

Bättre spelregler på apoteksmarknaden

29 april 2010

Mats Bergman

Professor i nationalekonomi, Södertörns högskola

Johan Stennek

Professor i nationalekonomi, Göteborgs universitet

SAMMANFATTANDE SLUTSATSER	4
Våra viktigaste råd	4
Bästa alternativ: Tillåt priskonkurrens	4
Näst bästa alternativ: Reglera handelsmarginalen så att syftet med reformen uppnås	5
Strukturfrågor.....	8
Slutsatser kapitel för kapitel	10
Kapitel 2. Målen för apoteksreformen	10
Kapitel 3. Behövs apotek?	11
Kapitel 4. Skäl för reglering	12
Kapitel 5. Reglering och/eller konkurrens	12
Kapitel 6. Utformning av en reglering: Handelsmarginalens nivå.....	14
Kapitel 7. Utformningen av en reglering: Handelsmarginalens struktur	14
Kapitel 8. Grossisternas roll	17
Kapitel 9. Stand still	17
Kapitel 10. Prissättning av infrastruktur.....	18
Kapitel 11. Statens roll på apoteksmarknaden	19
1 Apoteksreformen väcker många frågor	20
2 Ska reformen bedömas utifrån samhällsekonomiska normer eller de politiska målen?	21
2.1 Tillgänglighet och service.....	22
2.2 Låga läkemedelskostnader/priser.....	23
2.3 Jämlikhet.....	25
2.4 Ytterligare mål	26
2.5 Slutsatser.....	27
3 Behövs apotek?.....	28
3.1 Apoteken och läkemedelsförmånen	28
3.2 Receptbelagda läkemedel med patent	29
3.3 Receptbelagda läkemedel utan patent (generiska läkemedel)	30
3.4 Grossisterna	30
3.5 Efterfrågan på läkemedel.....	32
3.6 Behövs apoteksbutiker?	33
3.7 Slutsatser.....	35
4 Skäl att reglera apoteksmarknaden	35
4.1 Marginaler	36
4.2 Kvalitet.....	37
4.3 Slutsatser.....	39
5 Reglering och/eller konkurrens	40
5.1 Alternativ till reglering - patienterna betalar apotekets kostnader	41
5.2 Alternativ till reglering - ett referensprissystem för apoteksmarginalen.....	44
5.3 Prisreglering och målkonflikter	48
5.4 Varför tillåta konkurrens inom ramen för en reglering?.....	50
5.5 Slutsatser.....	52
6 Utformning av en reglering: Handelsmarginalens nivå.....	53
6.1 Tillgänglighetsreglering är bättre än lönsamhetsreglering	53
6.2 En modell	58
6.3 Prissättningsmodellen och försäljningen av butiker	63
6.4 Slutsatser.....	63
7 Utformning av en reglering: Handelsmarginalens struktur	64

7.1	Dagens ersättningsstruktur.....	64
7.2	Inledning till samhällsekonomisk analys av strukturen.....	68
7.3	Hur läkemedelskonsumtionen bör styras	69
7.4	Hur apoteken bör styras	73
7.5	Hur incitament till utbyte bör skapas.....	76
7.6	Bör strukturen regleras?.....	78
7.7	Slutsatser.....	79
8	Grossisternas roll	82
8.1	Fristående grossister (vertikal separation)	82
8.2	Vertikal integration	83
8.3	Slutsatser.....	85
9	Stand still	85
9.1	Styrning av Apoteket AB och stand still-bestämmelserna	86
9.2	Analogier med företagsförvärv.....	88
9.3	Motiv för stand still-bestämmelser för Apoteket AB.....	91
9.4	Konkurrensbegränsningar och åtgärder som minskar värdet av överlåtna tillgångar	93
9.5	När är det motiverat med konkurrensklausuler som begränsar den största aktören?	
	Horisontella aspekter.....	95
9.6	Slutsatser.....	98
10	Prissättning av infrastruktur	100
10.1	Vertikal separation	100
10.2	Prissättning av infrastruktur tjänster	101
10.3	Slutsatser.....	106
11	Statens roll på marknaden	106
11.1	Universell service	107
11.2	Apoteket Farmaci och ApoDos	109
11.3	Slutsatser.....	112
12	Appendix	112
12.1	Skäl för reglering: Prissättning.....	112
12.2	Skäl för reglering: Kvalitet.....	117
12.3	Kontroll över en unik tillgång.....	121

SAMMANFATTANDE SLUTSATSER

Apoteksmarknaden reformeras. För att öka tillgängligheten tillåts privata företag att driva apotek och receptfria läkemedel får säljas på Hemköp och Statoil. Samtidigt väcker reformen en mängd frågor: Var tillgängligheten för låg tidigare? Vad är det för mening med konkurrens på en reglerad marknad? Hur ska den ansvariga myndigheten TLV kunna styra vinstdrivande företag att öppna rätt antal butiker? Bör apoteken ersättas per expediering eller för god lokalisering och generösa öppettider? Varför förhindrades Apoteket AB att öppna nya butiker i samarbete med ICA?

Riskrevisionen har bett oss att analysera om apoteksreformen är ägnad att förbättra apoteksmarknadens funktionssätt. Vi har inte tillräckligt med tid och information för att göra en fullständig utvärdering av reformen; mycket data kommer inte heller att finnas tillgängligt förrän om flera år. Istället kommer vi att försöka svara på frågan utifrån den omfattande samhällsekonomiska forskning som finns rörande marknadens funktionssätt, konkurrens och regleringar. I slutändan måste dock våra slutsatser bygga på våra egna rimlighetsbedömningar, inte vetenskaplig bevisföring.

Våra viktigaste råd

Bästa alternativ: Tillåt priskonkurrens

Även om apoteksmarknaden öppnas för fri etablering (med auktorisation) tillåts apoteken inte att själva sätta sina priser. Istället ska Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) reglera apotekens priser, genom att besluta om apotekens handelsmarginal (d.v.s. skillnaden mellan apotekens försäljnings- och inköpspris).

Vi menar att apoteken bör tillåtas att sätta sina egna priser. Dock förutsätter fri prissättning att läkemedelssubventionen justeras något, genom att ett referensprissystem införs. Med ett referensprissystem får kunderna själva betala för apotekets tjänster, men endast om man inte väljer det billigaste apoteket. En kund med frikort som väljer ett apotek som tar 50 kronor i expeditionsavgift snarare än ett apotek som tar 30 kronor får betala mellanskillnaden, det vill säga 20 kronor. En kund med frikort som väljer det billigare apoteket behöver inte betala någonting.

Fri prissättning i kombination med ett referensprissystem har många fördelar:

1. Patienterna får en god försäkring av läkemedelskostnaderna.
2. Apoteken får goda incitament att hålla låga marginaler.
3. Apoteken får goda incitament att erbjuda sådan kvalitet som kunderna vill betala för.
4. Apoteken får goda incitament att inte erbjuda sådan kvalitet som kunderna inte vill betala för.

5. Apoteken kan differentiera sig genom att erbjuda olika mycket service och låta kunderna göra individuella val.
6. Apoteken får goda incitament att inte lokalisera sig vägg i vägg.
7. Apoteken får goda incitament att organisera verksamheten effektivt för att hålla ned sina kostnader. De företag som inte klarar det kan tvingas ut från marknaden.
8. Ett referensprissystem är teknikneutralt och främjar övergång till postorderförsäljning, om postorder är mer effektivt.
9. De administrativa kostnaderna för att reglera handelsmarginalen kan undvikas. Som jämförelse kan nämnas att PTS har flera tiotals anställda som arbetar med prisregleringen av telemarknaden.

Genom ett krav på nationell prissättning garanteras att även glesbygden får läkemedel till konkurrenskraftiga priser. Apoteken kan även åläggas att ta ut en enhetlig marginal på alla typer av expedieringar, samt att tydligt annonsera denna marginal, för att underlätta prisjämförelser.

Fri prissättning kommer att leda till små prisskillnader mellan olika apotek. Vi menar att dessa bör accepteras, för att möjliggöra priskonkurrens. Även om likartade priser är eftersträvarvärt menar vi att målet om prislikhet har fått en orimligt hög vikt. Varför ska priserna vara lika på öret när skillnaderna i restid mellan olika delar av landet är betydande?

Priskonkurrens kan komma att försvåra för små företag att överleva på marknaden om dessa skulle visa sig mindre effektiva än stora företag. En positiv effekt är att detta leder till kostnadsbesparingar för samhället. En möjlig negativ effekt uppstår om man menar att små företag bidrar till en önskvärd mångfald.

Näst bästa alternativ: Reglera handelsmarginalen så att syftet med reformen uppnås

Om prisskillnader är oacceptabla eller om läkemedelssubventionen inte justeras måste dock handelsmarginalen regleras. Vi redogör här för hur en reglering bör utformas för att syftet med reformen ska uppnås.

Styr på tillgänglighet

Regeringen angav i sin proposition att TLV ska sätta handelsmarginalen i syfte att garantera att apoteken får en viss avkastning. Vi menar att en dylik lönsamhetsreglering leder fel. Orsaken är att den långsiktiga lönsamheten huvudsakligen bestäms på internationella kapitalmarknader. Att försöka hålla en högre lönsamhet på den svenska apoteksmarknaden skulle endast resultera i en överetablering av apotek, d.v.s. att det allmänna får betala alltför höga kostnader för apotek. Att försöka hålla en lägre lönsamhet skulle leda till en underetablering, d.v.s. att tillgängligheten blir för låg.

Utgångspunkten för handelsmarginalen bör istället vara att styra tillgängligheten på apoteksmarknaden. Ersättningen bör höjas när tillgängligheten är för låg och

sänkas när tillgängligheten är för hög. Vi beskriver hur detta system kan utformas nedan.

För att regleringsmyndigheten, TLV, ska kunna styra tillgängligheten måste ett tydligt mål för tillgängligheten formuleras. Ett sådant mål saknas idag. Även om det finns indikationer på att tillgängligheten har varit för låg på den svenska marknaden, vet vi inte om antalet apotek bör stiga med 10, 50 eller kanske 100 procent. Skillnaden i kostnader för samhället är avsevärda. För att sätta ett mål för tillgängligheten måste såväl konsumentnytta (i form av förbättrad läkemedelsanvändning och kortare restid med mera) som kostnader för att etablera nya apotek uppskattas, vilket i sin tur kräver relativt omfattande samhällsekonomiska analyser.

Vi menar slutligen att apotekens ersättning inte bör höjas i syfte att rädda små apotek, om de små apoteken skulle visa sig mindre kostnadseffektiva än större apotek. Det skulle öka samhällets kostnader för att nå en god tillgänglighet på apoteksmarknaden.¹

Hur ersättningens struktur bör utformas

TLV har beslutat att apoteken ska ersättas per expedierad förpackning, med två tillägg. Dels är ersättningen högre för dyrare läkemedel. Dels får apoteken tio kronor extra för att expediera läkemedelskopior (generika) och läkemedel vars patentet löpt ut och där det finns generisk konkurrens.

Vi saknar en förutsättningslös och genomgripande analys av hur apotekens ersättning påverkar läkemedelsanvändningen, apotekens incitament att tillhandahålla god tillgänglighet till låga kostnader och utbytet mellan olika läkemedel inom olika utbytesgrupper. Apotekens ersättning kan i princip knytas till en mängd olika faktorer såsom prestationer (t.ex. antal expedieringar eller receptorderrader), kvalitet (t.ex. antal butiker och "nöjd-kund-index"), redovisade kostnader (t.ex. inköpspris och hanteringskostnader), samt omvärldsfaktorer (t.ex. närhet till andra butiker och befolkningsunderlag). Det är inte uppenbart varför TLV valt den ovan beskrivna modellen.

Vi delar dock TLV:s uppfattning att apotekens ersättning i första hand bör knytas till deras *prestationer*, t.ex. antal sålda förpackningar. Orsaken är att försäljningen bestäms av kunderna och svårligen kan manipuleras av apoteken. Det är dock sannolikt bättre att ersätta apoteken per receptorderrad snarare än per såld förpackning, för att inte stimulera användningen av onödigt små förpackningar.²

¹ Vi har inte ännu sett några konkreta förslag på särskilda stöd till små apotek. Men det faktum att ett stort antal apotek reserverats för småföretagare, liksom betoningen av småföretagsaspekterna i propositionen, pekar på att regeringen kan komma att aktivt gynna små företag.

² Ett sådant system föreslogs av apoteksmarknadsutredningen och utreds även för närvarande av TLV.

Apotekens ersättning behöver inte knytas till kvalitet. En orsak är att apoteken kommer att tvingas konkurrera med kvalitet. Endast de apotek som öppnar butiker i goda lägen med god service får stor försäljning och därmed god ersättning. (Kvalitetskonkurrensen är en av fördelarna med apoteksreformen.) En andra orsak är att kvalitet ofta är svår att observera eller verifiera för reglerande myndigheter. Ett undantag är att det finns skäl att differentiera ersättningen per expediering till olika butiker utifrån deras *närhet* till andra butiker. Man skulle då bestämma en "normal" ersättning per expediering som betalas ut till butiker som ligger långt ifrån andra butiker. Butiker som ligger nära andra butiker får ett avdrag eftersom dessa butiker inte bidrar till ökad tillgänglighet på samma sätt. Utan priskonkurrens och utan en sådan differentiering kommer apoteken sannolikt att lokalisera sig alltför nära varandra. Ett andra möjligt undantag är att det kan finnas anledning att differentiera apotekens ersättning beroende på befolkningsunderlag. Då kan man öka ersättningen i glesbygd, om tillgängligheten visar sig för låg där, utan att driva upp tillgänglighet eller apotekens vinster i tätbefolkade områden.

Apotekens ersättning behöver inte betingas direkt på deras *kostnader*. Vi ser inte några skäl att behålla den värde-trappa som innebär att apoteken får en högre ersättning när de expedierar dyra läkemedel. Vi ser inte heller några skäl att kompensera apoteken för merkostnader för utbyte (10-kronan). Fördelen med att ta bort dessa komponenter är i första hand att systemet förenklas. Att ta bort värde-trappan skulle även reducera apotekens intresse av att expediera dyra läkemedel. Ett undantag är att det kan finnas skäl att sätta ett lägre AUP för postorderförsäljning i den mån postorder är ett betydligt billigare sätt att distribuera läkemedel. Med dagens system kommer apoteken ha svårt att övertyga kunderna om att de ska välja postorder, eftersom de inte får erbjuda kunderna ett lägre pris för postorder.

Företagens kostnader kommer att ändras över tiden, till följd av ändrade löner och lokalhyror och förhoppningsvis till följd av rationaliseringar, t.ex. viss övergång till postorderförsäljning. Följaktligen måste även apotekens ersättning *revideras*. Vi menar att dessa revisioner kan göras relativt ofta utan att detta skapar en försämrad kostnadskontroll eller incitament till kreativ bokföring. Orsaken är att ett apoteks ersättning knyts till samtliga apoteks kostnader, inte till det egna apotekets kostnader. (Ett apotek kommer alltså kunna öka sin vinst genom att pressa sina kostnader under konkurrenternas nivå. Denna s.k. måttstockskonkurrens är en av vinsterna med reformen.) För det andra kan ersättningen knytas till tillgängligheten på marknaden, som beror på företagens kostnader, snarare än till bokförda kostnader (som kan friseras). En svaghet med dagens system är att TLV ännu inte har hunnit redovisa hur man ämnar revidera apotekens ersättning, det vill säga med vilken frekvens och baserat på vilka faktorer.

Apoteken ska även fortsatt vara skyldiga att expediera det generiska läkemedel som har lägst pris – *månadens vara* (och snart antagligen "tertialets vara"). Under en övergångsperiod har apoteken rätt att sälja ut restlager av förra månadens (tertialets) vara, men endast till förra månadens (tertialets) pris. Efter övergångsperioden får apoteken ingen ersättning för "felexpedieringar" av förra

månadens vara. Dessa begränsningar bör kunna leda till starkare priskonkurrens mellan olika generikatillverkare.

För andra "felexpedieringar" utgår dock inget straff.

Som vi ser det borde det inte finnas några hinder att skärpa dessa regler ytterligare, genom än kortare övergångsperioder och "böter" för andra typer av "felexpedieringar". Annars kommer det att finnas starka incitament till sidoavtal mellan generikatillverkare och apotek som sätter konkurrensen ur spel.

Strukturfrågor

Relationen mellan distributörer (grossister) och detaljister

Idag distribueras läkemedel genom ett så kallat enkanalssystem, vilket innebär att varje enskilt läkemedel endast distribueras av en av de två grossisterna. Följaktligen måste varje båda grossisterna leverera till alla apotek. TLV reglerar det pris som läkemedelstillverkarna får och dessa "upphandlar" i sin tur distributionstjänsten av grossisterna.

Det är sannolikt att apotek och distributörer (grossister) i framtiden kommer att knytas ihop parvis, så att varje apotek endast får leveranser från en distributör, s.k. fullsortimentsdistribution. Sådan vertikal integration är vanligt förekommande på flertalet detaljhandelsmarknader och skulle sannolikt vara kostnadseffektiv.

En sådan förändring skulle stärka distributörernas ställning i förhållande till läkemedelstillverkarna. För varje enskilt apotek skulle endast en etablerad grossist finnas och denna skulle få ett visst mått av monopolmakt över leveranserna till apoteket i fråga. Tillverkarna får då betala mer för distributionen. Om distributörer och apotek integreras vertikalt på detta sätt är det därför rimligt att reglera *distributörens* inpriser (DIP) snarare än apotekens inpriser (AIP). Därmed kommer tillverkarnas priser att falla med drygt två procent, men i gengäld kommer de att slippa betala för distributionen. Apoteksmarginalen kommer att vidgas, men kommer nu att omfatta såväl grossist- som detaljistverksamheten.

Stand still-reglerna överdrivna

Statliga Omstruktureringsbolaget (OAB) som under omregleringsprocessen äger Apoteket AB har satt upp ett antal så kallade stand still-bestämmelser för att Apoteket AB inte ska kunna förhindra framtida konkurrens. Flertalet stand still-bestämmelser har varit motiverade. De har förhindrat Apoteket AB att minska konkurrenternas konkurrenskraft. Apoteket har förhindrats att sänka värdet av de tillgångar (framför allt apotek) som överlåtts till konkurrenterna liksom att höja sina konkurrenters kostnader.

Däremot har begränsningarna av Apoteket AB:s möjligheter att öka sin egen konkurrenskraft, enligt vår bedömning, varit alltför långtgående. Det gäller Apotekets AB:s möjligheter att expandera sin verksamhet, att sänka sina egna kostnader och att integrera bakåt. Dessa begränsningar var motiverade under

den period då bolagets nya konkurrenter ännu inte kunde agera på marknaden, det vill säga fram till ungefär den tidpunkt då dessa kunde disponera de köpta apoteken. Efter denna tidpunkt är det inte längre motiverat att begränsa Apoteket AB:s handlingsutrymme.

Vi har inte sett att en förutsättningslös analys gjorts av vad standardstillbestämmelserna ska uppnå och hur de ska utformas för att nå dessa syften.

Servicebolagets och Apoteket AB:s ersättning bör utgå per expediering

I omregleringsarbetet har stor omsorg ägnats frågan om vilka tjänster som är naturliga monopol. Infrastruktur som behövs för att producera sådana tjänster har i stor utsträckning avskiljts från Apoteket AB och placerats i Servicebolaget. I några fall har dock Apoteket AB fått behålla den nödvändiga infrastrukturen, i varje fall temporärt, därför att den inte kunnat avskiljas från Apoteket AB eller därför att den inte varit lämplig att lägga i Servicebolaget.

För den här typen av tjänster bör prissättningen i huvudsak utgå per förpackning eller per receptorderrad, snarare än per apotek eller apoteksbolag. Det gäller även ersättningen för att täcka fasta (gemensamma) kostnader för infrastrukturen. Anledningen är att avgifter per apotek och per bolag minskar tillgängligheten och konkurrensen på marknaden.

Detta är också den prismodell som valts för Servicebolaget. Den prisstruktur som valdes för affärssystemstjänster från Apoteket (ATS) hade även den varit väl förenlig med de principer vi förespråkar – om avsikten hade varit att driva systemet vidare under överskådlig tid. När avsikten istället är att lägga ned systemet inom ett par år framstår det som onödigt att så stor möda lagts på att göra prissättningen konkurrensneutral mellan Apoteket AB och köparna av apoteksklustren. Det hade varit mer ändamålsenligt att utforma prissättningen så att aktörerna getts incitament att snabbt lämna ATS. Givet målet att skapa goda förutsättningar för små företag hade man också kunnat göra prissättningen mer förmånlig för mindre aktörer.

Ägandet av Apoteket Farmaci och ApoDos relativt betydelselöst.

Vi menar att det inte har särskilt stor betydelse för marknadsfunktionssätt om Apoteket AB äger Apoteket Farmaci (AF) och ApoDos eller inte. Det finns få synergier mellan dessa två verksamheter och traditionell apoteksverksamhet och inträdeshindren på de marknader där AF och ApoDos verkar är överlag små.

AFs huvudverksamheter är att distribuera läkemedel till kommuner och privata vårdgivare, att driva sjukhusapotek och sköta sjukhusens läkemedelslogistik, att tillverka vissa läkemedel samt att sälja konsulttjänster avseende farmaceutisk kompetens. Inträdeshindren på AFs marknader framstår överlag som låga, samtidigt som köparna – landstingen, kommunerna och de privata vårdföretagen – är professionella aktörer som bör kunna spela ut potentiella leverantörer mot varandra.

ApoDos packar om läkemedel till portionsförpackningar, i första hand för äldre personer som konsumerar många olika läkemedel. Packningen sker i elva "dosapotek" och distributionen sker framför allt till kommunernas äldreomsorgsenheter, men även till enskilda apotek och landsting. Förskrivande läkare beställer för närvarande direkt av närmaste dosapotek.

Packnings- och distributionsverksamheten kan sannolikt konkurrensutsättas relativt enkelt. Det kan dock finnas skäl att etablera en nationell beställningsfunktion som är skild från packningsverksamheten och som ägs av det offentliga. En sådan ordning skulle sannolikt underlätta för receptskrivande läkare och den skulle göra det enklare för landsting och kommuner att utnyttja konkurrens mellan olika företag som utför dospackning. När detta skrivs tycks en sådan utveckling vara på gång.

Slutsatser kapitel för kapitel

I det följande går vi igenom de viktigaste frågorna avsnitt för avsnitt.

Kapitel 2. Målen för apoteksreformen

Ett huvudmål med reformen är att öka antalet butiker och öppettider, d.v.s. tillgängligheten på marknaden. Men eftersom ökad tillgänglighet kräver mer resurser är det inte uppenbart hur hög tillgänglighet som bör eftersträvas. Dessvärre har riksdag och regering inte preciserat målet, vilket kan förmodas försvåra för TLV att utforma en ersättningsmodell som leder till önskad tillgänglighet. Metoder för att precisera målen hade funnits att tillgå.

Vi menar att TLV och andra ansvariga myndigheter bör arbeta för att målet om tillgänglighet preciseras. Huvudfrågorna är vad tillgänglighet kostar och vad den är värd för konsumenterna. Utifrån ett sådant underlag bör politiker och myndigheter kunna precisera tillgänglighetsmålet.

Ett annat viktigt mål med reformen är att hålla ned läkemedelspriserna. Eftersom ökad tillgänglighet leder till ökade kostnader är vår tolkning att kostnaderna endast ska minimeras betingat på tillgänglighetens nivå. För att minimera kostnaderna kan det bl.a. vara befogat att knyta en butiks ersättning (per expediering) till butikens närhet till andra butiker; mer om det nedan.

Målet om god säkerhet i läkemedelsanvändningen kan tolkas på ungefär motsvarande sätt. Tillgängligheten ska maximeras och kostnaderna minimeras betingat på en acceptabel nivå vad gäller säkerhet i läkemedelsanvändningen. När konkurrens introduceras på marknaden kan tillsynen behöva skärpas för att säkerhetsnivå ska behållas oförändrad.

Målet att en viss andel av butikerna ska drivas av mindre företag förefaller stå i strid med normala samhällsekonomiska normer. Utifrån denna norm bör företagen ges lika förutsättningar och det är neutralt vilken sorts företag som frodas på marknaden. Att med politiska medel försöka gynna andra företag än de

mest effektiva ökar samhällets kostnader för att nå en god tillgänglighet på apoteksmarknaden.

Apoteksreformen kommer förmodligen att i någon mån minska läkemedelstillverkarnas ersättning och därmed incitamenten till forskning och utveckling av nya läkemedel. Det är inte uppenbart vilket ansvar som Sverige bör ta för att skapa dessa incitament. Inga tydliga politiska mål har redovisats i den allmänna debatten. Det finns heller inte några entydiga samhällsekonomiska kriterier för att bedöma dessa förändringar.

Enligt vår uppfattning bör riksdag och regering precisera vilket ansvar som Sverige bör ta på sig för att skapa goda incitament till forskning och utveckling av nya läkemedel. Syftet skulle vara att styra arbetet med att t.ex. reformera prissättningen av patenterade läkemedel och det fortsatta arbetet med att reformera apoteksmarknaden. Enligt vår uppfattning är en rimlig utgångspunkt att alla länder bör ta ett ansvar i proportion till deras betalningsvilja för läkemedel. Sannolikt krävs någon form av internationell samordning.

Det förefaller finnas ett fördelningspolitiskt mål om att alla i hela landet ska få betala exakt samma pris för (vissa) läkemedel. Detta mål förefaller ha fått en orimligt hög vikt, bland annat sett i relation till de skillnader som kommer att finnas i kostnaden att ta sig till ett apotek i olika delar av landet, men också med tanke på att priset är subventionerat medan reskostnaden bärs av kunden.

Kapitel 3. Behövs apotek?

Apotekens huvuduppgift är att distribuera läkemedel till allmänheten. Ett butiksnät har två fördelar för kunderna i jämförelse med postorder. För det första kan fysiska apotek erbjuda ett stort antal läkemedel direkt från lager, för det andra kan man hjälpa kunderna att förstå vad som står på bipacksedeln och ge viss ytterligare information.

Å andra sidan skulle ett utvecklat postordersystem vara bekvämare för många kunder som inte behöver ytterligare information om sina läkemedel och som kan planera sina köp i förväg. Kostnaderna för postorder är sannolikt lägre.

Eftersom det är svårt att veta vilken apoteksstruktur som bäst balanserar dessa olika fördelar mot motsvarande kostnader så tror vi det vore ändamålsenligt att utforma ett regel- och subventionssystem som öppnar för innovationer i distributionsverksamheten och som låter konsumenternas preferenser påverka marknadsstrukturen. Systemet behöver vara teknikneutralt. En uppenbar konsekvens av denna princip är att ersättningen till apoteken inte bör knytas till butikerna utan till de tjänster som produceras. Dessutom krävs att både företag och konsument (och kanske också det offentliga) får del i den eventuella vinsten av en övergång till mer effektiv distribution.

Kapitel 4. Skäl för reglering

Det finns flera problem på apoteksmarknaden som kan motivera en reglering av apotekens priser och kvaliteter (t.ex. tillgänglighet) även efter reformen och introduktionen av konkurrens.

Flera av dessa problem har dock en gemensam grund i utformningen av läkemedelssubventionen. Subventionen är i dag utformad så att en betydande del av alla läkemedel säljs till personer som har en hundra procentig subvention av priset på marginalen. En önskad sidoeffekt av denna subvention är att många kunder blir helt prisokänsliga. I frånvaro av andra korrigerande mekanismer leder detta i sin tur till att (i) apoteken kan ta ut stora marginaler trots konkurrensen, (ii) företagen tillhandahåller kunderna en alltför hög nivå på sådan kvalitet som kunderna kan observera, t ex i form av korta väntetider och onödigt kostsamma distributionsformer samt att (iii) företagets incitament till att organisera sin verksamhet på ett kostnadseffektivt sätt minskar. Alla dessa kostnader vältras över på skattebetalarna till följd av subventionen.

Politisk intervention kan även motiveras av att kravet på jämlikhet är särskilt starkt på apoteksmarknaden. Fri prissättning skulle leda till vissa, åtminstone mindre, skillnader i priser mellan olika delar av landet och mellan olika apotekskedjor. Fri etablering kommer att leda till att olika kunder har olika nära till ett apotek beroende på var man bor i landet.

Det finns en konflikt mellan målet att alla ska betala samma pris för läkemedel och målet att tillgängligheten bör vara relativt enhetlig i landet. Om apotekens marginal är densamma i hela landet krävs ungefär samma antal kunder för att en butik ska vara lönsam i stad och land. Det innebär att antalet butiker i varje geografiskt område kommer att stå i omvänd proportion till befolkningens mängd i området. En prisreglering som garanterar att alla apoteksbutiker tar samma priser innebär att man kan förvänta sig större skillnader i tillgänglighet mellan olika delar av landet, än vad man kan förvänta sig med fri prissättning. En möjlig lösning på detta problem är ett stöd till företag i glesbygd, t.ex. i form av en högre ersättning för expedieringar i glesbygd. Med ett enhetligt AIP och ett enhetligt AUP måste då apotekens ersättning frikopplas från skillnaden mellan AUP och AIP.

Det finns även skäl att reglera apoteksmarknaden för att säkerställa priskonkurrensen i det tidigare ledet, mellan olika generikatillverkare, vilket vi berör i ett senare kapitel.

Kapitel 5. Reglering och/eller konkurrens

Eftersom flera av problemen på apoteksmarknaden har en gemensam grund i utformningen av subventionen skulle en lösning kunna vara att justera subventionen. Apotekens skulle då kunna tillåtas sätta sina egna priser, med minimala inskränkningar.

En möjlighet är att införa ett referensprissystem. Kunderna får då betala för apotekets tjänster endast om man inte valt det billigaste alternativet. En kund

med frikort som väljer att hämta ut sin medicin på ett apotek som tar 50 kronor i marginal snarare än i ett apotek som tar ut 30 kronor får då betala mellanskillnaden, det vill säga 20 kronor. En kund med frikort som väljer det billigare apoteket behöver inte betala någonting.

Ett referensprissystem ger patienterna en god försäkring mot höga läkemedelskostnader. Samtidigt får apoteken goda incitament att hålla låga marginaler, att endast erbjuda sådan kvalitet som kunderna vill betala för samt att hålla ned sina kostnader. Ett referensprissystem är teknikneutralt och främjar övergång till postorderförsäljning, om sådan vore mer effektiv. En stor del av de administrativa kostnaderna för att reglera handelsmarginalen kan undvikas. Som jämförelse kan nämnas att PTS har flera tiotals anställda som arbetar med prisregleringen av telemarknaden.

Genom ett krav på nationell prissättning garanteras att även glesbygden får läkemedel till konkurrenskraftiga priser.

Apoteken kan även åläggas att ta ut en enhetlig marginal på alla typer av expedieringar, samt att tydligt annonsera denna marginal, för att underlätta prisjämförelser.

Fri prissättning med justerad subvention skulle dock leda till vissa, mindre, prisskillnader mellan olika apotek. Att man valt att reglera apotekens priser beror förmodligen på att målet att priserna ska vara desamma har givits mycket hög prioritet. Nedan kommer vi att utgå ifrån att apoteksmarknaden ska prisregleras och fråga oss hur en prisreglering i så fall bör utformas.

Priskonkurrens kan komma att försvåra för små företag att överleva på marknaden om dessa skulle visa sig mindre effektiva än stora företag. En positiv effekt är att detta leder till kostnadsbesparingar för samhället. En möjlig negativ effekt uppstår om man menar att små företag bidrar till en önskvärd mångfald.

Även en prisreglering kan hålla ned apotekens marginaler och samtidigt ge apoteken incitament att tillhandahålla den kvalitet (t.ex. tillgänglighet) som är samhällsekonomiskt rimlig. Man måste då beakta att det uppstår en målkonflikt, eftersom höga marginaler ger företagen incitament att tillhandahålla en god kvalitet. Utformningen av prisregleringen påverkar även apotekens incitament till kostnadskontroll.

Eftersom samhället har flera olika och delvis motstridiga mål för regleringen - olika aspekter av tillgänglighet, kostnadskontroll och fördelningspolitik - är det viktigt att inventera vilka instrument som står till buds för regleringen. Ju fler instrument som kan användas, desto mer sannolikt är det att man kan nå god måluppfyllelse i samtliga dimensioner. Grovt uttryckt finns det två typer av instrument, nämligen (i) hur hög ersättning man medger apoteken och hur nivån revideras för att ta hänsyn till förändringar i t.ex. företagets kostnader, samt (ii) hur ersättningen knyts till bland annat den kvalitet (t.ex. tillgänglighet) som apoteken erbjuder.

Även med en prisreglering fyller konkurrens en viktig roll. För det första måste apoteken erbjuda en god kvalitet för att locka till sig kunder. Det minskar behovet av att centralt detaljstyra apotekens kvalitetsval. För det andra förbättras apotekens incitament till kostnads kontroll genom att deras ersättning knyts samtliga apoteks kostnader (så kallad måttstocks konkurrens).

Kapitel 6. Utformning av en reglering: Handelsmarginalens nivå

Utgångspunkten för handelsmarginalen bör inte vara att garantera apoteken en viss lönsamhet. Den långsiktiga lönsamheten bestäms huvudsakligen på internationella kapitalmarknader. Att försöka hålla en högre eller lägre lönsamhet på den svenska apoteksmarknaden skulle på lång sikt endast resultera i en över- respektive underetablering.

Utgångspunkten för handelsmarginalen bör istället vara att styra tillgängligheten på apoteksmarknaden. Ersättningen bör höjas när tillgängligheten är för låg och sänkas när tillgängligheten är för hög.

För att TLV ska kunna styra mot tillgänglighet krävs att man formulerar mål för tillgängligheten. Vi har redan tidigare argumenterat för att politikerna bör avkrävas ett något mer preciserat ställningstagande om hur god tillgängligheten bör vara. En väl underbyggd bedömning av optimal tillgänglighet fordrar att såväl konsumentnytta (i form av kortare restid med mera) som kostnader för att etablera nya apotek kan uppskattas, vilket i sin tur kräver relativt kvalificerat analysarbete. Ett alternativ är att överlåta åt marknaden och konsumenterna att avgöra hur god tillgängligheten ska varas, i enlighet med de förslag om reformerad subvention som vi presenterade i föregående kapitel.

På kort sikt bör dock lönsamheten på apoteksmarknaden följas upp. Syftet är att prognostisera hur tillgängligheten på apoteksmarknaden kan förväntas utveckla sig. Om lönsamheten är högre än väntat kan man förvänta sig nyetableringar. Om nyetableringar inte är önskvärda bör ersättningen sänkas.

Det vore fullt möjligt att ge apoteken ansvar för att själva förhandla om priser med generikatillverkarna. Eventuella förhandlingsvinster kommer kunderna och skattebetalarna till godo genom så kallade claw-backs (att apotekens ersättning sänks när lönsamheten stiger), inbyggda i tillgänglighetsmodellen.

TLV har redovisat hur ersättningen ser ut i konor och ören idag, men inte principerna för hur ersättningen ska bestämmas, vilket är avgörande för att förstå hur ersättningen kommer att revideras i framtiden. Detta ger dålig förutsebarhet för apoteken och kan hämma investeringsincitamenten.

Kapitel 7. Utformningen av en reglering: Handelsmarginalens struktur

Apotekens ersättning kan knytas till en mängd olika faktorer såsom prestationer (t.ex. antal expedieringar), kvalitet (t.ex. antal butiker), redovisade kostnader, samt omvärldsfaktorer (t.ex. närhet till andra butiker). Valet av ersättningsstruktur kan få effekter på läkemedelsanvändningen, apotekens

incitament att tillhandahålla god tillgänglighet till låga kostnader samt utbytet mellan olika läkemedel inom olika utbytesgrupper.

Vi saknar en förutsättningslös och genomgripande analys av hur strukturen på apotekens ersättning påverkar målvariablerna.

Vi delar TLV:s uppfattning att man även fortsättningsvis bör knyta apotekens ersättning till deras prestationer, t.ex. antal sålda förpackningar. Försäljningen bestäms av kunderna och kan svårligen manipuleras av apoteken.

Det är dock sannolikt bättre att ersätta apoteken per receptorderrad snarare än per såld förpackning, för att inte stimulera användningen av onödigt små förpackningar. Ett sådant system föreslogs av apoteksmarknadsutredningen och utreds även för närvarande av TLV. Ett alternativt system skulle kunna vara att apoteken får nedsatt ersättning när man expedierar för små förpackningar.

Att knyta ersättningen till antalet expedieringar innebär att man skapar en kvalitetskonkurrens mellan apoteken. De apotek som etablerar sig i ett läge som attraherar kunder och som dessutom erbjuder god service kommer att sälja mycket och får därmed hög ersättning; de apotek som misslyckas i dessa avseenden får mycket mindre ersättning. Kvalitetskonkurrensen är en av fördelarna med apoteksreformen.

Det är ofta bättre att belöna god kvalitet på detta indirekta sätt än att försöka knyta belöningen direkt till något kvalitetsmått. Kvalitet kan ofta vara svårt att observera eller verifiera för den reglerande myndigheten.

Ett undantag är att vi menar att det finns skäl att differentiera ersättningen till olika butiker utifrån deras närhet till andra butiker. Man skulle då bestämma en "normal" ersättning per expediering som betalas ut till butiker som ligger långt ifrån andra butiker. Butiker som ligger nära andra butiker får ett avdrag eftersom dessa butiker inte bidrar till ökad tillgänglighet på samma sätt. (En orsak till att apoteken får överdrivna incitament att lokalisera sig vid bra lägen, nära varandra, är att man inte kan konkurrera med priser.)

Att knyta ersättningen till antalet expedieringar innebär med automatik att ersättningen får en viss knytning till apotekens kostnader eftersom kostnaderna stiger med antalet expedieringar.

Däremot menar vi, till skillnad från TLV, att man inte behöver betinga ersättningen direkt på deras kostnader. Vi ser inte några skäl att behålla den värdetrappa som innebär att apoteken får en högre ersättning när de expedierar dyra läkemedel. Vi ser inte heller några skäl att kompensera apoteken för merkostnader för utbyte (10-kronan). (Se dock nedan för ett argument för en högre ersättning för läkemedel utan patent.) Fördelen med att ta bort dessa komponenter är i första hand att systemet förenklas. Att ta bort värdetrappan skulle även reducera apotekens intresse av att expediera dyra läkemedel.

Ett undantag är att det kan finnas skäl att sätta ett lägre AUP för postorderförsäljning i den mån postorder är ett betydligt billigare sätt att distribuera läkemedel.

Dock kommer företagens kostnader att ändras över tiden, till följd av ändrade löner och lokalhyror och förhoppningsvis till följd av rationaliseringar, t.ex. viss övergång till postorderförsäljning. Följaktligen måste även apotekens ersättning revideras. Vi menar att dessa revisioner kan göras relativt ofta utan att detta skapar en försämrad kostnadskontroll eller incitament till kreativ bokföring. Orsaken är att ett apoteks ersättning knyts till samtliga apoteks kostnader, inte till det egna apotekets kostnader. (Faktum att denna så kallade måttstockskonkurrens är en av vinsterna med apoteksreformen.) För det andra kan ersättningen knytas till tillgängligheten på marknaden, som beror på företagets kostnader, snarare än direkt till bokförda kostnader.

