna för utbyte.
Finland	Bestäms genom förhandlingar mellan grossist och tillverkare.	Bestäms av Läkemedelsprismyndigheten.	Regleras i Läkemedelstaxan via en trappstegsmodell.	Apoteken är skyldiga att tillhandahålla och byta till billigaste alternativ.
Norge	Bestäms genom förhandlingar mellan grossist och tillverkare	Maxpris (AIP) bestäms av Läkemedelsverket och Rikstrygdeverket, eventuell avvikelser nedåt bestäms genom förhandlingar mellan grossist (tillverkare) och detaljist (kedja)	Läkemedelsverket och Rikstrygdeverket fastställer AUP på basis av en trappstegsmodell	a) Läkemedelsverket tar fram indexpris per substans på basis av GIP med tillägg för fasta grossist och detaljstamarginaler. b) Apotek och kund delar på besparingen vid köp av billigare produkt.
Sverige	Bestäms genom förhandlingar mellan grossist och tillverkare)	Fastställs av Läkemedelsförmånsmyndigheten.	LFN fastställer AUP på basis av AIP via en trappstegsmodell	Apoteken är skyldiga att tillhandahålla och byta till ett billigare alternativ.

Tabell 5. En jämförelse av prissättningen inom nordisk läkemedelsdistribution.

En första stor likhet gäller prissättningen i apoteksledet, som inte är fri i något av länderna. AUP bestäms i Norge och Sverige genom en kalkylformel på basis av AIP, d.v.s. apotekens marginal fastställs utifrån något eller några förutbestämda kriterier. Det betyder att man använder sig av ett så kallat bruttoprissättningssystem och att detaljhandeln därmed är förhindrad att konkurrera med priser. I Danmark anger tillverkarna ett pris, men eftersom Staten bestämmer hur stor subventionen ska vara utifrån uppgifter om priserna i andra europeiska länder är prissättningen de facto inte fri.

Regleringen av apotekens priser blir särskilt iögonfallande i ett land som Norge, där man haft en uttalad ambition att avreglera apoteksväsendet och uppmuntra konkurrens mellan apoteken. Samtidigt valde man att bibehålla den statliga kontrollen över prissättningen i apoteksledet och berövade därigenom apoteken en viktig konkurrensparameter. Det är sannolikt att detta system förorsakar ökade distributionskostnader genom att uppmuntra till service- snarare än priskonkurrens.³¹² I ett distributionssystem som det svenska, med ett apoteksmonopol, är det lättare att motivera skapandet av en från detaljhandeln (och därmed monopolisten) fristående prissättare, för att på så sätt tillvarata andra intressen än monopolistens.

När det gäller prissättningssystemens flexibilitet skiljer det danska systemet för generisk substitution ut sig, som det mest flexibla. Genom att förändra sina priser kan de säljande företagen påverka vilken klassificering deras produkter får, och därmed om de kommer att bli föremål för utbyte eller ej. Det nya norska indexprissystemet som ska uppdateras var tredje månad innebär också en viss flexibilitet. Systemet är dock så nytt att några slutsatser ej kan dras.

Prissättningen är slutligen en aktivitet bland andra i distributionsarbetet och därmed förknippad med vissa kostnader. De mer flexibla danska och norska systemen kräver ett

³¹² Bruttoprissättning har länge ansetts ha sådana effekter. Något som framgår tydligt av den debatt som fördes om bruttoprissystemet i Sverige under 1940-talet och som utmynnade i det svenska bruttoprisförbudet 1954. Se Kjellberg 2001.

omfattande arbete för att upprätthållas, ett arbete som staten, via Läkemedelsstyrelsen/-verket delvis bär.

7.5 Sammanfattning

Sammanfattningen av analysen är gjord i punktform. Vi börjar med att redovisa de övergripande observationer som vi har gjort. Därefter går vi vidare med regleringar och statlig inblandning, prisbildning, tillgänglighet och servicenivåer samt slutligen nya tekniska lösningar. Efter varje punkt finns en hänvisning till var man kan läsa mer om den specifika sakfrågan i rapporten.

7.5.1 Övergripande observationer

- Det finns ingen homogen nordisk läkemedelsmarknad. Till synes likartade länder med till synes likartade distributionssystem uppvisar, vid en närmare analys, stora skillnader i hur distributionen är organiserad, vilka servicenivåer som erbjuds, hur arbetet fördelas mellan olika aktörer, hur regelverken är utformade m.m. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- Företrädare för aktörer verksamma i de studerade länderna, tenderar att se den egna nationella lösningen som näst intill optimal. Det är dock omöjligt att fastställa vilket land som har den mest effektiva läkemedelsdistributionen med ett enkelt mått. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- De observerade skillnaderna mellan länderna talar för att systematiska försök att jämföra, dra lärdomar och eventuellt överföra praxis från övriga länder skulle vara fruktbara. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- Trots en ytlig likhet vad gäller de aktörer som är delaktiga i läkemedelsdistributionen finns stora skillnader mellan länderna när det gäller hur aktörerna definierar sina roller, och det inflytande man tillskriver olika aktörsgupper. Synen på kunden skiljer sig kraftigt såväl mellan aktörsgupper som mellan länder. I Norge ser tillverkarna grossisten som en viktig kund tillsammans med den förskrivande läkaren. I Sverige och Finland ser tillverkarna grossisterna snarast som leverantörer av vissa tjänster. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- Det finns stora skillnader i uppfattningarna om hur läkemedelsdistributionen bedrivs och hur väl den fungerar på central och lokal nivå i länderna. Ett exempel på detta är att restorderproblematiken upplevs som allvarlig ute på apoteken, medan man på central nivå anser sig ha situationen under kontroll. Ofta försvinner aktiviteter som har karaktären av vardaglig problemlösning från de beskrivningar som ges på central nivå. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- **Läs mer i analyskapitlet 7.1-7.2.**

7.5.2 Regleringar och statlig inblandning

- Det finns en betydande statlig reglering av läkemedelsdistributionen i samtliga länder. Statliga myndigheter är också i hög grad involverade i läkemedelsdistributionen i de studerade länderna. *Läs mer i inledningen till kapitel 3, 4, 5 och 6.*