En svaghet med dagens system är att TLV ännu inte har hunnit redovisa hur man ämnar revidera apotekens ersättning, det vill säga med vilken frekvens och baserat på vilka faktorer.

Apoteksreformen innebär att apoteken tillåts förhandla med tillverkare av patenterade läkemedel och parallellimportörer om rabatter under det max-AIP som TLV fastställer. Syftet skulle vara att öka lönsamheten på apoteksmarknaden och därmed tillgängligheten. Vi tror dock inte att apoteken kommer att kunna förhandla till sig några större rabatter (på det sätt som landstingen sedan tidigare kunnat göra) eftersom apoteken inte kan hota tillverkarna med terapeutisk substitution.

Den fria prissättningen av parallellimporterade läkemedel kommer sannolikt inte att leda till någon priskonkurrens mellan apoteken. Det är svårt att profilera sig som ett lågprisalternativ på ett så litet segment av marknaden. Möjligen kan systemet överföra mindre vinster från parallellimportörer till apotek. Om så sker kan apoteksmarginalen sättas något lägre än den annars skulle ha behövt vara. Därmed kan samhället tillgodogöra sig en något större andel av vinsten av parallellimport än tidigare.

Apoteken ska även fortsatt vara skyldiga att expediera det generika som har lägst pris – månadens vara. Under en övergångsperiod har apoteken rätt att sälja ut restlager av förra månadens vara, men endast till förra månadens pris. Efter övergångsperioden får apoteken ingen ersättning för "felexpediering" av förra månadens vara. Dessa begränsningar bör kunna leda till starkare priskonkurrens mellan olika generikatillverkare.

För andra "felexpedieringar" utgår dock inget straff.

Som vi ser det borde det inte finnas några hinder att skärpa dessa regler ytterligare, genom än kortare övergångsperioder och "böter" för andra typer av "felexpedieringar". Annars kommer det att finnas starka incitament till sidoavtal mellan generikatillverkare och apotek som sätter konkurrensen ur spel. TLV bör också arbeta för att konstruera en modell som tar hänsyn till att vissa generikatillverkare inte kan eller vill leverera tillräckligt med läkemedel för att

försörja hela den svenska marknaden under hela det tertiäl de utsetts till billigaste leverantör.

Det kan finnas skäl att ge apoteken en högre ersättning för expediering av läkemedel utan patentskydd än för expediering av läkemedel med aktivt patent. Orsaken är att en ökad apoteksmarginal (ökat AUP) kan tränga undan viss läkemedelsanvändning. Att tränga undan användningen av patenterade läkemedel skapar större förluster än att tränga undan användningen av läkemedel utan patentskydd. Det beror i sin tur på att patentskyddade läkemedel i allmänhet är prissatta långt över marginalkostnaden, medan läkemedel utan patent tenderar att ha ett pris mycket närmare marginalkostnaden.

Den 10-krona som TLV har beslutat går ett steg i denna riktning. Dock är det motiv som officiellt uppgivits för denna 10-krona en annan (och i huvudsak irrelevant). Dessutom är tio kronor sannolikt alltför litet för att effekten på läkemedelsanvändningen ska bli nämnvärd.

Kapitel 8. Grossisternas roll

Vissa grossister och apotek kommer i framtiden att vara vertikalt integrerade. Fristående apotekskedjor kommer sannolikt inte att ha så mycket att frukta från dessa vertikalt integrerade grossister, eftersom de priser apoteken betalar är reglerade. Så länge det finns två grossister så kommer de också att ha intresse av att hålla volymerna uppe, vilket talar för att de inte kommer att missgynna fristående apotekskedjor genom andra mekanismer.

Däremot finns en risk att tillverkarna kommer att få betala mer för grossisttjänsterna, i synnerhet om grossisterna lyckas integrera med apoteken och vända på marknadsstrukturen och skapa ett traditionellt system med fullsortimentsdistribution. I så fall kommer ett enskilt apotek bara att kunna nås via en grossist, som därmed får ett mått av marknadsstyrka i förhållande till tillverkarna. I ett sådant scenario finns anledning att ändra regleringen av läkemedelspriser, från AIP till DIP, distributörernas inpriser. Schablonmässigt skulle detta innebära drygt 2 procentenheter högre apoteksmarginal och en lika stor prissänkning gentemot tillverkarna. I gengäld skulle tillverkarna inte behöva köpa distributionstjänster av grossisterna.

Kapitel 9. Stand still

Det har varit samhällsekonomiskt motiverat att förhindra Apoteket AB från att förstöra värden i de apotek som såldes. Detta syfte är förenligt med målet att maximera konsumentnytta; det uppnåddes bl.a. genom att personal och andra tillgångar inte fick flyttas till eller från de apotek som skulle säljas, samt genom att särskilda butikskampanjer inte fick genomföras för de apotek som skulle kvarstå i Apoteket ABs ägo. Det var rimligt att inte tillåta Apoteket AB att försöka migrera kunder till de apotek som bolaget skulle fortsätta att äga.

Det var samhällsekonomiskt motiverat att ge Apoteket AB en leveransförpliktelse vad gäller vissa tjänster som är nödvändiga för bolagets nya rivaler, men som samtidigt inte hade varit möjliga eller ändamålsenliga att

överföra till Servicebolaget, eller där en mer definitiv lösning inte hunnit implementeras. Detta gäller fr.a. tillgång till tjänster från APL, ApoDos, jourtjänster och medicinska gaser; eventuellt också affärssystemet ATS.

Det är samhällsekonomiskt motiverat att förhindra att Apoteket AB ökar kostnaderna för sina framtida rivaler, t.ex. genom att bedriva juridiska tvister om rätten att använda orden "apotek" och "apoteket" i bolagsnamn. Även detta är ett rimligt krav på Apoteket AB, sett ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Det synes inte samhällsekonomiskt motiverat att förhindra att Apoteket AB sänker sina kostnader eller expanderar sin verksamhet i detaljistledet. Här är det tvärt om mycket som talar för att ett sådant krav på Apoteket AB är ineffektivt ur samhällsekonomisk synvinkel. Den senare punkten har vi analyserat mer i detalj genom en modellanalys. Vi konstaterar dock inledningsvis att det är motiverat att hindra Apoteket AB från att sänka sina kostnader om det finns en påtaglig risk att samtliga konkurrenter kan slås ut helt från marknaden. Vi bedömer dock detta som mycket osannolikt.

Vår slutsats är att om det i förväg går att identifiera det mest effektiva företaget, så bör detta företag ges fördelar. Det effektivaste företaget bör få ett försprång vad gäller att etablera butiker och vad gäller att anskaffa unika tillgångar. Ett exempel på det senare skulle möjligen kunna vara ett samarbete med ICA.³

Om det inte går att identifiera vilket företag som är mest effektivt i förväg, så bör samtliga företag få agera simultant. Dvs. Apoteket AB bör varken få ett försprång framför andra företag eller hindras medan övriga företag etablerar sig på marknaden. Om inget företag får ett försprång vad gäller etablering så förefaller det heller inte spela någon större roll vilket företag som till slut får kontroll över en unik tillgång (exempelvis ett samarbete med ICA).

Exakt vad detta innebär i praktiken kan emellertid vara svårt att uttala sig om. Vi tror att en lämplig tidpunkt hade kunnat vara någon gång mellan den tidpunkt då det blev klart vilka köparna till apoteksklustren var (i november 2009) och den tidpunkt då köparna förfogade över de apotek de köpt (i februari 2010).

Det stora flertalet av bestämmelserna om stand still har alltså varit motiverade. Det som inte framstår som motiverat är bestämmelser som begränsar Apoteket ABs möjlighet att sänka sina egna kostnader och att etablera nya apotek under en tidsperiod då motsvarande möjligheter står öppna för rivalerna. Vidare saknar vi en analys av vilka syften bestämmelserna hade och vilken utformning som bäst hade kunnat främja dessa syften.

Kapitel 10. Prissättning av infrastruktur

Priset på infrastrukturtjänster bör regleras.

En fördel med att lägga infrastruktur i ett separat bolag, såsom gjorts med Servicebolaget, är att detta inte har incitament att diskriminera mellan de olika

³ Eftersom samarbetsavtalet getts en särställning i stand still-bestämmelserna

köparna. Därmed behöver regleringen inte vara lika strikt. Priset för infrastrukturtjänster bör i huvudsak vara proportionellt mot antalet förpackningar (eller receptorderrader). Man bör undvika att ta ut höga fasta avgifter per apotekskedja och, i synnerhet, avgifter per apotek. Prissättningen av Servicebolagets tjänster följer dessa principer.

Även prissättningen av affärssystemet ATS – ett system som ägs av Apoteket AB men som det i ett inledningsskede varit nödvändigt för övriga aktörer att få tillgång till – har i huvudsak följt de principer vi förespråkar för långsiktigt nödvändig infrastruktur. Eftersom ATS ska avvecklas framstår detta emellertid som ganska onödigt. Det hade varit bättre att prissätta ATS-tjänsterna så att aktörernas incitament att snabbt lämna systemet hade stärkts. Utifrån målet att gynna små aktörer så kunde dessutom större möda lagts på att utforma prissättningen så att dessa fått bättre förutsättningar att verka på marknaden.

Kapitel 11. Statens roll på apoteksmarknaden

Två av de tre motiv som funnits för apoteksombud har bortfallit. Det gäller distribution av receptfria läkemedel och utlämning av postpaket med läkemedel.

Det motiv som möjligen kvarstår, inlämning av recept, bör kunna lösas med hjälp av internet för en stor del av befolkningen. Staten bör dock ta ett ansvar för dem som inte har tillgång till internet. En möjlighet vore att utveckla ett system där konsumenter kan göra en stående beställning av receptleveranser till visst postombud och via visst apoteksbolag. Därmed skulle motiven till att behålla apoteksombuden helt försvinna.

USO är inte ett motiv för att bygga apotek eller för tillgänglighet i bredare mening. Lämplig grad av tillgänglighet bör fastställas med utgångspunkt från konsumenternas betalningsvilja för tillgänglighet, ställd emot kostnaderna för att tillhandahålla denna.

Vår bedömning är att det saknar större betydelse för marknads funktionssätt huruvida Apoteket AB kvarstår som ägare till Apoteket Farmaci eller inte. De marknader där AF agerar – exempelvis läkemedelshandling på sjukhus – kännetecknas av professionella kunder, låga inträdesbarriärer och det finns starka potentiella konkurrenter.

Vi gör samma bedömning vad gäller ApoDos. Packnings- och distributionsverksamheten bör relativt enkelt kunna konkurrensutsättas. Däremot tycks det finnas skäl att centralisera beställningsfunktionen och att förlägga kontrollen över denna i den offentliga sektorn.

1 Apoteksreformen väcker många frågor

Apoteksmarknaden liberaliseras. Privata företag tillåts att driva apotek och receptfria läkemedel får säljas på Hemköp och Statoil. Syftet är att öka tillgängligheten, förbättra utbudet av tjänster och att skapa ett starkare kostnadstryck.

Samtidigt väcker reformen en stor mängd frågor: Var tillgängligheten för låg tidigare? Varför sa Regeringen inte bara till Apoteket AB att öppna fler butiker? Eller, omvänt, varför inte stänga alla butiker och ersätta dem med postorder? Varför förbjuds de nya apoteken att bjuda under varandras priser? Eller, omvänt, vad är det för mening med konkurrens på en reglerad marknad? Hur ska den ansvariga myndigheten TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) kunna styra vinstdrivande företag att öppna rätt antal butiker, och hur många är det? Hur många hamnar på Klarabergsgatan i Stockholm? Bör apoteken ersättas per expediering eller för god lokalisering och generösa öppettider?

Många tidigare avregleringar har stött på oväntat stora problem. Att tillåta nyetablering garanterar inte effektiv konkurrens. Det är ofta svårt för nya företag att konkurrera med redan etablerade företag som har stora marknadsandelar och som äger strategisk infrastruktur. Av denna anledning säljer staten ut en stor del av Apoteket AB:s butiker till de nya aktörerna. Samtidigt behåller staten en tydlig roll på apoteksmarknaden genom sitt ägande av Apoteket AB, som även i framöver kommer att vara en av de större aktörerna. En del av den infrastruktur som Apoteket AB byggt upp, den som har bedömts vara ett naturligt monopol, läggs i ett separat bolag. Under en övergångsperiod kommer Apoteket AB att vara skyldigt att erbjuda konkurrerande apotek access även till vissa andra tjänster. Apoteket AB har även förbjudits att utveckla vissa av sina verksamheter under en övergångsperiod ("stand still").

Vi har blivit ombudda av Riksrevisionen att speciellt analysera fyra viktiga problemområden som rör apoteksmarknaden. För det första, hur bör apotekens ersättning regleras? Räcker det med de cirka fyra miljarder kronor som nuvarande regler ger apoteken för att nå det nya och mer ambitiösa målet om tillgänglighet? Bör nivån höjas eller kan den tvärt om sänkas? Hur bör ersättningen differentieras mellan olika tjänster, såsom expedition av dyra respektive billiga läkemedel? Statens kanske viktigaste medel för att styra den framtida apoteksmarknaden är den så kallade prissättningsmodellen, som reglerar den ersättning apoteken får för sina tjänster. Vi analyserar modellen och vissa angränsande frågor i kapitel 4 till 7.

För det andra, hur bör avgifterna fastställas för den infrastruktur som avskiljts från Apoteket AB och som placerats i Servicebolaget? Är den föreslagna prisstrukturen ändamålsenlig utifrån målsättningarna med reformen? Vi behandlar detta i kapitel.

För det tredje, vilken roll bör det statligt ägda Apoteket AB ha på apoteksmarknaden? Bör det tillåtas att integrera bakåt eller bör dess roll som detaljist tvärt om renodlas? Detta är ämnet för kapitel 8 och 11.

För det fjärde och relaterat till den tredje frågan, vilka begränsningsregler ("stand still") var det motiverat att lägga på Apoteket AB? Var det motiverat, ur en samhällsekonomisk synvinkel, att hålla tillbaka den gamla monopolisten? Hade än strängare regler varit önskvärda? Vi försöker besvara dessa frågor i kapitel 9

För att besvara dessa frågeställningar har vi sett det som nödvändigt att anlägga ett bredare perspektiv och därmed också adressera frågor liknande de i det inledande stycket.

Vi har emellertid inte haft tillräckligt med tid och information för att göra en fullständig utvärdering av reformen. Mycket data kommer inte heller att finnas tillgängligt förrän om flera år. Istället kommer vi att försöka besvara dessa frågor så gott det går, utifrån den omfattande samhällsekonomiska forskning som finns rörande marknadens funktionssätt, konkurrens och regleringar. I slutändan kommer våra slutsatser att bygga på våra egna rimlighetsbedömningar, inte vetenskaplig bevisföring.

Först måste vi dock fastställa vilka värderingar vi avser att grunda våra bedömningar på och kortfattat beskriva hur apoteksmarknaden ser ut. Detta gör vi i de två följande kapitlen.

2 Ska reformen bedömas utifrån samhällsekonomiska normer eller de politiska målen?

Riksdag och regering har satt upp flera olika mål för apoteksreformen. De mest uttalade målen är ökad tillgänglighet, bättre service, ett utvecklat tjänsteutbud och låga läkemedelskostnader (eller prispress på läkemedel). Andra mål är en fortsatt säker läkemedelsanvändning, rätt till läkemedel på lika villkor för alla konsumenter, god geografisk täckning av apotek och lika förutsättningar för små och stora företag att verka på marknaden.⁴ En huvudfråga för oss är om de förändringar som genomförs kan förväntas förverkliga dessa mål. Vi använder sedvanliga samhällsekonomiska metoder för att analysera hur marknader fungerar och svarar på olika typer av regleringar.

Vi kommer samtidigt att bedöma reformen utifrån gängse samhällsekonomiska normer. Enligt de samhällsekonomiska normerna finns det två typer av skäl för politiska ingripanden på en marknad, nämligen för att korrigera någon brist i marknadens funktionssätt till exempel till följd av bristande konkurrens (policyåtgärder motiverade av bristande effektivitet) eller för att förändra fördelningen av välstånd mellan olika grupper, säg mellan befolkningen i städer respektive glesbygd (fördelningspolitik). Vi diskuterar vilka skäl som kan finnas till att intervensera på apoteksmarknaden i kapitel 4.

⁴ Se regeringens proposition 2008/09:145, kapitel 14, framför allt avsnitt 14.1.

Men först måste vi studera de politiska målen lite närmare. Orsaken är att de politiska målen delvis är otydliga och att de i vissa fall kan synas motstridiga.

I några fall menar vi även att de politiska målen kan stå i konflikt med samhällsekonomiska normer. Var och en får dra sina egna slutsatser om vi har identifierat brister i den politiska processen eller brister i de samhällsekonomiska normerna.

2.1 Tillgänglighet och service

Huvudmålet med apoteksreformen är att öka tillgängligheten för kunderna. Ökad tillgänglighet betyder såväl kortare restider och ökat öppethållande som korta kötider, liksom även ett brett sortiment. Vi tolkar med andra ord in även förbättrad service i begreppet tillgänglighet.

Ökad tillgänglighet i form av fler butiker och ökat öppethållande kommer att kräva mer resurser. Valet av tillgänglighet måste därför balanseras mot kostnaderna. Riksdagen har emellertid inte angivit hur en sådan avvägning skulle göras och inte heller i övrigt preciserat vilken tillgänglighetsnivå som bör eftersträvas, mer än att den bör öka jämfört med nivån före reformen. Huvudmålet för reformen är med andra ord något oprecist.

Att målet för tillgängligheten inte preciserats är särskilt problematiskt eftersom TLV:s beslut om handelsmarginal kommer att vara avgörande för vilken tillgängligheten på apoteksmarknaden kommer att bli. Högre marginaler leder till att fler butiker öppnas.

Enligt vår uppfattning borde TLV:s beslut om handelsmarginalen fattas just med sikte på att styra tillgängligheten till önskvärd nivå. Detta synsätt avviker från idén om att handelsmarginalen bör sättas med sikte på att garantera företagen en viss "normal" avkastning, enligt regeringens proposition.⁵ Vi utvecklar detta resonemang i kapitel 6.

En orsak till att målet lämnas opreciserat är sannolikt att man idag inte känner till vad ökad tillgänglighet kommer att kosta. I ett senare skede, när den nya marknaden har etablerats, kan man få en bättre uppfattning om detta förhållande och kan precisera målet. Detta förutsätter dock bl.a. att reformen följs upp med adekvata metoder.

2.1.1 Hur målet hade kunnat preciseras

Att det är svårt att precisera målet om ökad tillgänglighet betyder dock inte att det är omöjligt. Bland annat finns det en del empiriska metoder som skulle ha kunnat användas för att uppskatta såväl hur kunderna värderar ökad tillgänglighet som kostnaderna för att erbjuda en högre tillgänglighet. Dessa

⁵ Se proposition 2008/09:145, s 269.

metoder har tidigare bland annat använts för att simulera effekter av en avreglering av den belgiska apoteksmarknaden.⁶

Samma metoder skulle även ha kunnat användas för att få en viss uppfattning om tillgängligheten i Sverige verkligen har varit för låg ur samhällsekonomiskt perspektiv. Någon sådan analys har, oss veterligen, inte gjorts. En indikation på att så att tillgängligheten i Sverige kan ha varit för låg är att den har varit lägre än i andra länder.

2.2 Låga läkemedelskostnader/priser

Ett av målen är ”låga läkemedelskostnader till nytta för konsumenten och det offentliga”. Regeringen skriver att man önskar åstadkomma en prispress på både receptbelagda och receptfria läkemedel. Riksdagsbeslutet har samma lydelse.⁷

Det råder dock en viss osäkerhet om reformen verkligen syftar till att sänka läkemedelskostnaderna/ priserna.⁸ Det kan förefalla underligt att man inte skulle vilja sänka läkemedelskostnaderna. Men vid närmare eftertanke finns det flera skäl.

2.2.1 Kostnader och tillgänglighet

För det första är huvudmålet med reformen att öka tillgängligheten. Som redan påpekats kommer ökad tillgänglighet i form av fler butiker och bättre öppettider att kräva ökade resurser och därmed en ökad handelsmarginal. Det betyder att AUP, allt annat lika, kommer att öka till följd av reformen.

Enligt vår uppfattning måste man därför tolka målet med sänkta läkemedelspriser som ett mål om *låga priser givet tillgängligheten*, det vill säga oavsett vilken tillgänglighet man väljer ska resursåtgång och pris minimeras. Med denna tolkning är det fullt möjligt att arbeta med båda målen samtidigt.

Däremot kvarstår naturligtvis den målkonflikt som nämndes ovan, nämligen frågan om vilken grad av tillgänglighet man önskar skapa med beaktande av att ökad tillgänglighet kostar mer.

2.2.2 Kostnader och konkurrens

Regering och riksdag har valt att åstadkomma ökad tillgänglighet genom att tillåta kommersiella aktörer att etablera sig på den svenska apoteksmarknaden. En alternativ metod hade varit att med bibehållet monopol instruera det statligt ägda Apoteket AB att öka tillgängligheten.

⁶ Catherine Schaumans och Frank Verboven: Entry and regulation: evidence from health care professions. RAND Journal of Economics, Vol. 39, Nr. 4, Vinter 2008, ss. 949–972.

⁷ Proposition 2008/09:145, avsnitt 14.1..

⁸ Se intervjuer med Joakim Pettersson och Sofia Wallström i RiR:s underlag.

Dessa två metoder för att öka tillgängligheten kan ha olika effekt på kostnader och priser. I den mån det finns stordriftsfördelar i läkemedelsdistributionen kan en fragmentering av marknaden leda till ökade kostnader och ökade priser. En uppenbar risk är att olika kedjor etablerar butiker nära varandra på populära affärsgator, vilket leder till ökade kostnader men en obetydlig ökning av tillgängligheten. En motverkande faktor är att den konkurrens som uppstår med flera aktörer på marknaden kan leda till ökad kostnadskontroll och därmed lägre priser.

Vi gissar att riksdag och regering föreställer sig att konkurrens effekten är minst lika viktig som stordriftsfördelarna och att det valda medlet, avreglering snarare än en utökad styrning av ett bibehållet monopol, således inte ger upphov till någon målkonflikt. Såvitt vi känner till har man dock inte utrett frågan om konkurrens effekter och stordriftsfördelar. Vi återkommer i någon mån till dessa frågor i kapitel 5.

En ytterligare orsak till att fri etablering och bibehållet statligt monopol kan leda till olika priser är att staten och kommersiella företag har olika avkastningskrav. Om kommersiella företag har ett högre avkastningskrav kommer priserna att stiga. Men i den mån statens avkastningskrav är lägre än marknadens så är skillnaden att betrakta som en skattefinansierad subvention riktad till apoteksverksamhet. Om priserna skulle stiga till följd av högre privata avkastningskrav är det med andra ord att betrakta som en minskad läkemedelssubvention. Man kan möjligen även hävda att statlig affärsverksamhet är en omväg i det fall man önskar subventionera en verksamhet.

En alternativ tolkning är att man ser fri etablering (med auktorisation) och konkurrens som mål i sig och att man därför kan genomföra reformen även om den skulle leda till prisökningar. Ett möjligt tecken på att så kan vara fallet är att målet om att skapa förutsättningar för mindre apoteks rörelser att verka på marknaden.

2.2.3 Kostnader och FoU

Ersättningen till den forskande läkemedelsindustrin är en nödvändig förutsättning för att dessa företag ska vara villiga att förse oss med nya läkemedel. Det är med andra ord inte självklart att sänkningar av apotekens inköpspriser (AIP) är önskvärt.

Nya läkemedel skyddas av patent. Ett syfte med dessa patent är att företagen under ett antal år ska få möjlighet att ta ut monopolpriser och därigenom få nödvändig ersättning för sin forskning och utveckling.

Reformen kommer dock att påverka ersättningen till de forskande företagen eftersom apoteken får möjlighet att förhandla om rabatter på AIP. Vi tror dock att apotekens förhandlingsstyrka kommer att vara liten eftersom samtliga apotek måste tillhandahålla de läkemedel som efterfrågas.

Reformen innebär att apoteken får konkurrera i prissättningen (AUP) av parallellimporterade varor. Detta kommer att indirekt påverka ersättningen till de forskande företagen, även om vi tror att effekten kommer att bli liten.

Till bilden hör även att Sverige är en mycket liten del av världsmarknaden för läkemedel och att minskade vinster här inte har någon stor inverkan på läkemedelsindustrins incitament till FoU. Man skulle kunna hävda att vi bör göra vad som är möjligt för att sänka de svenska läkemedelskostnaderna. Man skulle även kunna hävda att Sverige bör bära sin andel av FoU-incitamenten eller åtminstone verka för att internationella avtal inte endast omfattar patent som sådana utan även prismodeller.

På denna punkt saknas tydliga politiska mål och även en entydig samhällsekonomisk norm.

2.3 Jämlikhet

Regeringen har formulerat ett mål om rätt till läkemedel på lika villkor för alla konsumenter. Utan att det sägs rakt ut synes detta vara grunden för kravet på lika prissättning i hela landet och för alla aktörer på marknaden. Kravet gäller för receptbelagda läkemedel inklusive apotekstjänster, med undantag för parallellimporterade läkemedel.

Ett så strängt krav på formell likabehandling utesluter priskonkurrens som medel för att nå reformens övriga mål. Fri prissättning innebär att företagen måste sänka sina priser för att attrahera kunder och att de håller ned sina kostnader för att kunna sänka sina priser ytterligare. Priskonkurrens kan även hindra att konkurrerande butiker etableras alltför nära varandra, vilket torde leda till bättre tillgänglighet. Dock är det svårt att förhindra vissa mindre prisskillnader om prissättningen är fri.

En omständighet som talar för att det är jämlikhet som är grunden till att man väljer att reglera läkemedelspriserna är att man behandlar receptbelagda och receptfria läkemedel olika. För receptfria läkemedel tillåts fri prissättning. Denna åtskillnad är förståelig utifrån ett jämlikhetsmål av flera skäl. Receptbelagda läkemedel svarar mot mer grundläggande behov som dessutom bedömts av en oberoende expert—läkaren. Rättviseaspekter är sannolikt viktigare för dessa grundläggande behov. För det andra täcks en stor del av kostnaderna för receptbelagda läkemedel med den skattefinansierade läkemedelssubventionen. Man kan då eventuellt hävda att eftersom alla bidragit till subventionen på ett likartat sätt så ska alla ha samma möjligheter att kunna ta del av de subventionerade läkemedlen. Då kan inte olika personer betala olika priser. Ytterligare en aspekt är att konkurrensen på försäljning av receptfria läkemedel kan komma att bli hårdare. Därmed kan man möjligen förvänta sig mindre prisskillnader även om priserna släpps fria.

Det finns dock flera frågetecken kring målet om jämlikhet.

För det första menar vi att priskonkurrens sannolikt inte skulle lett till några större prisskillnader. Vi utvecklar detta resonemang nedan (kapitel 5).

För det andra är det endast det "direkta" priset som ska vara detsamma mellan t.ex. stad och landsbygd. Det generaliserade priset, det vill säga pris plus resekostnader, kommer inte att vara detsamma. Från samhällsekonomiska utgångspunkter är det tveksamt om den höga vikt som politikerna lagt vid att priserna på (vissa) läkemedel ska vara *exakt* desamma i hela landet är rimlig när det kommer att råda stora skillnader i reskostnader (det generaliserade priset) mellan olika delar av landet.

För det tredje tillåts apoteken sänka sina priser på parallellimporterade läkemedel under det AUP som fastställs av TLV. Det är svårt att förstå varför jämlikhetsmålet är mindre viktigt när det gäller parallellimporterade läkemedel.

2.4 Ytterligare mål

Regeringen har också formulerat ett mål om hög säkerhet i läkemedelsanvändningen. Vi tolkar detta som en restriktion och inte som ett primärt mål med reformen. I själva verket finns det skäl att tro att riskerna för brister i säkerheten ökar på en avreglerad marknad, i synnerhet om det också finns en ambition att gynna småföretag. Dessa risker kan emellertid motverkas.

I den utsträckning som hög säkerhet kostar så finns ett motsatsförhållande mellan vinstmaximering och god säkerhet. Detta innebär inte att vinstmaximerande företag med nödvändighet innebär större risker än till exempel statlig verksamhet, men det måste finnas en mekanism som gör att företagen väljer att prioritera säkerhetsarbetet. En sådan mekanism är offentlig tillsyn och sanktioner vid bristande säkerhet, en annan är den goodwill-förlust som uppstår när brister avslöjas. I synnerhet den senare mekanismen kan vara relativt svag när det gäller små företag, eftersom det upparbetade goodwillvärdet är begränsat. Därmed blir negativ publicitet inte lika dyrbar för ägarna.⁹

I propositionen finns formuleringar om att små och stora företag ska ges samma förutsättningar att verka på marknaden. En naiv läsning indikerar att inga särskilda förmåner ska ges varken för den ena eller den andra typen av aktörer. Detta är också det som omedelbart framstår som det samhällsekonomiskt mest effektiva förhållningssättet. Om alla företag ges likvärdiga förutsättningar så kommer de mest kostnadseffektiva företagen att vara de mest framgångsrika. Är små företag kostnadseffektiva så kommer små företag att dominera marknaden; är stora företag mer kostnadseffektiva så får vi motsatt utfall. Att aktivt försöka gynna en viss typ av företag, som kanske inte är de mest effektiva, kommer att medföra att kostnaderna blir högre än de hade behövt vara.

Det förhållandet att ett stort antal apotek reserverats för småföretagare, liksom betoningen av småföretagsaspekterna i propositionen, pekar på att regeringen faktiskt aktivt vill gynna små företag. Vi har svårt att se motiven till detta. Ett teoretiskt argument för att gynna småföretag kan vara att

⁹ Vi antar här att goodwill-förlust växer snabbare med företagets storlek än vinsten av att fuska med säkerheten. En orsak till detta är att det är svårt att fuska i stor skala utan att upptäcktsrisken ökar väsentligt. Allt annat lika är därmed många sorters fusk mer lönsamma för småföretag än för stora företag.

marknadskoncentrationen skulle bli alltför hög utan en sådan politik. Men detta innebär också att konkurrensreglerna är felaktigt utformade eller att Konkurrensverket inte gör sitt jobb, i varje fall vad gäller den här marknaden. Ett annat argument skulle kunna vara att det finns ett egenvärde i att små företag existerar, ungefär på samma sätt som det kan finnas ett egenvärde i att sällsynta djur och växter existerar, även bortsett från den praktiska nytta vi skulle kunna ha av dem.

2.5 Slutsatser

- Huvudmålet med reformen är att öka tillgängligheten. Detta mål är otillräckligt preciserat, vilket kan förmodas försvåra för TLV att utforma en ersättningsmodell som leder till önskad tillgänglighet. Metoder för att precisera målen hade funnits att tillgå. TLV och andra ansvariga myndigheter bör arbeta för att målet om tillgänglighet preciseras. Dels genom att själva utreda frågan och bedöma vad olika tillgänglighetsnivåer kostar, liksom vad tillgänglighet är värd för konsumenterna. Dels genom att kräva att politikerna preciserar målet.
- Ett annat viktigt mål är att hålla ned läkemedelspriserna. Eftersom ökad tillgänglighet leder till ökade kostnader är vår tolkning att kostnaderna endast ska minimeras betingat på tillgänglighetens nivå.
- Målet om god säkerhet i läkemedelsanvändningen kan tolkas på ungefär motsvarande sätt. Tillgängligheten ska maximeras och kostnaderna minimeras betingat på en acceptabel nivå vad gäller säkerhet i läkemedelsanvändningen. När konkurrens introduceras på marknaden kan tillsynen behöva skärpas för att säkerhetsnivå ska behållas oförändrad.
- Målet att en viss andel av butikerna ska drivas av mindre företag förefaller stå i strid med normala samhällsekonomiska normer. Utifrån en sådan norm ges företagen ges lika förutsättningar och det är neutralt vilken sorts företag som frodas på marknaden. Att aktivt gynna andra företag än de mest effektiva ökar kostnaden att nå övriga mål.
- Apoteksreformen kommer i någon mån att påverka läkemedelstillverkarnas ersättning och därmed incitamenten till forskning och utveckling av nya läkemedel. Det är inte uppenbart vilket ansvar som Sverige bör ta för att skapa dessa incitament. Inga tydliga politiska mål har redovisats i den allmänna debatten. Det finns heller inte några entydiga samhällsekonomiska kriterier för att bedöma dessa förändringar.
- Vi uppfattar det som att det finns ett fördelningspolitiskt mål om att alla i hela landet ska få betala exakt samma pris för (vissa) läkemedel och att detta mål fått en orimligt hög vikt, bland annat sett i relation till de skillnader som kommer att finnas i kostnaden att ta sig till ett apotek i olika delar av landet.

3 Behövs apotek?

Frågan kan tyckas överflödig. Men om vi inte behöver apotek, så finns det inget skäl att reglera dem. Och om apoteken behövs, vilket förefaller sannolikt, så kanske skälet till detta kan ge oss några ledtrådar om vilka spelregler som bör gälla på apoteksmarknaden.

Vi börjar med att placera in apotekens roll i sjukvårdssystemet, för att därefter diskutera vilka tjänster apoteken tillhandahåller. Slutligen frågar vi oss om dessa tjänster bäst erbjuds genom fysiska butiker.

3.1 Apoteken och läkemedelsförmånen

Apoteksmarknaden är detaljistledet i den produktionskedja som försörjer befolkningen med läkemedel. Marknaden omsätter totalt drygt 30 miljarder kronor i Sverige, varav receptförskrivna "vanliga" läkemedel står för två tredjedelar, läkemedel för slutenvården för 15 procent, receptfritt för knappt tio procent och receptförskrivna dosläkemedel för drygt fem procent.¹⁰

Patienterna betalar själva receptfria läkemedel och landstingen betalar för läkemedel inom slutenvården. Kostnaden för receptförskrivna läkemedel delas mellan patienter och, i första ledet, landstingen. I medeltal betalar patienterna 25 procent av kostnaden, men högkostnadsskyddet (läkemedelsförmånen) gör att ingen patient behöver betala mer än 1800 kronor per tolv månadersperiod.

Staten ger ett särskilt bidrag till landstingen som täcker merparten av kostnaderna för receptförskrivna läkemedel, men intentionen är att landstingen på marginalen ska drabbas av ökade läkemedelskostnader, för att dessa ska få incitament att hålla nere utgifterna. Landstingen kan i sin tur välja att decentralisera kostnadsansvaret ned till, exempelvis, en enskild klinik. Alternativt kan kostnaden belasta landstingets centrala budget. Det förra alternativet ger självfallet klinikerna och läkarna ett starkare incitament att ta hänsyn till kostnaderna för förskrivna läkemedel.

Fram till 30 juni 2009 – och i praktiken fram till början av år 2010 – hade Apoteket AB ensamrätt att agera som läkemedelsdetaljist. Det statliga bolaget hade 870 apotek.¹¹ Ersättningen för de tjänster som Apoteket AB producerade var en reglerad marginal för de läkemedel mm som ingår i läkemedelsförmånen, den så kallade apoteksmarginalen, på 16,4 procent av apotekens utpris, AUP. Marginalen fastställdes av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV.¹² (Marginalens konstruktion beskrivs vidare i kapitel 7.) Därutöver rådde fri prissättning på receptfria läkemedel och på de handelsvaror Apoteket AB sålde, t.ex. tandkräm och andra hygienprodukter. Dock gällde att Apoteket AB skulle

¹⁰ Se SOU 2008:4

¹¹ Därtill 76 apotek för leveranser till sjukhus och 36 Apoteket Shop. Vidare finns 912 apoteksombud. (SOU 2008:4, s. 95.)

¹² TLV fastställer dels apotekens inpris, AIP, dels apoteksmarginalen. Därmed blir även AUP fastställt.

använda enhetliga priser i hela landet på de produkter som såldes till allmänheten.

3.2 Receptbelagda läkemedel med patent

Av de receptbelagda läkemedlen svarar de patentbelagda läkemedlen för cirka sex sjundedelar av kostnaden och de där generiskt utbyte i princip är möjligt för en sjundedel. Priset för läkemedel med patent fastställs, enkelt uttryckt, av Nämnden för läkemedelsförmåner vid TLV. Processen är dock något mer komplicerad än så. Tillverkaren ansöker hos TLV om att få ingå i läkemedelsförmånen (subventionssystemet) till ett visst pris och ansökan kan beviljas eller avslås. Den kan också beviljas, men med viss begränsning, exempelvis till vissa indikationer. Vid avslag står det tillverkaren fritt att sälja läkemedlet i Sverige, men patienter som köper läkemedlet får då inte del av läkemedelsförmånen.

TLV och nämnden utgår vid sitt beslut från den samhällsekonomiska inkrementella nytta som läkemedlet ger upphov till, jämfört med den inkrementella kostnaden; båda i relation till bästa alternativa läkemedel som redan ingår i förmånen. Villkoret för att godkänna ett läkemedel är alltså att

$$U_i - U_{alt} \geq P_i - P_{alt}$$

där U_i är den samhällsekonomiska nyttan av det aktuella läkemedlet (läkemedel i), U_{alt} är nyttan av det bästa alternativa läkemedlet, P_i är priset för det aktuella läkemedlet och P_{alt} är priset för det alternativa läkemedlet.¹³

Nyttan uttrycks i antal vunna s.k. *qualys*, kvalitetsjusterade levnadsår, där en *qualy* är ett års liv med full hälsa. Något absolut värde på ett kvalitetsjusterat levnadsår har inte fastslagits, eftersom sjukdomens svårighetsgrad och andra överväganden spelar in i beslutet, men som riktvärde kan sägas att kostnaden per *qualy* inte bör överstiga 500 000 till 1 miljon kronor, för att nämnden ska bevilja ansökan.¹⁴

För läkemedel som används inom slutenvården gäller i utgångsläget samma priser som inom förmånen. Landstingen kan dock, genom upphandling, få ytterligare rabatter.¹⁵ Läkemedelsbolagen är enligt uppgift mer villiga att ge rabatter än att sänka den generella prisnivån. Anledningen är att många länder prissätter läkemedel i förhållande till en internationell priskorg, där de svenska priserna ingår - dock utan hänsyn till landstingsrabatter.

¹³ Se Persson m.fl, 2009, Kostnadseffektivitetsanalyser – ett instrument för en långsiktigt hållbar läkemedelsmarknad, Ekonomisk Debatt 37(3),1-12, samt Läkemedelsnämndens allmänna råd (LFN AR 2003:2) om ekonomiska utvärderingar, tillgängligt på www.tlv.se

¹⁴ För att ekvationen i texten ovan ska vara matematiskt korrekt krävs alltså att nyttan räknas om till kronor genom att ett värde ansätts per *qualy*.

¹⁵ Enligt hemsidan Janusinfo hade Stockholms Läns Landsting i början av 2000-talet genomsnittliga rabatter på 10 procent i förhållande till förmånspriserna, se http://www.janusinfo.se/imcms/GetDoc?meta_id=6052

3.3 Receptbelagda läkemedel utan patent (generiska läkemedel)

När ett patent löper ut står det andra tillverkare fritt att sälja samma kemiska substans, om än under ett annat varumärke. Detta leder typiskt sett till att en lägre prisnivå etableras. För att öka prispressen infördes den 1 oktober 2002 en regel om generiskt utbyte.¹⁶ Regeln innebär att Apoteket AB och numera övriga apoteksbolag är skyldiga att föreslå patienten det billigaste läkemedlet inom en utbytesgrupp, oavsett vilket produktnamn läkaren skrivit på receptet. Om patienten väljer ett annat varumärke får han eller hon betala mellanskillnaden själv. Ett undantag är dock om läkaren markerat att generiskt utbyte inte ska ske. Ett annat undantag är om det billigaste generiska alternativet inte är tillgängligt.¹⁷

Priserna på de generiska läkemedlen fastställs genom att TLV arrangerar en "marknadsplats" där de olika tillverkarna vid ett auktionsliknande förfarande får ange det önskade priset. Priserna anges för en månad i taget och för varje enskild förpackningstyp och styrka. (Under våren 2010 kommer perioderna att förlängas till fyra månader.) Den tillverkare som erbjuder det lägsta priset vinner förmånen att bli förstahandsalternativet vid generiskt utbyte och kan därmed räkna med att få leverera de största volymerna under den aktuella månaden. Under de första sju åren efter det att generiskt utbyte blev obligatoriskt har den tillverkare som erbjudit det lägsta priset typiskt sett fått sälja ungefär halva volymen.

För att öka apotekens incitament att faktiskt genomföra generisk substitution och för att stimulera tillverkarna till priskonkurrens har vissa ytterligare regler införts. Detta återkommer vi till i följande kapitel.

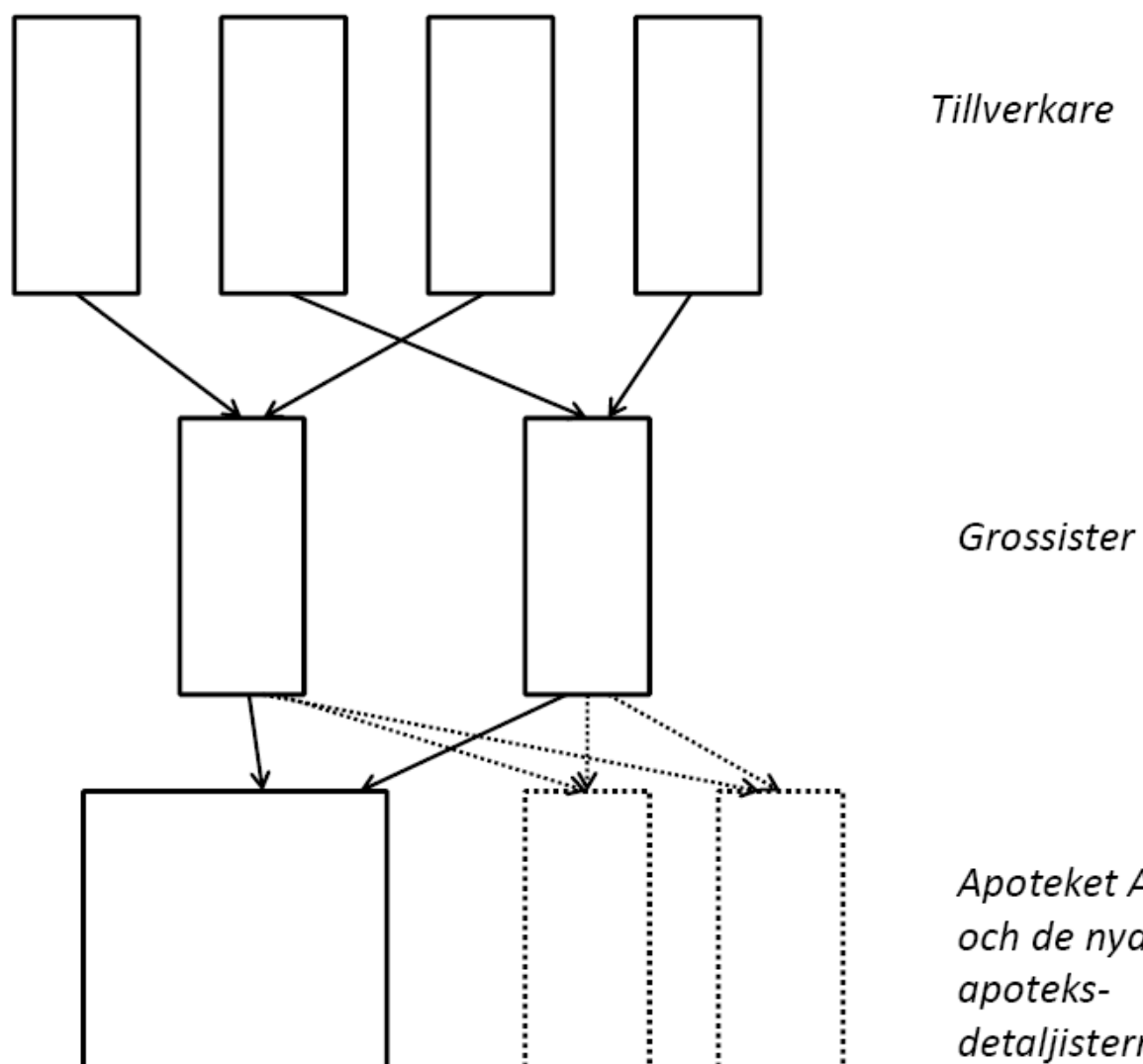
3.4 Grossisterna

Det pris som fastställs, antingen efter ansökan hos TLV vad gäller patentbelagda läkemedel, eller vid det auktionsliknande förfarandet för generika, är AIP. Detta pris betalas av apoteken till tillverkaren eller tillverkarens svenska agent. Priset inkluderar distribution och det är följaktligen tillverkarnas ansvar att transportera varorna till de enskilda apoteken. Tillverkarna upphandlar dessa grossist- och logistik tjänster av marknadens två grossister, Tamro och KD.

¹⁶ Dessförinnan användes ett s.k. referensprissystem, vilket innebar att subventionerna maximalt kunde uppgå till 110 procent av priset för det billigaste generiska alternativet.

¹⁷ Före 1 juli 2009 tolkades bestämmelsen som "tillgänglig på det aktuella apoteket"; från det datumet tolkas bestämmelsen som "tillgänglig på marknaden". Se www.tlv.se/apotek/utbyte-av-lakemedel-pa-apotek/

Figur 1. Apoteksmarknadens värdekedja



Av det totala läkemedelspriset hamnade drygt 16 procent i i detaljistledet, dvs. hos Apoteket AB. Andelen har i och med reformen höjts till drygt 18 procent.¹⁸ Återstoden hamnar initialt hos tillverkarna, men dessa måste upphandla grossist- och logistiktjänster, vilket beräknas kosta 2-3 procent av AUP. Sedan

¹⁸ Eftersom AIP är oförändrat stiger totalkostnaden, allt annat lika. Emellertid fattades samtidigt andra beslut som beräknas medföra ungefär en lika stor besparing. Exempelvis tvingades tillverkarna att "frivilligt" sänka priset på produkter vars patent löpt ut. Se vidare avsnitt 5.1 nedan samt "TLV:s uppdrag angående omregleringen av apoteksmarknaden. Delrapportering den 1 april med anledning av regeringens i samband med omregleringen av apoteksmarknaden", tillgänglig på www.tlv.se.

många år finns ett s.k. enkanalssystem på marknaden, vilket innebär att en grossist har ensamrätt att distribuera ett visst läkemedel (och vanligen en viss tillverkarens samtliga läkemedel. Systemet infördes när Apoteket AB bildades på 1970-talet.¹⁹

Observera att grossistledet var oreglerat före liberaliseringen av apoteksmarknaden och förblir oreglerat även efter reformen.

Prisregleringen kommer även i fortsättningen att bestämma apotekens inköpspris (AIP) och detta pris inkluderar fri leverans. Även i framtiden måste tillverkarna avtala med grossisterna om ersättningen för transporten till de enskilda apoteken. Detta gäller, trots att åtminstone en grossist kommer att vara vertikalt integrerad med en detaljistkedja, vilket kan förändra förutsättningarna för relationen mellan tillverkare och grossister. Man ska även ha i åtanke att det är vanligt med vertikal integration mellan grossister och detaljister, såväl på apoteksmarknader i andra länder som i andra svenska detaljhandelsbranscher. Detta förhållande diskuteras vidare i kapitel 8.

3.5 Efterfrågan på läkemedel

En utgångspunkt i vår analys är att receptförskrivande läkare maximerar nyttan för sina patienter, snarare än för samhället. I de fall läkaren agerar inom en budgetram leder detta inte till några problem, förutsatt att budgeten är fastställd på en rimlig nivå. Detta gäller sannolikt också när budgeten avser en relativt liten enhet, motsvarande en vårdcentral eller en sjukhusklinik.

När kostnaden för förskrivna läkemedel belastar en högre nivå, staten eller landstingen, finns dock en uppenbar risk att läkaren kommer att förskriva onödigt dyra läkemedel. I extremfallet kommer läkaren att förskriva läkemedel tills dess att marginalnyttan av att öka läkemedelskostnaden (genom att förskriva mer eller dyrare läkemedel) är noll. Kriteriet för samhällsekonomisk effektivitet är istället att marginalnyttan motsvarar marginalkostnaden.

Samhället använder flera mekanismer för att ge läkarna incitament att inte förskriva onödigt dyra läkemedel. En är att begränsa subventionsrätten till att enbart omfatta de läkemedel som av TLV bedömts vara kostnadseffektiva, en annan att trycka ner kostnadsansvaret till en lägre nivå och en tredje att genom information och påtryckningar (exempelvis läkemedelskommittéernas arbete) försöka ändra läkarnas beteenden.

Vi antar i vår analys att patienterna har ett passivt beteende vad gäller valet mellan olika läkemedelssubstanser. De följer läkarens rekommendation. Däremot antar vi att de aktivt väljer mellan olika apotek.

¹⁹ Konkurrensverket har vid flera tillfällen beviljat enkanalssystemet undantag från konkurrenslagens förbud mot konkurrensbegränsande avtal. Sedan en lagreform gäller numera att företagen får ingå denna typ av avtal på egen risk, dvs. utan förhandsbesked från Konkurrensverket. Se t.ex. SOU 1998:50, kapitel 2.

3.6 Behövs apoteksbutiker?

Läkemedel måste distribueras till allmänheten. Att distributionen sker genom fysiska butiker i, oss veterligen, alla länder är en god indikation på att detta är en ändamålsenlig distributionsform.

Samtidigt är det intressant att kontrastera apotek med apoteksombud. Enligt Apoteksmarknadsutredningen (SOU 2008:4) fyller apoteksombuden tre funktioner: de tillhandahåller receptfria läkemedel, de tar emot recept och de förmedlar paket med läkemedel. Den första av dessa funktioner kan idag fyllas av övrig detaljhandel. Utredningen menar att den andra funktionen inte behövs: recept kan skickas med post, ringas in eller förmedlas via internet. Den tredje funktionen kan, enligt utredningen, lika gärna skötas av ett postombud.²⁰ Slutsatsen är att apoteksombuden inte behövs.

Om ombuden inte behövs, kanske inte heller apotek behövs? Som vi ser det fyller dock apoteken åtminstone tre funktioner, utöver de som ombuden fyller.

Medicinsk rådgivning

För det första tillhandahåller apotekspersonalen en viss medicinsk rådgivning. Respektlöst uttryckt kan de förklara de vad som står på bipacksedeln för de kunder som inte kan, orkar eller hinner läsa själva. Samtidigt ligger huvudansvaret för medicinering på läkaren och det torde vara sällsynt att apotekare påverkar patienternas läkemedelsanvändning. I en offentlig utredning om ökad patientsäkerhet på läkemedelsområdet, SOU 2003:52, betonas läkarnas och landstingens roll, medan apotekens uppgift på detta område framför allt tycks vara att tillhandahålla registerinformation till landstingen. Med andra ord, en uppgift som i sig inte kräver farmaceutisk kompetens.

Säkerhet i hanteringen

För det andra kan vissa inträdeshinder på apoteksmarknaden hålla oseriösa aktörer borta. Om det blir alltför enkelt att etablera sig på marknaden kan man tänka sig att oseriösa apoteksbolag börjar sälja läkemedel till missbrukare (narkotiska preparat, tillväxthormoner osv), att sälja antibiotika utan recept eller sälja läkemedel som importerats utanför de av myndigheterna godkända kanalerna. Ett annat riskscenario är rent ekonomiska bedrägerier som syftar till att exploatera subventionssystemet.

De explicita kraven på att verksamheten ska förestås av en apotekare och att tillstånd ska finnas från Läkemedelsverket, liksom det implicita kravet att verksamheten i huvudsak ska bedrivas i traditionella butiker, snarare än via postorder, gör det svårare för den här typen av aktörer att etablera sig. Vi tror dock att det vore mer ändamålsenligt med en lagstiftning som direkt tar sikte på problemet. Grunden för detta synsätt är de problem som finns med enskilda läkare som missbrukar sin förskrivningsrätt, liksom problemen med tobakshandlare som säljer illegalt importerade och obeskattade cigaretter.

²⁰ Se utredningens avsnitt 16.2.3, samt kapitel 11 nedan.

Vi tror att en kombination av tillsyn, tillståndsgivning och ekonomiska incitament behövs för att komma till rätta med problemet. Med ekonomiska incitament menar vi mer precist att den som bedriver illegal läkemedelshandel inte bara ska förlora apotekstillståndet och hotas av böter eller fängelse, utan också med automatik kännas vid en betydande ekonomisk förlust. Om apotek kan etableras utan betydande investeringskostnader finns en risk att oseriösa aktörer etablerar sig, bryter mot reglerna och tömmer bolaget på tillgångar innan myndigheterna hinner reagera med exempelvis indraget tillstånd. Om det tvärt om är förenat med betydande kostnader att etablera ett apotek, så blir en sådan strategi inte lönsam. I ekonomiska termer talar man om goodwill som förloras när man tappar kundernas (eller myndigheternas) förtroende och om icke återvinningsbara kostnader för inträde. Att etablera ett fysiskt apotek är en betydande investering med en hög andel icke återvinningsbara kostnader.²¹

Snabb expediering via lager

För det tredje erbjuder apoteken försäljning av receptbelagda läkemedel från lager. Vid användning av apoteksombud kan en fördröjning på flera dagar uppstå, om patienten först ska skicka receptet med post och läkemedlen sedan ska sändas med post till ett ombud i patientens närhet. Normalt borde dock leverans kunna ske inom en dag.

I de flesta fall torde det inte spela någon större roll om medicineringen påbörjas omgående eller med några dagars fördröjning. För vissa läkemedel kan även ett dygns väntan vara kostsam. Detta gäller exempelvis antibiotika och preventivmedel av "dagen efter-typ".

Det är inte självklart att dessa behov är så stora att det motiverar ett nät av butiker. Andra metoder kan vara att vårdcentraler har små lager för "första dygnet".

Behovet av teknikneutrala regler

Det är omöjligt för oss att avgöra hur mycket lägre kostnaderna för apotekshanteringen skulle kunna bli om byter butikssystemet mot ett postordersystem. Vi kan inte heller avgöra hur stor betalningsvilja som kunderna har för att få sina läkemedel via postorder eller via butik. Vi kan med andra ord inte avgöra vilken teknik som är att föredra. Vi gissar att kanske inte heller reglerande myndigheter och möjligen inte heller apoteken själva vet vilken teknik som är bäst idag eller om tio år.

²¹ Det faktum att köparna av apoteksklustren betalade i medeltal 12-13 miljoner kronor per apotek (se Apoteket ABs delårsrapport för januari till september 2009, tillgänglig på www.apoteket.se) indikerar att investeringskostnaden bör ligga i den storleksordningen – även om en del av dessa kostnader sannolikt kan återvinnas. Å andra sidan är kostnaden för att etablera en butik liknande en tobakshandel väsentligt lägre och kanske alltför låg för att avskräcka oseriösa aktörer.

Av denna anledning vore det önskvärt att reglerna på marknaden utformas på ett teknikneutralt sätt. Ett uppenbart exempel är att ersättningen till apoteken inte bör knytas till butikerna utan till de tjänster som produceras.

Dessutom måste apoteken få behålla en del av den vinst som uppstår när man hittar nya arbetsformer (t.ex. postorder) som sänker kostnaderna. Även kunderna måste få en del av vinsten när de utnyttjar en mer kostnadseffektiv distributionsform. Om kunderna fortsätter att gå till butik sker inga rationaliseringsvinster.

Att tillåta apoteken fri prissättning med ett referensprissystem m.m. (se vidare avsnitt 5.2) är ett sätt att skapa teknikneutrala regler. Om apotekens ersättning ska regleras kan det krävas att AUP differentieras beroende på om varan säljs i butik eller via postorder.

3.7 Slutsatser

- Läkemedel måste distribueras till allmänheten. Ett butiksnät har två fördelar för kunderna i jämförelse med postorder. För det första kan ett stort antal läkemedel tillhandahållas direkt från lager, för det andra kan man hjälpa kunderna att förstå vad som står på bipacksedeln och ge viss ytterligare information.
- Å andra sidan skulle ett utvecklat postordersystem vara bekvämare för många kunder som inte behöver ytterligare information om sina läkemedel och som kan planera sina köp i förväg. Kostnaderna för postorder är sannolikt lägre.
- Eftersom det är svårt att veta vilken apoteksstruktur som bäst balanserar dessa olika fördelar mot motsvarande kostnader så tror vi det vore ändamålsenligt att utforma ett regel- och subventionssystem som öppnar för innovationer i distributionsverksamheten och som låter konsumenternas preferenser påverka marknadsstruktur. Systemet behöver vara teknikneutralt. Ett uppenbart exempel är att ersättningen till apoteken inte bör knytas till butikerna utan till de tjänster som produceras. Dessutom krävs att både företag och konsumenter får del i den eventuella vinsten av en övergång till mer effektiv distribution.

4 Skäl att reglera apoteksmarknaden

Den första fråga vi bör ställa oss är vilka problem på apoteksmarknaden som kan tänkas motivera en reglering av apotekens prissättning, även efter en reform som innebär att man öppnar marknaden för konkurrens. Först när vi känner till dessa problem kan vi analysera hur en reglering bör utformas för att minska de eventuella problem som behöver lösas. Vi kan även fråga oss om det finns alternativ till en prisreglering för att lösa de identifierade problemen.

Vi kommer att fokusera analysen på de problem som är speciella för apoteksmarknaden. Problem finns det på de flesta marknader utan att man inför en sektorspecifik reglering. Vår jämförelsenorm är med andra ord att

apoteksmarknaden bör fungera lika väl som andra jämförbara marknader, t ex livsmedelshandel. Att vi inte ser fullständig samhällsekonomisk effektivitet som jämförelsenorm är i första hand praktiskt, vi koncentrerar oss på huvudproblemen.²²

Det finns framförallt två faktorer som motiverar att apoteksmarknaden regleras även efter reformen, nämligen läkemedelssubventionen och att målet om jämlikhet är särskilt starkt på denna marknad.²³ På grund av dessa faktorer skulle oreglerade företag sannolikt fatta beslut som vore felaktiga från en samhällsekonomisk synpunkt. Det blir då regleringens uppgift att försöka få företagen att fatta "rätt" beslut.

Vi kommer att fokusera på två aspekter av företagens beteende, nämligen deras prissättning (val av apoteksmarginal) och deras val av tillgänglighet och kvalitet i allmänhet.²⁴

4.1 Marginaler

Apoteksreformen minskar behovet av att reglera handelsmarginalen av två skäl. För det första bör en priskonkurrens leda till lägre priser, även med beaktande av att läkemedel är en nödvändighetsvara och att kunderna därför är mindre priskänsliga än kunderna på många andra marknader. Ett monopol kan ta ut ett pris som motsvarar kundernas betalningsvilja för läkemedel. Ett oligopolföretag kan endast ta ut en marginal som motsvarar kundernas betalningsvilja för att handla sina läkemedel i den närmsta, snarare än den näst närmaste butiken. Problemet med marknadsmakt får med andra ord samma proportioner som på andra marknader.

För det andra kan priskonkurrens leda till att subventioner inte får så stort genomslag på priset. Detta gäller särskilt om reformen lyckas och leder till att fler butiker etableras. Som ett slags referenspunkt kan nämnas att på en hypotetisk marknad med perfekt konkurrens bestäms priset av företagens kostnader, oavsett subventionsnivå.

Dock kan vi inte räkna med en god effekt på den svenska apoteksmarknaden eftersom en stor andel av alla läkemedel säljs till kunder som har en

²² Det finns även en djupare motivering. Enligt teorin för "second best" bör man inte nödvändigtvis lösa konkurrensproblemen på en viss marknad fullt ut när det finns konkurrensproblem på andra marknader. Se t.ex. Mas-Colell m.fl, 1995, *Microeconomic Theory*, Oxford University Press.

²³ Därutöver finns skäl att reglera läkemedelsmarknaden som har att göra med konsumenternas informationsundertag, vilket exempelvis motiverar Läkemedelsverkets tillsyn.

²⁴ Ytterligare en form av ineffektivitet som kan uppstå är att företagen inte kostnadsminimerar. Exempelvis kan konkurrens leda till att fasta kostnader dupliceras och marknadsföringskostnaderna kan bli alltför höga. Det är emellertid ovanligt att man försöker korrigerar denna typ av ineffektivitet med hjälp av regleringar; ett skäl är att reglering i sig tenderar att skapa väl så stor kostnadsineffektivitet.

hundraprocentig subvention på marginalen. Det betyder att kunderna inte över huvud taget kan förväntas disciplinera företagets prissättning. Med fri prissättning och bibehållen subvention skulle priserna kunna komma att bli mycket höga, trots konkurrens.

När det gäller målet om lika priser för alla konsumenter kan reformen öka motivet för en prisreglering. Ett monopolföretag kan förväntas ta ut olika priser i olika delar av landet beroende på skillnader i kostnadsläge och skillnader i kundernas betalningsvilja. Med konkurrens kan man befara att prisskillnaderna kommer att öka, dels på grund av att konkurrenstrycket blir olika stort i olika delar av landet, dels på grund av att olika apotek kan vara olika kostnadseffektiva.

4.2 Kvalitet

Utöver problemen med höga priser tillkommer problem med företagets val av kvalitet. Viktiga exempel på kvalitet är en säker hantering av läkemedel och tillgänglighet (lokalisering, öppettider, väntetider).

Det finns flera skäl till varför man kan förmoda att vinstmaximerande företag kommer att välja en samhällsekonomiskt ineffektiv kvalitetsnivå och att man därför kan vilja reglera kvaliteten i apotekens tjänster.

4.2.1 Problem till följd av begränsad information

Den viktigaste kvalitetsdimensionen på apoteksmarknaden är sannolikt att säkerställa en säker hantering av läkemedel. Eftersom tillhandahållande av säkerhet är kostsamt för företagen och eftersom kunderna har svårt att själva bedöma skillnader i säkerhet mellan olika företag finns det en tydlig risk att oreglerade företag kan komma att erbjuda en alltför låg kvalitet.

Kvalitetsproblem till följd av att konsumenterna har begränsad information kan inte förväntas minska till följd av att flera företag får konkurrera om kunderna. Det finns med andra ord skäl att reglera dessa kvaliteter för att garantera en viss nivå. Denna reglering sker genom Läke-medelsverkets tillståndsgivning och tillsyn. Dessa frågor ligger huvudsakligen utanför vårt uppdrag och vi kommer helt enkelt förmoda att regleringen leder till en hög miniminivå.

4.2.2 Problem till följd av subventionen

När det gäller kvaliteter som konsumenterna kan observera, t.ex. tillgänglighet, är problemet det motsatta. Eftersom subventionen av läkemedel även omfattar apotekskostnaderna så skulle en oreglerad marknad leda till att apoteken skulle komma att tillhandahålla en alltför *hög* kvalitet ur samhällsekonomisk synpunkt. Kostnaden för denna överkvalitet kommer i huvudsak att betalas av det allmänna, via läkemedelssubventionen.

Ett apotek som minskar kötiderna genom att anställa mer personal måste öka sina priser. Kunderna kommer att föredra detta apotek framför andra, med längre kötid, eftersom de själva får fördelarna i form av kortare väntetider men inte själva behöver betala de ökade kostnaderna. Huvuddelen av prisökningen

täcks av subventionen. Det betyder att alla apotek måste erbjuda en mycket hög kvalitet för att kunna konkurrera om kunderna. Problemet kan till och med accentueras av konkurrens. Företagen blir då kundernas tjänare och måste erbjuda varje kvalitetsökning som kunderna begär.

Motsvarande problem finns vad gäller andra servicedimensioner. Som vi diskuterade i avsnitt 3.6 är ett fysiskt apotek snarare än en postorderhantering en sådan kvalitetsaspekt, en annan är antalet apotek. I alla dessa observerbara kvalitetsdimensioner medför ett subventionssystem att kvalitén kan komma att överstiga den samhällsekonomiskt optimala. Det är inte uppenbart att kunderna föredrar butik framför postorder om man får betala kostnaden själv.

Det finns åtminstone tre metoder för att minska detta problem. En första möjlighet är att direkt reglera kvaliteten genom ett förbud mot (säg) korta väntetider. Den andra möjligheten är att justera subventionen av läkemedel. En variant är att helt undanta apotekskostnaderna från subventionen. En annan variant är att införa ett referensprissystem som endast ersätter kunderna med ett belopp som motsvarar de lägsta apoteksmarginalerna på marknaden. Vi diskuterar dessa två möjligheter i kapitel 5 nedan. För det tredje kan en prisreglering lösa problemet. Ett lågt satt pristak innebär att kvalitetskonkurrensen minskar. Om företagen inte kan öka sina priser när de erbjuder ökad kvalitet till högre kostnader minskar vinsten av att erbjuda en högre kvalitet. Vi diskuterar detta nedan.

4.2.3 Problem relaterade till jämlikhet

Om butiker trots allt är en effektiv distributionsform kommer tillgängligheten att bli olika god i olika delar av landet. Man kan förvänta sig att vinstdrivande företag kommer att etablera relativt få butiker i områden med låg befolkningsdensitet. Resultatet blir att kundernas reskostnader blir större i glesbygd än i städer. Det är dock inte självklart att man bör uppfatta detta som ett problem. Det beror på de politiska målen.

I frånvaro av fördelningspolitiska mål skulle en samhällsekonomiskt optimal utbyggnad av butiksnätet sannolikt resultera i en stor skillnad mellan stad och land. Med fördelningspolitiska mål minskar de optimala skillnaderna mellan stad och land, men de försvinner inte.²⁵

För att avgöra om det butiksnät som företagen själva beslutar kommer att uppfylla de politiska målen krävs att de fördelningspolitiska målen är preciserade. Hur stora skillnader i tillgänglighet är acceptabla?

²⁵ På vissa marknader (framförallt post och tele) finns det särskilda skäl för att öka tjänsteutbudet i glesbygden med politiska medel. Det är inte bara glesbygdens befolkning som har ett värde av att kommunikationsnäten är utbyggda även där, eftersom näten även används för kommunikation mellan städer och glesbygd. Några dylika så kallade nätverksexternaliteter finns inte på apoteksmarknaden. På apoteksmarknaden finns det endast fördelningspolitiska skäl till en särskild politisk styrning av tillgänglighet i glesbygd. Se vidare avsnitt 11.1.

Det ska även betonas att prissättningen på marknaden påverkar företagens val av lokalisering. Med fri prissättning har företagen ett intresse av att inte lokalisera sina butiker alltför nära konkurrerande butiker eftersom det kan förväntas öka priskonkurrensen mellan butikerna. Med reglerade (enhetliga) priser finns inte samma återhållande kraft. En prisreglering kan således riskera att accentuera företagens benägenhet att lokalisera sig på samma plats, t.ex. på affärsgator i stadskärnorna och i större köpcentra. Det kan därför finnas skäl att utforma en prisreglering på så sätt att dessa problem minskar. Vi återkommer till denna fråga nedan.

Det finns flera sätt att styra marknaden så att tillgängligheten blir god även i glesbygden. En första modell är att kräva att de kedjor som önskar vara närvarande på den svenska marknaden tillhandahåller ett nät med en viss geografisk spridning. En sådan modell används på mobiltelemarknaden. En andra modell är att den offentliga sektorn upphandlar ett utökat tjänsteutbud i glesbyggd. En sådan modell används för exempelvis kollektivtrafik och betaltjänster. En tredje modell är ett mer generellt stöd till företag i glesbyggd. Om marknaden är under prisreglering skulle detta t.ex. kunna innebära en högre ersättning för expedieringar i glesbyggd. Med ett enhetligt AIP och ett enhetligt AUP måste då apotekens ersättning frikopplas från skillnaden mellan AUP och AIP.

4.2.4 Problem till följd av begränsad konkurrens

Utöver de problem som nämndes ovan finns det även ett antal ytterligare potentiella problem med kvaliteten på apoteksmarknaden till följd av att konkurrensen är begränsad. Dessa problem kan dock inte förväntas vara värre på apoteksmarknaden än på andra marknader med begränsad konkurrens, till exempel dagligvaruhandel. Vi redovisar ändå dessa problem i avsnitt 12.2.1 för fullständighetens skull.

4.3 Slutsatser

- Det finns flera problem på apoteksmarknaden som kan motivera en reglering apotekens priser och kvaliteter (t.ex. tillgänglighet) även efter reformen och introduktionen av konkurrens.
- Flera av dessa problem har dock en gemensam grund i utformningen av läkemedelssubventionen. Subventionen är i dag utformad så att en betydande del av alla läkemedel säljs till personer som har en hundraprocentig subvention av priset på marginalen. En oönskad sidoeffekt av denna subvention är att många kunder blir helt prisokänsliga. I frånvaro av andra korrigerande mekanismer leder detta i sin tur leder till att (i) apoteken kan ta ut stora marginaler trots konkurrensen, (ii) att företagen tillhandahåller kunderna en alltför hög nivå på sådan kvalitet som kunderna kan observera, t ex i form av korta väntetider och onödigt kostsamma distributionsformer, och (iii) att företagens incitament till att organisera sin verksamhet på ett kostnadseffektivt sätt minskar. Alla dessa kostnader vältras över på skattebetalarna till följd av subventionen.

- Politisk intervention kan även motiveras av att kravet på jämlikhet är särskilt starkt på apoteksmarknaden. Fri prissättning skulle leda till vissa, åtminstone mindre, skillnader i priser mellan olika delar av landet och mellan olika apotekskedjor. Jämlikhetsmålet kan även motivera ingrepp i syfte att minska skillnader i tillgängligheten på apoteksmarknaden mellan olika delar av landet.
- Ett jämlikhetsmål som inte tolererar några prisskillnader skapar en målkonflikt. En prisreglering som garanterar att alla apoteksbutiker tar samma priser innebär att man kan förvänta sig större skillnader i tillgänglighet mellan olika delar av landet, än vad man kan förvänta sig med fri prissättning. En möjlig lösning på detta problem är ett stöd till företag i glesbygd, t.ex. i form av en högre ersättning för expedieringar i glesbygd. Med ett enhetligt AIP och ett enhetligt AUP måste då apotekens ersättning frikopplas från skillnaden mellan AUP och AIP.

5 Reglering och/eller konkurrens

Det finns flera problem på apoteksmarknaden som kan motivera en reglering även efter reformen och introduktionen av konkurrens. Flera av dessa problem har dock en gemensam grund i hur läkemedelssubventionen är utformad.

Vi utgår från att det i första hand är läkaren som väljer läkemedel, medan patienten väljer apotek (se avsnitt 3.5). Eftersom subventionen omfattar kostnaden såväl för substansen som för distributionen så är problemen likartade, om än inte identiska. Läkaren har incitament att hålla nere kostnaderna om kostnadsansvaret är tillräckligt decentraliserat, medan patienten har motsvarande incitament om han eller hon inte nått (eller kommer att nå) taket i läkemedelsförmånen. Detta kapitel handlar primärt om patientens val av apotek och om apoteksföretagens beteende.

Subventionen är i dag utformad så att en betydande del av alla läkemedel säljs till personer som har en hundraprocentig subvention av priset på marginalen. En oönskad sidoeffekt av denna subvention är att många kunder blir helt prisokänsliga. I frånvaro av korrigerande mekanismer leder detta i sin tur leder till att (i) apoteken kan ta ut stora marginaler trots konkurrensen, (ii) att företagen tillhandahåller kunderna en alltför hög nivå på sådan kvalitet som kunderna kan observera och (iii) att företagets incitament till att organisera sin verksamhet på ett kostnadseffektivt sätt minskar. Alla dessa kostnader vältras över på samhället.

Det kan synas som att en prisreglering skulle vara botemedlet för alla dessa tre problem. Det är dock inte självklart. Dels leder en prisreglering till målkonflikter mellan t.ex. önskemålet om låga marginaler och en rimlig kvalitet. Dels kan en mindre förändring av subventionen minska de tre problemen betydligt och därmed även omfattningen av den nödvändiga regleringen. I det följande diskuterar vi två alternativa mekanismer för att hantera de nämnda problemen.

5.1 Alternativ till reglering - patienterna betalar apotekets kostnader

Det mest omedelbara sättet att eliminera de problem som följer av subventionen vore att begränsa subventionen till att endast omfatta läkemedlet som sådant och att låta kunderna själva stå för apotekets kostnader. Apoteket AB har haft en marginal på cirka 16 procent (SOU 2008:4) och med de nya ersättningsnivåerna kommer motsvarande marginal att vara cirka 18 procent.²⁶ Patienterna betalar idag i genomsnitt en knapp fjärdedel av läkemedelskostnaden. Det skulle alltså vara möjligt att överföra ansvaret för apotekets kostnader helt och hållet till konsumenterna, utan att den genomsnittliga egenandelen skulle öka. För att få en oförändrad kostnadsfördelning mellan samhället och konsumentkollektivet så skulle egenfinansieringen av kostnaden för substansen, AIP, behöva begränsas till cirka fem procent.

Fördelen med en sådan reform är att det inte skulle behövas någon ekonomisk reglering av apoteken. Apoteksmarginalen skulle helt och hållet bestämmas av marknaden. Detta skulle också stimulera till kostnadskontroll och till innovationer i distributionsledet. Apoteksmarknaden skulle kunna fungera som en helt vanlig detaljhandelsmarknad, även om självfallet medicinskt motiverad reglering och tillsyn skulle kvarstå.

5.1.1 Kostnadskontroll och försäkring mot höga läkemedelskostnader

Det finns emellertid ett väsentligt problem med en sådan reform. Storkonsumenter kommer att riskera att få betala höga kostnader för apotekens hantering om samhället helt upphör med att subventionera denna del av läkemedelspriset. Givet oförändrad apoteksmarginal så kommer konsumenter som köper läkemedel för mer än cirka 10 000 kronor per år att få betala mer än 1800 kronor för apotekstjänsterna. På motsvarande sätt riskerar en patient som förbrukar läkemedel för 100 000 kronor per år att få en kostnad på 18 000 kronor. (Till detta kommer en viss egen kostnad för substansen. Den höga subventionsandelen skulle dock göra att denna kostnad inte behövde bli särskilt hög.)

Även om mycket talar för att så höga kostnader skulle vara sällsynta, eftersom apoteken sannolikt skulle tvingas sänka sina marginaler på dyra läkemedel, så är det möjligt att blotta risken uppfattas som oacceptabel. Även en kostnadsökning på ett eller ett par tusen per år kanske också uppfattas som oacceptabel.

Man kan då tänka sig att införa ett högkostnadsskydd även för apotekskostnaden. Problemet blir då istället att kostnaden för samhället ökar. Patienter med höga kostnader skulle, som tidigare, betala maximalt 1800 kronor per år. Patienter med låga kostnader, som idag inte alls eller bara i någon mån utnyttjar subventionssystemet, skulle däremot tjäna på att samhället betalade en

²⁶ Se "TLV:s uppdrag angående omregleringen av apoteksmarknaden. Delrapportering den 1 april med anledning av regeringens i samband med omregleringen av apoteksmarknaden", tillgänglig på www.tlv.se.

hög andel av läkemedelskostnaderna. Samhällets totalkostnad skulle därför stiga.

Ytterligare ett problem är att ett högkostnadsskydd för distributionen minskar prispressen på distributionstjänsterna. Risken finns att apoteken tar ut höga marginaler för läkemedel där man vet att merparten av patienterna ändå kommer att nå upp till taket för egenavgiften.

I princip vill vi ha ett system som dels medför ett i huvudsak oförändrat försäkringsskydd, dels innebär oförändrade kostnader för samhället och som dels också innebär att merparten av apotekskostnaderna belastar patienterna, så att apoteksmarknaden kan avregleras.

Låt oss se om det går att bevara försäkringsskyddet i nuvarande system utan att samhällets kostnader ökar. Vi försöker med en kombination av justerande åtgärder. Exempelvis kan man, liksom idag, låta samtliga patienter betala de första 900 kronorna ur egen ficka, både vad gäller kostnaden för substansen och för distributionen. Därefter betalar samhället hela substanskostnaden (AIP), medan patienten betalar hela apotekskostnaden (AUP-AIP). Detta gäller upp till ett tak, där försäkringsskyddet träder in. Låt oss säga att vi önskar att taket ska ligga kvar på dagens maxnivå, 1800 kronor.

Annorlunda uttryckt skulle patienterna betala 100 procent av såväl substans- som apotekskostnaden upp till en totalkostnad på (exempelvis) 900 kronor. Därefter skulle patienten inte betala någonting för substansen, men 100 procent av apotekskostnaden, upp till en totalkostnad på (exempelvis) 1800 kronor. Det senare skulle inträffa vid en årlig läkemedelsförbrukning på cirka 6000 kronor, beroende på hur stor andel apotekskostnaderna utgör för de aktuella läkemedlen. Detta kan jämföras med att dagens system innebär att samhället betalar alla kostnader när den totala förbrukningen överstiger 4300 kronor.

Emellertid skulle samhällets kostnader öka något, eftersom subventionsgraden vid en förbrukning i intervallet 900 till 1700 kronor skulle stiga från 50 till cirka 80 procent.²⁷ Dessutom skulle kostnadspressen bli svagare än önskvärt, eftersom patienter med en högre årlig kostnad än cirka 6000 kronor står för en stor del av den totala efterfrågan.

Det bör understrykas att ovanstående bara är ett exempel. Att utforma ett sådant system kräver dels tillgång till disaggregerad information om läkemedelsförbrukning, dels ett ställningstagande om samhällets målfunktion. Det är svårt att i ett enkelt system samtidigt låta konsumenterna bära maximal andel av apotekskostnaden, att hålla samhällets totalkostnad oförändrad och att inte försämra försäkringsskyddet för vissa individer.

²⁷ Även i nästa intervall, 1700 till 3300 kronor, skulle subventionsgraden stiga. Närmare bestämt från 75 till drygt 80 procent. Däremot skulle subventionsgraden fall i intervallet 3300 till 4300 kronor, från 90 till drygt 80 procent. Se www.fass.se för information om utformningen av Läkemedelsförmånen, dvs högkostnadsskyddet för läkemedel.