- Hur läkemedelsdistributionen ska regleras för att den ska fungera väl är en levande fråga i de studerade länderna. Detta avspeglas i de förändringar i regelverken som har skett och sker. *Läs mer i inledningen till kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- Den höga grad av reglering som många av aktörerna upplever, verkar hämmande på deras ansträngningar att lära av andra och därmed försöka förbättra läkemedelsdistributionen. Många aktörer upplever att deras handlingsutrymme är alltför begränsat i denna bemärkelse och syftar på att förändringsarbete i alltför hög grad kräver politiskt arbete. Branschorganisationer visar dock prov på både omfattande kunskaper och ansträngningar på just detta område. *Läs mer i kapitel 2.4, 3.3, 4.3-4.5, 5.4 och 6.3.*
- De mest långtgående förändringarna av regelsystemet har skett i Norge. Några av de effekter som den norska avregleringen har lett till är 1) en paradoxal och omfattande re-reglering, 2) framväxten av en utpräglad oligopolstruktur, 3) etablering av nya aktörer, både myndigheter och distributionsföretag. *Läs mer i inledningen till kapitel 5.*
- I Danmark används ett system för vinstutjämnning mellan apoteken vilket hämmar/elimineras (pris)konkurrensen i apoteksledet. Apotekarföreningen har en viktig roll som tillståndsgivare. Sammantaget ger regelverket apoteksledet en tydlig professionsprägel, och apoteksväsendet identifieras egentligen inte som en affärsdrivande sektor. I linje med detta strävar de danska apoteken efter trygghet genom att tydligare associeras med sjukvårdssektorn. *Läs mer i inledningen till kapitel 3 samt 3.2-3.3.*
- Även i Finland är apoteksväsendet präglat av ett professionstänkande. Det är dock svårt att ge en enkel bild av den finländska läkemedelsdistributionen som lätt ter sig motsägelsefull. Trots att det i princip inte ska existera någon konkurrens i apoteksledet, som är organiserat efter principen en apotekare-ett apotek, är Finland det enda av de studerade länderna som faktiskt tillåter en form av priskonkurrens i apoteksledet via möjligheten till rabatter. Dessutom är universitetsapotekskedjan undantagen från ovan nämnda princip. *Läs mer i inledningen till kapitel 6 samt 6.2-6.3.*
- Sverige är det land som uppvisar de minsta förändringarna av regelverken. Dock har en ny myndighet etablerats för att hantera prissättningsfrågorna. Dessutom infördes regler för generisk substitution under 2002. *Läs mer i inledningen till kapitel 4.*
- **Läs mer i analyskapitlet 7.1 -7.3.**

7.5.3 Prisbildning

- Läkemedelsdistributionen i samtliga studerade länder är uppbyggd kring tre utbyten: mellan tillverkare/importör och grossist; mellan grossist och detaljist; samt mellan detaljist och konsument/användare. Samtliga tre utbyten kan principiellt organiseras enligt flera olika modeller, där marknaden och planekonomin utgör två idealtyper. Det finns också skillnader mellan de studerade länderna när det gäller hur villkoren för dessa tre utbyten, och då framförallt priset, bestäms. *Läs mer i inledningen till kapitel 3, 4, 5 och 6.*

- Samtliga studerade länder använder någon form av prisreglering i apoteksledet. I länder där rivalitet finns mellan enskilda eller grupper av apotek, ökar detta distributionskostnaderna genom att uppmuntra till servicekonkurrens. Lika-pris principen skapar inga incitament till lågkostnadsdistribution. För att erhålla de fördelar som en liberalisering kan ge upphov till, d.v.s. en effektivare resursallokering, måste även prisbildningen tillåtas att ske i konkurrens. *Läs mer i inledningen till kapitel 3, 4, 5 och 6, samt 5.4.*
- Vid bibehållen statlig kontroll över prisbildningen bör de kalkylformler för apoteksmarginalen som används i de studerade länderna revideras på basis av detaljerade kostnadsanalyser av apoteksverksamheten. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- På den norska marknaden där rivalitet finns mellan olika apotekskedjor uppmuntrar prisregleringen till service- snarare än priskonkurrens. Det nya norska indexpriset för vissa substansgrupper är ett intressant alternativ för att öka apotekens incitament att sälja billigast möjliga preparat. Det är dock för tidigt att uttala sig om hur systemet kommer att fungera i praktiken. *Läs mer i inledningen till kapitel 5.*
- På den svenska marknaden där apoteksledet är monopoliserat finns starka motiv för en extern prisreglering. *Läs mer i kapitel 4.*
- I Danmark medför "taksten"-systemet ökad flexibilitet och en möjlighet för säljarna av generika och parallellimporterade produkter att via prissättningen hantera utbudsvariationer. *Läs mer i inledningen till kapitel 3.*
- I Finland är det möjligt för apoteken att ge rabatt till sina kunder. Det medför att det finns en möjlighet till priskonkurrens i detaljhandeln. Beroende på villkoren för dessa rabatter kan vissa slutkonsumenter därmed få sina läkemedel till ett lägre pris. *Läs mer i inledningen till kapitel 6.*
- **Läs mer i analyskapitlet 7.4.**

7.5.4 Tillgänglighet och service

- Generellt produceras en hög grad av tillgänglighet i de studerade länderna. Eftersom tillgänglighet är ett flerdimensionellt begrepp finns det dock variationer. Det är också svårt att ge ett entydigt svar på vilket av länderna som erbjuder den högsta tillgängligheten. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- Direkta jämförelser av läkemedelspriser mellan länder blir missvisande eftersom distributionssystemen producerar olika grader av tillgänglighet. *Läs mer i kapitel 3, 4, 5 och 6.*
- De danska grossisterna levererar en högre tillgänglighet än övriga länders grossister. Detta ska sättas i relation till grossistmarginalen som är högre i Danmark än i övriga studerade länder. *Läs mer i inledningen till kapitel 3, samt 3.1-3.2.*
- De receptbelagda läkemedlens tillgänglighet i apoteksledet i Sverige varierar. Apoteket AB erbjuder en lägre tidsmässig tillgänglighet än övriga apoteksled 1) väntetiderna är långa, 2) öppettiderna korta och 3) leveranstiderna vid restorder i vissa fall längre. Apotekets landsomfattande avbetalningssystem innebär dock en högre tillgänglighet för användarna än i övriga nordiska länder. En ökad differentiering av

tillgänglighetsnivåerna i apoteksledet är önskvärd ur ett konsumentperspektiv. *Läs mer i inledningen till kapitel 4, samt 4.2-4.4.*