Problemet blir lättare att hantera om endera den maximala årliga kostnaden per patient tillåts öka eller om samhällets andel av subventionen ökar. En annan och något mer komplicerad lösning är att låta konsumenterna betala en multipel av apotekskostnaden, i kombination med ett högkostnadsskydd. Antag, exempelvis, att konsumenterna får betala två gånger apotekskostnaden, i kombination med den variant av högkostnadsskydd som beskrevs ovan. Då kan patienternas egenandel höjas, samtidigt som försäkringsskyddet kvarstår intakt och samtidigt som incitamenten för att hålla nere apoteksmarginalen stärks.²⁸

5.1.2 Marginaler och kvalitet

Det finns flera fördelar med ett system enligt ovan. Konsumenterna, som är de som väljer apotek, skulle nu få bära hela (eller stora delar av) kostnaden för de tjänster de utnyttjar. Därmed skulle konsumenternas preferenser direkt styra servicegraden, inklusive antalet apotek och deras öppettider, precis som på alla andra detaljhandelsmarknader. Både kvalitets- och marginalens nivå skulle bestämmas av marknaden, istället för av en reglerande myndighet.

Behovet av offentlig intervention skulle alltså minska väsentligt. Det skulle inte finnas något större behov att reglera detaljhandelsmarginalen. Detta gäller såväl marginalens nivå som dess struktur, inklusive t.ex. den "marginaltrappa" som vi diskuterar i nästa kapitel. Med andra ord skulle i stort sett all prissättning av apotekstjänster kunna ske utan offentlig styrning.²⁹

En i många avseenden oreglerad apoteksmarknad skulle antagligen också innebära väsentligt starkare incitament till innovationer. Inte minst gäller detta för dyra läkemedel som idag schablonmässigt belastas med en hög kostnad för distribution. Exempelvis kan man tänka sig att postdistribution av läkemedel skulle kunna ta en väsentligt större del av marknaden än idag.

5.1.3 Prisskillnader

Själva utgångspunkten för en avreglering av apoteksledet enligt ovan är att priset för apotekstjänster ska sättas av marknaden. Därmed kommer läkemedelspriserna med nödvändighet att variera. I själva verket är detta en naturlig aspekt av en marknadsekonomi där utbudet kan anpassa sig till konsumenternas efterfrågan.

De konsumenter som vill ha hög service i apoteket kommer antagligen att få betala ett högre pris, medan de konsumenter som bara så snabbt och enkelt som

²⁸ Självfallet kan man tänka sig en multipel som är antingen högre eller lägre än två. En nackdel med en alltför hög multipel är att konsumenter utan högkostnadsskydd kommer att ges incitament att efterfråga alltför lågkvalitativa apotekstjänster. Å andra sidan gäller motsatsen för patienter som slagit i taket i skyddet. Vidare måste sannolikt möjligheten att reglera apoteksmarginalen "i nödfall" kvarstå om det finns ett högkostnadsskydd.

²⁹ För läkemedel där apotekskostnaden för en normal årsförbrukning överstiger gränsen för högkostnadsskyddet skulle det fortsatt finnas ett behov av en reglering.

möjligt vill få sitt recept expedierat kommer att betala ett lägre pris. Många patienter med mer eller mindre stående recept går kanske över till postorder.

Samtidigt kan man förvänta sig att konkurrensen kommer att begränsa prisskillnaderna – och i vissa avseenden jämna ut priserna *mer* än vad som gäller i dagens system. Idag betalar alla patienter som köper exakt likadana läkemedelsförpackningar exakt lika mycket (bortsett från effekten av läkemedelsförmånen). Å andra sidan betalar patienter väldigt olika mycket för själva apotekstjänsten, beroende på hur mycket läkemedlen i sig kostar. Två lika stora förpackningar kan betinga en apoteksmarginal mellan 31 och 177 kronor;³⁰ på en marknad med friare konkurrens skulle sannolikt denna prisskillnad minska.

Det kan också tänkas att priserna systematiskt blir högre i glesbygden, där konkurrensen är svagare. Så tenderar ju fallet att vara exempelvis vad gäller livsmedel. Problemet kan dock begränsas om det uppstår ett konkurrenstryck från nationella apotekskedjor som levererar via postombud.

5.1.4 Risker med modellen

Det finns vissa risker förenade med modellen, enligt ovan. Beroende på hur modellen utformas kan vissa av dem bli mer eller mindre påtagliga.

Det finns en mållkonflikt mellan oförändrade totala kostnader för samhället och ett oförändrat försäkringsskydd. Ett högkostnadsskydd, i kombination med att samhället betalar läkemedelssubstansen och patienterna distributionen, gör att samhällets kostnader kommer att stiga. Ett försvagat högkostnadsskydd minskar risken för att samhällets kostnader stiger, men kan i sig vara ett problem. Sannolikt går det emellertid att konstruera en modell som kombinerar oförändrade totala kostnader, oförändrat försäkringsskydd och en avreglering av priset, men till priset av en mer komplicerad modell, med vissa andra svagheter.

Ytterligare en risk med modellen är att det sannolikt kommer att uppstå geografiska prisskillnader, exempelvis mellan städer och glesbygd. Huruvida detta är ett stort problem eller inte är en bedömningsfråga. Vi noterar dock att prisskillnader som för konsumenterna är mer betydande accepteras, exempelvis vad gäller livsmedel, samt att glesbygdsbefolkningen har vissa andra fördelar, exempelvis låga boendekostnader.

5.2 Alternativ till reglering - ett referensprissystem för apoteksmarginalen

En alternativ metod, som kombinerar en hög försäkringsnivå med goda incitament för kunder och företag, är en typ av referensprissystem. Läkemedelsförmånen innehåller redan idag ett referensprissystem när det gäller priset för själva läkemedlet. Subventionen avser det billigaste läkemedlet i en utbytesgrupp, det vill säga en grupp av läkemedel som bedöms vara ekvivalenta.

³⁰ Inklusivt 10-kronan för läkemedel där generiskt utbyte är möjligt.

Utbytesgrupper omfattar generiska preparat och parallellimport. Om kunden önskar ett dyrare läkemedel måste kunden själv betala mellanskillnaden.

Ett likartat system kan skapas för ersättningen till apoteken. Det skulle i så fall betyda att förmånen endast kompenserar kunden för det lägsta pris som något apotek i landet tar för att expediera en förpackning. Ett dylikt system skulle sannolikt skapa en stark prispress.

5.2.1 Referensprissättning - ett exempel

Antag att en viss läkemedelsförpackning, exempelvis 100-pack Atacand®, 8 mg, kostar 569 kronor på apotek A. Av detta utgör cirka 512 kronor AIP och 57 kronor är apoteksmarginalen. Antag att apotek B pressar sin marginal till 40 kronor och följaktligen säljer motsvarande förpackning för 552 kronor, landets lägsta pris.

En kund med frikort skulle då inte behöva betala någonting på apotek B och 17 kronor på apotek A. Det skulle med andra ord fungera precis som när en kund idag väljer att inte köpa det billigaste generiska alternativet.

Mer allmänt gäller att en kund som köper sin förpackning på det billigaste apoteket betalar för läkemedlet precis på samma sätt som en kund gör idag för ett läkemedel som kostar 552 kronor. En kund som köper sin förpackning hos apotek A skulle i alla lägen få betala 17 kronor mer.

Kanske skulle framförallt kunder med frikort, som förväntar sig att hämta ut ett läkemedel gratis, komma att ställa frågor och bli mer benägna att byta apotek nästa gång om de måste betala de 17 kronor som ett visst apotek tar utöver det pris som konkurrenterna begär.

5.2.2 Nationell prissättning

Det kommer att vara enkelt för kunder i storstäder att byta till det apotek som tar ut det lägsta priset. Ett referensprissystem skulle därför leda till en stark prispress i storstäderna. Däremot är det inte så enkelt för kunder i glesbygden att byta apotek. Det betyder att kunder i glesbygd skulle få betala betydligt högre priser än kunder i storstäderna. Detta problem kan dock lösas med en minimal reglering.

Med storleks fördelar i inköp, logistik och marknadsföring kan man förvänta sig att marknaden kommer att domineras av ett fåtal kedjor med nationell räckvidd. Kedjornas sortiment är standardiserat eftersom de måste tillhandahålla receptbelagda läkemedel. Dessa kedjor kan åläggas nationell prissättning, det vill säga att ta samma priser i samtliga butiker. Härigenom minimeras skillnader mellan olika delar av landet.

Med nationell prissättning kan man förvänta sig att priserna kommer att ligga någonstans mellan den låga nivå som skulle gälla i storstäder med helt fri prissättning och den högre nivå som skulle gälla i glesbygden. Dock kan man förvänta sig att det blir konkurrensen i storstäderna som blir avgörande och att priserna skulle komma att ligga relativt nära den lägre nivån. Med andra ord

skulle även landsbygden få del av de låga priser som krävs för att kunna konkurrera i städerna.

5.2.3 Underlätta prisjämförelser

Ett referensprissystem för apoteksmarginalen kan kombineras med stor eller liten frihet för apotekskedjorna att differentiera marginalen mellan olika läkemedel. Det enklaste systemet skulle innebära att varje apotekskedja endast fick ta ut en och samma marginal för alla typer av läkemedel och förpackningar. I exemplet ovan skulle detta vara 57 kronor för kedja A. Fördelen med en sådan regel är att det är enkelt för konsumenter att jämföra två apotekskedjor. Konsumenten vet att för varje förpackning måste han eller hon betala en merkostnad på 17 kronor om köpet görs på apotek A. Man kan också tänka sig en regel som tvingar apoteken att tydligt skylta vilken marginal de tar ut, ungefär på samma sätt som taxibolagen är tvingade att visa sina priser.

Ett något mer komplicerat system skulle tillåta apoteken att ta ut olika höga marginaler för olika kategorier av läkemedel. Till exempel kunde marginalen för läkemedel med patent vara 50 kronor och den för läkemedel utan patent 60 kronor. Man kan tänka sig högre avgifter för kyllda läkemedel, för särskilt dyra läkemedel, för skrymmande produkter och så vidare. Det finns fördelar med att differentiera marginalen, vilket vi återkommer till i kapitel 7. Å andra sidan blir det mer komplicerat för konsumenterna att jämföra de olika apotekens prissättning. För att förenkla tillämpningen av referensprissystemet bör alla apotek tvingas använda samma kategorier när de differentierar priserna.

Systemet kompliceras ytterligare om apoteken kan konstruera sina egna och sinsemellan olika marginaltrappor. Ungefär lika komplicerat blir det om apoteken fritt kan välja marginal produkt för produkt. Med den här typen av konstruktion blir det naturligt att ta den enskilda artikeln som utgångspunkt när referenspriset fastställs. För att ge kunden en rimlig chans att bedöma om det egna apoteket är billigt eller dyrt bör det på kvittot tydligt anges hur stor del av priset som beror på att apoteket tar ut en marginal som överstiger referensmarginalen.

5.2.4 Positiva effekter

Ett referensprissystem skulle ha flera positiva egenskaper:

- Försäkringskyddet för läkemedelskostnader är i huvudsak intakt.
- Apoteken måste konkurrera med priser. Härigenom hålls apotekens marginaler ned.
- Ett företag som erbjuder en högre kvalitet kan ta ut ett högre pris. Kunderna kommer att välja detta apotek om de värderar den högre kvaliteten mer än prisdifferensen. Eftersom kunderna både får fördelarna och får bära hela prisskillnaden själva kommer företagen i huvudsak att erbjuda sådan kvalitet som är samhällsekonomiskt motiverad.

- Även incitamenten att organisera produktionen på ett kostnadseffektivt sätt förbättras när ineffektiva företag inte kan vältra över sina höga kostnader på det allmänna. Företag som inte lyckas hålla en låg kostnad kan tvingas ut från marknaden.
- Bland annat innebär detta att apotek och kunder får goda incitament att välja mellan försäljning i butik och via postorder. Reglerna är teknik-neutrala.
- Ett referensprissystem undviker de kostnader som krävs för att TLV ska hantera regleringen av handelsmarginalen. Som jämförelse kan nämnas att PTS har flera tiotals anställda som arbetar med prisregleringen av telemarknaden.

5.2.5 Prisskillnader

Prisskillnader mellan olika apotekskedjor kan uppstå till exempel på grund av att olika apotek kan vara olika kostnadseffektiva. Skillnaderna kan dock förväntas bli små eftersom enkelheten för kunderna att byta apotek i storstäderna omöjliggör att ineffektiva apotek vältrar över sina höga kostnader på kunderna.

Mindre skillnader kan dock inte undvikas till följd av skillnader i kostnadseffektivitet och till följd av att konkurrensen även efter reformen blir begränsad. Dessa prisskillnader bör dock sättas i relation till skillnader i transportkostnader som olika kunder har för att kunna köpa sina läkemedel.

De prisskillnader som kvarstår fyller dessutom en viktig funktion. Genom att kostnadsineffektiva apotek tar ut högre priser än mer effektiva konkurrenter kommer ineffektiva företag att få en lägre marknadsandel än vad de annars skulle få. Det betyder att resursförbrukningen i samhället minskar.

5.2.6 Risker med modellen

Det finns några risker med den modell som skisserats ovan. För det första finns det en risk att nationella kedjor väljer att inte etablera sig i glesbygden. Om priskonkurrensen i storstäderna blir så hård att man nätt och jämnt lyckas täcka sina kostnader där finns det en risk för att priserna inte täcker kostnaderna för butiker i glesbygden. Mer precist är risken att det blir färre apotek än samhällsekonomiskt önskvärt, eftersom varje butik måste serva ett stort antal kunder för att täcka sina fasta kostnader.

Dock tror vi att denna risk är relativt begränsad, bland annat med tanke på möjligheterna att etablera apoteksbutiker i redan etablerade livsmedelsbutiker.

Skulle problemet uppstå är det inte heller så allvarligt om man ser det i rätt sammanhang. Även med en prisreglering kommer TLV att behöva övervaka hur butiker etableras i glesbygden och vara beredda att åtgärda problem med (säg) en högre handelsmarginal i glesbygden. Motsvarande övervakning med (säg) en subvention för expedieringar i glesbygd ger en lika god lösning.

Ett andra problem som kan uppstå är att vissa kedjor specialiserar sig på städer, med låga "nationella" priser, medan andra specialiserar sig på glesbygd, med höga "nationella" priser. En begränsning på priserna i glesbygd är dock priserna för postorder. Vidare kan även ett möjligt problem med regionala kedjor lösas med en subvention för expedieringar i glesbygden.

Ett tredje möjligt problem som skulle kunna uppstå är om vissa kunder inte förmår ta sina intressen tillvara, till exempel på grund av bristande förståelse av hur systemet fungerar. Det är inte osannolikt att fri prissättning skulle kunna leda till ett system med differentierat serviceutbud. Lägst service och kostnad får den som gör sina inköp via postorder. Näst lägst kostnad och service får den som beger sig till ett större apotek i centrum. Högst kostnad men bäst service får den som handlar i en kvartersbutik eller på en bensinstation. Om subventionen baseras på lågkostnadsalternativet (postorder) och en person väljer högservicealternativet får kunden själv bekosta mellanskillnaden. En dylik differentiering kan ha stora fördelar, men nackdelar om alla kunder inte kan göra välinformerade val.

Priskonkurrens kan komma att försvåra för små företag att överleva på marknaden om dessa skulle visa sig mindre effektiva än stora företag. En positiv effekt är att detta leder till kostnadsbesparingar för samhället. En möjlig negativ effekt uppstår om man menar att små företag bidrar till en önskvärd mångfald.

I den mån kostnadsnivån är högre i tätorter än i glesbygd (lokalhyror och löner) skapas en extra marginal för etablering i glesbygd. Men i den mån kostnadsnivån är högre i glesbygd (transporter) kan nationell prissättning försvåra etablering i glesbygd. Av denna anledning bör TLV ha ett ansvar för att följa utvecklingen på marknaden, även i det fall prissättningen i en framtid skulle släppas fri.

Slutligen kan det finnas en risk för prissamarbete mellan företag på en koncentrerad marknad. Denna risk är dock knappast större än på andra konsumentvarumarknader och vi bedömer den därför inte som överhängande. Vi tror inte heller att risken för prissamarbete ökar nämnvärt av en ökad pristransparens som syftar till att underlätta för konsumenterna att jämföra priser. På apoteksmarknaden kommer dessutom både Konkurrensverket och TLV att följa utvecklingen.

5.3 Prisreglering och målkonflikter

Även en prisreglering begränsar företagens marginaler (som kan vara alltför höga både till följd av att läkemedel har karaktär av nödvändighetsvara och till följd av subventionen). Även en prisreglering kan minska risken för överkvalitet, till följd av att kostnaden för den höga kvaliteten bekostas av subventionen, samt även risken för kostnadsineffektivitet.

Det betyder dock inte att en prisreglering löser samtliga dessa problem i ett slag. En prisreglering kan förväntas leda till flera målkonflikter. Exakt hur dessa målkonflikter löses beror på hur regleringen utformas.

5.3.1 Pristak

Ett pristak minskar kvalitetskonkurrensen mellan företagen. Om företagen inte kan öka sina priser när de erbjuder ökad kvalitet till högre kostnader minskar vinsten av att erbjuda en högre kvalitet. Det betyder dock inte att alla incitament till att erbjuda kvalitet försvinner. Om det reglerade priset är generöst och erbjuder apoteken goda marginaler kommer företagen att vilja slåss om marknadsandelar genom att erbjuda kunderna en högre kvalitet. Om det reglerade priset däremot skulle medge företagen mycket låga marginaler kan kvalitetskonkurrensen helt upphöra.

Ju mer generös prisregleringen är mot företagen, desto högre kvalitet kan man således förvänta sig att de kommer att tillhandahålla. Samtidigt kan samhället av fördelningspolitiska skäl vilja hålla ned företagets marginaler. Det innebär att prisregleringen kan generera en målkonflikt mellan fördelningspolitiska mål och kvalitetsmålet.

Exakt hur svår denna målkonflikt är beror bland annat på hur lätt det är för nya företag att etablera sig på marknaden. Detta kommer vi att diskutera närmare nedan.

5.3.2 Kostnadsbaserad prisreglering

Ett alternativ till ett pristak är att tillåta företagen att ta ut ett pris som är relaterat till deras kostnader. Om varje företag tillåts ta ut ett pris som är lika med företagets egna kostnader, plus en viss fast marginal, och om kunderna betalar en liten del av detta pris till följd av subventionen, så kommer marknaden att fungera som den skulle ha gjort med stark konkurrens i kombination med en subvention. Företagen kommer att vilja erbjuda en alltför hög kvalitet.

Skillnaden mellan ett pristak och en kostnadsbaserad reglering är dock mer en fråga om grader. Även pristak måste med tiden revideras för att ta hänsyn till att företagets kostnader förändras över tiden. Skillnaden är med andra ord hur ofta man ändrar företagets priser på grund av ändrade kostnader. Slutsatsen är då att mer frekventa prisrevisioner, dvs. en mer kostnadsbaserad prisreglering, ger företagen starkare incitament att erbjuda en högre kvalitet.

Nackdelen med frekventa prisrevisioner är att företagen får sämre incitament till kostnadskontroll. Om kostnaderna till följd av en ineffektiv produktion kan vältras över på kunder och det allmänna, minskar naturligtvis företagets kontroll över sina kostnader.

Resonemanget i de två föregående styckena gäller fullt ut för reglerade monopol. En fördel med apoteksreformen, som ju syftar till att etablera konkurrens mellan flera företag, är att det pris ett apotek får ta ut inte enbart baseras på företagets egna kostnader, utan på genomsnittskostnaden för alla företag på marknaden. När pristaket revideras i förhållande till kostnaderna så är det genomsnittet för alla företag som är avgörande. Företagen kan därmed endast vältra över en

mindre andel av sina kostnader på kunder och på förmånssystemet, vilket leder till bättre kostnadskontroll.³¹

5.3.3 Kvalitetsbaserad reglering

Regleringen syftar till ökad tillgänglighet. Tillgängligheten bör vara relativt enkel att mäta för en regleringsmyndighet som är utformad för ändamålet. Det betyder att företagens ersättning kan betingas på den tillgänglighet de erbjuder.

Det betyder i sin tur att regleringsmyndigheten måste definiera vilka tillgänglighetsdimensioner som är viktiga. Ett exempel är val av lokalisering. Om en kedja driver en butik som ligger nära en annan butik ökar inte tillgängligheten, vilket skulle kunna motivera att dessa butiker får en lägre ersättning. Det betyder att den ena kedjans ersättning kommer att bero på den andra kedjans lokaliseringsval, precis som på de flesta andra marknader. Andra exempel är öppettider och kötider.

Regleringsmyndigheten måste även bilda sig en uppfattning om värdet av dessa kvalitetsdimensioner för att kunna utforma regleringen på rätt sätt.

Det kan synas som att regleringsmyndigheten behöver samla in mer information om man ska basera apotekens ersättning på den kvalitet de erbjuder och värdet av dessa kvaliteter. Vi menar dock att det är ett felslut eftersom en optimalt utformat fixt pristak också måste baseras på vilken tillgänglighet det satta priset kommer att leda till.

5.4 Varför tillåta konkurrens inom ramen för en reglering?

Apoteksreformen innebär att marknaden öppnas för konkurrens men att prisregleringen behålls. Det kan synas som en paradox. Det finns dock goda skäl för att tillåta konkurrens om marknadsandelar även om man inte tillåter fri prissättning.

5.4.1 Måttstockskonkurrens

Ett problem vid utformningen av en prisreglering är att det finns fördelar med att låta priserna (AUP) förändras i takt med att apotekens kostnader förändras. Det leder till mindre variation i företagens marginaler och mindre risker för företagen. Det innebär i sin tur att marginalerna i genomsnitt kan hållas på en lägre nivå utan att riskera att företagen minskar sina aktiviteter på marknaden. Nackdelen med frekventa prisjusteringar till följd av ändrade kostnader är att företagens kostnadskontroll försämras om man räknar med att snabbt kunna bli kompenserad för kostnadsökningar.

Denna målkonflikt lindras av konkurrens, eftersom priset (AUP) kan knytas till genomsnittskostnaden på marknaden. Det betyder att ett företag med dålig kostnadskontroll endast kan räkna med att en mindre del av en kostnadsökning

³¹ För en vidare diskussion av pristak och kostnadsbaserad reglering, se t.ex. Armstrong m.fl., 1994, *Regulatory Reform. Economic Analysis and British Experience*, MIT Press.

kompenseras genom ett högre pris, även om prisrevisionerna är frekventa. Detta är ett exempel på så kallad måttstocks konkurrens ("yardstick competition").³²

5.4.2 Kvalitetskonkurrens

Ett annat problem med en prisreglering är att det kan vara svårt för en regleringsmyndighet att mäta eller åtminstone verifiera kvalitet och kostnader för att tillhandahålla kvalitet i företagen. Det blir svårt att belöna företag för att de tillhandahåller en god kvalitet. För att ge företagen indirekta incitament att tillhandahålla en god kvalitet kan marginalen ökas. Även ett monopolföretag som förbättrar sin kvalitet, säg genom att öppna fler butiker, kan räkna med en viss ökad försäljning. Förutsättningen är att konsumenterna kan observera kvaliteten.

Men mängden läkemedel som säljs på den svenska marknaden beror sannolikt i förhållandevis liten utsträckning på den kvalitet som apoteken tillhandahåller. Ett prisreglerat monopolföretag har då förhållandevis små incitament att erbjuda god kvalitet. Det kostar, men leder inte till ökad försäljning.

Om en regleringsmyndighet kan mäta den kvalitet som tillhandahålls kan man avtala om vilken kvalitet som ska tillhandahållas och bestraffa avvikelser.

Men i den mån det är svårt för regleringsmyndigheten att mäta kvalitet, men enkelt för kunderna, kan det vara till fördel att tillåta konkurrerande företag även på en reglerad marknad. Målkonflikten mellan god kvalitet och låga marginaler lindras. Företagen får starkare incitament att tillhandahålla god kvalitet även vid små marginaler eftersom försäljningsökningen av en kvalitetsökning blir större. Med konkurrens jagar man inte endast de kunder som annars inte skulle handla, utan även de kunder som annars skulle ha valt ett annat apotek. Detta fenomen kan benämnas kvalitetskonkurrens.³³

Företagen belönas då indirekt för god kvalitet (många butiker, goda öppettider, korta väntetider) om deras ersättning knyts till deras försäljning. Även om de har fasta kostnader talar detta för att man ersätter apoteken till exempel per såld förpackning. Det talar även för att en särskild subvention riktad till apotek i glesbyggd utformas som en ersättning per expediering.

Detta betyder även att det inte är självklart att TLV ska behöva mäta den kvalitet som de olika apoteken tillhandahåller, även om det vore möjligt. Det kan vara enklare och räcka med att man knyter ersättningen till försäljningen. Ett exempel

³² Se Newbery m.fl.

³³ I den engelskspråkiga litteraturen används termen "managed competition" när prisreglerade företag tillåts konkurrera om marknadsandelar genom att erbjuda god kvalitet. Se t.ex. Wolinsky, 1997. "Regulation of Duopoly: Managed Competition vs Regulated Monopolies," *Journal of Economics & Management Strategy*, 6(4), 821-847,

är att man inte behöver knyta apotekens ersättning till deras öppettider eftersom försäljning och öppettider är nära sammanbundna.³⁴

5.5 Slutsatser

- Eftersom flera av problemen på apoteksmarknaden har en gemensam rot i utformningen av subventionen skulle en lösning kunna vara att justera subventionen. Apotekens skulle då kunna tillåtas sätta sina egna priser, med minimala inskränkningar.
- En möjlighet är att införa ett referensprissystem. Kunderna får då betala för apotekets tjänster endast om man inte valt det billigaste alternativet. En kund med frikort som väljer att hämta ut sin medicin på ett apotek som tar 50 kronor i marginal snarare än i ett apotek som tar ut 30 kronor får då betala mellanskillnaden, det vill säga 20 kronor. En kund med frikort som väljer det billigare apoteket behöver inte betala någonting.
- Ett referensprissystem ger patienterna en god försäkring av läkemedelskostnaderna. Samtidigt får apoteken goda incitament att hålla låga marginaler, att endast erbjuda sådan kvalitet som kunderna vill betala för samt att hålla ned sina kostnader. Ett referensprissystem är teknik-neutralt och främjar övergång till postorderförsäljning, om sådan vore mer effektiv. De administrativa kostnaderna för att reglera handelsmarginalen kan undvikas.
- Genom ett krav på nationell prissättning garanteras att även glesbygden får läkemedel till konkurrenskraftiga priser.
- Apoteken kan även regleras att ta ut en enhetlig marginal på alla typer av expedieringar, samt att tydligt annonsera denna marginal, för att underlätta prisjämförelser.
- Att prisreglering valts, snarare än priskonkurrens med justerad subvention, kan sannolikt förklaras av det politiska målet om att läkemedelspriserna ska vara lika i alla butiker har givits mycket hög prioritet. Nedan kommer vi att utgå ifrån att apoteksmarknaden ska prisregleras och fråga oss hur en prisreglering bör utformas.
- Även en prisreglering kan hålla ned apotekens marginaler och samtidigt ge apoteken incitament att tillhandahålla den kvalitet (t.ex. tillgänglighet) som är samhällsekonomiskt rimlig. Man måste då beakta att det uppstår en mållkonflikt, eftersom höga marginaler ger företagen incitament att tillhandahålla en god kvalitet. Utformningen av prisregleringen påverkar även apotekens incitament till kostnadskontroll.
- Eftersom man har flera olika och delvis motstridiga mål för regleringen - olika aspekter av tillgänglighet, kostnadskontroll och fördelningspolitik -

³⁴ Se Björnerstedt, 2006, Konkurrens och kvalitet. En översikt, rapport 2006:5, Konkurrensverket.

är det viktigt att inventera vilka instrument som står till buds för regleringen. Ju fler instrument som kan användas, desto mer sannolikt är det att man kan nå god måluppfyllelse i samtliga dimensioner. Grovt uttryckt finns det två typer av instrument, nämligen (i) hur hög ersättning man medger apoteken, och hur ofta nivån revideras för att ta hänsyn till förändringar i t.ex. företagets kostnader samt (ii) hur man kan knyta ersättningen till den kvalitet (t.ex. tillgänglighet) som apoteken erbjuder.

- Även med en prisreglering fyller konkurrens en viktig roll. För det första måste apoteken erbjuda en god kvalitet för att locka till sig kunder. Det minskar behovet av central styrning av apotekens kvalitetsval. För det andra förbättras apotekens incitament till kostnads kontroll genom att deras ersättning knyts samtliga apoteks kostnader (så kallad måttstockskonkurrens).

6 Utformning av en reglering: Handelsmarginalens nivå

Vi kommer i det här kapitlet att diskutera hur den totala ersättningsnivån till apoteken bör fastställas. I medeltal har Apoteket AB ersatts med cirka 50 kronor per förpackning och totalt har man fått en ersättning på cirka 4 miljarder kronor för att sälja receptbelagda läkemedel. Den fråga vi ställer oss är hur man ska gå till väga för att avgöra om (medel)ersättningen behöver höjas, och i så fall hur mycket, eller om den tvärt om kan sänkas, givet de mål samhället har för tillgänglighet.

6.1 Tillgänglighetsreglering är bättre än lönsamhetsreglering

6.1.1 Lönsamhetsreglering

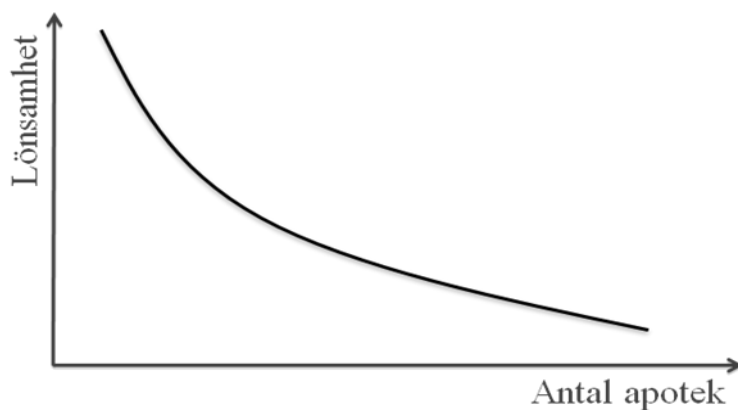
Regeringen angav i sin proposition att den nya apoteksmarknaden ska styras med en lönsamhetsreglering. Det betyder att regleringsmyndigheten, TLV, ska sätta en handelsmarginal i syfte att garantera att apoteken får en rimlig avkastning (se kapitel 2).

Vi menar att en dylik lönsamhetsreglering leder fel. Den långsiktiga avkastningen på en avreglerad marknad kommer att bestämmas på den internationella kapitalmarknaden. Om TLV sätter en (säg) hög handelsmarginal i syfte att garantera en avkastning som ligger över marknadens avkastningskrav så kommer apoteken svara med att öka antalet butiker. Om den höga handelsmarginalen förväntas ligga på en långsiktigt hög nivå kan man även förvänta sig att nya aktörer etablerar sig på marknaden. Till följd av nyöppningar och nyetableringar kommer avkastningen att på sikt sänkas ned mot marknadens avkastningskrav.

Resonemanget kan åskådliggöras i några figurer. Den nedåtlutande kurvan i Figur 2 nedan visar att lönsamheten eller avkastningen sjunker ju fler butiker eller aktörer som etableras på marknaden, givet att handelsmarginalen (apotekens ersättning per expedierad förpackning) ligger fast på en viss nivå.

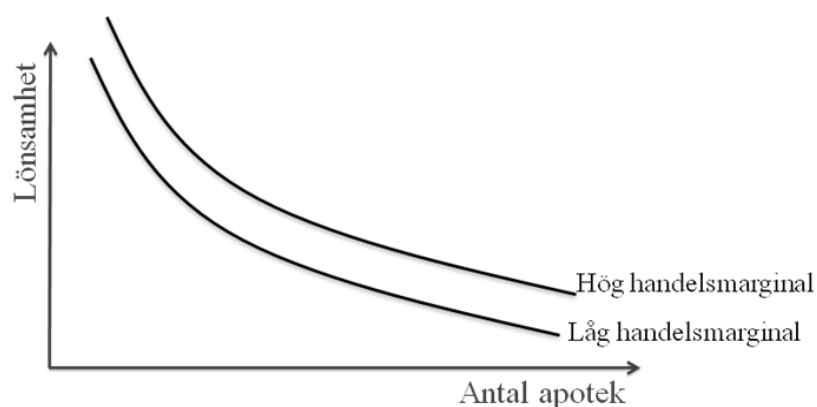
Orsaken är att fler butiker innebär ökade kostnader såväl i form av personal och lokaler som i form av transporter och lager.

Figur 2. Sambandet mellan lönsamhet och antal apotek



Figur 3 illustrerar att en högre handelsmarginal leder till ökad lönsamhet oavsett hur många apotek som finns på marknaden.

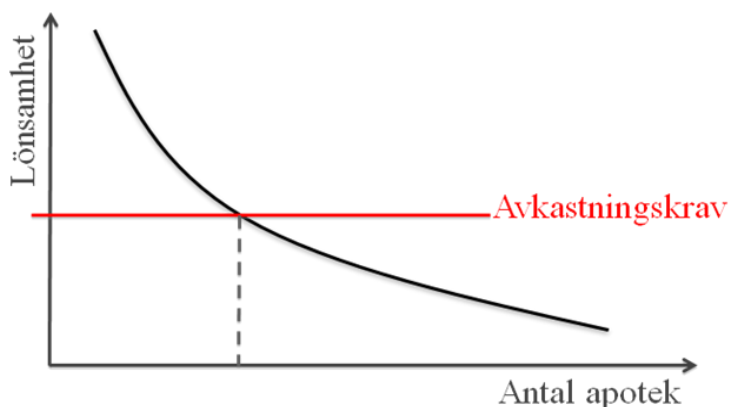
Figur 3. Högre handelsmarginal leder till högre lönsamhet för ett givet antal apotek



Företagens avkastningskrav som bestäms på de internationella kapitalmarknaderna illustreras av den horisontella linjen i figur 4. Att avkastningskravet är en horisontell linje beror på att avkastningen på de

internationella kapitalmarknaderna inte påverkas av antalet apotek på den svenska apoteksmarknaden.

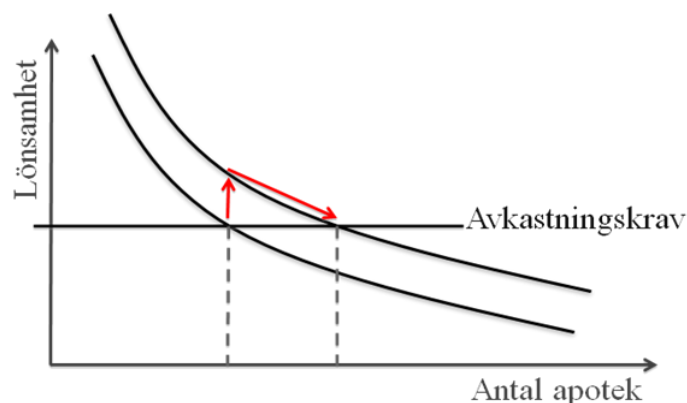
Figur 4. Marknadens avkastningskrav och antal apotek



Antalet apotek som kommer att etableras bestäms av skärningspunkten mellan marknadens avkastningskrav och sambandet avkastning—butikantal. Om antalet apotek skulle vara färre än så kommer avkastningen på den svenska apoteksmarknaden att vara högre än på kapitalmarknaden, vilket kommer att locka till sig mer kapital och ett ökat antal apotek. I takt med att apoteken blir fler sjunker avkastningen ned mot jämviktsnivån. Om antalet apotek istället skulle vara för stort i utgångsläget så skulle avkastningen på den svenska apoteksmarknaden vara för låg vilket skulle föranleda nedläggning av butiker och eventuellt ett utträde av vissa aktörer från marknaden.

Om TLV skulle öka handelsmarginalen för att öka lönsamheten på den svenska apoteksmarknaden så skulle lönsamheten på kort sikt mycket riktigt stiga (den uppåtriktade pilen i figur 5). På lite sikt skulle apoteken öppna nya butiker och nya aktörer skulle etablera sig på marknaden, varvid lönsamheten börjar sjunka ned mot kapitalmarknadens avkastningskrav längs det nya högre sambandet för lönsamhet—butikantal. (Längs pilen som pekar nedåt och till höger i Figur 5.)

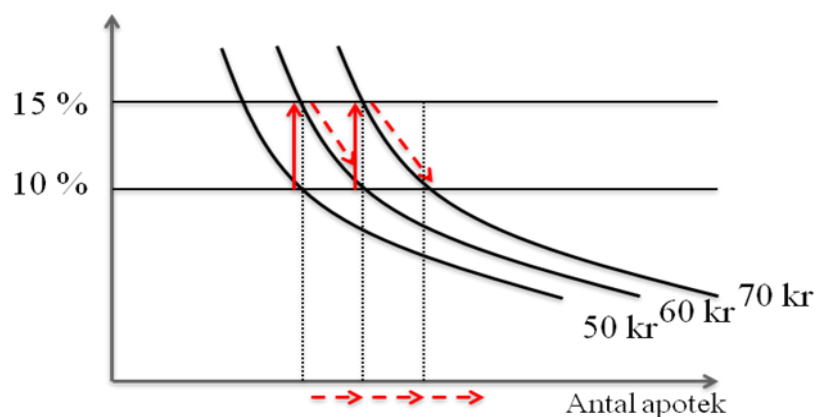
Figur 5. Kort- och långsiktig anpassning till ökad marginal



Det här betyder att om TLV försöker styra mot en viss avkastning som skiljer sig från den marknadsmässiga så kommer man inte att lyckas. Det är inte helt enkelt för en regleringsmyndighet att observera vad den marknadsmässiga avkastningen är eftersom den bland annat måste korrigeras för hur marknaden värderar de risker som finns på en viss enskild marknad. Internationella jämförelser är svåra bland annat eftersom olika länder har olika regleringar av marknaden.

Antag till exempel att myndigheten skulle försöka uppnå 15% avkastning när marknads krav är 10%. Antag vidare att man börjar med att tillåta apoteken ta ut en avgift om 50 kronor per expediering. Man noterar då att lönsamheten är lägre än den avsedda och beräknar att man måste öka apotekens avgift till 60 kronor. Lönsamheten stiger initialt för att efter en viss tid falla tillbaka till jämviktsnivån. Den enda skillnaden är att antalet apotek har ökat. Man noterar återigen att lönsamheten är lägre än den avsedda och ökar apotekens avgift till 70 kronor, vilket ökar antalet apotek ytterligare utan att påverka lönsamheten. Om styrningen mot en viss avkastning skulle ske i blindo skulle processen kunna fortsätta i det oändliga.

Figur 6. Långsiktiga effekter av styrning mot ett för högt avkastningsmål



Vår slutsats är således att man inte kan använda handelsmarginalen för att styra mot en viss lönsamhet. Lönsamhetsreglering fungerar inte.

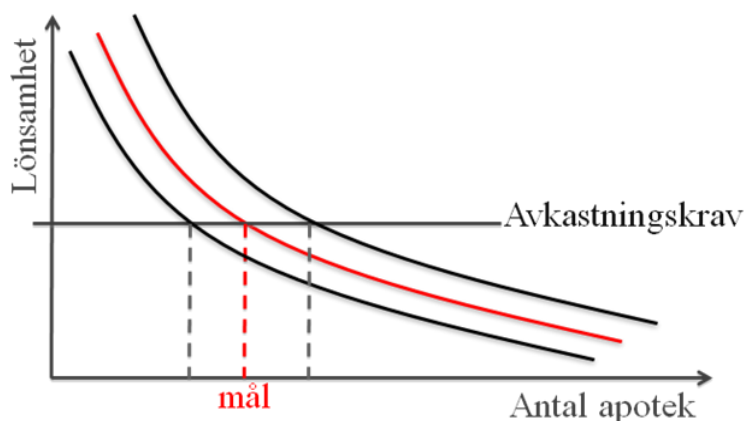
6.1.2 "Tillgänglighetsreglering"

Enligt vår uppfattning måste man vända på perspektivet. Lönsamheten bestäms på lite sikt av de internationella kapitalmarknaderna. Politik sambandet är huvudsakligen ett samband mellan handelsmarginal och tillgänglighet. Ökar man handelsmarginalen kommer tillgängligheten (antalet apotek) att öka. Minskar man handelsmarginalen kommer tillgängligheten att minska.

Vi menar därför att regleringsmyndigheten bör tillämpa en tankeram som innebär att man använder handelsmarginalen för att styra mot en önskad tillgänglighet. Detta torde dessutom ligga väl i linje med de politiska målen som just är att förändra tillgängligheten på den svenska apoteksmarknaden.

En tillgänglighetsreglering kan åskådliggöras i samma typ av figur som vi använde ovan (se Figur 7).

Figur 7. Tillgänglighetsreglering – önskat antal apotek bestämmer apoteksmarginalen



Man bör således ha ett tydligt mål för tillgängligheten. Myndigheten får sedan bestämma en viss handelsmarginal som man tror kommer att leda till detta mål. Efter en viss tid får man läsa av tillgängligheten på marknaden och anpassa handelsmarginalen uppåt eller nedåt beroende på om utfallet underskrider eller överskrider målet.

Självklart kräver en dylik regleringsmodell en mängd information och en del beräkningsarbete, precis som alla andra regleringsmodeller. Vi kommer att gå in i viss detalj nedan.

6.2 En modell

6.2.1 En enkel modell

En enkel modell illustrerar hur en tillgänglighetsreglering skulle kunna fungera. Låt \tilde{K} beteckna den mängd kapital som krävs per butik och låt \tilde{C} beteckna avkastning. Låt C beteckna den totala driftskostnaden per butik, till exempel i form av löner och hyror. Med N butiker på marknaden kommer den totala kostnaden således att vara $C \cdot N$. Låt L vara det totala antalet förpackningar som säljs i landet och m vara handelsmarginalen, uttryckt i kronor per förpackning. Totala intäkter kommer då att ges av $m \cdot L$.

På kort sikt är antalet apotek givet och avkastningen bestäms på den svenska apoteksmarknaden. Låt denna kortsiktiga avkastning betecknas \tilde{r} . Den kortsiktiga avkastningen bestäms av

$$\tilde{r} \cdot K = \frac{m \cdot L}{N} - C.$$

Denna ekvation anger att den kortsiktiga ersättningen till investerat kapital (per butik) utgörs av skillnaden mellan intäkter och kostnader (per butik). Genom att dela båda sidor med \tilde{K} kan samma formel kan även skrivas

$$\tilde{r} = \frac{m \cdot L}{N \cdot K} - \frac{C}{K}.$$

Detta är i själva verket endast en omskrivning av den nedåtlutande kurvan i figurerna ovan. Den anger en relation mellan avkastning \tilde{r} och antalet apotek \tilde{K} , givet en viss handelsmarginal m .

På lång sikt är avkastningen given av den internationella kapitalmarknaden. Beteckna denna nivå med r^* och vi får istället en anpassning av antalet apotek så att en jämviktsnivå $N(r^*, m)$ uppstår. Jämviktsnivån beror både på kapitalmarknadens avkastningskrav och handelsmarginalen. Mer precist kommer antalet apotek att ges som lösning till:

$$r^* = \frac{m \cdot L}{N(r^*, m) \cdot K} - \frac{C}{K}.$$

Om det politiska målet är att antalet butiker ska vara N^* krävs med andra ord att man anpassar handelsmarginalen så att $N(r^*, m) = N^*$. Den nödvändiga handelsmarginalen blir således:

$$m = \frac{(r^* \cdot K + C) \cdot N^*}{L}.$$

För att bestämma handelsmarginalen enligt denna modell krävs således att regleringsmyndigheten skattar avkastningskravet samt kapitalåtgång och driftskostnader per butik. Dessutom krävs en målformulering för tillgängligheten i termer av antalet butiker.

Det ska betonas att denna modell är oerhört förenklad och inte tar hänsyn till en mängd omständigheter. Bland annat tas inte hänsyn till att existerande kedjors etableringsbeslut grundas på i vilken utsträckning deras nya butiker stjäl kunder från egna eller konkurrerande kedjors butiker. Vidare beaktas inte att fler butiker leder till ökad efterfrågan och den konkurrens i service som kan förväntas påverka såväl antalet sålda förpackningar som driftskostnaderna. Ingen åtskillnad görs mellan stad och landsbygd. Inte heller beaktas vinsten av handelsvaror och möjlighet att locka in kunder till butiker som säljer annat.

För att ta hänsyn till dylika faktorer krävs en mer avancerad modell som vi diskuterar nedan.

6.2.2 Den enkla modellen i arbete

Vi menar att modellen ovan bör användas iterativt för att utvärdera utfall, uppdatera målet för tillgänglighet och beräkning av ny handelsmarginal.

Återigen, den enkla modellen kan beskrivas med följande formel:

$$m = \frac{(r^* \cdot K + C) \cdot N^*}{L}.$$

Arbetet består i ett antal iterativa steg:

Initialt steg: I ett första steg söker man skatta samtliga variabler på höger sida, inklusive målet för antalet apotek. Man är väl medveten om att t.ex. skattningen av avkastningen är mycket osäker bland annat eftersom det är svårt att bedöma kapitalmarknadens värdering av riskerna på den svenska apoteksmarknaden.

Styrning: Man beräknar den handelsmarginal som krävs för att nå målet.

Utvärdering: Efter en viss tid kan man notera att antalet apotek avviker från målet. Låt säga att det blev färre butiker än väntat. Man får då uppdatera de skattningar som ligger till grund för modellen. Till exempel kan man bättre skatta avkastningskravet genom att beräkna den ersättning för risk som kan förklara det observerade utfallet. En förklaring till den låga tillgängligheten är att avkastningskravet är högre än vad man förväntat sig.

Uppdatering: Modellen förses med nya värden. Det större avkastningskravet innebär att tillgängligheten är dyrare än väntat, vilket innebär att marginalen måste höjas. Observera att den högre kostnaden kan föranleda att man skriver ned målet för tillgängligheten något.

Styrning: Beräkna ny handelsmarginal, baserat på ny information och nytt mål för tillgängligheten.

Utvärdering: Som ovan. Och så vidare.

Detta iterativa arbetssätt innebär att modellen gradvis förfinas genom allt mer precis information om sambanden på marknaden. Dessutom kommer förändringar i marknaden, till exempel förändrade kostnader, att arbetas in.

I avsnitt 7 återkommer vi till frågan om hur ersättningsnivån bör revideras. Vi argumenterar för att revisionerna kan genomföras relativt ofta. Nackdelen med frekventa revisioner är att de kan leda till sämre incitament för företagen att hålla låga kostnader, eftersom man snabbt blir kompenserad för kostnadsökningar. Vi menar dock att detta problem inte behöver vara så stort på apoteksmarknaden, dels på grund av att ersättningen till ett visst apotek inte behöver knytas till detta apoteks egna kostnadsnivå utan istället till kostnadsnivån på marknaden, dels på grund av att ersättningen inte behöver revideras med anledning av ändrade bokförda kostnader utan med ledning av ändrad tillgänglighet (som beror på kostnadsläget).

6.2.3 En mer realistisk modell

Den enkla modellen ovan kan utvecklas till en mer realistisk simuleringsmodell av den svenska apoteksmarknaden. I så fall bör målet vara att utveckla en modell som med rimligt hög säkerhet kan förutsäga vad som kommer att hända på marknaden om marginalen justeras eller om andra förändringar inträffar.

Eftersom anpassningar sker på marginalen är det bättre att utforma en modell som efterliknar en marginell butik än en genomsnittlig. I det här sammanhanget kan det betyda ett teoretiskt apotek som är representativt för dem som nyligen öppnats.

Modellen kan baseras på uppskattade kostnader och intäkter för nyligen etablerade apotek. På intäktssidan kan apoteksmarginalen beräknas tämligen exakt, eftersom försäljning av receptbelagda läkemedel måste registreras. Försäljning av receptfria läkemedel och fria handelsvaror kan däremot behöva uppskattas, beroende på vilka data TLV kan begära in från apoteken. På kostnadssidan gäller på samma sätt att personal- och lokalkostnader kan behöva uppskattas, liksom andra viktiga kostnadsposter.

Regleraren har fördel av att kunna observera hur antalet apotek förändras över tiden. Om modellen indikerar att nyetablering är olönsam, samtidigt som antalet apotek faktiskt ökar, så måste modellen justeras. I princip kan den iterativa metod som beskrevs ovan användas för att förfinas modellen.

Om regleraren (och politikerna) har ambitionen att inte bara påverka det totala antalet apotek, utan också påverka deras fördelning över landet, så kan det finnas anledning att utveckla modeller för flera apotekstyper. En modellvariant kan vara anpassad för kärnorna av de större städerna, en annan kan vara för en förortslokalisering, en tredje för lokalisering vid ett externt köpcentrum och en fjärde för en mindre tätort. Och så vidare. En litet mer differentierad modell av den här typen kan användas för att prognosticera effekterna av, exempelvis, att geografiskt differentiera ersättningsnivån eller att kombinera en ersättning per förpackning med en ersättning per apotek eller per öppettimme. (I nästa kapitel diskuterar vi bland annat geografisk differentiering av apoteksmarginalen.)

Det kan finnas anledning att närma sig en önskvärd tillgänglighetsnivå gradvis och att i modelluppdateringen ta hänsyn till att det tar tid att etablera nya butikslägen. En svagare respons än förväntat kan ju bero på att en ny jämvikt ännu inte hunnit infinna sig. Om regleraren då höjer ersättningen, för att nå den önskade tillgänglighetsnivån, kan det leda till att målet så småningom överträffas. Visserligen kan ersättningen då sänkas, för att minska antalet apotek, men detta leder till onödiga anpassningskostnader. Det kan också uppstå ett politiskt tryck på att behålla den höga ersättningen, för att de nya apoteken ska kunna överleva.

6.2.4 Hur bestämma målet för tillgängligheten?

En fördel med en mer realistisk modell är att den även kan användas för att bestämma målet för tillgängligheten. Modellen ger dels en uppskattning av kostnaden för ytterligare ett apotek, dels en uppskattning av samhällets kostnad (ökningen av total apoteksmarginal) per nyetablerat apotek.

På intäktssidan – och svårare att uppskatta – finns den ökade konsumentnyttan av ytterligare ett apotek. En ansats kan vara att fråga ett slumpmässigt urval av konsumenter om tidsåtgången för att besöka apotek och att använda de tidskostnadsfaktorer som används i transportekonomiska analyser. Emellertid måste också *minskningen* i tidsåtgång som blir konsekvensen av det nya apoteket uppskattas. Därtill finns andra kostnader förknippade med dålig tillgänglighet: att läkemedel köps senare än vad som vore optimalt och att läkemedel inte köps alls. Man kan också tänka sig att sjuka människor avstår från att besöka läkare därför att det tar tid att därefter skaffa läkemedel.

En studie av tillgängligheten på den belgiska apoteksmarknaden indikerar att ökad tillgänglighet kan leda till ökad användning av läkemedel. En första uppgift är att uppskatta storleken på denna effekt i Sverige samt att uppskatta det samhällsekonomiska värdet av den ökade konsumtionen.

En mer avancerad ekonometrisk modell skulle kunna användas för att uppskatta alla dessa komponenter av konsumentnytta; se Schaumans och Verbovens uppsats, som vi hänvisat till i fotnot 6 ovan.

6.2.5 Tillgänglighetsmodellen och administrativa sänkningar av generikapriserna

Apoteksmarknadsutredningen (SOU 2008:4) föreslog att prismodellen för generiska läkemedel skulle ändras. Istället för det auktionsliknande förfarandet på den nationella marknadsplatsen föreslog man en "norsk" modell för administrativa sänkningar av generikapriserna. När ett patent löpte ut och när stabil generisk konkurrens etablerats skulle priset (AUP) schablonmässigt sänkas med en viss procentsats i förhållande till det pris som gällt under patenttiden. Ytterligare en sänkning skulle ske sex månader senare och sänkningarnas storlek skulle bero på värdet av den aktuella substansens omsättning. Priset mellan tillverkare och apotek, AIP, skulle fastställas genom förhandlingar mellan dessa och parterna skulle ha skyldighet att rapportera in det avtalade priset till TLV. TLV skulle vidare ha viss rätt att ytterligare justera priset uppåt eller nedåt. Ett och samma pris (AUP) skulle gälla för alla generikatillverkare.

Förslaget mötte kritik bl.a. därför att det ansågs att TLV skulle ha svårt att genomskåda de avtal som ingicks och att det nominellt avtalade priset därför skulle kunna bli väsentligt högre än det faktiska priset. Exempelvis skulle tillverkarna kunna ge apotekskedjorna dolda rabatter. Apotekskedjorna skulle kunna göra stora vinster men konsumenter och samhälle skulle få betala alltför mycket. Samtidigt var många bedömare eniga om att apotekskedjorna sannolikt skulle kunna köpa in generiska läkemedel till ett lägre pris än det som skulle etableras på en nationell marknadsplats.

I kombination med den styrningsmodell vi skissar på i detta kapitel skulle det emellertid inte vara något stort problem om apotekskedjorna gjorde stora vinster på generiska läkemedel.

Antag att lönsamhetskalkyler pekar på att apoteken behöver ersättas med 50 kronor per förpackning för att antalet apotek ska bli det önskade och att kalkylerna också överensstämmer med verkligheten. Antag vidare att apotekskedjorna är framgångsrika i sina förhandlingar med generikatillverkarna. Vi antar att de är så framgångsrika att de lyckas pressa priserna så mycket att det ger dem en ytterligare marginal motsvarande fem kronor per förpackning (utslaget på alla förpackningar). Vidare antar vi att de genom fiffiga avtalskonstruktioner helt och hållet lyckas dölja detta för TLV.

Då blir det mer lönsamt att etablera apotek och antalet apotek kommer därför så småningom att överstiga målet. Regleraren kan då dra slutsatsen att kostnaderna för apoteksverksamheten är lägre än man tidigare förmodat. Regleraren kanske inte kan avgöra om detta beror på att avkastningskravet är lägre, om kostnaden för generika är lägre, eller om det finns någon annan förklaring. Men det spelar ingen roll, det räcker att regleraren konstaterat att antalet apotek överstiger målet. Därmed kan ersättningen minskas, vilket kommer att leda till att antalet apotek åter minskar. Möjligen kan den minskade kostnaden leda till att målet justeras upp något, så att minskningen kan bli något mindre än den annars skulle vara.

Slutsatsen är alltså att den "norska" modellen hade kunnat fungera bra tillsammans med en styrning av apoteksmarginalen mot tillgänglighet.

6.3 Prissättningsmodellen och försäljningen av butiker

Arbetet med att ta fram en ersättningsmodell för den nya apoteksmarknaden pågick samtidigt med försäljningen av butiker till privata intressenter. TLV har nu redovisat hur marginalen ska beräknas i ett inledningsskede (<http://www.tlv.se/apotek/apotekets-marginaler/>). Däremot har man ännu inte redovisat hur dessa nivåer ska revideras i framtiden.

Vi menar att det hade funnits skäl att arbeta fram en ersättningsmodell innan marknaden öppnades och butiker såldes.

Ett skäl är att tydliga regler rörande ersättningen torde ha minskat osäkerheten för de aktörer som räknat på att etablera sig på marknaden, både genom att öppna nya butiker och genom att köpa gamla butiker. Mindre osäkerhet skulle i förlängningen även ha kunnat påverka försäljningspriserna.

Ett annat skäl är TLV möjligen skulle ha kunnat känna sig friare att ändra ersättningssystemet i jämförelse med tidigare om förändringarna inte skulle ha kommit efter det att många aktörer hunnit fatta irreversibla beslut om att etablera sig på marknaden.

6.4 Slutsatser

- Utgångspunkten för handelsmarginalen bör inte vara att garantera apoteken en viss lönsamhet. Den långsiktiga lönsamheten bestäms huvudsakligen på internationella kapitalmarknader. Att försöka hålla en alltför hög eller låg lönsamhet på den svenska apoteksmarknaden skulle på lång sikt endast resultera i en över- respektive underetablering.
- Utgångspunkten för handelsmarginalen bör istället vara att styra tillgängligheten på apoteksmarknaden. Ersättningen bör höjas när tillgängligheten är för låg och sänkas när tillgängligheten är för hög.
- För att TLV ska kunna styra mot tillgänglighet krävs att man formulerar mål för tillgängligheten. Politikerna bör avkrävas ett något mer preciserat ställningstagande om hur god tillgängligheten bör vara.
- Vilken tillgänglighet som är samhällsekonomiskt optimal beror dels på kostnaderna för att etablera ytterligare apotek, dels på den konsumentnytta de tillkommande apoteken ger upphov till (i form av kortare restid med mera).
- En väl underbyggd bedömning av optimal tillgänglighet fordrar att såväl konsumentnytta som kostnader kan uppskattas, vilket i sin tur kräver relativt kvalificerat analysarbete. Ett alternativ är att överlåta åt marknaden och konsumenterna att avgöra hur god tillgängligheten ska

varas, i enlighet med de förslag om reformerad subvention som vi presenterade i föregående kapitel.

- På kort sikt bör lönsamheten i apoteksmarknaden följas upp. Syftet ska vara att prognostisera utvecklingen av tillgängligheten på apoteksmarknaden. När lönsamheten blir större än väntat kan man förvänta sig nyetableringar. Om sådana inte är önskvärda finns det anledning att sänka ersättningen.
- Det vore fullt möjligt att ge apoteken ansvar för att själva förhandla om priser med generikatillverkarna. Eventuella förhandlingsvinster kommer kunderna och skattebetalarna till godo genom så kallade claw-backs, inbyggda i tillgänglighetsmodellen.
- TLV har redovisat hur ersättningen ser ut i kronor och ören idag, inte vilka principerna är, vilket är avgörande för att förstå hur ersättningen kommer att revideras i framtiden. Detta ger dålig förutsägbarhet för apoteken och kan hämma investeringsincitamenten.

7 Utformning av en reglering: Handelsmarginalens struktur

I kapitel 6 diskuterade vi ersättningens nivå men förenklade diskussionen genom att anta att handelsmarginalen endast består av en ersättning i kronor per förpackning. I själva verket kan handelsmarginalen utformas på många olika sätt genom att inkludera en mängd olika komponenter. Några exempel är att basera ersättningen på värde snarare än förpackning eller att basera ersättningen på antalet butiker och att göra åtskillnad mellan stad och landsbygd. Vi kommer här diskutera för- och nackdelar med en del av dessa komponenter.

Vi ska även nämna att den simuleringsmodell som vi skissat ovan kan användas för att närmare studera de kvantitativa effekterna av dessa olika konstruktioner på tillgängligheten. Vi inleder med att först beskriva den ersättningsstruktur som används idag.

7.1 Dagens ersättningsstruktur

Apoteksmarginalen är skillnaden mellan apotekens inköpspris (AIP) och försäljningspris (AUP). Huvudregeln är att TLV fastställer denna marginal när det gäller receptbelagda läkemedel och andra artiklar som ingår i högkostnadsskyddet.

Ersättningen är olika för läkemedel, generiska och utbytbara läkemedel, stomiartiklar och förbrukningsartiklar. Vi fokuserar här på marginalen för läkemedel, den ekonomiskt mest bytande av de berörda grupperna.

7.1.1 Värde-trappan

Apotekens ersättning är prestationsbaserad. Genom att apotekens försäljningspris (AUP) överstiger apotekens inköpspris (AIP) och att apoteken får behålla mellanskillnaden, så utgår en ersättning per försåld förpackning.

Skillnaden mellan AUP och AIP ökar med varans värde, enligt den så kallade värde-trappan, på följande sätt:

Apoteksmarginalen/handelsmarginalen från och med 2009-11-01

Apotekets inköpspris (AIP) Apotekets utförsäljningspris (AUP)

≤ 75,00	$AIP \times 1,20 + 31,25$
> 75,00 - 300,00	$AIP \times 1,03 + 44,00$
> 300,00 - 6000,00	$AIP \times 1,02 + 47,00$
> 6000,00	$AIP + 167,00$

Källa: TLV, se <http://www.tlv.se/apotek/apotekets-marginaler/>

Lägsta möjliga ersättning för läkemedel är med andra ord ca 31 kronor. Högsta möjliga ersättning, 167 kronor, utgår när AIP uppgår till minst 6000 kronor.

Några konsekvenser

En uppenbar negativ konsekvens av att ersättningen ökar när priset på förpackningen ökar är att apoteken får ett intresse av att sälja dyrare förpackningar, snarare än billiga. Om vi exempelvis jämför två förpackningar som kostar 50 respektive 75 kronor, mätt som AUP, så kan man utifrån tabellen ovan räkna ut att apoteksmarginalen är 34,38 kronor för den billigare förpackningen och 38,54 kronor för den dyrare. Skillnaden är ca 12 procent.

En uppenbar negativ konsekvens av att ersättningen är knuten till antalet expedierade förpackningar är att apoteken har ett intresse av att sälja två små förpackningar snarare än en stor.³⁵ För att inte fresta apoteken att låta bli att lagerföra stora förpackningar föreslog Apoteksmarknadsutredningen att ersättningen skulle utgå per receptorderrad. Detta förslag återfanns inte i propositionen, men har sedermera återkommit. Frågan utreds för närvarande av TLV.

³⁵ Antag exempelvis att AIP för den lilla förpackningen är 50 kronor och dubbelt så mycket för den stora. Att sälja en liten förpackning ger en marginal på 41,25 kronor. Ersättningen för att sälja två förpackningar är följaktligen 82,50 kronor. Att istället sälja en stor förpackning med AIP lika med 100 kronor ger bara 47 kronor i marginal.

7.1.2 Generiska läkemedel

Apoteken får ersättning enligt värdetrappan även vid försäljning av generiska läkemedel.

- Värdetrappan gäller vid försäljning av månadens vara.
- Värdetrappan gäller vid försäljning av förra månadens vara under de första 15 dagarna av den nya perioden. (Under denna period tillämpas förra månadens pris.³⁶)
- Värdetrappan gäller även vid försäljning av andra generiska varor.

Enda undantaget från värdetrappan är således att apoteken inte får någon ersättning om man säljer förra månadens vara efter 15 dagar.

Notera att det inte utgår någon direkt ekonomisk bestraffning av apotek som expedierar fel generiskt läkemedel (bortsett från förra månadens vara efter 15 dagar).

Utöver ersättningen enligt värdetrappan tillkommer en extra ersättning på 10 kronor för utbytbara läkemedel. Motivet för denna "10-krona" är att kompensera apoteken för extrakostnader i samband med substitution. Denna extra ersättning utgår för alla läkemedel där generiskt utbyte kan förekomma, också om apoteket expedierar ett originalläkemedel.

Det huvudsakliga motivet för att också kompensera originalläkemedel är att originalet, utan 10-kronan, skulle kunna bli billigare för kunden än det alternativ till vilket generisk substitution ska ske.

7.1.3 Patenterade läkemedel

AIP

En förändring till följd av apoteksreformen är att TLV endast fastställer ett maximalt AIP för patenterade läkemedel. Apoteken får förhandla om rabatter med tillverkare och parallellimportörer. Förhoppningen är att detta ska öka apotekens marginaler och öka intresset för inträde på apoteksmarknaden.

Redan tidigare har landstingen kunnat förhandla om rabatter under det AIP som TLV fastställer. Man har i genomsnitt fått rabatter på ca tio [%] procent. En orsak till att dessa rabatter har varit möjliga är sannolikt att landstingen kan hota tillverkare med "terapeutisk substitution", det vill säga om man inte är nöjd med priset kan landstingen byta ett läkemedel mot ett annat som har samma

³⁶ Tidigare var det särskilt förmånligt för Apoteket AB att sälja ett generiskt läkemedel vars pris hade höjts sedan det beställdes. Apoteket fick i så fall sälja till det nya höga priset medan tillverkaren ersattes med det tidigare och lägre priset.

medicinska syfte och konsekvens men med en annan verkningsmekanism.³⁷ Eftersom apoteken inte kan hota med terapeutisk substitution gissar vi att man inte heller kommer att kunna tillskansa sig rabatter i någon större utsträckning.

Apoteken kan möjligen hota tillverkarna med att byta till parallellimporterade läkemedel. Det är dock inte sannolikt att heller detta hot kommer att leda till några rabatter under det AIP som TLV fastställer. Orsaken är att tillverkarna redan tar hänsyn till hotet från parallellimporten i sin prissättning (AIP) i såväl Sverige som i andra europeiska länder.

Skulle olika apotek visa sig vara olika skickliga i att få tillgång till parallellimporterade läkemedel skulle man dock kunna tänka sig att tillverkarna höjer AIP i Sverige och istället förhandlar om selektiva rabatter med enskilda apotek. En risk med en dylik strategi är dock att ett högre AIP kan innebära att TLV inskränker subventionen.

Vår slutsats är med andra ord att apoteken sannolikt inte kommer att kunna förhandla till sig några större rabatter under det AIP som fastställs av TLV.

AUP

Huvudregeln är att apoteken inte får konkurrera med priser på varor som omfattas av subventionen. TLV fastställer således AUP för generiska läkemedel och för patenterade läkemedel som bjuds ut direkt av tillverkarna i Sverige. Det finns dock ett undantag. Apoteken får underskrida det max-AUP som fastställs av TLV för parallellimporterade läkemedel.

Med det system som var i kraft före apoteksmarknadsreformen var apoteken tvingade att genomföra generisk substitution till ett parallellimporterat alternativ, om ett sådant var tillgängligt. Den stora vinsten med detta system var att tvinga tillverkarna att sänka sina AIP på de läkemedel som de säljer direkt i Sverige, för att förhindra parallellimporten. Det är med andra ord i första hand hotet om konkurrens från parallellimport snarare än faktisk parallellimport som leder till en vinst för samhället.

Till detta kommer en mindre vinst till följd av den faktiska parallellimporten eftersom priset i exportländerna, bland annat Grekland och Spanien, är lägre än priset i Sverige. Denna vinst kan, beroende på olika tillfälligheter, ha tillfallit olika aktörer. I den mån tillgången till läkemedel är god i exportländerna och i den mån parallellimportörerna tvingas konkurrera med varandra tillfaller vinsten av parallellimporten konsumenterna. I den mån dylik konkurrens saknas tillfaller denna vinst antingen importörerna själva eller grossisterna i exportländerna.

Med det nya systemet är det apoteken som bestämmer AUP på parallellimporterade läkemedel och något tvång att köpa in sådana föreligger inte. Därmed kan förhandlingsmakten – och vinsten av parallellimporten – i viss

³⁷ En annan förutsättning för rabatterna är sannolikt att rabatterna inte är del av andra länders referenspriser.

mån överförs från importörerna till apoteken. Liksom tidigare måste patienterna få några kronor för att motiveras att köpa parallellimporterat. En förutsättning för detta torde vara att tillgången till läkemedel för export är god i exportländerna.

Däremot tror vi inte att apotekens fria prissättning av parallellimport kommer att leda till någon stark priskonkurrens. Orsaken är att det blir svårt för apotek att profilera sig med låga priser på ett sådant litet segment och att subventionen ändå inte ger kunderna incitament att söka låga priser i avsaknad av ett referensprissystem mellan apotek (se vårt förslag i avsnitt 5.2).

Vår slutsats är att den fria prissättningen av parallellimporterade läkemedel sannolikt inte kommer leda till någon priskonkurrens mellan apoteken. Möjligen kan systemet överföra en del vinster från parallellimportörer till apotek. Om så sker kan apoteksmarginalen sättas något lägre än den annars skulle ha behövt vara, enligt analysen i kapitel 6.2.5. Därmed kan samhället tillgodogöra sig en något större andel av vinsten av parallellimport än tidigare.

7.2 Inledning till samhällsekonomisk analys av strukturen

Idag är apotekens ersättning i första hand knuten till antalet sålda förpackningar. Men det finns många alternativ att överväga. Apotekens ersättning kan knytas till en mängd olika faktorer:

- Prestation (antal expedieringar, minuter rådgivningstjänst)
- Kvalitet (antal butiker, antal öppna timmar, väntetider)
- Kostnader (apotekens bokförda kostnader)
- Omvärld (närhet till andra butiker, befolkningsunderlag, priskänslighet)

Frågan är vilka av dessa faktorer som bör ligga till grund för apotekens ersättning?

För att en viss faktor ska kunna ligga till grund för att bestämma ersättningen krävs att den kan observeras av TLV. Dessutom är det en stor fördel om ersättningen endast betingas på faktorer som TLV kan verifiera, för att besluten inte ska uppfattas som godtyckliga.³⁸

Vår analys av hur ersättningens struktur bör utformas fokuserar på tre frågor:

- hur strukturen påverkar läkemedelsanvändningen (avsnitt 7.3),

³⁸ Kravet på verifikation blir absolut i den mån som TLV:s beslut kan överklagas i domstol. Vi har inte haft möjlighet att utreda hur rätten till överklaganden ser ut. Men åtminstone om systemet utformas på sådant sätt att TLV måste fatta beslut om enskilda apoteks ersättning så torde besluten kunna överklagas av berörda apotek.

- hur strukturen styr apoteken att tillhandahålla god tillgänglighet och hålla ned sina kostnader (avsnitt 7.4) samt
- hur strukturen påverkar bytet till billiga läkemedel inom olika utbytesgrupper (avsnitt 7.5).

Av skäl som vi diskuterar i avsnitt 7.4.1 så menar vi att apotekens ersättning i första hand bör knytas till prestation, antalet sålda förpackningar eller receptorderrad. Detta kommer att vara en utgångspunkt för analysen redan när vi diskuterar hur läkemedelskonsumtionen bör styras.

7.3 Hur läkemedelskonsumtionen bör styras

Det pris som kunden får betala styr i viss mån läkemedelsanvändandet, det vill säga läkarens beslut att förskriva ett visst läkemedel och patientens beslut att köpa det. Denna styrning sker i huvudsak genom läkemedelsföretagens prissättning (AIP), läkemedelssubventionen och landstingens budgeteringar.

Men även apotekens ersättning spelar sannolikt en viss roll. Den fråga vi ställer oss här är hur apotekens totala ersättning bör fördelas på olika typer av läkemedel för en samhällsekonomiskt effektiv styrning av läkemedelsanvändningen. Bör varje expediering ge apoteken samma ersättning oavsett läkemedel, eller bör man differentiera ersättningen på något sätt?

7.3.1 Att knyta ersättningen till kostnader

Man kan betrakta apotekens ersättning per prestation som summan av två komponenter, apotekens marginalkostnad för att utföra prestationen och ett påslag. Påslaget syftar till att täcka gemensamma kostnader men även till att styra apoteken att tillhandahålla önskad tillgänglighet. Apotekets pris för att expediera en viss förpackning är således:

$$AUP = AIP + MC + \text{påslag}$$

där MC betecknar apotekens marginalkostnad för att expediera ett visst läkemedel och påslaget avser apotekets påslag.

En god läkemedelsanvändning kräver bland annat att priset (AUP) reflekterar kostnaderna för läkemedlet, inklusive apotekens kostnader för att tillhandahålla läkemedel. Med andra ord bör AUP för olika läkemedel variera om apotekens marginalkostnader varierar mellan olika läkemedel. Kunderna (läkare och patienter) tvingas då att ta hänsyn till kostnaderna för att hantera läkemedel när de fattar sina beslut. Detta är en av principerna för så kallad Ramseyprissättning. (Se nedan.)

Sannolikt varierar apotekens kostnader med olika typer av läkemedel. Till exempel kan det vara dyrare att hantera läkemedel som måste hållas kylda. Ett annat exempel är att apotekens lager- och kassationskostnader är högre för läkemedel med högt AIP. Ytterligare ett exempel är att apotekens kostnader möjligen kan vara större för att hantera varor med obligatoriskt utbyte.

Vi menar dock att det kan finnas skäl att förenkla prisstrukturen genom att inte differentiera apotekens ersättning med hänsyn till skillnader i apotekens kostnader för att hantera olika läkemedel.

För det första har sannolikt en differentiering av priserna på denna grund en mycket liten effekt på läkemedelskonsumtionen, eftersom (i) många läkemedel är nödvändighetsvaror, (ii) konsumtionen är subventionerad och (iii) läkarna har ett diffust kostnadsansvar. För det andra har vi inte sett några uppgifter om att apotekens kostnader skulle variera kraftigt med hantering, inköpspris eller utbyte. För det tredje skulle TLV kunna ta hänsyn till eventuella större skillnader i hanteringskostnaden för olika läkemedel vid beslut om huruvida läkemedlet ska ingå i subventionen eller ej.

Ett undantag

Ett undantag från principen om enhetliga priser är att det skulle kunna finnas skäl att differentiera AUP beroende på om försäljningen sker i butik eller via postorder. Om kostnaderna för postorder är väsentligt lägre än kostnaderna för butiksförsäljning vore det önskvärt att skapa incitament till en övergång till postorder.

För att skapa dylika incitament skulle AUP för postorder behöva vara så pass mycket lägre än AUP för butik så att kunderna frivilligt väljer postorder. Samtidigt får AUP för postorder inte vara så lågt satt att apoteken väljer att inte tillhandahålla denna tjänst.

Att utforma ett dylikt system kräver med andra ord att regleringsmyndigheten har tillgång till relativt mycket information både när det gäller skillnaden i kostnader mellan de två systemen och när det gäller konsumenternas värderingar av att få sina varor med de två systemen.

Ett alternativ till en reglering för att skapa ett teknikneutralt system som inte kräver information är att tillåta fri prissättning (se vidare 5.2).

7.3.2 Att knyta ersättningen till priskänslighet

Apoteken måste även få ett påslag för att täcka sina fasta kostnader och för att ge dem incitament till att tillhandahålla önskvärd tillgänglighet.

I annan handel är det vanligt att företagen tar ut olika marginal på olika produkter. Så kan man naturligtvis göra även när det gäller läkemedel. Frågan är då hur den totala ersättningen till apoteken bör fördelas på olika typer av läkemedel.

Ramseyprissättning

Problemet med ett apotekspåslag utöver AIP och apotekens marginalkostnader är att användningen av läkemedel blir mindre än den samhällsekonomiskt effektiva nivån. Om konsumenterna är priskänsliga och om det finns fasta (gemensamma) kostnader som måste fördelas ut som ett påslag så är det i och för sig oundvikligt att en viss sådan konsumtionsminskning uppstår. Målet är då

att fördela påslagen mellan olika läkemedel så att den ineffektivitet som uppstår minimeras.

I många fall är en differentiering av påslaget önskvärd. Den samhällsekonomiskt optimala ersättningen—Ramseyprissättning—innebär att påslaget utöver marginalkostnaden ska sättas i omvänd proportion till produktens priskänslighet.³⁹ Med andra ord ska priskänsliga produkter belastas med en låg marginal, medan produkter där konsumenternas efterfrågan inte är priskänslig får tåla höga påslag. Hur höga marginalerna ska vara över lag bestäms av hur stor den totala ersättningen ska vara.⁴⁰

Med ett läkemedels priskänslighet menas hur mycket konsumtionen av detta läkemedel minskar om man ökar läkemedlets AUP med en krona. Att konsumtionen minskar kan både bero på att läkare blir något mindre benägna att skriva ut detta läkemedel och på att kunder med ett recept blir något mindre benägna att köpa läkemedlet. Om konsumtionsminskningen är liten säger vi att priselasticiteten är låg, annars är den hög.

Ramseypriser innebär således att man tar ut låga marginaler på priskänsliga läkemedel och höga marginaler på prisokänsliga läkemedel. Härigenom minimeras skadeverkningarna av den minskade läkemedelskonsumtionen, från den nivå som skulle ha gällt om priserna satts lika med läkemedlets (marginal-) kostnader. Konsumtionsbortfallet är en oönskad sidoeffekt av prisökningen.

Som vi redan tidigare nämnt har läkemedel över lag låga priselasticiteter. Det beror delvis på att många läkemedel har karaktär av nödvändighetsvara, men även på att läkarnas kostnadsansvar är otydligt och på grund av att kundernas priser är subventionerade. Det förhindrar inte att det ändå finns skillnader mellan olika läkemedel och att det därför i princip vore önskvärdt att differentiera handelsmarginalen i enlighet med dessa skillnader. Om läkemedlet A har hälften så hög priselasticitet som läkemedlet B bör marginalen vara dubbelt så hög för A som för B, oavsett om priselasticiteten är hög eller låg i jämförelse med andra varor. Exempelvis kommer läkemedel där kostnadsansvaret tenderar att vara decentraliserat till kliniknivå antagligen att vara mer priskänsliga än vad som gäller för läkemedel som vanligen betalas av en budgetpost som är gemensam för hela landstinget.

³⁹ För en tillgänglig beskrivning av Ramseyprissättning, se Viscusi m.fl., 2005, *Economics of Regulation and Antitrust*, 4e upplagen, MIT Press.

⁴⁰ Enligt Ramsey prissättning ska priset på ett visst läkemedel ges av

$$\frac{p_i - c_i}{p_i} = \frac{k}{\varepsilon_i},$$

där p_i är pris, c_i är marginalkostnad, ε_i är priselasticiteten och k är en konstant, gemensam för alla läkemedel, som anger hur höga marginaler som krävs för att garantera apoteken en viss total ersättning.

Vi föreslår enhetliga marginaler

Vi menar att man bör sätta samma marginal på alla läkemedel, i strid mot principerna för så kallad Ramseyprissättning.

För det första innebär de låga priselasticiteterna för läkemedel att de samhällsekonomiska kostnaderna av att sätta en enhetlig marginal på alla läkemedel istället för Ramseypriser sannolikt skulle vara små. Trots att de önskvärda skillnaderna i marginaler kan vara stora kan förlusten till följd av enhetliga priser ändå vara små.

För det andra innebär Ramseyprissättning att TLV skulle behöva estimerar priselasticiteter för samtliga läkemedel. Även om det vore görligt behöver det ske på ett sätt som inte leder till tvister mellan TLV och apotek eller tillverkare som kan ha ett intresse av en annan prissättning.

För det tredje innebär sannolikt läkemedelsföretagens prissättning att det finns en koppling mellan AIP och läkemedlens priselasticitet.

Sammantaget innebär detta att det sannolikt är bättre att förenkla apoteksersättningen med enhetliga marginaler än med en differentiering av marginalerna i enlighet med principerna för Ramseyprissättning.