- Genom avregleringen av apoteksväsendet och framväxten av apotekskedjor i Norge skapas möjligheter till en ökad differentiering. Olika aktörer kan välja att profilera sig med olika servicenivåer, vilket skulle ge användarna en ökad valfrihet, åtminstone på orter som kan bära flera apotek. På grund av prisregleringen är dock incitamenten till en differentiering med lågprisriktning få. *Läs mer i inledningen till kapitel 5 och dessutom 5.2-5.3.*
- Det finländska apoteksledet erbjuder en generellt hög tillgänglighet, både vad gäller sortiment och öppettider. Den personliga servicen som erbjuds är också högre än i övriga länder. Genom sina stamkundssystem erbjuder vissa apotek mervärde i form av informationskvällar, etc. På vissa apotek lägger man också upp personliga läkemedelsprofiler vilket ger möjlighet att identifiera felaktiga förskrivningar och interaktionseffekter, samt uppföljning. Eftersom en stark central organisation saknas i apoteksledet, kan man inte erbjuda den typ av tryckt information som Apoteket AB i Sverige och Apotekarföreningen i Danmark producerar. *Läs mer i inledningen till kapitel 6, samt 6.1-6.2.*
- **Läs mer i analyskapitlet 7.3.**

7.5.5 Nya tekniska lösningar

- Informationstekniska lösningar används och vidareutvecklas i samtliga länder, även om det finns stora skillnader i graden av utnyttjande. Danmark och Sverige uppvisar den mest långtgående användningen av informationsteknik för elektroniska recept, elektronisk handel, lagerhantering m.m. *Läs mer i inledningen till kapitel 3,4,5 och 6, samt dessutom 3.2.1.*
- Det svenska apoteksmonopolet påverkar arbetet med ny teknik på två sätt: dels kan det fördröja utvecklingen av nya tekniska system och lösningar, dels kan det underlätta samordningen av distributionsarbetet och därmed införandet av sådana system och lösningar. *Läs mer i inledningen till kapitel 4, och vidare 4.2-4.4.*

8 Den där marknaden: områden för fortsatta studier

I detta avslutande kapitel diskuterar vi några områden för fortsatt forskning som för oss framstår som särskilt intressanta. Den gemensamma nämnaren kan sägas vara ansträngningar att förverkliga marknaden. Marknaden framstår som ett centralt teoretiskt begrepp och som en allt viktigare företeelse i vårt samhälle. De marknadsliberala idéerna har under de senaste 20 åren prövats på ständigt nya områden, områden där verksamheten åtminstone i de nordiska länderna länge bedrevs på andra idémässiga grunder. Exempel på detta är telekommunikationer, postförmedling, utbildning, vård och omsorg. Våra beskrivningar visar att idéer och föreställningar om marknaden också är av betydelse för de aktörer som verkar inom läkemedelsdistributionen i Norden.

Försök att på olika sätt förverkliga en idé om marknaden (hjälpa marknaden på traven, skulle kanske vissa säga) är dock inte någon ny företeelse. Marknadsreformer, avskaffande av privilegiesystem och olika former av pris- och etableringskontroll var t.ex. viktiga projekt i Sverige under perioden 1940-1960. Då var det framförallt olika former av privat marknadsreglering som man ville avskaffa. Ett gemensamt drag mellan dessa historiska ansträngningar och de vi ser dag på läkemedelsområdet är den nära kopplingen mellan marknadsidéer och distributionsfrågor.

Trots en växande litteratur om marknadsreformer och reformarbete vet vi relativt lite om hur sådana ansträngningar samverkar med det som kan kallas för företagande, en verksamhet där distributionsfrågorna länge ansetts betydelsefulla. Samtidigt är det rimligt att anta att mötet mellan dessa praktiker, reformarbete och företagande, har stor betydelse för den aktuella marknadens sätt att fungera. Detta gör ansträngningarna att förverkliga marknaden för läkemedel till ett spännande och angeläget forskningsområde.

Vi har valt att lyfta fram tre aspekter som vi finner särskilt intressanta på basis av våra observationer om läkemedelsdistributionen i Norden. För det första, prissättningsfrågan, som både är en central del av den marknadsekonomiska teoribildningen och ett område där stora ansträngningar görs inom läkemedelsdistributionen. För det andra, effektivitetsfrågan, som dels är ett viktigt argument för förespråkarna av marknadsekonomiska idéer och dels ett praktiskt problem för i stort sett samtliga aktörer inom läkemedelsdistributionen. För det tredje, marknadens undflyende karaktär, en egenskap som inte ges någon större uppmärksamhet i de teoretiska modeller som vanligen figurerar i diskussioner kring marknadsreformer, men som likväl tydligt framstår i våra beskrivningar av marknadspraktiken inom nordisk läkemedelsdistribution. Innan vi går in på dessa tre områden vill vi säga något om hur problemområdet i stort skulle kunna angripas.

8.1 Att studera ansträngningar att förverkliga marknaden

Våra beskrivningar av läkemedelsdistributionen i de nordiska länderna visar att marknaden för receptbelagda läkemedel på intet sätt är någon enhetlig företeelse. Den består av många

mer eller mindre lokala praktiker. Dessa praktiker har i sin tur mer eller mindre uttalade idémässiga grunder. En viktig fråga blir då hur samspelet mellan idéer om marknader och marknadens praktik ska hanteras.

Inom akademiska kretsar har man ofta påpekat att dominerande idéer om hur marknader fungerar (hämtade från nationalekonomisk pristeori) inte överrensstämmer med vare sig marknadens regler, eller marknadens praktik.³¹³ En populär ståndpunkt inom samhällsvetenskaperna är att det är idéerna (teorierna) det är fel på när dessa inte överrensstämmer med praktiken. De teoretiska avbildningarna relativiseras därmed på basis av iakttagelser av "verkligheten." Ett alternativt förhållningssätt till skillnader mellan marknadsidéer och marknadspraktik är att relativisera marknadspraktiken. Marknadsförespråkare (politiker, konkurrensmyndigheter m.fl.) förklarar ibland skillnaden mellan teoretiska föreställningar och marknadspraktik med att man antingen inte har att göra med en "riktig marknad" eller att den aktuella marknaden inte fungerar som den ska.