Ett undantag

Ett undantag är att det möjligen finns skäl att lägga en större handelsmarginal på läkemedel med generisk konkurrens än på läkemedel med patentskydd.

Tillverkarna tillåts att sätta priser långt över produktionskostnaden för läkemedel med aktiva patent. Fördelen med de höga priserna är att de skapar incitament till forskning och utveckling. En icke önskvärd bieffekt är dock att de höga priserna minskar konsumtionen av dessa läkemedel under patentets giltighetstid. De patienter som ändå använder dessa läkemedel, trots de höga priserna, gör det på grund av att värdet för dessa patienter är särskilt högt. Att värdet är högt framgår dels av TLV:s och läkarnas beslut att patienterna i fråga får läkemedlet subventionerat, dels av patienternas egna val att betala 20-25% av ett högt pris.

Nackdelen med att lägga en hög apoteksmarginal på läkemedel med aktiva patent är att, i den mån ett högre AUP minskar konsumtionen så är det således konsumtion med ett mycket högt värde (över produktionskostnaderna) som trängs undan. Den samhällsekonomiska förlusten av den minskade läkemedelsanvändningen är med andra ord stor.

Priserna på läkemedel med generisk konkurrens ligger relativt nära produktionskostnaderna. Fördelen med att lägga en hög apoteksmarginal på läkemedel med generisk konkurrens är således att den eventuella konsumtion som trängs undan inte skapar så stora samhällsekonomiska förluster.

Ett argument för "10-kronan" är följaktligen att jämna ut de snedvridande effekterna av att priset överstiger marginalen mellan läkemedel med och utan

patent. Dock är sannolikt nivån (tio kronor) sannolikt för låg för att verkligen ha någon större effekt på läkemedelskonsumtionen.

7.4 Hur apoteken bör styras

7.4.1 Att knyta ersättningen till prestation

Grunden för dagens system är att apoteken får en ersättning per *prestation*, per såld förpackning, genom att kunderna får betala ett pris (AUP) som är högre än apotekens inköpspris (AIP) och att apoteken får behålla mellanskillnaden.

Andra konstruktioner är fullt möjliga, t.ex. en fast ersättning per butik. En sådan struktur skulle både kunna motiveras med att fler butiker leder till högre *kvalitet* i distributionen, närmare bestämt bättre tillgänglighet, och med att apotekens *kostnader* är relaterade till antalet butiker.

Vi ska dock omedelbart säga att vi tror att ersättning per prestation är en god grund. En orsak är att apoteken svårtligen kan manipulera sina försäljningssiffror. Försäljningen bestäms av kunderna baserat på hur väl apoteken tillhandahåller det kunderna önskar i form av t.ex. närhet och korta kötider. Apoteken får ingen ersättning utan att man bevisligen producerat en tjänst. Med en fast ersättning per butik finge vi sannolikt se många butiker med mycket kort öppethållande, i lägen där hyran är låg. Och hyran tenderar att vara låg när få människor enkelt kan ta sig till en sådan lokal.

En annan orsak är att apotekens ersättning bör göras så teknikneutral som möjligt. Det är inte omöjligt att postorder är billigare än att sälja läkemedel i butik. Därför bör ersättningssystemet inte motverka en övergång till postorder om en sådan övergång skulle leda till lägre kostnader.

Att ersättningen knyts till antalet expedierade förpackningar (prestation) innebär dock inte att kvalitet och kostnader är oviktiga variabler. Om ersättningen knyts till antalet expedieringar kan apotek med många butiker och ett vänligt bemötande räkna med högre ersättning. Och ersättningen per expediering måste naturligtvis anpassas så att apotekens totala kostnader utslaget per expediering blir täckta.

Det är även fullt möjligt att *mixa* – att knyta ersättningen till flera olika komponenter. Om kostnaden per expediering skiljer sig mellan olika läkemedel kan man även låta apotekens ersättning vara olika för olika läkemedel. Dagens system innehåller ett par exempel på en knytning till kostnader. Tio-kronan avser att kompensera apoteken för ökade kostnader för utbyte. Kopplingen till värde avser att kompensera apoteken för ökade lager- och kassationskostnader för läkemedel med högt AIP.

Ersättningen kan även betingas på olika faktorer med *fördröjning*. Även om ersättningen endast knyts till antalet expedieringar, kan ersättningen per expediering revideras med anledning av förändrade kostnader eller i syfte att påverka t.ex. antalet butiker så som beskrevs i avsnitt 6 ovan.

7.4.2 Att knyta ersättningen till kvalitet

Även om ersättningen endast knyts till prestation, till exempel genom en enhetlig ersättning per receptorderrad, och inte till kvalitet, kan man förvänta sig att apoteken kommer att tillhandahålla en god kvalitet, genom den konkurrens som kommer att finnas på marknaden. Man kommer inte att kunna expediera så mycket läkemedel om man inte har ett väl utbyggt butiksnät med goda öppettider.

Det finns flera fördelar med att inte knyta ersättningen direkt till kvalitet. Dels kan en sådan knytning leda till snedvridningar; butiker skulle t.ex. kunna öppnas även där ett tillräckligt kundunderlag saknas. Dels kräver en sådan knytning att kvaliteten enkelt kan mätas och eventuellt verifieras i domstol.

På grund av problemen med observation och verifikation är det svårt att låta ersättningen till apoteken bero på den vänlighet eller professionalism med vilken deras personal bemöter kunderna. Av ungefär samma skäl anser vi att det är olämpligt att låta apoteken få en förhöjd ersättning om de ägnar särskilt lång tid åt att betjäna en viss kund, exempelvis en kund som har många frågor. Det kommer att vara omöjligt för TLV att observera hur mycket tid som ägnas åt varje kund och det finns ett uppenbart incitament att överrapportera tidsåtgången och det kan också uppstå ett incitament att ge kunderna mer information än de önskar.

Att koppla ersättningen till den kvantitativa prestationen är i själva verket ett sätt att indirekt knyta ersättningen till kvalitet. Kunderna kommer att belöna de apotek som erbjuder hög kvalitet genom att besöka dem och därmed kommer dessa apotek att få höga intäkter. Faktum är att denna kvalitetskonkurrens torde vara ett viktigt motiv bakom apoteksreformen.

Vi menar dock att det finns ett undantag. Ett apoteks ersättning per expediering bör differentieras med hänsyn till närheten till andra butiker.

Närhet

Målet för apoteksreformen är att öka tillgängligheten. Visserligen är antalet butiker en viktig faktor, kanske den viktigaste, men även deras lokalisering har stor betydelse. Att det öppnar flera butiker på några hundra meters avstånd från varandra på Klarabergsgatan i Stockholm minskar inte kundernas tidsåtgång nämnvärt. Däremot ökar kostnaderna, genom att fler lokaler och mer personal krävs för att sälja samma mängd varor.

Vi menar att det finns en tydlig risk för att kedjorna kommer att öppna flera apotek på affärsstråk och i stora köpcentra. Annorlunda uttryckt finns det en risk för överetablering i goda affärslägen. Risken för överetablering i goda lägen finns inte endast i städerna utan även i glesbyggd.

Risken för överetablering i goda lägen finns i all detaljhandel, men risken är större på apoteksmarknaden eftersom företagens produkter är mer likartade och eftersom företagen inte får konkurrera med sina priser. Med fri prissättning

måste företagen hålla avstånd till konkurrenternas butiker för att inte öka priskonkurrensen. En sådan "repellerande" kraft uppstår inte med automatik på apoteksmarknaden. Däremot kan en repellerande kraft byggas in i ersättningsystemet.

Vi menar att en bra lösning kan vara att fastställa en viss högsta avgift för apotek som ligger på ett tillräckligt stort avstånd från andra butiker. Ersättningen per expediering minskas ju närmare en butik ligger andra butiker. Närheten kan t.ex. uppskattas med butikernas geo-koordinater. På detta sätt belönas ett apotek som dels etablerar sig där det saknas apotek, dels etablerar sig där behovet är stort.

En aspekt som bör beaktas är att en avståndsberoende marginal kommer att ge etablerade apotek ett partiellt skydd mot konkurrens. Därmed kommer dessa apoteks lönsamhet att öka och följaktligen också samhällets kostnader för att få ett givet antal apotek. Å andra sidan ökar den samhällsekonomiska effektiviteten, eftersom kostsam duplicering i attraktiva lägen kan undvikas.⁴¹

Det kan möjligen tyckas underligt att samma arbete ska löna sig olika beroende på om konkurrenten har valt att lokalisera en butik i närheten eller inte. Men så fungerar det även på andra marknader, till följd av priskonkurrensen.

Nöjd-kund-index

Det är dock inte helt omöjligt att knyta apotekens ersättning även till andra kvaliteter och servicenivåer. Exempelvis skulle man kunna låta ersättningen påverkas av standardiserade mätningar av hur nöjda kunderna är. Metoden används i viss utsträckning för exempelvis kollektivtrafik.

Vi rekommenderar emellertid inte att man går denna väg på apoteksmarknaden. För det första är värdet av att knyta ersättningen direkt till kvalitet mindre eftersom apoteken måste tillhandahålla en god kvalitet för att kunna sälja i konkurrens med andra apotek. Även om "nöjd-kund-indexar" kan göras breda så torde köpbeslutet vara en ännu bättre indikator på kundernas nöjdhet.

Eftersom kvalitet är mångdimensionellt och kunderna endast kan välja mellan att köpa och inte köpa i ett visst apotek kan det ändå finnas skäl att använda fler dimensioner än endast köpbeslutet att basera apotekens ersättning på. En effektiv användning av dylik information som komplement kräver sannolikt detaljkunskaper och sådana kunskaper saknas förmodligen idag.

7.4.3 Att knyta ersättningen till kostnader

Att knyta apotekens ersättning direkt till deras redovisade kostnader leder till en sämre kostnadskontroll. Om man får ökade intäkter när redovisade kostnader ökar kan man t.ex. förvänta sig att ledningens incitament att ta det obehag som följer av att minska bemanningen i butiker med fallande efterfrågan minskar. Och kanske blir chefernas tjänsterum rymligare än nödvändigt.

⁴¹ I själva verket är frågan än mer komplicerad.

Även om apotekens ersättning inte knyts direkt till deras redovisade kostnader måste naturligtvis ersättningen per expediering vara så hög att företagen kan täcka sina kostnader. Nackdelen är då att ersättningen måste anpassas till de mest ineffektiva butikerna i de mest ineffektiva kedjorna. Mer effektiva enheter blir med andra ord överkompenserade.

Frågan om apotekens ersättning bör knytas till deras kostnader är dock inte en fråga om "antingen eller" utan snarare en fråga om hur.

- (i) Den ersättning (per expediering) som ett visst företag ska erhålla bör knytas till samtliga företags kostnader och inte till den egna kostnaden. Det innebär att samtliga företag får goda incitament att sänka sina kostnader. Möjligheten till sådan så kallad måttstockskonkurrens är en av vinsterna bakom reformen.
- (ii) Ersättningen bör inte ändras när man observerar att apotekens redovisade kostnader ändras, utan när man noterar att t.ex. tillgängligheten sjunker. Även detta innebär att företagen får goda incitament till kostnadskontroll och att man inte får incitament att manipulera kostnadsredovisningen.
- (iii) Givet att apotekens ersättning endast knyts på detta indirekta sätt till deras kostnader så behålls goda incitament till kostnadskontroll. Det finns då inget hinder för att TLV reviderar ersättningens nivå relativt ofta. Frekventa revideringar innebär att statskassa och kunder kan kamma hem rationaliseringsvinster relativt snabbt.

7.5 Hur incitament till utbyte bör skapas

Syftet med detta avsnitt är att utreda hur ersättningsmodellen för apoteken påverkar konkurrensen mellan läkemedelstillverkarna i det tidigare ledet. Vår avsikt är inte att utreda andra aspekter på hur konkurrensen mellan tillverkare kan ökas.

7.5.1 Generika

En förutsättning för att skapa priskonkurrens mellan läkemedelstillverkarna, framförallt på generikamarknaden, är att den tillverkare som bjuder det lägsta priset får en stor del av marknaden. Även om skillnaden mellan två tillverkare är mycket liten, säg en krona, så bör den tillverkare som bjuder det lägre priset få största möjliga andel av marknaden. Orsaken är inte den direkta effekten, att samhället spar en krona per förpackning. Orsaken är den indirekta effekten, att läkemedelstillverkarna får starka incitament att sänka sina priser när det ger ett stort utslag på försäljningen.

Problemet är att apoteken har tämligen svaga incitament att tillhandahålla de billigaste läkemedlen. Med dagens ersättningstrappa ökar apoteksmarginalen i takt med AIP. Ersättningen enligt trappan blir alltså som *minst* om det billigaste generiska alternativet expedieras. Effekten behöver inte vara obetydlig, vi har ovan gett ett exempel som visar att apotekens ersättning ökar med cirka 12

procent om apoteket expedierar ett läkemedel för 75 kronor istället för ett som kostar 50 kronor.

Å andra sidan är apoteken skyldiga att expediera det billigaste alternativet. Därmed finns det en viss kostnad förknippad med att sälja ett annat alternativ, eftersom detta kan föranleda anmärkningar från tillsynsmyndigheterna och, vid särskilt allvarliga fall, rättsliga processer. Det har dock tidigare lyckats Apoteket AB att sälja annat än det billigaste generiska alternativet i cirka 50 procent av fallen utan några särskilda rättsliga påföljder. Det har också tidigare gått att kringgå bestämmelsen genom att helt enkelt inte lagerföra det billigaste alternativet.

Låt oss se varför det kan ligga i ett apoteks intresse att komma överens med en tillverkare om att sälja ett annat läkemedel än det billigaste. Antag för enkelhets skull att apoteken får en viss fast ersättning per expediering oavsett läkemedlets AIP. Det spelar med andra ord inte någon roll om man expedierar ett generiskt läkemedel med ett lågt eller ett högt pris. Med ett dylikt system vore det till fördel för apoteken att träffa sidoavtal med olika tillverkare.

Låt säga att alla apotek sluter ömsesidiga exklusivitetsavtal med olika tillverkare. Avtalen innebär att apoteken får en rabatt när man säljer "sin" tillverkares varumärke. Vinsten för tillverkarna är att de inte behöver konkurrera med sina priser på den nationella handelsplatsen. Om samtliga apotek är inlåsta i dylika sidoavtal har samtliga tillverkare intresse av att bjuda monopolpriset, det vill säga samma pris som gällde före patentets utgång. Eftersom det finns många generikatillverkare kan man tänka sig att apoteken kan förhandla till sig höga rabatter och följaktligen att det är apoteken som tillskansar sig hela vinsten av sidoavtalen, det vill säga skillnaden mellan monopolpris och tillverkningskostnad. En indikation på att denna vinst kan vara mycket betydande är att priserna på generika kan vara så låga som tio procent av priset på originalläkemedlet före patentets utgång.⁴²

Generikatillverkare utan sidoavtal kan förväntas bjuda hårt om de eventuella apotek som inte har träffat sidoavtal. Priset på den nationella marknadsplatsen kommer m.a.o. att ligga i närheten av tillverkningskostnaden.

För att komma till rätta med detta problem behöver man således bestraffa apotek som expedierar de läkemedel som inte är billigast i sin grupp. Detta görs lämpligen genom att minska den ersättning som apoteken får per expediering som görs av "fel" generika. Det nya systemet innehåller ett visst inslag av en sådan bestraffning. Om förra periodens billigaste generika expedieras mer än 15 dagar in i nästföljande period så mister apoteket hela apoteksmarginalen. Hela skillnaden mellan AUP och AIP tillfaller i så fall landstinget; patienten betalar som vanligt.

⁴² Ett dylikt sidoavtal kan utformas på ett sätt som minskar transparensen. Apoteket skulle t.ex. kunna få en ersättning i form av fördelaktiga priser i andra länder.

För andra utbytbara generika gäller istället att patienten själv får betala mellanskillnaden mellan lägsta pris och aktuellt pris – eller gå till ett annat apotek eller vänta 1-2 dagar tills billigaste generika kunnat beställas. Somliga kunder kommer att acceptera att betala en viss mellanskillnad, ibland kanske beroende på att det inte finns något annat apotek inom rimligt avstånd, medan andra väljer att gå till ett annat apotek. I värsta fall, ur apotekets synvinkel, kommer kunderna aldrig tillbaka

Sannolikt är dock den vinst som apoteken skulle kunna tillskansa sig genom sidoavtal betydande. För vissa generika skulle vinsten kunna vara betydligt större än kostnaden för att riskera att förlora kunder. Av denna anledning kan det finnas anledning att införa ”straff” för felexpedieringar avseende andra än förra månadens billigaste alternativ, om sådana felexpedieringar skulle visa sig bli frekventa.

Ett angränsande problem är att det händer att den tillverkare som erbjudit det lägsta priset inte kan eller vill tillhandahålla generika under hela perioden. I en sådan situation är det inte ändamålsenligt att ”bestraffa” apoteken för att billigaste generika inte finns tillgängligt.⁴³

7.6 Bör strukturen regleras?

På vissa marknader (el och tele) regleras ersättningsnivå samtidigt som utformningen av ersättningsstrukturen delegeras till de reglerade företagen. I diskussionen ovan har vi för enkelhet skull antagit att strukturen bör regleras på apoteksmarknaden och analyserat hur det i så fall bör göras. Här ska vi kort

⁴³ En naturlig väg att angripa detta problem, i sin tur, är att låta generikatillverkarna lämna erbjudanden i form av pris- och kvantitetskombinationer, ungefär som producenterna gör på elmarknaden. Exempelvis kanske tillverkare A erbjuder sig att sälja 100 enheter till priset 100 och ytterligare 100 enheter till priset 110; det därefter billigaste priset erbjuds av tillverkare B som erbjuder 200 enheter för priset 115. Sen erbjuder A ytterligare 100 enheter för priset 120 och tillverkare C erbjuder 1000 enheter för priset 125. För att skapa rättvisa mellan apoteksbolagen bör dessa ges möjlighet att lämna in köperbjudanden, också dessa i form av pris- och kvantitetskombinationer, som anger hur stora volymer de är beredda att i förväg binda sig för att köpa. Antag att Apotekskedjorna 1, 2 respektive 3 alla vill köpa 75 enheter till, som högst, priset 115. Då blir det initiala marknadsklarerande priset 115. Tillverkare A tillhandahåller 200 enheter, tillverkare B tillhandahåller 25 enheter och det senare bolaget kvarstår som säljare till priset 115 med ytterligare 175 enheter. Om samtliga dessa går åt innan tertialet är slut går rollen som billigaste säljare automatiskt över först till tillverkare A, som ju erbjöd sig att sälja ytterligare upp till 100 enheter för priset 120, och sedan till tillverkare C, som erbjudit sig att sälja för 125. Såväl köpare som säljare som inte lever upp till sina åtaganden bör sanktioneras på lämpligt vis.

redogöra för varför vi menar att det inte finns skäl för delegering på apoteksmarknaden.

Skäl till delegering finns exempelvis när företagen har kapacitetsbegränsningar och när efterfrågan varierar över tiden. I sådana situationer är det effektivt att sätta högre priser när efterfrågan är hög (i "rusningstid") och lägre priser när efterfrågan är låg. Det gäller också om det finns anledning att använda en kombination av fasta och rörliga avgifter eller, mer allmänt, när efterfrågans priskänslighet varierar mellan kunder och produkter.

Anledningen till att det är effektivt att delegera utformningen av strukturen till det reglerade företaget är att detta har bättre information om kundernas priskänslighet i de olika segmenten och om hur efterfrågan varierar över tiden. Företaget kan med andra ord utforma prisstrukturen på ett bättre sätt än regleraren kan. Observera att vi hela tiden antar att ersättningen nivå bestäms av regleraren. Kombinationen av fri struktur och reglerad nivå kan till exempel åstadkommas genom att ett (vägt) prisindex inte får öka (mer än i en viss takt). Om företaget höjer ett pris, så måste ett annat pris sänkas motsvarande mycket.

En viss delegering av rätten att utforma prisstrukturen tillämpas på områden som teletrafik (elektronisk kommunikation) och elnät. I dessa fall finns kapacitetsbegränsningar, vilket gör det effektivt att använda tvåpartstariffer och att ibland låta priset variera över dygnet eller veckan. När det gäller läkemedelsdistribution finns inte samma uppenbara kapacitetsberoende, varför vi tror att en delegerad prissättning skapar fler problem än den löser.

7.7 Slutsatser

- Apotekens ersättning kan knytas till en mängd olika faktorer såsom prestationer (t.ex. antal expedieringar), kvalitet (t.ex. antal butiker), redovisade kostnader och omvärldsfaktorer (t.ex. närhet till andra butiker). Valet av ersättningsstruktur kan få effekter på läkemedelsanvändningen, apotekens incitament att tillhandahålla god tillgänglighet till låga kostnader samt utbytet mellan olika läkemedel inom olika utbytesgrupper.
- Vi saknar en förutsättningslös och genomgripande analys av hur strukturen i apotekens ersättning påverkar de politiska och samhällsekonomiska målen.
- Vi delar TLV:s uppfattning att man även fortsättningsvis bör knyta apotekens ersättning till deras *prestationer*, t.ex. antal sålda förpackningar. Försäljningen bestäms av kunderna och kan svårigen manipuleras av apoteken.
- Det är dock sannolikt bättre att ersätta apoteken per receptorderrad snarare än per såld förpackning, för att inte stimulera användningen av onödigt små förpackningar. Ett sådant system föreslogs av apoteksmarknadsutredningen och utreds även för närvarande av TLV. Ett

alternativt system skulle kunna vara att apoteken får nedsatt ersättning när man expedierar för små förpackningar.

- Att knyta ersättningen till antalet expedieringar innebär att man skapar en *kvalitetskonkurrens* mellan apoteken. Endast de apotek som erbjuder ett tätt nätverk av butiker med god service lyckas sälja och få någon ersättning. Kvalitetskonkurrensen är en av fördelarna med apoteksreformen.
- Det är ofta bättre att belöna god kvalitet på detta indirekta sätt än att försöka knyta belöningen direkt till något kvalitetsmått. Kvalitet kan ofta vara svårt att observera eller verifiera för den reglerande myndigheten.
- Ett undantag är att vi menar att det finns skäl att differentiera ersättningen till olika butiker utifrån deras *närhet* till andra butiker. Man skulle då bestämma en "normal" ersättning per expediering som betalas ut till butiker som ligger långt ifrån andra butiker. Butiker som ligger nära andra butiker får ett avdrag eftersom dessa butiker inte bidrar till ökad tillgänglighet på samma sätt. (En orsak till att apoteken får överdrivna incitament att lokalisera sig vid bra lägen, nära varandra, är att man inte kan konkurrera med priser.)
- Att knyta ersättningen till antalet expedieringar innebär med automatik att ersättningen får en viss knytning till apotekens kostnader eftersom kostnaderna stiger med antalet expedieringar.
- Däremot menar vi, till skillnad från TLV, att man inte behöver betinga ersättningen direkt på deras *kostnader*. Vi ser inte några skäl att behålla den värdetrappa som innebär att apoteken får en högre ersättning när de expedierar dyra läkemedel. Vi ser inte heller några skäl att kompensera apoteken för merkostnader för utbyte (10-kronan). Fördelen med att ta bort dessa komponenter är i första hand att systemet förenklas. Att ta bort värdetrappan skulle även reducera apotekens intresse av att expediera dyra läkemedel.
- Ett undantag är att det kan finnas skäl att sätta ett lägre AUP för postorderförsäljning i den mån postorder är ett betydligt billigare sätt att distribuera läkemedel.
- Dock kommer företagets kostnader att ändras över tiden, till följd av ändrade löner och lokalhyror och förhoppningsvis till följd av rationaliseringar, t.ex. viss övergång till postorderförsäljning. Följaktligen måste även apotekens ersättning revideras. Vi menar att dessa revisioner kan göras relativt ofta utan att detta skapar en försämrad kostnadskontroll eller incitament till kreativ bokföring. Orsaken är att ett apoteks ersättning knyts till samtliga apoteks kostnader, inte till det egna apotekets kostnader. (Faktum att denna så kallade måttstocks-konkurrens är en av vinsterna med apoteksreformen.) För det andra kan ersättningen knytas till tillgängligheten på marknaden, som beror på företagets kostnader, snarare än till bokförda kostnader.

- En svaghet med dagens system är att TLV ännu inte har hunnit redovisa hur man ämnar revidera apotekens ersättning, det vill säga med vilken frekvens och baserat på vilka faktorer.
- Apoteksreformen innebär att apoteken tillåts förhandla med tillverkare av patenterade läkemedel och parallellimportörer om rabatter under det max-AIP som TLV fastställer. Syftet skulle vara att öka lönsamheten på apoteksmarknaden och därmed tillgängligheten. Vi tror dock inte att apoteken kommer att kunna förhandla till sig några större rabatter (på det sätt som landstingen sedan tidigare kunnat göra) eftersom apoteken inte kan hota tillverkarna med terapeutisk substitution.
- Den fria prissättningen av parallellimporterade läkemedel kommer sannolikt inte att leda till någon priskonkurrens mellan apoteken. Det är svårt att profilera sig som ett lågprisalternativ på ett så litet segment av marknaden. Möjligen kan systemet överföra mindre vinster från parallellimportörer till apotek. Om så sker kan apoteksmarginalen sättas något lägre än den annars skulle ha behövt vara. Därmed kan samhället tillgodogöra sig en något större andel av vinsten av parallellimport än tidigare.
- Apoteken ska även fortsatt vara skyldiga att expediera det generiska som har lägst pris – månadens vara. Under en övergångsperiod har apoteken rätt att sälja ut restlager av förra månadens vara, men endast till förra månadens pris. Efter övergångsperioden får apoteken ingen ersättning för "felexpediering" av förra månadens vara. Dessa begränsningar bör kunna leda till starkare priskonkurrens mellan olika generikatillverkare.
- För andra "felexpedieringar" utgår dock inget straff.
- Som vi ser det borde det inte finnas några hinder att skärpa dessa regler ytterligare, genom än kortare övergångsperioder och "böter" för "felexpedieringar". Annars kommer det att finnas starka incitament till sidoavtal mellan generikatillverkare och apotek som sätter konkurrensen ur spel.
- Det kan finnas skäl att ge apoteken en högre ersättning för expediering av läkemedel utan patentskydd än för expediering av läkemedel med aktivt patent. Orsaken är att en ökad apoteksmarginal (ökat AUP) kan tränga undan viss läkemedelsanvändning. Att tränga undan användningen av patenterade läkemedel skapar större förluster än att tränga undan användningen av läkemedel utan patentskydd. Det beror i sin tur på att endast grupper med ett mycket högt värde av läkemedlet får tillgång till läkemedel med giltigt patent, till följd av de höga AIP. [snygga till]
- Den 10-krona som TLV har beslutat går ett steg i denna riktning. Dock är det motiv som officiellt uppgivits för denna 10-krona en annan (och i huvudsak irrelevant). Dessutom är tio kronor sannolikt alltför litet för att effekten på läkemedelsanvändningen ska bli nämnvärd.

8 Grossisternas roll

Läkemedlens värdekedja, från tillverkare till detaljister (apotek) har översiktligt beskrivits i kapitel 3. Här fördjupar vi analysen av denna dimension. Syftet är dock endast att utreda grossistmarknaden så långt det berör konkurrensen på apoteksmarknaden och utformningen av handelsmarginalen.

Enligt regelverket för den avreglerade apoteksmarknaden gäller att apotekskedjor och läkemedelsgrossister inte får vara vertikalt integrerade med tillverkande bolag. Vi kommer inte att problematisera denna regel. I SOU 2008:4 (s 207) anges det huvudsakliga skälet till regeln vara att apoteken skulle kunna gynna försäljning av de läkemedel som tillverkas inom koncernen, antingen genom att annan försäljning hindra eller försvåras, eller genom att apotekarna i sin rådgivning särskilt framhåller de egna produkterna.

Däremot lämnar reglerna öppet för att en vertikal integration ska kunna ske mellan apoteksdetaljister och läkemedelsgrossister. Inom detaljhandeln i övrigt är det vanligt att detaljist- och grossistfunktioner är vertikalt integrerade.

Det finns anledning att tro att skalfördelarna i grossistverksamheten är relativt stora. Detta gäller dels centrallager men framför allt transporten till de enskilda apoteken. I själva verket är det sannolikt att grossistfunktionen är ett naturligt monopol, i den meningen att kostnaderna i princip skulle minimeras om det bara fanns en grossist. Då skulle bara en lastbil behöva besöka varje enskilt apotek, istället för två eller flera.

Å andra sidan finns det stora fördelar med konkurrens. Det förhållande att en viss funktion är ett naturligt monopol innebär inte nödvändigtvis att det är optimalt med endast ett företag. Ett monopol skulle få stor marknadsmakt och skulle kunna höja priserna. För att motverka detta kan man tänka sig att en reglera monopolet, men en reglering medför både direkta och indirekta kostnader. Ibland kan därför ett bättre alternativ vara att acceptera de merkostnader som följer av duplicering, för att i gengäld få de fördelar som följer av konkurrens. Mycket tyder på att det oreglerade duopol som funnits på den svenska grossistmarknaden för läkemedel fungerat väl, med relativt hög effektivitet och väl fungerande prispress.

Sannolikt är skalfördelarna mindre uttalade i detaljistledet, dvs. det finns i någon mening plats för fler detaljister än grossister. Vi analyserar två huvudscenarier.

8.1 Fristående grossister (vertikal separation)

En möjlighet vore att förbjuda vertikal integration också mellan detaljister och grossister. Detta skulle kunna vara intressant om de vertikala synergier är små. Antalet grossister och antalet detaljister skulle då kunna bestämmas oberoende av varandra och istället anpassas till de teknologiska och marknadsmässiga förutsättningarna. Grossisterna skulle i ett sådant scenario inte ha något intresse av att gynna en viss detaljistkedja. Det framstår ur ett

politiskt perspektiv som osannolikt att en sådan reglering kan komma att införas, varför vi inte vidare utvecklar detta scenario.⁴⁴

8.2 Vertikal integration

I ett annat scenario kommer åtminstone vissa apotekskedjor att vara vertikalt integrerade med grossistverksamhet. Därutöver kan det också finnas fristående grossister och/eller detaljister. Eftersom grossisten KD köpte ett av de större apoteksklustren och eftersom Apoteket AB visat intresse av att integrera bakåt så verkar vi vara på väg mot den här typen av scenario.

En viktig fråga är om fristående apotekskedjor kommer att missgynnas. Vår bedömning är att detta inte kommer att vara ett stort problem. Eftersom såväl AIP som AUP är reglerade har grossisterna små möjligheter att utnyttja sin eventuella marknadsmakt gentemot detaljisterna. Möjligen skulle de kunna försämra servicen, t.ex. genom att försena leveranserna eller genom att leverera mer sällan till fristående apotek. Syftet skulle då vara att gynna de egna apoteken genom att ge dem bättre service. Å andra sidan, så länge det finns minst två grossister och givet att det finns skalfördelar att exploatera, så kommer grossisterna att ha intresse av att konkurrera om leveranserna till de fristående apoteken.

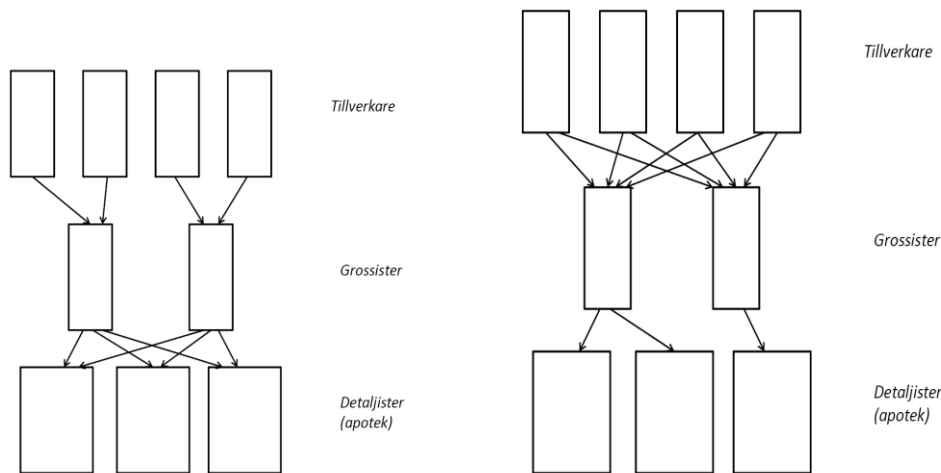
En annan fråga är om grossisterna istället kan försöka stärka sin ställning gentemot tillverkarna. Som tidigare nämnts köper tillverkarna distributionstjänster av grossisterna på rent kommersiella villkor. Konkurrensen mellan de två grossisterna har hållit nere priserna, eftersom de två grossisternas tjänster varit likvärdiga och utbytbara. I en framtid kan det tänkas att grossisterna försöker utnyttja en vertikal integration med detaljisterna till att differentiera sig och därmed förbättra sin förhandlingsposition. Grossisterna skulle alltså eftersträva att öka den andel de får av AIP, från dagens nivå på 2-3 procent.

Detta skulle kunna ske genom att den vertikalt integrerade grossisten slutar leverera till andra detaljister eller att den vertikalt integrerade detaljisten slutar ta emot leveranser från den andra grossisten.⁴⁵ Därmed skulle tillverkarna tvingas att ingå avtal med båda (alla) grossisterna, istället för med bara en av dem. Om processen drivs till sitt logiska slut skulle det bara finnas en grossist som levererade till varje enskilt apotek. I figuren nedan illustreras utgångsläget på marknaden, dagens enkanalssystem, till vänster. En situation då varje apotek bara får leveranser från en enda grossist, fullsortimentsdistribution, visas till höger i figuren.

Figur 8. Enkanalssystem (till vänster) och fullsortimentsdistribution för läkemedel

⁴⁴ Observera att vertikal separation har varit normen under monopoltiden.

⁴⁵ Apoteken har mottagningskyldighet, vilket möjligen förhindrar det senare. Men grossisterna har, såvitt vi vet, inte någon distributionsskyldighet.



Fullsortimentsdistribution skulle sannolikt vara kostnadseffektivt, eftersom det skulle spara transportkostnader. Det motsvarar också strukturen på de flesta detaljhandelsmarknader.

Ur grossisternas synpunkt skulle en övergång till fullsortimentsdistribution vara bra, eftersom det sannolikt skulle göra att deras marknadsmakt i förhållande till tillverkarna skulle öka. Idag kan tillverkarna få ett bra pris på grossisttjänsterna genom att spela ut de två grossisterna mot varandra. Den ene grossisten är bästa "outside option" i förhandlingarna med den andra. Med fullsortimentsdistribution skulle bästa "outside option" istället vara att själv sköta leveranserna till apoteken, eller att sponsra en tredje grossists inträde på marknaden. I båda fallen skulle den nya grossisten lida av skalnackdelar. Om inte flera tillverkare kan koordinera sig, så skulle grossisterna kunna höja sina marginaler, eftersom det mest effektiva alternativet nu är mindre effektivt.

Huruvida högre grossistmarginaler är bra eller dåligt kan diskuteras. En minskad andel av "läkemedelskronan" för tillverkarna skulle minska incitamenten för forskning och utveckling. Å andra sidan utgör Sverige en mycket liten del av världsmarknaden, så betydelsen av denna effekt är mer principiell än reell. Under vissa förutsättningar skulle ökad lönsamhet i grossistledet leda till en ökad etablering i detaljistledet. Detta gäller i synnerhet om det råder full vertikal integration. De olika kedjorna skulle försöka få en större del av de ökade grossistmarginalerna genom att etablera fler apotek och regleraren skulle, enligt resonemanget i föregående kapitel, kunna svara genom att sänka apoteksmarginalen. Om den vertikala integrationen är begränsad försvagas denna mekanism. Grossisterna kommer inte utan vidare att kunna ge detaljisterna incitament att expandera och vinsterna kommer därför att stanna i grossistledet.

Som tidigare nämnts är grossistledet det enda av läkemedelsmarknadens led som inte är prisreglerat. Den reglering som ligger närmast är den som gäller apotekens inpris, AIP. Att AIP tidigare varit reglerat var naturligt, i och med detaljhandel med läkemedel var ett reglerat och vertikalt separerat monopol. Att "upphandlingen" av grossisttjänster överläts till tillverkarna var antagligen mer effektivt än att Apoteket AB upphandlade de tjänsterna. En viktig aspekt var

också att detta hade kunnat leda till att även grossistverksamheten blivit monopoliserad.

I och med liberaliseringen finns det mycket som talar för att detaljhandel och grossistverksamheten i stor utsträckning kommer att integreras vertikalt. Märkligt nog kommer den statliga prisregleringen då att avse ett internpris inom vertikalt integrerade företag. I allmänhet är det olyckligt att försöka reglera internpriser, eftersom företaget har möjlighet att kringgå en sådan reglering. Syftet med prisregleringen av läkemedel är ju att fastställa ersättningen såväl för tillverkarna som för apoteken. I huvudsak kommer detta syfte att kunna uppnås även framöver, men enligt ovan kommer sannolikt tillverkarna att få betala mer för distributionstjänsterna.

För att undvika en oplanerad inkomstöverföring från tillverkarna till grossisterna och för att undvika andra oönskade konsekvenser av att reglera ett internpris framstår det som rimligt att börja planera för att flytta regleringen från snittet mellan grossister och apotek till snittet mellan tillverkare och grossister. Det framstår också som ett förbiseende att denna fråga inte uppmärksammats i de utredningar som gjorts.

8.3 Slutsatser

- Fristående apotekskedjor kommer sannolikt inte att ha så mycket att frukta från grossisterna, eftersom de priser apoteken betalar är reglerade. Så länge det finns två grossister så kommer de också att ha intresse av att hålla volymerna uppe, vilket talar för att de inte kommer att missgynna fristående apotekskedjor genom andra mekanismer.
- Däremot finns en risk att tillverkarna kommer att få betala mer för grossisttjänsterna, i synnerhet om grossisterna lyckas integrera med apoteken och vända på marknadens struktur och skapa ett traditionellt grossistsystem, dvs. fullsortimentsdistribution. I så fall kommer ett enskilt apotek bara att kunna nås via en grossist, som därmed får ett mått av marknadsmakt i förhållande till tillverkarna.
- Det finns anledning att planera för att ändra regleringen av läkemedelspriser, från AIP till DIP, distributörernas inpriser. Schablonmässigt skulle detta innebära drygt 2 procentenheter högre apoteksmarginal och en lika stor prissänkning gentemot tillverkarna. I gengäld skulle tillverkarna inte behöva köpa distributionstjänster av grossisterna.

9 Stand still

Vi kommer här att analysera stand still-bestämmelserna utifrån ett ekonomiskt perspektiv och genom en jämförelse med liknande restriktioner som används i samband med företagsöverlåtelser i allmänhet.

9.1 Styrning av Apoteket AB och stand still-bestämmelserna

Innan apoteksmarknadsreformen ägdes Apoteket AB direkt av socialdepartementet. Ägandet överfördes i samband med reformen (i juli 2008) till ett ägarbolag, OAB (Apoteket Omstrukturering AB), som i sin tur ägs direkt av departementet. Det bedömdes mer ändamålsenligt att leda formen genom ett nytt moderbolag, OAB, än genom en organisationskommitté. En effekt av detta blev också att specifika instruktioner, däribland stand still-bestämmelser, inte omfattas av offentlighetsprincipen.