Båda dessa förhållningssätt vilar på en separation mellan idéer och praktik. För vårt fortsatta arbete vill vi dock anta ett alternativt perspektiv. Snarare än att utgå från ett antagande om att idéer och praktik är skilda från varandra, vill vi göra frågan om hur olika föreställningar om marknader samspekar med marknadspraktik till föremål för empirisk forskning. För att förstå samspelet mellan idéer om marknader och marknadspraktik så bör vare sig praktik eller idéer ges tolkningsföreträde. Snarare än att döma till den ene eller andres fördel vill vi undersöka hur idéer om marknader såväl formar som formas av de konkreta praktiker som konstituerar marknader. Hur är idéer och praktik sammanflätade i de praktiska ansträngningar att förverkliga marknader som läkemedelsdistributionen är så full av? Vårt påstående att marknaden inte är något entydigt och sammanhållet fenomen bör därmed ses som en empiriskt observation, snarare än en principiell ståndpunkt.

Det angreppssätt vi argumenterar för har sitt ursprung i studier av teknisk och vetenskaplig utveckling.³¹⁴ På senare tid har det även använts för att studera ansträngningar att organisera ekonomiskt utbyte och att förstå den organiseringsprocess som skapar och upprätthåller "regimer" för ekonomiskt utbyte oavsett om de kallas marknader, naturliga monopol, planekonomier eller nätverk.³¹⁵ Vi menar att marknader kontinuerligt konstrueras, eller bedrivs, *både* som idéer, regler och praktik. I stället för att tala om dessa tre som sär- eller sammankopplade anser vi att det är mer fruktbart att se dem som associerade via olika former av *översättningar*.³¹⁶ Den så kallade översättningsmodellen bygger på det grundläggande antagandet att effekterna av en idé, ett regelverk, en maskin, ett vetenskapligt fakta, eller varför inte, en prissättningsmodell, ligger i händerna på de som ska använda sig av och förhålla sig till denna.³¹⁷ Genom att empiriskt studera hur olika aktörer deltar i att bedriva marknader och inte minst, de översättningar som är en del av detta hoppas vi kunna fördjupa kunskapen om marknader som fenomen.

³¹³ Se t.ex. Brunsson och Hägg 1992.

³¹⁴ Callon 1986, Latour 1986 och 1987.

³¹⁵ Se t.ex. Callon 1998, Helgesson 1999 och Kjellberg 2001.

³¹⁶ Jämför Callon 1986.

³¹⁷ Latour 1986.

8.2 Prissättningen av läkemedel

Även om marknaden för det stora flertalet för tankarna till en plats där köpare och säljare möts, har den en betydligt mer abstrakt roll inom ekonomisk teori. I vissa fall har teorierna om marknaden blivit detsamma som teorier om prisbildning. Idén om att prismekanismen som en osynlig hand, trots de individuella säljarnas och köparnas egoistiska agerande, kan säkerställa en ur samhällets perspektiv effektiv resursallokering, är förstås tilltalande.

Bortsett från den uppenbara observationen att handen långtifrån är osynlig när man studerar läkemedelsdistribution, så framstår det arbete som läggs ned på just prissättningsfrågorna intressant att granska närmare. I samtliga studerade länder är staten en aktiv part i prissättningen av de receptbelagda läkemedlen. Som vi konstaterade i föregående kapitel, skiljer sig de olika ländernas prissättningssystem åt i vissa dimensioner. Det är också tydligt att statliga myndigheter experimenterar med olika prissättningsmodeller för att försöka påverka läkemedelsdistributionen i en för samhället önskvärd riktning.

I samtliga studerade länder märks dock en kluvenhet från statligt håll inför en renodlad marknadslösning. Samtidigt som man uppenbarligen tilltalas av de effektivitetsvinster som en bättre fungerande prismekanism antas medföra, finns en oro för att förlora kontrollen över prisbildningen. Dessutom innebär de befintliga aktörsstrukturerna att den ideala marknadslösningen blir mycket svår att uppnå. En utförligare diskussion om möjligheterna, problemen och konsekvenserna av att försöka kombinera statlig kostnadskontroll och prissättning via marknadens prismekanism är därför också praktiskt motiverad.

I Sverige bestämmer LFN både AUP och AIP, vilket innebär att staten har ett direkt inflytande över Apoteket ABs marginal. I Danmark bestämmer staten inte direkt några läkemedelspriser. Man bestämmer dock hur stor läkemedelsförmånen för varje läkemedel ska vara och klassar dem sedan på basis av utförsäljningspriset i den s.k. taksten. Eftersom apoteken är skyldiga att byta ut dyrare preparat om inte användaren är villig att betala mellanskillnaden, kan man därför påstå att den danska staten indirekt reglerar detaljhandelspriset för receptbelagda läkemedel. Dessutom reglerar staten hur mycket de enskilda apoteken får tjäna via ett återbetalningssystem. I Norge har man, trots omfattande avregleringar av läkemedelsdistributionen, inte släppt prissättningen i apoteksledet fri.

När det gäller prissättningen på grossistnivå är situationen mer splittrad. I Sverige förhandlar LFN med tillverkarna om Apotekens Inköspris (AIP). Eftersom vad som ingår i detta pris, t.ex. serviceåtaganden och returrätt m.m, inte är specificerat, är det inte bara den fysiska produkten utan också dess tillgänglighet som varierar beroende på vilken tillverkare som levererar. Vad gäller grossisternas åtaganden och ersättning förhandlar tillverkarna och grossisterna på egen hand.

Ansträngningar att konstruera och förverkliga nya prissättningsmetoder är relativt dåligt studerade. Vilka effekter har egentligen en viss prissättningsmodell? Räcker det med att "avreglera"? Även teoretiskt/begreppsmässigt finns det klara brister på området. Den nationalekonomiska teoribildningen ser prissättningen som en mekanism som man endast behöver skapa förutsättningar för. Företagsekonomisk forskning är mer inriktad på de enskilda företagens praktiska prissättningsarbete och de konsekvenser olika prissättningsstrategier kan få. Inget av områdena har särskilt mycket att säga om den typ av

ansträngningar som vi kan observera inom läkemedelsdistributionen. Samtidigt är statlig inblandning i näringslivets spelregler på intet sätt ovanlig eller ny. Det finns därmed uppenbarligen behov av både empiriska studier och begreppsmässig utveckling.