I samband med reformen överfördes också sådan infrastruktur som är ett naturligt monopol till Servicebolaget (Apotekens Servicebolag AB, ASAB). Servicebolaget kvarstod som dotterbolag till Apoteket AB till mars 2010. Vidare bolagiserades varje enskilt apotek och ägandet av de apotek som ska drivas av småföretag överfördes till Holdingbolaget/Apoteksgruppen. Avsikten är att Holdingbolaget ska kvarstå som minoritetsägare även sedan småföretagen övertagit dessa apotek. Vidare kommer OAB att avvecklas (eller ombildas till att vara ägare av Apoteksgruppen) då försäljningsprocessen är genomförd, så att departementet åter blir direkt ägare av Apoteket AB. Utdelningen planeras ske i maj 2010.

Före reformen styrdes Apoteket AB genom ägardirektiv och genom att departementet tillsatte bolagets styrelse, samt genom direkta kontakter med Apoteket ABs ledning – i första hand bolagets VD. Efter reformen har ägardirektivet från departementet fortsatt vara i kraft, men Apoteket AB har i betydande utsträckning också styrts genom OAB. Departementet har utfärdat ägardirektiv för OAB, som i sin tur utfärdat ägarinstruktioner och stand still-bestämmelser för Apoteket AB. Dock har de direkta kontakterna mellan departementet och Apoteket ABs ledning fortgått. Vidare har instruktionen till OAB varit att endast styra Apoteket AB i den utsträckning detta varit nödvändigt för att genomföra omstruktureringen; därutöver har Apoteket AB styrts av ett verksamhetsavtal upprättat direkt av departementet.

Enligt statens ägardirektiv för OAB har bolagets övergripande mål varit att skapa förutsättningar för en väl fungerande konkurrens. I första hand skulle detta ske genom att:

- Försäljningsprocessen genomfördes
- Apoteket AB överförde infrastruktur till Servicebolaget
- Konkurrensneutralitet och bästa möjliga förutsättningar för avyttring av apotek säkerställdes, fram till dess övertagandet skett

Vid sidan av detta har OAB även haft i uppdrag att verka för:

- Att ge småföretag förutsättningar att verka på apoteksmarkanden
- God säkerhet i läkemedelsanvändningen
- Miljöhänsyn
- Låga läkemedelskostnader för samhället
- Apotekets utvecklingsmöjligheter

Ägardirektiven för Apoteket AB, som utfärdats av OAB, har angett vad Apoteket AB ska göra utöver sin ordinarie verksamhet. Bolaget skulle bland annat:

- Aktivt arbeta för att överlåtelser av apotek skulle kunna genomföras
- Iakta stand still enligt särskild bestämmelse

Stand still-bestämmelserna har särskilt angivit vad Apoteket AB *inte* får göra. Generellt har förbud gällt mot:

- Beslut och åtgärder som är negativa för avyttringarna
- Beslut och åtgärder som ger Apoteket AB konkurrensfördelar
- Såvida inte OAB samtycker till dessa beslut eller åtgärder.

Mer specifikt har Apoteket AB varit förbjudet att:

- Avyttra eller starta verksamheter, t.ex. enskilda apotek
- Flytta tillgångar, inklusive personal, mellan eller från enskilda apotek
- Ingå eller säga upp avtal som kan påverka försäljningsprocessen negativt
- Överlåta eller förvärva immateriella rättigheter
- Diskutera, förhandla eller ingå avtal med ICA om samarbete
- Marknadsföra eller lansera egna varumärken
- Byta skyltar på butikerna
- Bygga om Apoteket Shop-butiker (utom vid de tre butiker där ombyggnaden redan startat)⁴⁶

Förbuden gällde tills dess de nya aktörerna fått kontroll över de övertagna butikerna och fått tillstånd av Läkemedelsverket att bedriva apoteksverksamhet. Denna process slutfördes 12 mars. Dock gäller förbudet som rör ICA i ytterligare 12 månader, liksom vissa begränsningar att integrera Apoteket AB med grossistverksamhet. Därtill kommer en lösning att åläggas Apoteket AB vad gäller ApoDos och Apoteket Farmaci (se nedan). Vissa av stand still-bestämmelserna har även slagits fast direkt av departementet i

⁴⁶ Som en kuriositet kan nämnas att stand still-bestämmelserna påbjöd deltagande i Rosa Bandet-kampanjen i november 2009 och tillät Apoteket AB att marknadsföra traditionella julprodukter som senap och saffran.

verksamhetsavtalet. Detta gäller t.ex. skyldigheten att använda den nationella apotekssymbolen.

Försäljningsintäkten för de försålda apoteken, cirka 5,9 miljarder kronor, tillfaller Apoteket AB. Vidare diskuteras försäljning av Apoteket Farmaci och Apodos, vilket skulle generera ytterligare intäkter. När försäljningsprocessen är avslutad kommer Apoteket ABs kapitalstruktur att anpassas med hänsyn till bolagets behov och med hänsyn till målen med reformen. Merparten av reformprocessens kostnader, inklusive kostnaden för att driva OAB och de konsulter som anlåtats exempelvis för att anpassa de system som nu kontrolleras av Servicebolaget, har betalats av Apoteket AB.

9.2 Analogier med företagsförvärv

I samband med företagsförvärv används olika avtalskonstruktioner som begränsar köpande och/eller säljande företags frihet att konkurrera på marknaden och att omstrukturera och effektivisera verksamheten. Till synes kan den här typen av avtal vara konkurrensbegränsande, men rätt använda är de konkurrensneutrala eller till och med positiva för konkurrensen. För att förstå användningen av stand still-avtal vid försäljningen av apotek så finns det anledning att kort sammanfatta vilka avtalskonstruktioner som brukar användas vid företagsöverlåtelser och vilka syften de fyller.

En typ av avtal är sk accessoriska begränsningar, vilka innebär att köparen och säljaren ingår avtal som i någon mening begränsar konkurrensen dem emellan.⁴⁷ Exempelvis kan säljaren förbinda sig att inte konkurrera med köparen under en viss tid, ofta två till tre år, genom en *konkurrensklausul*. Den här typen av klausuler används för att förhindra en horisontell konkurrenssituation mellan köpare och säljare. En annan möjlighet är att köparen och säljaren avtalar om *leverans- eller inköpsförpliktelser*, en tredje att de två parterna ingår ett *licensavtal*. Här är relationen mellan köpare och säljare vertikal efter transaktionen.

Användningen av benämningen stand still, såsom den använts för Apoteket AB, är litet okonventionell. Vanligen används den benämningen för en bestämmelse enligt konkurrensreglerna som förbjuder företag att fullfölja integration av två verksamheter – den köpta och den som köparen redan före förvärvet besitter – innan konkurrensmyndigheternas prövning är färdig. Vad gäller Apoteket AB används benämningen för direktiv från ägaren till företagets ledning och styrelse. Dessa direktiv förefaller fylla ett antal syften som vanligtvis regleras genom avtal mellan köparen och säljaren vid en företagstransaktion

9.2.1 Accessoriska begränsningar: Konkurrensklausuler

En säljare av en verksamhet har i många fall goda förutsättningar att åter träda in på marknaden och börja konkurrera med den nya ägaren av verksamheten. Säljaren kanske besitter både kunskap ("know how") och "goodwill" och skulle

⁴⁷ För en fördjupad diskussion av accessoriska avtal, se t.ex. Wetter m.fl., 2004, Konkurrensrätt – en handbok, 3e upplagen, Thomson Fakta.

därför kanske kunna locka tillbaka många kunder till en ny och konkurrerande verksamhet. Samtidigt ligger i många fall en stor del av en rörelses värde i just know how och goodwill. Om säljaren inte kan göra ett åtagande om att inte exploatera dessa så riskerar köparen att inte kunna tillgodogöra sig hela rörelsens värde och kommer därför inte att kunna betala fullt pris. I extremfallet kan hela transaktionen bli omöjlig om inte en konkurrensklausul används för att garantera köparen exklusiv rätt att agera på marknaden under en viss period.⁴⁸

Den direkta effekten av accessoriska begränsningar kan sägas vara att begränsa konkurrensen mellan köparen och säljaren. Givet att transaktionen äger rum skulle det vara bättre för konsumenterna om konkurrenstrycket ökade genom att säljaren åter etablerar sig på marknaden. Emellertid finns en indirekt och motverkande effekt som är viktigare. Om säljaren inte kan åta sig att inte konkurrera, så kan i värsta fall hela affären omöjliggöras. Ett förbud mot accessoriska begränsningar skulle i så fall inte leda till någon förbättring av konkurrensen. Förbudets enda effekt skulle vara att förhindra vissa typer av förvärv. Därmed skulle ett sådant förbud begränsa konkurrensen på marknaden för företagsförvärv och omstrukturering och effektivisering av näringslivet skulle motverkas.

Om konkurrensklausulerna görs alltför långtgående, både i tid och omfång, så kan emellertid de negativa effekterna överväga. Av detta skäl accepteras normalt bara restriktioner som gäller två-tre år och konkurrensbegränsningen får inte vara mer omfattande än vad som krävs för att på ett rimligt sätt skydda värdet av de överlåtna tillgångarna. De får t.ex. inte omfatta verksamheter som inte berördes av transaktionen.

9.2.2 Accessoriska begränsningar: ”Vertikalklausuler”

En köpare kan också behöva tillgång till leveranser av insatsvaror eller tjänster som bara kan levereras av säljaren, för att med full effektivitet kunna bedriva verksamhet inom den köpta rörelsen. Detta kan lösas genom att säljaren ikläder sig en leveransförpliktelse. Omvändningen är också tänkbar: om en huvudidé med verksamheten har varit att leverera tjänster eller produkter till det säljande företagets övriga verksamhet, så måste kanske säljaren förpliktiga sig att köpa vissa volymer under en viss tidsperiod, för att en försäljning ska kommersiellt möjlig. Detta skulle t.ex. kunna gälla outsourcing av IT-verksamhet eller andra drift- och serviceavtal.

Även denna typ av accessoriska begränsningar får normalt bara ingås för en begränsad tid; därefter förutsätts den nya köparen kunna klara sig själv på marknaden. Detta förhindrar dock inte att vertikala avtal ingås mellan köparen

⁴⁸ Ett exempel kan illustrera. Antag att en tandläkare säljer sin praktik. En stor del av värdet ligger i kundstocken och renommén. Antag nu att säljaren, efter det att affären genomförts, skickar ett erbjudande till alla sina gamla kunder om att komma till hans eller hennes nya klinik, som öppnat tvärs över gatan och som erbjuder förmånliga priser. Köparen av den gamla kliniken skulle på detta sätt kunna berövas en stor del av värdet i den köpta rörelsen och säljaren skulle få betalt för något som egentligen inte sålts.

och säljaren även framgent, men dessa avtal måste då bedömas enligt de vanliga konkurrensreglerna.

9.2.3 Stand still-bestämmelser vid företagsförvärv

När större förvärv genomförs måste dessa prövas av konkurrensmyndigheterna. De största förvärven prövas typiskt sett av EU-kommissionen, medan mindre förvärv prövas av nationella konkurrensmyndigheter, exempelvis Konkurrensverket. Efter det att förvärven anmälts till den aktuella myndigheten så genomför myndigheten en analys av förvärvets effekter. Beroende på omständigheterna tar detta cirka en månad – eller cirka fem månader eller mer. Därefter fattar myndigheten beslut om att stoppa förvärvet (EU-kommissionen) eller motsätta sig förvärvet vid domstol (Konkurrensverket) eller, alternativt, beslut om att inte motsätta sig eller stoppa förvärvet.

Medan myndighetens analys pågår råder stand still. Detta innebär att det köpande företaget inte får integrera den köpta verksamheten med sådan verksamhet som köparen redan tidigare ägde. Skälet till detta är att konkurrensmyndigheten ska ha en möjlighet att inte bara i teorin utan också i praktiken stoppa förvärvet. Om rörelserna integrerats och om myndigheten sedan vill förbjuda förvärvet, så kan det i många fall vara omöjligt att återskapa en fungerande rörelse. Know how och goodwill kan ha överförts till det köpande företaget; personal kan ha sagts upp; tillgångar kan ha sålts; produktlinjer kan ha lagts ned och så vidare.

Stand still-bestämmelser i detta sammanhang är alltså ett förbud mot att vidta sådana åtgärder som gör att en köpt rörelse förlorar sin kapacitet att fungera självständigt eller hos sin gamla ägare, eller som i varje fall försämrar denna kapacitet. Syftet med bestämmelserna är att ge konkurrensmyndigheterna faktisk möjlighet att förhindra förvärv.

9.2.4 Material Adverse Change

När en säljare överlåter en verksamhet till en köpare uppstår ofta en viss tidsutdräkt mellan den tidpunkt då köparen inspekterar tillgångarna (genomför *due diligence*) och den tidpunkt då köparen faktiskt kan disponera över tillgångarna. (Exempelvis kan en tidsutdräkt uppstå på grund av konkurrensmyndigheternas prövning av koncentrationen.) Därmed finns en risk att säljaren under denna tidsperiod vidtar åtgärder som leder till att värdet minskar – eller underlåter att vidta åtgärder som gör att värdet bevaras. Exempelvis kan säljaren flytta den mest kompetenta personalen från den sålda verksamheten, den kan flytta andra tillgångar, avstå från att annonsera, försämrade service och kundbemötande och så vidare. Detta kan göras i syfte att uppnå en kortsiktig vinstökning eller för att försvaga en framtida konkurrent.

Ett sådant beteende är naturligtvis inte önskvärt. I många fall behövs inga särskilda avtalsbestämmelser för att förhindra att säljaren agerar på det viset. Köparen och säljaren har avtalat om vilka tillgångar som ingår i köpet och om säljaren inte uppfyller villkoren i köpeavtalet så kan köparen stämma säljaren för avtalsbrott och begära skadestånd. I vissa fall kan det emellertid behövas

särskilda bestämmelser om vad säljaren får och inte får göra; detta brukar benämnas *Material Adverse Change clauses* eller MAC-klausuler.⁴⁹ Detta gäller i synnerhet när säljaren förutsätts vidta vissa aktiva åtgärder. Om säljaren genom sitt agerande på ett väsentligt sätt försämrar värdet av de köpta tillgångarna så har köparen rätt att häva köpet, alternativt erhålla skadestånd.

9.3 Motiv för stand still-bestämmelser för Apoteket AB

Ett första steg i analysen är att se om de motiv som finns för accessoriska begränsningar och MAC-klausuler vid företagskoncentrationer också är relevanta för Apoteket AB och apoteksmarknadsreformen. *Stand still* i det syfte som är det vanliga i fusionssammanhang – att förhindra integration – är däremot inte aktuell på apoteksmarknaden.

Konkurrensklausuler

En traditionell konkurrensklausul – som skulle ha till konsekvens att Apoteket AB förbjuds konkurrera på marknaden – är inte relevant, eftersom avsikten är att Apoteket AB ska fortsätta att vara aktiv på apoteksmarknaden. Den närmaste motsvarigheten inom koncentrationskontrollen till statens utförsäljning av apotek är kanske åtaganden som villkor för godkännande att genomföra en koncentration. Exempelvis kan ett detaljhandelsföretag som köper ett annat detaljhandelsföretag göra ett åtagande om att sälja ett visst antal butiker för att få konkurrensmyndighetens godkännande av affären. I en sådan situation brukar inte konkurrensmyndigheterna önska att företaget som gör åtaganden om försäljning också åtar sig att inte konkurrera alltför hårt med de butiker som kvarstår i företagets ägo. Tvärt om torde konkurrensmyndigheterna normalt önska en hård konkurrens mellan marknads aktörer.

Motiv för att moderera en horisontell konkurrenssituation som trots allt kan finnas diskuteras nedan. Vidare gäller att gränsen mellan konkurrensklausuler och MAC-klausuler inte är helt entydig, vilket också kommer att diskuteras nedan.

Vertikalklausuler

Den vertikala relation som kan uppstå mellan köpare och säljare i en företagstransaktion hanteras ibland med accessoriska begränsningar av typen *leverans- och inköpsförpliktelser*, eller med *licensavtal*. I största möjliga utsträckning synes man på apoteksmarknaden ha strävat efter att förhindra att en vertikal relation ska uppstå mellan Apoteket AB och dess konkurrenter. Det har man gjort genom tillskapandet av Servicebolaget, i vilket man lagt de verksamheter som har karaktären naturliga monopol. Ett undantag är tillgång till Apoteket ABs affärssystem, ATS; här har man använt stand still-bestämmelserna för att tvinga Apoteket AB att ge sina konkurrenter tillgång till detta system

⁴⁹ Vi hänvisar till allmänna läroböcker i avtalsrätt för en fördjupad diskussion av denna typ av klausuler.

under en övergångsperiod.⁵⁰ Ett annat undantag är tillgång till Apoteket ABs dosdispenseringstjänster, ApoDos; dessa ska tillhandahållas på likvärdiga och icke-diskriminerande villkor. Detsamma gäller Apoteket Produktion & Laboratorier, APL, ett dotterbolag till Apoteket AB som tillverkar bl.a. licens- och extemporeläkemedel. Den senare verksamheten kommer att avskiljas från Apoteket AB och det kommer eventuellt också den förra. Vidare gäller för alla ägare av apotek som tillhandahåller medicinska gaser att de, under en övergångsperiod, har skyldighet att tillhandahålla tjänster till apotek utan denna kapacitet. Slutligen gäller att Apoteket AB under en övergångsperiod är skyldig att tillhandahålla jourdoser till övriga aktörer.

MAC-klausuler

Apoteket AB har i princip incitament att försöka försämra värdet av de tillgångar som överförs, dvs. de apotek som säljs. Detta kan ske genom att Apoteket AB försöker förmå kunderna att flytta från de butiker som säljs till de butiker som behålls, vilket i sin tur kan ske genom att öppettider begränsas vid de förra butikerna eller genom att servicenivån i övrigt försämras. Ett annat sätt är att ha särskilda butikskampanjer för de butiker som Apoteket AB får behålla. Vidare har Apoteket AB incitament att flytta högproduktiv personal från de butiker som säljs och lågproduktiv personal till dessa; samt att mer allmänt överföra värdefulla tillgångar från de butiker som säljs.

Precis som vid vanliga företagsöverlåtelser finns det skäl att ha mekanismer för att förhindra säljaren (Apoteket AB) från att genomföra en sådan värdeminskning; delar av stand still-bestämmelserna avser just detta. Personal och andra resurser får inte flyttas från eller till de apotek som ska säljas. Vidare får inte sådana åtgärder vidtas som skulle kunna förmå kunder att byta apotek – t.ex. reducerade öppettider och försämrad service vid de apotek som ska avyttras, eller utökade öppettider, förbättrad service och särskilda butikskampanjer vid de apotek som ska behållas.

Normalt regleras dessa förhållanden genom avtal mellan köparen och säljaren. När det gäller apoteksförsäljningen förefaller det motiverat att istället reglera detta genom ägardirektiv. Anledningen är, för det första, att det initialt inte var klart vilka köparna skulle bli; därför kunde dessa inte avtala direkt med Apoteket AB. För det andra har Apoteket AB i detta fall inte något självklart intresse av att försäljningslikviden blir hög, eftersom likviden sannolikt så småningom kommer

⁵⁰ Inom ramen för detta uppdrag har det inte funnits förutsättningar att analysera om Apoteket AB bör tillhandahålla affärssystemtjänster till sina konkurrenter. Givet att den bedömning som gjorts angående detta är korrekt förefaller det emellertid lämpligt att styra Apoteket AB med hjälp av ägardirektiv (det som här kallats stand still-bestämmelser). Emellertid hade det kanske varit rimligt att lägga systemet i ASAB, med tanka på att systemet ska avvecklas och med tanke på att ASAB säljer liknande tjänster till apoteken.

att tillfalla ägaren (staten) och inte bolaget. Vid en normal försäljning har ju säljaren inte något intresse av att försämra värdet på de försålda tillgångarna innan avtal sluts.

En första uppsummering

Det förefaller alltså finnas anledning att begränsa Apoteket ABs möjligheter att försämra värdet av de tillgångar som säljs, motsvarande en MAC-klausul, liksom att tvinga Apoteket AB att leverera vissa tjänster till köparen, motsvarande en leveransförpliktelse eller vertikal-klausul. Däremot är det mindre uppenbart att det ligger i samhällets och konsumenternas intresse att mer allmänt begränsa Apoteket ABs möjligheter att konkurrera. Frågan är dock inte trivial och det är också så att gränsdragningen mellan åtgärder som försämrar värdet på de överlåtna tillgångarna och åtgärder som begränsar Apoteket ABs möjligheter att konkurrera är flytande.

9.4 Konkurrensbegränsningar och åtgärder som minskar värdet av överlåtna tillgångar

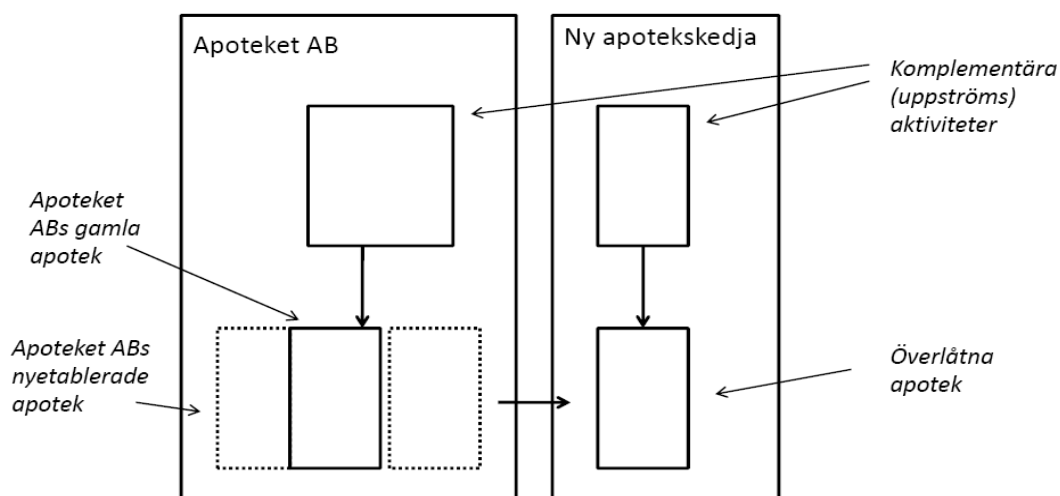
En tillgång som överförs från ett företag till ett annat kan minska i värde genom att tillgången i sig i något avseende försämras, men den minskar också i värde om konkurrensen på marknaden blir hårdare. På en marknad som apoteksmarknaden finns det åtminstone fyra mekanismer som kan minska värdet på överlåtna apoteksbutiker.

För det första kan butikerna i sig försämrars. Detta kan ske genom en rent fysisk försämring, genom att personalens kompetens minskas eller genom att kundunderlaget och renommé urholkas. Dessa mekanismer har diskuterats under rubriken MAC-klausuler ovan.

För det andra kan säljaren, Apoteket AB, vidta åtgärder som ökar de nya konkurrenternas kostnader mer allmänt. Ett exempel skulle kunna vara juridiska tvister om rätten att använda benämningarna "apotek" och "apoteket" i bolagsnamn eller för enskilda apotek. Ett annat exempel kunde vara att en nationell symbol för apotek motverkas; detta skulle göra det svårare för nya aktörer att locka in kunder.

För det tredje kan Apoteket AB sänka sina egna kostnader, så att man blir en mer effektiv konkurrens och för det fjärde kan Apoteket AB etablera nya apotek. Det senare kan förhindras antingen genom ett direkt förbud eller genom att sådana förutsättningar skapas att Apoteket AB inte har möjlighet att expandera, exempelvis genom att minska bolagets kapitalbas och genom att förhindra ökad upplåning. De fyra mekanismerna kan förstås med hänvisning till Figur 9.

Figur 9. Apotekens detaljhandelsverksamhet, en principskiss



Den första och andra mekanismen är negativa ur en samhällsekonomisk synpunkt och bör därför motverkas. Båda mekanismerna är kostnadshöjande och högre kostnader för de nya apotekskedjorna kommer initialt att leda till att antalet apotek blir mindre än det annars skulle blivit och så småningom kanske till att apoteksmarginalen måste höjas för att uppnå målet om god tillgänglighet. (Jämför kapitel 6.)

Det finns ett tydligt samband mellan den tredje och fjärde mekanismen. Om Apoteket AB:s kostnader minskar, dvs. om Apoteket AB blir en mer effektiv aktör, så kan man förvänta sig att bolaget kommer att ta en större andel av marknaden och finna det lönsamt att etablera nya apotek. Givet att det står aktörerna fritt att etablera nya apotek så bör den långsiktiga jämvikten vara sådan att den mest effektiva aktören har störst marknadsandel och flest apotek. Däremot kommer en kostnadsänkning inte att leda till att priserna sänks, i varje fall inte omedelbart, eftersom priserna är reglerade. På längre sikt kan dock en minskning av apoteksmarginalen genomföras om antalet apotek överstiger målet. Omvänt så bör Apoteket AB bara ha intresse av att etablera fler apotek om dess kostnader är så låga att företaget har en konkurrenskraft som motiverar det större antalet butiker.

Ur konkurrenternas perspektiv innebär detta att de inte omedelbart påverkas av om Apoteket AB:s kostnader minskar. Detta gäller så länge Apoteket AB är förhindrat att etablera nya apotek. Omvänt gäller att tillstånd för Apoteket AB att öppna nya apotek bara skulle ha en effekt på konkurrenterna om Apoteket AB:s kostnader är så pass låga att detta skulle vara intressant.

I normalfallet är det positivt för samhället och konsumenterna om en marknadsaktör kan sänka sina kostnader, oavsett om det är en stor eller liten aktör. Lägre kostnader kommer att leda till lägre priser och/eller utvidgad service och nyetablering och därmed förbättrad tillgänglighet. Detta gäller

rimligen även apoteksmarknaden. Det finns dock ett antal mekanismer som gör att det ibland inte är önskvärt att sänka den redan mest effektiva eller största aktörens kostnader, men dessa är undantagsfall. Det finns goda skäl att vara misstänksam mot bestämmelser vars innebörd är att marknadsledande företag inte får effektivisera verksamheten, eftersom det normalt ligger i de mindre företagens intresse att verka för sådana bestämmelser, samtidigt som de missgynnar konsumenterna. Det betonas ofta att konkurrensreglerna är till för att skydda konkurrensen, inte konkurrenterna.

I stand still-bestämmelserna finns ett antal förbud som närmast kan tolkas som hinder för Apoteket AB att effektivisera och sänka sina kostnader. Bolaget har exempelvis förhindrats från att planera för nya butikslägen och bolaget har förhindrats från att genomföra projekt som kan effektivisera Apoteket AB:s uppströms verksamheter, t.ex. dess inköpsfunktioner, inklusive en eventuell vertikal integration uppströms (mot läkemedelsdistributions- och läkemedelsgrossisttjänster).

Sammanfattningsvis är det motiverat med förbud mot sådana åtgärder som Apoteket AB kan genomföra och som leder till att de nya konkurrenternas kostnader ökar. Däremot är det i normalfallet *inte* önskvärt att förbjuda sådana åtgärder som sänker Apoteket AB:s egna kostnader. Eftersom stand still-bestämmelserna innehåller inslag av den senare typen finns det anledning att närmare analysera om det trots allt kan finnas skäl att begränsa Apoteket AB:s möjligheter att effektivisera och expandera.

9.5 När är det motiverat med konkurrensklausuler som begränsar den största aktören? Horisontella aspekter

Ur konsumenternas synpunkt är det fördelaktigt att antalet apotek ökar. Ur en samhällsekonomisk synpunkt kan man dock tänka sig att antalet apotek blir för stort, t.ex. om apoteksmarginalen är större än den samhällsekonomiskt optimala nivån, men vi utgår från att detta inte är fallet. Utgångspunkten för hela reformen var ju att öka tillgängligheten och antalet apotek.

Ovan drogs slutsatsen att konsumenterna gynnas också om den största och mest effektiva konkurrenten sänker sina kostnader. Det finns dock ett par möjliga undantag. För det första behöver inte expansion eller sänkta kostnader för dominanten vara bra, om detta leder till en sådan överlägsenhet att övriga företag slås ut från marknaden. Det framstår dock som osannolikt att Apoteket AB skulle kunna slå ut samtliga andra aktörer från marknaden. En tydlig indikation på detta är de relativt höga priserna på apotek vid försäljningsprocessen. Som nämnts uppgick de i medeltal till 12-13 miljoner kronor.⁵¹ I den fortsatta analysen utgår vi därför från att detta inte är en relevant risk.

⁵¹ Detta innebär inte något ställningstagande i frågan om försäljningsprocessen var utformad så att statens intäkter blev höga eller, mer allmänt, var ändamålsenligt utformad.

För det andra kan man tänka sig en situation då kostnaderna sänks genom att dominanten får kontroll över en unik tillgång, som i alternativfallet skulle användas av en annan aktör på marknaden. Detta skulle, hypotetiskt, kunna gälla för samarbetet med ICA.⁵² Frågan är komplex och diskuteras därför i ett separat avsnitt nedan. Vår slutsats är dock att det är bra, ur en samhällsekonomisk synpunkt, om det redan mest effektiva företaget kan tillgodogöra sig en ytterligare kostnadssänkning.

För det tredje, om det finns betydande icke återvinningsbara kostnader (sunk costs) förknippade med etablering av apotek, så skulle Apoteket AB kunna överetablera sig av strategiska skäl. Möjligheten att agera först – t.ex. att investera innan de andra företagen har möjlighet eller rättighet att göra det – är här en fördel som kan användas för att höja marknadsandelen och lönsamheten. Strategin kan användas med lönsamhet också när ett mindre effektivt företag agerar först och möter ett eller flera mer effektiva företag som agerar därefter. Även denna fråga är komplex och analyseras också nedan. Återigen drar vi slutsatsen att det ur en samhällsekonomisk synpunkt är bra om det redan mest effektiva företaget gynnas, dvs. tillåts agera först.

Frågan om det är bra eller dåligt att en redan effektiv aktör sänker sina kostnader ytterligare och/eller etablerar ytterligare apotek är relaterad till frågan om utförsäljning av apotek. Varför är det motiverat att sälja apotek?

Vi antar att apoteksmarknaden på lång sikt fungerar som en marknad med kvantitetskonkurrens (Cournotkonkurrens), om än med ett reglerat pris. Det innebär att det mest effektiva företaget kommer att ha det största antalet apotek, medan mindre effektiva konkurrenter kommer att ha färre apotek. Om Apoteket AB är effektivt kommer dess marknadsandel i fri konkurrens att bli stor, oavsett vilket antal apotek man disponerar i utgångsläget; om företaget inte är särskilt effektivt kommer dess andel att bli liten, även om marknadsandelen initialt är mycket hög. Emellertid tar den här typen av processer lång tid och anpassningskostnaderna (kostnaderna för att etablera och lägga ner apotek mm) kan bli höga. Om Apoteket AB inte hade tvingats sälja apotek så hade dessutom konkurrensen varit begränsad under en relativt lång period, tills de nya aktörerna hunnit genomföra sina etableringar och tills Apoteket AB eventuellt tvingats krympa sin storlek. Som en helt dominerande aktör hade bolaget potentiellt haft möjlighet att ytterligare försvåra inträde genom att utnyttja sin dominerande ställning. Vidare hade de nya aktörerna kanske haft svårt att uppnå en minsta effektiv skala.⁵³

⁵² Att ICA-avtalet hade en exceptionell betydelse har dock förnekats av Apoteket ABs tidigare styrelseordförande. (DN, 14 april 2010.)

⁵³ Observera att konkurrens inte omedelbart leder till lägre priser, eftersom dessa är reglerade. Istället bör konkurrens yttra sig i att fler apotek etableras och att öppettiderna utvidgas. Det är inte helt självklart att etableringstakten blir högre i och med att merparten av Apoteket AB:s apotek säljs. De nya aktörerna hade ju i alternativfallet varit längre ifrån sin optimala storlek och hade därmed haft starkare incitament att expandera. Å andra sidan hade de kanske hämmats av att inte kunna utnyttja skalfördelar.

Den rimliga strategin för staten är förmodligen att försöka gissa vilken den långsiktiga jämvikten är och att anpassa Apoteket AB:s storlek efter detta. I den mån detta lyckas så undviks mycket av anpassningskostnaderna och nyttan av konkurrens kommer snabbare. En annan utgångspunkt är hur många nationella kedjor man kan tänka sig att det kommer att finnas i ett jämviktsläge, med tanke på marknadens egenskaper och med tanke på konkurrensreglerna. Om nationella kedjor kommer att vara väsentligt mer konkurrenskraftiga än enskilda apoteksrörelser, vilket erfarenheterna från bl.a. Norge talar för, så kommer kanske inte Konkurrensverket att acceptera en koncentration som minskar antalet större kedjor till mindre än tre. Om småföretagen får en stark ställning kan man dock tänka sig att verket skulle acceptera en situation med bara två större kedjor.

Givet ett tänkt jämviktsläge med tre större kedjor förefaller det rimligt att ge Apoteket AB cirka en tredjedel av marknaden, eftersom det i förväg är svårt att veta om bolaget kommer att vara mer eller mindre effektivt än sina konkurrenter. (Se nedan.)

9.5.1 Kontroll över en unik tillgång

Vi analyserar i Appendix om det ur en samhällsekonomisk synpunkt är bäst att låta det redan mest effektiva företaget ta del av ytterligare en kostnadssänkning, eller om det hade varit bättre att en lika stor kostnadssänkning istället kommit ett något mindre effektivt företag till godo.

Utgångspunkten för analysen är att företagens inte priskonkurrerar. Priserna fastställs av TLV och företagen på marknaden konkurrerar istället genom etablering av nya apotek och genom servicenivån. Företaget som får sina kostnader sänkta kommer inte att kunna sänka sina priser, men det kommer att få incitament att etablera fler apotek. Omvänt, om ett företag får ökade kostnader, så kommer företaget att tendera att minska antalet apotek. (Om alla företag på marknaden får ökade eller minskade kostnader så kommer det totala antalet att påverkas, enligt analysen i kapitel 6.)

Ett exempel på en unik tillgång med kapacitet att påtagligt sänka kostnaderna skulle möjligen kunna vara ett samarbete med ICA. ICA kan (antagligen) bara samarbeta med ett apoteksbolag och ICA är den överlägset största detaljhandelskedjan. Om Apoteket AB förhindras från att samarbeta med ICA så kommer ICA antagligen att samarbeta med någon annan – eller själv etablera en apotekskedja.⁵⁴

Vår analys pekar på att det på den här typen av marknader faktiskt inte spelar någon roll vilket företag som får sina kostnader sänkta. (Under förutsättning att inte samtliga övriga företag helt slås ut från marknaden.) Det som spelar roll är istället den totala kostnadssänkningen. Om vi anknyter till exemplet ICA så bör

⁵⁴ Vi har inte gjort någon självständig bedömning om huruvida ICA verkligen representerar en unik tillgång av denna typ. Vi har dock noterat att samarbetet med ICA ges en särställning i stand still-bestämmelserna, dvs. det behandlas av OAB som om det vore en unik tillgång.

ICA samarbeta med det företag som kan sänka sina kostnader mest genom ett sådant samarbete. Slutsatsen av vår analys är alltså att det inte finns något särskilt motiv för att försöka balansera spelplanen genom att ge mindre effektiva konkurrenter företräde till en unik möjlighet att sänka sina kostnader.

Vår analys så här långt bygger på att alla företag agerar simultant, dvs. att inget företag är i en sådan sits att det kan göra sina investeringar långt före övriga företag. Vi fortsätter därför analysen för att se om det spelar någon roll att Apoteket AB har ett försprång framför sina rivaler, dvs. har och har haft möjlighet att agera före sina rivaler.

När ett företag kan agera före sina rivaler kan detta ge ett strategiskt försteg. Detta kallas *Stackelbergkonkurrens*. Analysen visar emellertid att det är det redan gynnade företaget, det som kan agera först, som bör gynnas ytterligare. Det är alltså samhällsekonomiskt motiverat att det företag som agerar först ska få förfoga över den unika kostnadssänkande tillgången. Tillämpat på apoteksmarknaden är detta ett argument för att Apoteket AB ska få sluta avtal med ICA. Orsaken är att när man underlättar för Apoteket att expandera så kommer företaget att göra det. Konkurrenterna kommer då att dra tillbaka lite, men inte lika mycket som ledaren expanderar.

Slutsatsen av analys är att det mest effektiva företaget på marknaden bör ges dubbla fördelar. För det första bör företaget få agera först, dvs. det bör få inta rollen av Stackelbergledare, och för det andra bör det få tillgång till den unika resursen. Därav följer att om Apoteket AB kan förmodas vara mer effektivt än sina rivaler så bör de restriktioner som gäller för etablering och samarbeten tas bort. Omvänt, om det finns skäl att tro att de nya företagen är mer effektiva, så bör *de* få agera först. Om genuin osäkerhet råder om vilket företag som är mest effektivt så bör de istället få agera samtidigt och med så lika förutsättningar som möjligt.⁵⁵ Vår analys pekar sammanfattningsvis på att det inte är motiverat att lägga restriktioner på Apoteket AB som inte gäller för övriga företag, som syftar till att göra det svårare för Apoteket AB att öka sin effektivitet och sänka sina kostnader.

9.6 Slutsatser

- Det var samhällsekonomiskt motiverat att förhindra Apoteket AB från att förstöra värden i de apotek som såldes. Detta syfte är förenligt med målet att maximera konsumentnytta; det uppnåddes bl.a. genom att personal och andra tillgångar inte fick flyttas till eller från de apotek som skulle säljas, samt genom att särskilda butikskampanjer inte fick genomföras för de apotek som skulle kvarstå i Apoteket ABs ägo. Det var rimligt att inte tillåta Apoteket AB att försöka migrera kunder till de apotek som bolaget skulle fortsätta att äga.

⁵⁵ Ett samarbetsavtal är ömsesidigt. Om det är ICA som är den mest attraktiva samarbetspartnern för apotekskedjor så bör ICA ha goda möjligheter att välja samarbetspartner. Det är rimligt att tro att ICA har incitament att välja den mest effektiva partnern.