Ur det perspektiv vi argumenterade för i föregående avsnitt, bör konstruktionen och införandet av en prissättningsmodell ses som ett försök att påverka beteendet hos ett antal mer eller mindre väldefinierade aktörer. Ett försök där vissa idéer om vad som styr (och bör styra) prisbildningen ges ökad verklighetsförankring genom regelverk, kalkylmodeller, statistikinsamling mm. En central aspekt på ett sådant försök är hur man genom prissättningsmodellen lyckas *intressera* de berörda aktörerna att bete sig i enlighet med någon bakomliggande idé om t.ex. företagsekonomisk, distributionsekonomisk eller samhällsekonomisk effektivitet.³¹⁸ Därmed har vi också kommit fram till det andra området som vi finner intressant att studera vidare.

8.3 Strävan efter effektivitet

Frågan om effektivitet är central i de flesta diskussioner som rör politiska beslut som på något sätt griper in i näringslivet. Den är också viktig vid företagsinterna diskussioner kring investeringsbeslut, strategival mm. Slutligen är den i hög grad betydelsefull när det gäller samordningen mellan företag, inom en distributionskanal eller en 'supply chain'. Detta framgår också tydligt av det material vi samlat in under arbetet med denna rapport.

"Vi har vänt varje sten..." sa en tillverkarrepresentant under en av våra intervjuer, apropå organiseringen av läkemedelsdistributionen i Danmark. Liknande kommentarer har också fällt av aktörer i de övriga nordiska länderna. Uppfattningen att sättet på vilket man valt att organisera läkemedelsdistributionen inom det egna landet är i det närmaste optimal verkar alltså vara utbredd. Den självklara följdfrågan blir då varför läkemedelsdistributionen är så olika organiserad i dessa länder? De är ju, trots allt, förhållandevis lika. Varför har man valt så olika system för läkemedelsförsörjning? Har man olika syn på vad "stenar" är, eller beror det på något annat? Hur kan det komma sig att distributionskanalerna blir så "olika" när omgivningarna är så "lika"?

I detta sammanhang aktualiseras frågan om hur man bedömer effektivitet. Precis som vi konstaterade i inledningen av föregående kapitel har valet av bedömningsgrunder stor inverkan på utgången. Vi menar då inte bara att man kan välja att bedöma det som man tror kommer att ge en gynnsam bild av den egna verksamheten. Mått och mätsystem kan ha en betydligt mer djupgående inverkan än så. Genom de mätsystem som används för att representera en verksamhet riktas också uppmärksamheten mot det som kan mätas. Förbättringar som inte kan avläsas i mätsystemen är svåra att argumentera för. Mätsystemen kan därför i sig ha positiv inverkan på effektiviteten i just de dimensioner där förändringar kan registreras.

För att mäta krävs alltid mätinstrument, även om vi sällan reflekterar över hur dessa mätinstrument ser ut när vi t.ex. studerar aggregerad statistik över skillnader i apotekens

³¹⁸ Begreppet *intressera* ska här uppfattas i dess ursprungliga betydelse, *inter-esse*, att vara emellan, d.v.s. att lyckas placera något (eller någon) mellan den aktör vars beteende man vill påverka, och eventuella andra som kan ha liknande ambitioner. Jämför Callon 1986.

inköpspriser för vissa läkemedel mellan europeiska länder. Var det verkligen samma mätinstrument som användes i de studerade länderna? Varje mätsystem, med sina mer eller mindre specialiserade instrument, innebär också att vissa aspekter inte mäts. Kalkylmodeller och redovisningssystem som tar hänsyn till hela världen är praktiskt omöjliga. Vi har i föregående kapitel pekat på hur svårt det är att göra rättvisande prisjämförelser mellan länder eftersom priserna inte avspeglar homogena erbjudanden. Något system för att normalisera erbjudandena finns heller inte.

När det gäller frågan om effektivitet, alldeles oavsett om det är på företags-, distributionskanals- eller samhällsnivå, finns inget entydigt och allmänt accepterat mått att tillgå. Över tiden har övertygelserna om vad som är ett bra mått på effektivitet skiftat. På ett träffande sätt har Michel Callon beskrivit utvecklingen av det nationalekonomiska teoribygget som ett ständigt och framgångsrikt sökande efter, och inlemmande av "externaliteter", effekter som inte modellen tidigare tagit hänsyn till. Två goda exempel på detta är utvecklingen av miljöekonomi och hälsoekonomi, där man gradvis konstruerat och förfinat instrument och modeller som möjliggör mätning och beräkning, kort sagt kalkylering.³¹⁹

Våra beskrivningar av läkemedelsdistributionen i de nordiska länderna visar att även här utgör ansträngningar att mäta och kalkylera en viktig del av förändringsarbetet. Gemensamt för de ansträngningar att förändra prissättningssystemen som vi observerat är en strävan att sänka samhällets läkemedelskostnader. Detta tar sig uttryck dels i en ambition att genom prismekanismen styra valet av läkemedel mot billigare alternativ och dels i en strävan att tydligare försöka koppla de ersättningar som inblandade aktörer erhåller till det distributionsarbete de utför. Den förra typen av ansträngningar är ofta sammankopplade med avregleringar och försök att förverkliga idéer om marknader hämtade från nationalekonomisk teoribildning medan den senare typen av ansträngningar oftare har företagsekonomiska förtecken. Båda är dock tydligt länkade till ett effektivitetstänkande.

Det nya norska indexprissystemet för utvalda läkemedelsgrupper inom vilka generisk substitution kan ske är ett exempel på den förra typen av ansträngningar. Genom att låta apoteken behålla mellanskillnaden mellan sitt eget inköpspris och ett detaljhandelspris för substansen fastställt på basis av ett genomsnittligt inköpspris i grossistledet med påslag för grossist och detaljistledens arbete, försöker den norska staten skapa incitament för apoteken att sälja de billigaste läkemedlen. Genom att sedan löpande justera indexpriset på basis av försäljningen i grossistledet är tanken att kostnaderna för staten över tiden ska minska som en effekt av att försäljningen av billigare läkemedel ökar. Tanken med den här typen av ansträngning är att myndigheterna inte ska detaljstyra beteendet hos aktörerna, utan att man istället ska skapa förutsättningar som leder aktörerna till ett ur samhällets perspektiv eftersträvansvärt beteende.

Det så kallade Klara-projektet som genomfördes i Sverige på uppdrag av dåvarande enheten för läkemedelsfrågor vid RFV (nuvarande LFN) är ett exempel på en ansträngning som syftar till att bättre kunna koppla ersättningsnivåer till utfört distributionsarbete. Genom en så kallad ABC-analys (Activity Based Costing) skapade projektet en bild av hur olika arbetsmoment som utförs på svenska apotek påverkar de totala kostnaderna för apotekens

³¹⁹ Callon 1998.

verksamhet. Denna kunskap kan sedan ligga till grund för de svenska myndigheternas arbete med att bestämma Apotekets marginaler för olika produkter.

Förutom dessa ansträngningar från statsmakternas sida bidrar de aktörer som verkar inom läkemedelsdistributionen också med effektiviseringsansträngningar. Den norska kedjebildningen och den vertikala integrationen mellan grossisterna och kedjorna är exempel på detta. Bristen på studier av ansträngningar av detta slag, oavsett om initiativen tas av statliga myndigheter eller privata företag, och av hur effektivitetssträvanden och kalkyleringspraktik är sammanflätade gör området intressant för fortsatt forskning.³²⁰

8.4 Den undflyende marknaden

Även om syftet med avregleringar och införandet av marknadslösningar är att minska behovet av detaljreglering, tyder utvecklingen i Norge på att behovet av detaljstyrning inte minskar nämnvärt vid sådana omläggningar. Snarare tvärtom. För att upprätthålla den eftersträvade marknadsformen, med konkurrensen om kunderna som den yttersta drivkraften till effektiviseringsansträngningar, krävs ett löpande arbete från myndigheternas sida. Marknaden verkar inte vara en lösning som man en gång för alla skapar, utan en dynamisk företeelse som hela tiden kräver kompletterande åtgärder för att upprätthållas. Utan sådana ansträngningar verkar aktörernas agerande på marknaden snarast leda bort från marknadslösningen.

Detta är tydligt i beskrivningen av hur läkemedelsdistributionen i Norge utvecklats på senare tid. En inte alltför vågad gissning är att den norska avregleringen av apoteksväsendet syftade till att skapa en fungerande apoteksmarknad. Samtidigt valde de norska myndigheterna att bibehålla den statliga kontrollen över prissättningen i apoteksledet och berövade därigenom apoteken en viktig konkurrensparameter. Det är sannolikt att detta system förorsakar ökade distributionskostnader genom att uppmuntra till service- snarare än priskonkurrens.³²¹ Genom de inträdande aktörernas försorg har denna marknad snabbt blivit ett utpräglat oligopol. Detsamma kan sägas gälla för utbytet mellan tillverkarna och grossisterna, som snabbt har utvecklats till en marknad med ett fåtal starka köpare.

Det sägs ibland att vissa offentliga marknader är konstruerade, medan 'riktiga' marknader inte är det. En konsekvens av det perspektiv vi förordar är att vi inte på förhand gör sådana distinktioner; alla marknader är kontinuerligt konstruerade. För att öka vår förståelse bör vi därför studera dessa processer. Därmed inte sagt att marknader inte skiljer sig åt. Det är en viktig forskningsuppgift att lyfta fram olikheter mellan marknader och öka kunskapen om vad som visat sig vara svårt eller lätt i arbetet med förverkliga olika marknader. Empiriska studier av hur marknader bedrivs och därmed konstrueras är därför angelägna. Genom dem kan vi fördjupa våra kunskaper om marknader och kanske till och med lära oss hur olika marknadsdistinktioner skapas och upprätthålls.

³²⁰ Studierna av Forssell och Norén samt Mattsson och Helgesson tangerar området och visar också på dess relevans för förståelsen av marknader och marknadspraktik.

³²¹ Bruttoprissättning har länge ansetts ha dessa effekter. Något som framgår tydligt av den debatt som fördes om bruttoprissystemet i Sverige under 1940-talet och som utmynnade i det svenska bruttoprisförbudet 1954 (Kjellberg 2001). I ett distributionssystem som det svenska, med ett apoteksmonopol, är det lättare att motivera en från detaljhandeln (och därmed monopolisten) fristående prissättare, för att kunna tillvarata andra intressen än monopolistens.

9 Källförteckning

- Ally, Gordon. Apoteket AB, intervju 021010.
- Alvesson, Mats och Kaj Sköldberg. 1994. *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.
- Anell m.fl. 1999. *Läkemedelsförskrivning och kostnadskontroll – Vad kan Sverige lära av England, Tyskland och Holland?* Lund: Institutet för hälsoekonomi.
- Anell, Anders och Hjelmgren, Jonas. 2001. *Effekter av avregleringar i apoteksväsendet – erfarenheter från Island, Norge och Danmark, IHE 2001:3*. Lund: Institutet för hälsoekonomi.
- Apoteket AB. 1996-2002. *Årsredovisning*. Stockholm: Apoteket AB.
- Apoteket AB. 2002. *Implementeringssteg för e-recept per landsting t.o.m. oktober 2002*. Stockholm: Apoteket AB.
- Apoteket AB. 2002. *Läkemedelsutvecklingen 2002*. Stockholm: Apoteket AB.
- Apoteket AB. 2002. *Short facts about the C.W. Scheele pharmacy*. Stockholm: Apoteket AB.
- Avtal mellan svenska staten och Apoteket AB om bolagets verksamhet.
- Baker, Martin. Silc Corporation, intervju 021015.
- Bergen, Richard. företrädare för läkemedelsbranschen (Sverige), intervju 021115.
- Blanck, Anders. Socialdepartementet Sverige, föredrag 021024.
- Brunsson, Nils och Hägg, Ingemund (redaktörer). 1992. *Marknadens makt*. Stockholm: SNS.
- Bucklin, Louis. 1966. *A Theory of Distribution Channel Structures*. Berkeley, Ca.: Institute of Business and Economic Research, IBER Special Publications.
- Butler, Oscar och Schough, Melvin. representanter för läkemedelstillverkare (Sverige), intervju 021007.
- Callon, Michel. 1986. *Some elements of a sociology of translation: Domestication of the scallops and the Fishermen of St-Brieuc Bay*. I *Power, Action and Belief: a New Sociology of Knowledge*, J. Law (redaktör). London: Routledge.
- Callon, Michel. 1998. *An essay on framing and overflowing: economic externalities revisited by sociology*. I *The Laws of the Markets*, M. Callon (redaktör). Oxford: Blackwell Publishers / The Sociological Review.
- Callon, Michel. 1998. *Introduction: The Embeddedness of Economic Markets in Economics*. In *The Laws of the Markets*, M. Callon (redaktör). Oxford: Blackwell.
- Calm, Peter. apotekare Svano apotek (Danmark), intervju 021128.
- Card, Carol och Parker, Carl. Danmarks Apotekerforening, intervju 021126.
- Cold, Linda och Noland, Karen. Universitetsapoteket, intervju 030512.
- Craven, Patrick. Norsk Medisinal Depot AS, intervju 030409.
- Dagens Medicin. 2003. *Apoteket stoppar slarviga kreditkunder*. Nr 21. Stockholm: Dagens medicin.
- Danmarks Apotekerforening. 2001. *Årsrapport*. Köpenhamn Danmarks Apotekerforening.
- Danmarks Apotekerforening. 2001-2002. *Årsberetning*. Köpenhamn: Danmarks Apotekerforening.
- Danmarks Apotekerforening. 2002. *Presentation*. Köpenhamn: Danmarks Apotekerforening.
- Dubois, Anna. 1994. *Organising Industrial Activities – An Analytical Framework*. Doktorsavhandling. Göteborg: Chalmers tekniska högskola.
- Pharma Corp ASA. 2002. *Organisasjonsplan 2002-05-24*. Oslo: Pharma Corp ASA.
- Europakommissionen. 2001. *Pressmeddelande IP/01/1027 om förslag till omfattande reform av EUs läkemedelslagstiftning*. Bryssel: Europakommissionen.

- Europeiska ministerrådet. 2001. *Direktiv 2001/83/EG om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel*. Bryssel: Europeiska ministerrådet.
- Falkner, Roberta. apotekare Halkboo apotek (Finland), intervju 030512.
- Finlands Apotekareförbund. 2002. *Annual Review*. Helsingfors: Finlands Apotekareförbund.
- Folkpensionsanstalten. 2003. *FPA-informationen 2/2003*. Helsingfors: Folkpensionsanstalten.
- Forskrift om legemidler av 22. desember 1999 (Norge).
- Gadde, Lars-Erik , och Håkansson, Håkan. 1992. *Analysing change and stability in distribution channels: a network approach*. I *Industrial Networks: A New View of Reality*, G. Easton. (redaktör) London: Routledge & Kegan, Paul.
- Forssell, Anders och Norén, Lars. 2003. *Tools and procedures for public procurement in welfare-markets*. Bidrag till workshop, juni 2003. Stockholm: Stockholm Center for Organisational Research, SCORE.
- Green, Michael och Black, Albert. Silc Corporation, intervju 021022.
- Hague, Christa och Lemon, Christopher. Nomeco A/S, intervju 021125.
- Helgesson, Claes-Fredrik. 1999. *Making a natural monopoly : the configuration of a techno-economic order in Swedish telecommunications*. Doktorsavhandling. Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet, Handelshögskolan.
- Håkansson, Håkan och Johanson, Jan. 1992. *A model of industrial networks*. I *Industrial Networks: A New View of Reality*, B. Axelsson och G. Easton (redaktörer). London: Routledge.
- Håkansson, Håkan och Snehota, Ivan. 1989. No business is an island: The network concept of business strategy. *Scandinavian Journal of Management* 5 (3): 187-200.
- ICA-förlaget AB. 2003. *ICA-nyheter 2003-01-10*. Stockholm: ICA-förlaget AB.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2000. *Politisk aftale af 1. november 2000 om modernisering og liberalisering af apotekervæsenet 4. sundhedskontor Dato: 18/06/02*. Köpenhamn: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Johanson, Jan, and Lars-Gunnar Mattsson. 1992. *Network Positions and Strategic Action: An Analytical Framework*. I *Industrial Networks: A New View of Reality*, B. Axelsson och G. Easton (redaktörer). London: Routledge.
- Jönsson, Bengt (redaktör). 2001. *Läkemedel: kostnad eller resurs för sjukvården*. Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet.
- Kjellberg, Hans. 2001. *Organising distribution : Hakonbolaget and the efforts to rationalise food distribution, 1940-1960*. Doktorsavhandling. Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet, Handelshögskolan.
- Konkurrensverket. 1999. *Konkurrens vid försäljning av läkemedel, KKV 1999:4*. Stockholm: Konkurrensverket.
- Kronans Droghandel. 2001. *Årsredovisning*. Mölnlycke: Kronans Droghandel AB.
- Lægemedelstyrelsen. 1992. *Forbrug-Priser-Tilskud nr. 2, juli 92*. Köpenhamn: Lægemedelstyrelsen.
- Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (Sverige).
- Lag om läkemedelsverket 35/1993 (Finland).
- Lark Toby, Tamro Sverige AB, intervju 030227.
- Latour, Bruno. 1986. *The powers of association*. I *Power, Action and Belief: a New Sociology of Knowledge*, J. Law (redactor). London: Routledge & Kegan, Paul.
- Latour, Bruno. 1987. *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Cambridge: Harvard University Press.
- Latour, Bruno. 1996. *Aramis, or the love of technology*. Översatt till engelska av C. Porter. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- LBK nr 657 af 28/07/1995: Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed (Danmark).

Lee, Vivianne. Silc Corporation, intervju 021016.

Light, Robert. Silc Corporation, intervju 021015.

Losman, Eve och Plough, Susan. företrädare för apotek (Norge), intervju 021025.

LOV 1992-12-04 nr 132: Lov om legemidler m.v. (Norge).

LOV 2000-06-02 nr 39: Lov om apotek (Norge).

Lov nr. 468 af 31. maj 2000: Lov om ophævelse om forbudet mod at yde apotekere rabat (Danmark).

Läkemedelsförordning 693/1987 (Finland).

Läkemedelslag 395/1987 (Finland).

Läkemedelslag 395/1987 (Finland).

Läkemedelsverket. 2001-2003. *Läkemedelsinformation från Läkemedelsverket i Finland - TABU*. Nr. 4/2001, nr. 1/2002 och nr. 2/2003. Helsingfors: Läkemedelsverket.

Mark, Andrew. Silc Corporation, intervju 021008.

Mattsson, Lars-Gunnar. 1969. *Integration and efficiency in marketing systems*. Ekonomiska forskningsinstitutet, Handelshögskolan i Stockholm. Stockholm: Norstedt.

Mattsson, Lars-Gunnar och Kjellberg, Hans. 1992. *Handelns omvandling 1959-1990, en översikt*. I Affärsutveckling inom handeln, P. Bratt (redaktör). Farsta: Televerket / Grossistförbundet Svensk Handel.

Mattson, Susanna och Helgesson, Claes-Fredrik. 2003. Working with key objects of markets –the story about difficulties to unlock the post-office boxes in reforming the postal market in Sweden. Bidrag till workshop, juni 2003. Stockholm: Handelshögskolan.

McKesson, Steve och Sun, Jo. Tamro Sverige AB, intervju 030122.

Nathanson, Frederick. företrädare för parallellimportör (Sverige), intervju 021203.

Norges Apotekerforening. 2001. *Årsberetning*. Oslo: Norges Apotekerforening.

Norges Apotekerforening. 2002-2003. *Tekst og Tall*. Oslo: Norges Apotekerforening.

Norsk Medisinal Depot AS. 2003. *Företagspresentation*. Oslo: Norsk Medisinal Depot AS.

North, Jacob. apotekare Fredriksbro apotek (Danmark), intervju 021127.

Observation apoteket C.W. Scheele (Sverige), 021031.

Observation apoteket Gladan (Norge), 030409.

Observation apoteket S:t Erik (Sverige), 021031.

Observation Fredriksbros apotek (Danmark), 021127.

Observation Halkboo apotek (Finland), 030512.

Observation Nomeco A/S (Danmark), 021125.

Observation Svano apotek (Danmark), 021128.

Observation Tamro Sverige AB (Sverige), 030227.

Observation Universitetsapoteket (Finland), 030512.

Orion Group. 2001-2002. *Annual Review*. Helsingfors: Orion Group.

Phoenix, Martin och Mist, Roger. Norges Apotekerforening, intervju 021025.

Pink, Martha. Apoteket AB, intervju 021104.

Porter, Carol. Apoteket Gladan (Norge), intervju 030409.

Riksförsäkringsverket. 2001. *RFV 2002:7 Internationell prisjämförelse av storsäljande läkemedel i Sverige 2001*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.

Scheifele, Bernd. Phoenix Pharmahandel AG, föredrag 021024.

Scott, Miriam. Silc Corporation, intervju 021015.

Smith, Pete. Silc Corporation, intervju 021029.

Social- och Hälsovårdsministeriet. 2002. *Pressmeddelande 266/2002*. Helsingfors: Social- och Hälsovårdsministeriet.

Social- och Hälsovårdsministeriet. 2002. *Pressmeddelande 385/2002*. Helsingfors: Social- och Hälsovårdsministeriet.

Social- och Hälsovårdsministeriet. 2002. *Ansökan om fastställande av skäligt partipris som ersättningsgrund för läkemedelspreparat*. Helsingfors: Social- och Hälsovårdsministeriet.

Socialstyrelsen. 2002. *Hälsa- och sjukvårdstatistisk årsbok*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens Legemiddelverk och Trygdeetaten. 2003. *Vet du att det finnes like legemidler til ulik pris?* Oslo: Statens Legemiddelverk og Trygdeetaten.

Statens Legemiddelverk. 2001. *Årsrapport*. Oslo: Statens Legemiddelverk.

Statens Legemiddelverk. 2003. *Brev till samtliga apotek i Norge 2003-02-25, Rundskriv IK-26/2000*. Oslo: Statens Legemiddelverk.

Statens offentliga utredningar. 2000. *SOU 2000:86, Den nya läkemedelsförmånen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Statsrådets förordning om läkemedelsprisnämnden 1280/1997 (Finland).

Statsrådets förordning om läkemedelstaxa 1087/2002 (Finland).

Statsrådets förordning om läkemedelsverket 132/1993 (Finland).

Stern, Louis W. och El-Ansary, Adel. 1988. *Marketing Channels*. 3 ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall International.

Sundhedsministeriet. 2000. *Modernisering af apotekervæsenet - Et beslutningsgrundlag for en stillingtagen til apotekervæsenets fremtid juli 2000*. Köpenhamn: Sundhedsministeriet.

Sundhedsministeriet. 2002. *Brev till Danmarks Apotekerforening 2002-01-17*. Köpenhamn: Sundhedsministeriet.

Sundhedsministeriet. 1999. *Organisering af lægemiddelsalget i Danmark, november 1999. Betænkning nr. 1380*. Köpenhamn: Sundhedsministeriet.

Tamro Group. 1998-2001. *Annual Review*. Helsingfors: Tamro Group.

Tamro Sverige AB. 2002. *Tamro marknadsanalys 2002-12-13*. Göteborg: Tamro Sverige AB.

Universitetsapoteket. 2002. *Information för stamkunder*. Helsingfors: Universitetsapoteket.

Wilkinson, Mary och Ford, Christine. Apoteket AB, intervju 021031.

Wilkinson, Steven. representant för läkemedelstillverkare (Sverige), intervju 030123.

www.apoteket.se 030603.

www.dit-apotek.dk 030520.

www.fass.se 030407.

www.holtung.no 030521.

www.laegemiddelstyrelsen.dk 030313.

www.legemiddelstyrelsen.dk 030530.

www.legemiddelverket.no 030521.

www.lfn.se 030315.

www.nmd.no 030521.

www.oriola.fi 030528.

www.orion.fi 030528.

www.privataaffarer.se 030625.

www.shm.fi 030529.

www.sundhed.dk 030520.

www.tamro.com 030521.

York, Harry. Silc Corporation, intervju 021008.

Åkesson, Stefan. Tamro Sverige AB, föredrag 021024.