- Det är samhällsekonomiskt motiverat att ge Apoteket AB en leveransförpliktelse vad gäller vissa tjänster som är nödvändiga för bolagets nya rivaler, men som samtidigt inte hade varit möjliga eller ändamålsenliga att överföra till Servicebolaget. Detta gäller fr.a. tillgång till tjänster från APL, ApoDos, jourtjänster och medicinska gaser; eventuellt också affärssystemet ATS.⁵⁶
- Det är samhällsekonomiskt motiverat att förhindra att Apoteket AB ökar kostnaderna för sina framtida rivaler, t.ex. genom att bedriva juridiska tvister om rätten att använda orden "apotek" och "apoteket" i bolagsnamn. Även detta är ett rimligt krav på Apoteket AB, sett ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.
- Det synes *inte* samhällsekonomiskt motiverat att förhindra att Apoteket AB sänker sina kostnader eller expanderar sin verksamhet i detaljistledet. Här är det tvärt om mycket som talar för att ett sådant krav på Apoteket AB är ineffektivt ur samhällsekonomisk synvinkel. Den senare punkten har vi analyserat mer i detalj genom en modellanalys. Vi konstaterar dock inledningsvis att det *är* motiverat att hindra Apoteket AB från att sänka sina kostnader om det finns en påtaglig risk att samtliga konkurrenter kan slås ut helt från marknaden. Vi bedömer dock detta som mycket osannolikt.
- Vår slutsats är att om det i förväg går att identifiera det mest effektiva företaget, så bör detta företag ges fördelar. Det effektivaste företaget bör få ett försprång vad gäller att etablera butiker och vad gäller att anskaffa unika tillgångar. Ett exempel på det senare skulle möjligen kunna vara ett samarbete med ICA.⁵⁷
- Om det inte går att identifiera vilket företag som är mest effektivt i förväg, så bör samtliga företag få agera simultant. Dvs. Apoteket AB bör varken få ett försprång framför andra företag eller hindras medan övriga företag etablerar sig på marknaden. Om inget företag får ett försprång vad gäller etablering så förefaller det heller inte spela någon större roll vilket företag som till slut får kontroll över en unik tillgång (exempelvis ett samarbete med ICA).
- Exakt vad detta innebär i praktiken kan emellertid vara svårt att uttala sig om. Vi tror att en lämplig tidpunkt hade kunnat vara någon gång mellan den tidpunkt då det blev klart vilka köparna till apoteksklustren var (i november 2009) och den tidpunkt då köparna förfogade över de apotek de köpt (i februari 2010).

⁵⁶ Med förbehållet att vi tar för givet att affärssystemet bör delas med konkurrenterna. Som vi ser det hade det i så fall antagligen varit naturligt att överföra ATS till Servicebolaget. I kapitel 11 behandlar vi frågan om hur ägandet till APL, ApoDos och Apoteket Farmaci bör struktureras.

⁵⁷ Eftersom samarbetsavtalet getts en särställning i stand still-bestämmelserna

- Det stora flertalet av bestämmelserna om stand still är alltså motiverade. Det som inte framstår som motiverat är bestämmelser som begränsar Apoteket AB:s möjlighet att sänka sina egna kostnader och att etablera nya apotek under en tidsperiod då motsvarande möjligheter står öppna för rivalerna.
- Vi har inte sett någon dokumentation av *varför* Apoteket AB ålades vissa stand still-begränsningar. Även om vår bedömning är att mycket blivit rätt, så förefaller det som om analysen som ledde fram till begränsningarna var relativt grund och styrd av ett rättvisetänkande (eller möjligen en önskan om höga försäljningslikvider), snarare än av en ambition att maximera samhällsnyttan.

10 Prissättning av infrastruktur

Vi kan inte säga så mycket om *vilka* infrastrukturer som är naturliga monopol, dvs. vilka infrastrukturer det är motiverat att överföra till Servicebolaget. Däremot kommer vi utifrån ekonomisk teori att analysera för- och nackdelar med vertikal separation, liksom hur infrastrukturtjänster bör prissättas.

10.1 Vertikal separation

Vertikal separation (exempelvis att lägga infrastruktur i Servicebolaget) kan vara motiverat om de vertikala synergierna inte är särskilt starka. Fördelen är då att man får en ägare som är neutral mellan de olika nedströms företagen, de olika apotekskedjorna.⁵⁸

Om Apoteket AB hade fortsatt att kontrollera infrastrukturen och om prissättningen på infrastrukturtjänsterna hade varit reglerad, så skulle bolaget ha haft incitament att utestänga sina konkurrenter. Motivet till detta hade varit att minska konkurrenstrycket i nästa led. Om rivalerna inte hade fått tillgång till nödvändiga infrastrukturtjänster, så hade de utgjort ett mindre hot mot Apoteket ABs detaljhandelsverksamhet. Även om det inte hade varit möjligt för Apoteket AB att helt utestänga sina rivaler, så hade man kunnat försämra service och annan kvalitet.

Alternativt, om prissättningen av infrastrukturtjänster är fri och om prissättningen i detaljistledet också vore fri, så skulle incitamenten att missgynna rivalerna försvinna. Istället skulle Apoteket AB hämta hem monopolvinsten genom att ta ut höga vinster på dessa tjänster. Vi har på annan plats (kapitel 4 och 5) argumenterat för att fri prissättning av apotekstjänster inte är lämplig, i varje fall inte så länge läkemedel är kraftigt subventionerade och så länge inte någon prisdämpande mekanism sätts in (exempelvis ett referensprissystem för apoteksmarginalen). Konkurrensen mellan apotekskedjorna skulle sannolikt inte räcka för att hålla nere priserna på en

⁵⁸ För en diskussion av för- och nackdelar med vertikal separation, se t.ex. Bergman, 2002, *Lärobok för regelnissar, en ESO-rapport om regelhantering vid avreglering*, Ds 2002:21.

rimlig nivå. Att kombinera fri prissättning med att en aktör kontrollerar infrastrukturen skulle försämra situationen ytterligare.⁵⁹

Med ett reglerat pris i detaljistledet i kombination med fri prissättning av infrastrukturtjänster har Apoteket AB incitament att ta ett pris för infrastrukturtjänsterna som motsvarar minst summan av kostnaden för att tillhandahålla dessa och Apoteket AB:s vinstmarginal. Effekten skulle bli att konkurrenternas skulle få en mycket liten vinstmarginal. Visserligen skulle Apoteket AB inte ha incitament att stänga ute effektiva rivaler, men en konsekvens skulle bli att incitamenten att konkurrera med kvalitet och service skulle minska väsentligt.⁶⁰

Ett statligt ägt vertikalt separerat bolag bör i princip regleras, men här kan regleringen vara ganska "lätt" ("light"). Statliga bolag i en situation av den här typen kan förväntas vara ganska lojala med uppdraget och har inte uppenbara incitament att gynna någon särskild aktör. Exempel på "lätt" reglerade statliga infrastrukturägare är Banverket och Svenska Kraftnät.

10.2 Prissättning av infrastrukturtjänster

Servicebolaget kommer att vara ett statligt ägt infrastrukturbolag. Oavsett om det prisregleras strängt eller "lätt" så måste någon princip användas för att fastställa priserna på bolagets tjänster. Med en "lätt" reglering kan bolaget själv i stor utsträckning bestämma sina priser. I synnerhet gäller detta för prisernas struktur, tillsynen vid "lätt" reglering avser typiskt sett snarare prisernas nivå än deras struktur. Med en sträng reglering faller uppgiften att fastställa prisstrukturen typiskt sett på regleraren.

Servicebolagets kostnads massa kan tänkas bestå av, i huvudsak, fyra komponenter:

- Kostnader som är rörliga med antalet transaktioner (t.ex. antalet recept)
- Kostnader som är rörliga med antalet anslutna apotek
- Kostnader som är rörliga med antalet anslutna kedjor
- Fasta kostnader

⁵⁹ Med perfekt konkurrens mellan övriga apotek skulle kunderna få betala monopolpriser och Apoteket AB skulle i princip kunna tillskansa sig hela monopolvinsten. Med begränsad konkurrens mellan övriga apotek – till exempel på grund av skalfördelar och inträdeskostnader – blir situationen mer komplex. Priset torde dock även i detta fall hamna i närheten av monopolprisnivån.

⁶⁰ Det kan finnas långsiktiga skäl för Apoteket AB att trots allt utestänga effektiva rivaler. Om de tillåts etablera sig på marknaden så kommer de att argumentera för att infrastrukturtjänsterna ska prisregleras. Det kan vara strategiskt riktigt för Apoteket AB att aldrig släppa in rivaler på marknaden, eftersom de då kommer att ha sämre förutsättningar att påverka myndighetens reglering.

Som utgångspunkt bör de rörliga kostnaderna allokeras till de aktiviteter med vilka de är rörliga. Transaktionsrelaterade kostnader täcks med en avgift per recept; kostnader som varierar med antalet apotek täcks med en årlig avgift per apotek och kostnader som varierar med antalet kedjor täcks med en årlig avgift per kedja. Svårigheterna är att fördela de fasta kostnaderna, vilka kan förväntas utgöra en stor del av Servicebolagets kostnadsmassa. Det allmänna svaret på ett problem av den här typen är att tillämpa en variant av Ramseyprissättning. (Se kapitel 7.) De fasta kostnaderna bör allokeras på antalet recept, antalet apotek osv. i omvänd proportion till hur priskänsliga dessa är. Här gäller att den totala efterfrågan på läkemedel kan antas vara mycket okänslig för priset. Detta innebär i sin tur att en stor del av kostnadsmassan bör allokeras i proportion till antalet recept eller motsvarande. Däremot kan en viss priskänslighet tänkas finnas vad gäller antalet kedjor och antalet apotek. Bortsett från skillnader i priskänslighet mellan de möjliga kostnadsbärarna (läkemedelsförpackningar respektive apotek eller apotekskedjor) så finns ytterligare ett par motiv för att allokera kostnader per förpackning.

För det första finns det en positiv externalitet att ta hänsyn till. Ytterligare en kedja på marknaden innebär ett ökat konkurrenstryck. En stor del av den samhällsekonomiska vinsten av detta tillfaller andra aktörer än den marginella kedjan. Detta innebär att tillkomsten av ytterligare en kedja bör subventioneras eller, annorlunda uttryckt, den tillkommande kedjan bör betala mindre än de tillkommande kostnaderna av att en ny kedja ansluts till infrastruktursystemet.

För det andra innebär avgifter per transaktion en indirekt subvention av apotek med liten omsättning. Det primära målet med reformen är ju ökad tillgänglighet och ur det perspektivet är det bra att stora apotek subventionerar små. Det finns anledning att tro att konkurrensexternaliteten i stort sett upphör när antalet företag på marknaden uppgår till 5-10 stycken. Eftersom antalet småföretag vida kommer att överstiga 10 är det inte motiverat att subventionera *företagens* anslutningskostnad av detta skäl. Däremot gör sig det andra skälet gällande: det finns skäl att subventionera anslutningen av ytterligare ett *apotek*.

Sammantaget talar ovanstående för att alla fasta kostnader bör allokeras i förhållande till antalet transaktioner. Möjligen bör till och med årsavgifterna sättas på en nivå som understiger den inkrementella kostnaden för att ansluta ytterligare ett apotek. Detta görs i så fall för att stärka incitamenten för tillgänglighet. Möjligen kan det också finnas skäl att ta hänsyn till konkurrensexternaliteten. I huvudsak förefaller Servicebolagets priser vara baseras på en avgift per transaktion, i överensstämmelse med vad vi rekommenderar. Samma resonemang kan i princip tillämpas på affärssystemet ATS.

10.2.1 Prissättning av ATS⁶¹

Affärssystemet ATS har använts av Apoteket AB före reformen. Förutom att vara ett vanligt affärssystem för hantering av ekonomisk rapportering så hanterar det

⁶¹ Faktauppgifterna i detta avsnitt är inhämtade genom intervjuer med personal vid Apoteket AB under våren 2010.

exempelvis förmånssystemet. Tillgång till ATS har bedömts vara en helt nödvändig förutsättning för att de nya aktörerna ska kunna verka på apoteksmarknaden redan från början av år 2010. Hade de inte fått tillgång till systemet hade de sannolikt inte kunnat börja sin verksamhet förrän de själva utvecklat motsvarande system, troligen först hösten 2010.

ATS har beskrivits som ett omodernt system som utvecklats för att hantera ett företag. Det har varit arbetskrävande – och därmed dyrbart – att anpassa systemet så att flera företag kunnat anslutas till systemet utan att de får insyn i varandras ekonomiska förhållanden.⁶² Därtill kommer en betydande årliga driftskostnad.⁶³

Apoteket ABs konkurrenter erbjuds tillgång till systemet fram till halvårsskiftet 2011, med option till förlängning ytterligare ett halvår, men då till ett högre pris. Därefter kommer systemet att stängas ned, även för Apoteket AB. Anledningen till att priset stiger är att aktörerna ska ges incitament att lämna systemet. Samtliga aktörer måste alltså utveckla (köpa) egna affärssystem. De förmodas köpa affärssystem för detaljhandel, men till dessa standardsystem måste de låta utveckla en modul som hanterar det som är speciellt för läkemedel, såsom förmånssystemet. De nya aktörerna har frihet att lämna när som helst, dock med tre månaders uppsägningstid.

Inget enskilt apotek får anslutas till ATS efter 31/12 2010, inte heller enskilda apotek som Apoteket AB kan komma att öppna. När den sista aktören hoppat av får systemet stängas ned. Om detta sker före slutet av år 2011 kommer de totala kostnaderna att bli lägre.

Kostnaderna i ATS är dels rörliga, om än med viss tröghet, och dels fasta. De rörliga kostnaderna varierar i huvudsak med antalet terminaler och att det är så beror i stor utsträckning på att Apoteket AB betalar licenser och andra avgifter till sina leverantörer som är rörliga med antalet terminaler. Sambandet mellan antal terminaler och omsättning är emellertid starkt.

Vid prissättningen gentemot Apoteket ABs konkurrenter har utgångspunkten varit att kostnaden så långt möjligt ska bli lika hög för Apoteket AB som för dess rivaler. Emellertid har Apoteket AB fått ta ut ett visst påslag ovanpå sina kostnader. Detta har varit en riskkompensation för att kompensera för att rivalerna är fria att lämna ATS med relativt kort varsel. Därmed riskerar Apoteket AB att inte få full täckning för de fasta kostnaderna, eftersom kostnaderna slagits ut på en förmodad volym ATS-tjänster. Om rivalerna hoppar

⁶² Apoteket AB har uppskattat sina anpassningskostnader till sammanlagt 278 miljoner kronor. I dessa kostnader ingår, förutom kostnaderna för att anpassa ATS så att flera apoteksbolag kan hanteras, också kostnaderna för att utveckla IT-infrastruktur för Apoteket Service AB och kostnader för egen ny infrastruktur.

⁶³ Att kostnaden blev så pass hög beror delvis på att Apoteket AB bara haft en möjlig leverantör av systemutvecklingstjänster, nämligen den tidigare leverantören, samt att motsvarande förhållande har gällt vid omförhandling av nödvändiga licenser.

av snabbare än kalkylerat kommer ATS-systemet att gå med underskott – och omvänt om de hoppar av i långsammare takt än beräknat.

Förutsättningen att de nya apoteken ska betala lika mycket som Apoteket ABs egna apotek har varit en överordnad princip vid prissättningen. En annan grundprincip har varit att Apoteket AB ska få bära kostnaderna för att anpassa ATS-systemet så att fler företag kan anslutas. De fasta systemkostnaderna har fördelats proportionellt mot aktörernas omsättning och aktörerna får bära sina egna inkrementella kostnader, vilka som tidigare nämnts i huvudsak är rörliga med antalet terminaler.

Så långt möjligt har man alltså fördelat ut rörliga inkrementella kostnader på sina respektive kostnadsdrivare. Detta har inneburit ett relativt komplext avgiftssystem. Apoteket AB har föreslagit en förenkling, till exempel att lägga ut alla avgifter per terminal eller per omsättning, men detta har OAB motsatt sig. Detta eftersom det hade inneburit en risk att nya aktörer fått betala mer än motsvarande kostnad för Apoteket AB. Samtidigt har Apoteket AB givetvis varit angeläget om att de nya aktörerna inte skulle få betala mindre än de egna apoteken.

Den prismodell man valt har, av ett par skäl, medfört att nyetablerade småskaliga aktörer får betala relativt höga avgifter per apotek. Den viktigaste orsaken är att Apoteket ABs systemleverantörer tar betalt per bolag, eftersom de måste sätta upp och driva en egen server för varje nytt bolag. Vidare betalar nya små bolag en avgift motsvarande Apoteket ABs kostnader för en andel av en heltidstjänst. Stora aktörer betalar visserligen en högre sådan avgift, men per apotek räknat blir kostnaden lägre ju större apoteksbolaget är. Avgiften är avsedd att täcka Apoteket ABs interna kostnader för manuell kontroll, för utbildning av den nya aktören och för att besvara frågor från densamma.

Prissättningen av ATS skapar alltså skaleffekter som ger mindre företag en betydande nackdel. Årskostnaden per apotek för tillgång till tjänsten har ungefär halveras redan när företaget har tre apotek. Nya aktörer kan undvika dessa extrakostnader genom att ingå franchise- eller franchiseliknande avtal med större aktörer. Apoteksgruppen behandlas exempelvis som ett enda företag.

Bedömning

Gränsen mellan vad som är en utvecklingskostnad och vad som är en rörlig kostnad inte entydig. Exempelvis kan man tänka sig att ta större utvecklingskostnader för att sänka kostnaden för att ansluta ytterligare en terminal, ett apotek eller en apotekskedja. Eftersom en stor del av kostnadsmassan bestämdes genom förhandlingar med Apoteket ABs leverantörer så fanns det rimligen ett utrymme att förhandla om huruvida ersättningen skulle utgå per terminal, per apotek eller som en fast utvecklingskostnad.

Troligen hade kostnaden för att ansluta ytterligare ett företag – en kostnad som med det valda prissystemet är relativt betungande för ett helt fristående apoteksföretag med en eller ett par filialer – kunnat sänkas mot att

utvecklingskostnaderna blivit i motsvarande grad högre. Möjligen förefaller det som om man använt olika principer för att hantera kostnader som är betungande både för stora och små tillkommande aktörer, respektive betungande bara för de nya små aktörerna. Kostnader av den förra typen har i stor utsträckning betraktats som utvecklingskostnader och därför betalats av Apoteket AB. Samtliga aktörer, små som stora, har fått bära den senare typen av kostnader. Detta har inte haft någon nämnvärd betydelse för de stora aktörerna, men väl för de små. Huruvida detta varit en felaktig princip eller inte, sett ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, är emellertid inte helt uppenbart.

Låt oss börja med att konstatera att mycket möda har lagts på att prissättningen av ATS ska a) motsvara alternativkostnaden (sett ur apoteksbranschens perspektiv) och b) vara rättvis mellan Apoteket AB och de nya (kluster)aktörerna. Detta hade varit en viktig och angelägen princip *i det fall ATS skulle ha bestått under överskådlig tid*. Men när ATS ska avvecklas så framstår det som tämligen onödigt att lägga särskilt mycket energi på prissättningen av ATS, av skäl som vi strax ska förklara.

Mer specifikt har fasta kostnader fördelats i förhållande till omsättning och rörliga kostnader har allokerats till det de är rörliga mot, vilket i huvudsak är terminaler. Detta är i linje med de principer vi förordat ovan. Vidare har man låtit Apoteket AB bära de kostnader som var rörliga med systemutvidgningen, men som var fasta i förhållande till antal terminaler. Tillsammans ger dessa principer rätt incitament i konkurrensen mellan Apoteket AB och dess nya rivaler.

Trots detta menar vi att det egentligen borde vara ganska betydelselöst hur prissättningen av ATS utformas. Systemet kommer att avvecklas senast vid utgången av år 2011 och aktörernas investeringsbeslut kommer sannolikt knappast alls att påverkas av vilka kostnader de har per apotek för ATS. Det som är intressant är ju vad de nya affärssystemen kommer att kosta. Kostnaden för att köpa ATS-tjänster i ett till två år kommer istället rimligen att betraktas som en del av investeringskostnaden. Ett lägre pris på ATS bör resultera i ett högre pris per apotek – och omvänt. Antag att priset per apotek hade varit 200 000 kronor högre per år. Rent principiellt borde då försäljningspriset per apotek ha fallit med 200 - 400 000 kronor.

De stora aktörerna är tillräckligt sofistikerade för att förstå att priset på ATS-tjänsterna inte är en särskilt informativ signal om vilka de egna kostnaderna för affärssystem kommer att bli i framtiden. Och ur Apoteket ABs synvinkel bör det vara tämligen likvärdigt om bolaget får ett högre pris för de sålda apoteken och lägre intäkter för ATS eller tvärt om. I alla händelser kommer Apoteket ABs kapitalstruktur att anpassas i slutfasen av omregleringsprocessen.

Den enda konstruktiva roll som återstår för prissättningen av ATS att spela är egentligen att styra övergången till de nya affärssystemen. Givet att önskemålet är att detta ska gå snabbt så borde ATS egentligen ha prissatts relativt högt. Åtminstone framstår det som onödigt – om än inte direkt skadligt – att så mycket energi ägnats åt att skapa millimeterrättvisa i prissättningen.

För små aktörer är förhållandet möjligen något annorlunda. Små aktörer är mindre sofistikerade och behöver mer hjälp att orientera sig om kostnaderna för att bedriva detaljhandel i apoteksbranschen. Dessa aktörer fäster kanske en relativt stor betydelse vid prissättningen av ATS när de bildar sig en uppfattning om framtida kostnader och intäkter och därmed om lönsamheten i branschen. Om OAB hade varit lika intresserad av att hjälpa de små aktörerna som man var av att hjälpa de stora, så hade man kunnat implementera en delvis annorlunda prisstruktur. Delar av de kostnader som är rörliga i antalet apoteksbolag hade sannolikt kunnat tas som utvecklingskostnader.

I den mån ytterligare ett syfte med reformen är att gynna småföretag, så motverkades detta syfte. (Vi argumenterar dock för att det inte bör vara ett självständigt syfte att gynna småföretag; se avsnitt 2.4.) Rent principiellt borde småföretagen ha fått betala ett pris som ungefär överensstämmer med det pris de i framtiden kommer att få betala för affärssystemtjänster. Emellertid är det i praktiken sannolikt mycket svårt att avgöra vilket detta pris kommer att bli.

10.3 Slutsatser

- Priset på infrastrukturtjänster bör regleras.
- En fördel med att lägga infrastruktur i ett separat bolag, såsom gjorts med Servicebolaget, är att detta inte har incitament att diskriminera mellan de olika köparna. Därmed behöver regleringen inte vara lika strikt.
- Priset för infrastrukturtjänster bör i huvudsak vara proportionellt mot antalet förpackningar (eller receptorderrader). Man bör undvika att ta ut höga fasta avgifter per apotekskedja och, i synnerhet, avgifter per apotek.
- Prissättningen av ATS förefaller följa principer som hade varit rimliga om avsikten varit att fortsätta att driva systemet under överskådlig tid. I och med att ATS ska avvecklas relativt skyndsamt och i och med att Apoteket ABs kapitalstruktur ska justeras så framstår det som onödigt att åstadkomma en långtgående likhet mellan Apoteket ABs egna kostnader för ATS och de priser de nya klusteraktörerna får betala för ATS-tjänster.
- Mer motiverat hade varit att använda prissättningen som ett styrinstrument för att påskynda utfasningen av ATS. Vidare hade det möjligen varit motiverat att ge små fristående aktörer bättre villkor, i första hand för att ge dem en bättre signal om förväntade framtida kostnader och för att inte ge dem onödigt starka incitament att vänta med att etablera sig.

11 Statens roll på marknaden

Här är framför allt två frågor av intresse. I vilken utsträckning bör Apoteket AB kvarstå som ägare till vissa produktionsenheter? Och vilket är statens ansvar för

det som brukar kallas USO, universal service obligation?⁶⁴ Vi börjar med den senare frågan.

11.1 Universell service

11.1.1 Apoteksombud

Som beskrivits ovan finns det före avregleringen av marknaden knappt 1000 apotek och drygt 900 apoteksombud.⁶⁵ I SOU 2008:4 beskrivs det ansvar staten tagit för läkemedelsförsörjningen på landsbygden. Cirka 86 procent av Sveriges befolkning hade vid avregleringen minst ett apotek inom 15 minuters körtid från sin bostad och 97 procent inom 30 minuters körtid. Om också hänsyn tas till apoteksombuden ökar dessa siffror till 92 respektive 99 procent.

I en europeisk jämförelse har antalet apotek per invånare varit märkbart lågt i Sverige, knappt hälften mot EU15 utanför Norden. I övriga Norden har dock antalet apotek per invånare i medeltal varit ungefär detsamma som i Sverige, om än med stora variationer mellan länderna.

Apoteket AB har avtalat med andra detaljhandelsföretag om att dessa ska vara apoteksombud på en viss ort. Som ersättning för detta har en fast ersättning per förpackning utgått, från Apoteket AB till ombudet. Apoteket har utövat en viss kontroll av sina ombud.

Apoteksombuden har haft tre huvuduppgifter: att ta emot recept, att förmedla paket med läkemedel och att tillhandahålla ett begränsat sortiment av receptfria läkemedel.

- Enligt Apoteket AB:s riktlinjer inrättas apoteksombud i glesbygd och landsbygd inte närmare än 5 km från ett apotek eller ett ombud. För etablering av apotekso10 km från apotek eller ombud bör befolkningsunderlaget vara minst 1 000 personer,
- 11–15 km från apotek eller ombud bör befolkningsunderlaget vara minst 750 personer, och
- 16–20 km från apotek eller ombud bör befolkningsunderlaget vara minst 500 personer.⁶⁶

Apoteksutredningens bedömning är att apoteksombuden inte kommer att behövas i framtiden. Försäljning av receptfria läkemedel kan numera göras av detaljhandeln, recept som ska till ett apotek kan lämnas in på annat sätt (telefon,

⁶⁴ För en mer allmän diskussion om begreppet USO, se t.ex. Laffont och Tirole, 2000, *Competition in Telecommunications*, MIT Press, samt Hultkrantz, 2005, *A Review of Universal Service Policy*, PTS.

⁶⁵ Eller knappt 900 apotek, exklusive sjukhusapotek och Apoteket Shop.

⁶⁶ SOU 2008:4, s 480.

post eller internet) och utlämning av paket kan hanteras av de vanliga postombuden.⁶⁷

Vi delar bedömningen att försäljning av receptfria läkemedel och utlämning kan skötas av andra aktörer. Däremot kan det möjligen finnas ett behov att göra beställning på annat sätt än de ovan nämnda. Beställning via internet torde vara ett fullgott alternativ för dem som har tillgång till internet. Nackdelen med post- och telefonbeställning är att det inte på ett enkelt sätt går att legitimera sig. En möjlig lösning vore att kunden kunde beställa stående leveranser till ett visst postombud och via ett visst apotek. Då skulle legitimering bara behöva ske vid ett enda tillfälle för att beställningen skulle expedieras. Däremot skulle kunden liksom tidigare legitimera sig vid uthämtning.

11.1.2 Motiv för universell service

Staten brukar ikläda sig ett ansvar för att alla medborgare ska få tillgång till viss grundläggande service, såsom post, tele och el. Man brukar tala om universell service, eller USO från det engelska uttrycket Universal Service Obligation. Även tillgång till apotekstjänster kan räknas in i denna kategori.

De motiv man brukar ange för USO är följande:

- Nätverkseffekter. De "sist" anslutna kunderna skapar nytta även för tidigare anslutna kunder. Detta tar de förra inte hänsyn till när de jämför sin kostnad mot sin nytta, varför marknadslösningen kan leda till att alltför få ansluts till systemet. Argumentet gäller dock framför allt för nätverkstjänster av typen post och tele, dvs. där det finns en interaktion mellan slutkunderna. Ett liknande argument som möjligen kan vara tillämpligt vad gäller apotek är att god tillgång till läkemedel gör individer i glesbygden friskare, vilket ger ökade skatteintäkter och minskade kostnader.
- Fördelningspolitiska mål. Glesbygdsbefolkningen tenderar i allmänhet att ha lägre inkomster. Ett sätt att jämna ut välfärden är därför att sänka priset för de tjänster dessa konsumerar. Vi har tidigare påpekat att det "generaliserade" priset för apotekstjänster också innefattar reskostnader – och dessa tenderar att vara högre i glesbygden. Att öka antalet apotek är därmed ett sätt att sänka det generaliserade priset på läkemedel på landsbygden. Det bör nämnas att det i många situationer är bättre att åstadkomma en inkomstutjämnning genom generell inkomstutjämnning, men i vissa fall kan det vara motiverat att istället försöka jämna ut (generaliserade) priser.
- Mer abstrakta jämställdhetsaspekter. Likväl som det finns en norm som säger att alla ska ha rätt att rösta, yttra sig och ha åsikter, så finns en norm som säger att alla har rätt till vissa tjänster, oavsett betalningsviljan för dessa. Enligt detta argument så är samhällets betalningsvilja för att ge individer lika tillgång till vissa grundläggande tjänster större än summan

⁶⁷ SOU 2008:4, avsnitt 16.2.3.

av individernas betalningsvilja för dessa och också större än värdet av den inkomstutjämning som blir följd av att de generaliserade priserna jämnas ut. Man talar ibland om *merit goods* – nyttigheter som samhället anser att man *ska* konsumera. Ett exempel är grundläggande utbildning.⁶⁸

11.1.3 Universell service på apoteksmarknaden

Vi ser inte att principen om USO bör tillämpas generellt på apoteksmarknaden som ett motiv för att subventionera glesbygdsapotek. Däremot finns skäl för staten att erbjuda en acceptabel lösning för de konsumenterna som bor i glesbygd och som saknar internet – och som därför har svårt att lämna in recept när apoteksombuden försvinner.

Vad som utgör en tillfredsställande tillgänglighetsgrad av apotek bör istället avgöras endera av marknaden, om det går att konstruera en modell som gör att konsumenternas värdering av tillgänglighet kan komma till uttryck (se kapitel 5). Eller så bör det avgöras genom att värdet av tillgänglighet uppskattas och ställs mot kostnaden. Den senare frågan diskuterar vi i kapitel 6 och 7.

11.2 Apoteket Farmaci och ApoDos⁶⁹

Att Apoteket AB ska tvingas sälja dessa är enligt uppgift det som fick styrelsen att avgå, så frågan är i högsta grad kontroversiell. Dessa två verksamheter tillsammans omsätter ungefär lika mycket som Apoteket ABs kvarvarande apotek.

11.2.1 ApoDos

ApoDos är en verksamhet som packar portionsförpackningar av läkemedel. ApoDos omsätter drygt 2 miljarder kronor och leveranser sker till cirka 180 000 patienter. ApoDos är också en viktig del av Apotekets utlandsetablering, Apoteket International AB.

För en given patient läggs alla läkemedel som ska konsumeras vid ett och samma tillfälle i en påse, vilken märks med patientens namn och personnummer och med tidpunkten då läkemedlen ska konsumeras. Påsar för en eller (vanligen) två veckors förbrukning förpackas tillsammans i en kartong, som levereras till patienten. En stor andel av dessa är personer i särskilt boende (det som tidigare

⁶⁸ För att ytterligare illustrera denna poäng, antag att en individ på landsbygden möter det generaliserade priset 200 för en nytthet som den övriga befolkningen kan köpa för 100. Antag att det kostar 1000 att göra de investeringar som krävs för att nyttheten ska kunna levereras för priset 100 även till landsbygdsbon. Det fördelningspolitiska målet kan nås genom en transferering på 100 till. Enligt det abstrakta jämställdhetsmålet är emellertid detta inte nog. Samhället väljer hellre att ta en kostnad på 1000 för att ge landsbygdsbon möjlighet att köpa nyttheten för 100. En monetär transferering kan ju göra att denne annars väljer att konsumera något annat.

⁶⁹ Faktauppgifterna i detta avsnitt är inhämtade genom intervjuer med personal vid Apoteket AB under våren 2010

kallades ålderdomshem) eller med anpassat boende i hemmet ("hemtjänst"), dvs. äldre personer som ofta konsumerar många olika läkemedel. Portionsförpackningar anses minska svinnet och risken för felmedicinering.

Packningen sker vid elva (tidigare 31) "dosapotek" på initiativ av läkaren, genom att denna skickar dosrecept (via internet, fax eller per telefon) till ett dosapotek. Drygt hälften av doserna beställs via E-dos, resten via fax och telefon. Beställningen görs direkt till producerande dosapotek.

Från dosapoteken distribueras kartongerna med doser till kommuner och landsting och, i vissa fall, apotek. Dessa ersätts då som om de vore apoteksombud. Postombud kan inte användas, då ApoDos ofta innehåller narkotiska preparat och sömnmedel, vilka inte får lämnas ut av postombud. Läkemedel som enbart ska tas under en kort period läggs oftast inte in i ApoDos, de tas vid sidan av. Detta gäller också vissa läkemedel av andra skäl, till exempel att tablettorna inte passar i maskinerna eller inte kan sampackas med andra tabletter.

I det dosregister som styr användningen av dosförpackade läkemedel går det att utläsas om olämpliga läkemedelskombinationer är förskrivna, liksom om samma läkemedel är dubbelförskrivet. För andra än dospatienter är det svårt att bryta läkemedelssekretessen, annat än på patientens begäran; inte ens patientens läkare kan göra detta.

Dosverksamheten betalas dels av landstingen genom ett avtal som ger en fast ersättning per dygnsförbrukning ("dospeng"), dels genom normal apoteksmarginal för de ingående läkemedlen. Dospengen betalas av landstingen, utom i ett fall då den betalas gemensamt av landstinget och kommunerna. I princip finns ekonomiska incitament för ApoDos att välja att använda små förpackningar, eftersom apoteksmarginalen per tablett i allmänhet är högre för små förpackningar. (Se vår diskussion i avsnitt 7.1.1.) Avtalen föreskriver dock att ApoDos ska välja förpackningsstorlek så att priset per tablett blir så lågt som möjligt. ApoDos får dela stora förpackningar mellan olika patienter, vilket minimerar svinnet. Detta ger ApoDos en lägre snittmarginal än för marknaden i övrigt – eftersom stora förpackningar har lägre procentuell marginal. Det finns även vissa kostnadsfördelar med att använda stora förpackningar i produktionen.

E-dos kommer att överföras till Servicebolagen. Ett problem i sammanhanget är att Servicebolaget kanske inte kan ta ett ansvar för att utveckla dosmarknaden, till exempel genom att "lära" läkarna att dosförskriva.

Det är mycket liten samordning mellan ApoDos och Apoteket Farmacis (se nedan) distribution av läkemedel till kommuner m fl. Sådan samordning förekommer egentligen bara i Göteborg. ApoDos fysiska distribution sköts av Posten.

En första observation är att ApoDos befinner sig uppströms i förhållande till detaljhandeln. Därmed synes vissa principiella skäl tala för att behandla ApoDos

på samma sätt som APL, dvs. som en tillverkande enhet. Principen har varit att inte tillåta vertikal integration mellan tillverkning och apoteksverksamhet.

Vår bedömning är att samordningsfördelarna mellan ApoDos, Apoteket Farmaci och Apoteket AB inte är särskilt stora. Därmed är det egentligen ganska betydelselöst för marknadens funktion om Apoteket AB kommer att kvarstå som ägare, om bolaget kommer att bli ett systerföretag till Apoteket AB eller om det kommer att privatiseras.

Det främsta inträdeshindret på dosmarknaden torde finnas på beställarsidan, snarare än på produktions- och distributionssidan. Så vitt vi förstår har dock beslut redan fattats när detta skrivs (mars 2010) att avskilja E-dos från ApoDos och därmed har sannolikt den frågan funnit sin lösning. (En kvarstående fråga är dock om Servicebolaget har förmåga att utveckla systemet. Ett alternativ torde vara att landstingen tar ett systemansvar.)

11.2.2 Apoteket Farmaci

Apoteket Farmaci (AF) har tre huvudverksamheter: försörjning av läkemedel in i vården, tillverkning respektive farmacitjänster.

Det första verksamhetsområdet handlar om att driva sjukhusapotek. AF tillhandahåller läkemedel ända till klinikerna och ser till att de har rätt sortiment. Det senare innebär både att lagren är optimerade och att man i största möjliga utsträckning undviker produkter som i olika avseenden är farliga. Tjänsten upphandlas och säljs för närvarande till 74 sjukhus.

Grossister och detaljister skulle kunna konkurrera om att utföra dessa tjänster – och kan göra det när nuvarande avtal löper ut. Dock krävs detaljhandelstillstånd, vilket hindrar andra än detaljister, men dessa problem torde gå att lösa genom ändrade regler eller genom att grossister söker detaljhandelstillstånd. Den första upphandlingen i konkurrens genomförs under våren 2010.

Verksamhetsområdet Tillverkning gäller cytostatika och andra läkemedel som tillverkas på plats. Detta görs på cirka 30 sjukhus.

Inom verksamhetsområdet Farmacitjänster säljer AF konsulttjänster. Konsulterna är experter på läkemedelsanvändning, dvs. apotekare. En upphandling gjordes för två år sedan, då många småföretag var med och konkurrerade. AF vann 9 av 11 deluppdrag. Ett hot mot AF och andra aktörer på denna marknad är att sjukhusen själva anställer konsulterna eller personer med motsvarande kompetens, detta är ganska vanligt.

AF agerar alltså på ett antal marknader där köparna av tjänsterna professionella aktörer: kommuner och vårdföretag respektive landsting. Vår bedömning är att AF bör kunna utmanas relativt enkelt av andra aktörer, både grossister och detaljister.⁷⁰ Med professionella köpare och med starka potentiella konkurrenter som redan agerar på närliggande marknader torde AF:s marknadsmakt vara

⁷⁰ Vi bortser här från de legala hinder som finns i och med att vissa av dessa verksamheter förutsätter detaljhandelstillstånd.

relativt liten. Inträdeshindren på marknaden är sannolikt begränsade, i varje fall för stora läkemedelsgrossister och – detaljister. Därmed torde riskerna med att låta Apoteket AB behålla AF vara relativt små.

Samtidigt framstår synergier med Apoteket ABs detaljhandelsverksamhet (och även med ApoDos) som begränsade. Det bör alltså vara ganska betydelselöst, ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, vem som äger AF.

11.3 Slutsatser

- Två av de tre motiv som funnits för apoteksombud har bortfallit. Det gäller distribution av receptfria läkemedel och utlämning av postpaket med läkemedel.
- Det motiv som möjligen kvarstår, inlämning av recept, bör kunna lösas med hjälp av internet för en stor del av befolkningen. Staten bör dock ta ett ansvar för dem som inte har tillgång till internet. En möjlighet vore att utveckla ett system där konsumenter kan göra en stående beställning av receptleveranser till visst postombud och via visst apoteksbolag. Därmed skulle motiven till att behålla apoteksombuden helt försvinna.
- USO är inte ett motiv för att bygga apotek eller för tillgänglighet i bredare mening. Lämplig grad av tillgänglighet bör fastställas med utgångspunkt från konsumenternas betalningsvilja för tillgänglighet, ställd emot kostnaderna för att tillhandahålla denna.
- Inträdeshindren på de marknader där ApoDos och Apoteket Farmaci agerar framstår som låga, särskilt med tanke på att köparna på marknaden (i huvudsak landsting och kommuner, men även privata vårdgivare) är professionella.
- Samordningsfördelarna mellan Apoteket AB, ApoDos och Apoteket Farmaci framstår som begränsade. Därför spelar det ur samhällsekonomisk synvinkel sannolikt ingen större roll om Apoteket AB får behålla dessa verksamheter eller om de avskiljs.
- Undantaget från ovanstående är den del av ApoDos där inmatning av recept sker, i huvudsak E-dos. Detta system har antagligen stora skalfördelar och en kommersiell aktör (inklusive Apoteket AB) som kontrollerar detta system kan sannolikt använda det till sin fördel i konkurrensen. E-dos kommer att avskiljas.

12 Appendix

12.1 Skäl för reglering: Prissättning

Det finns tre huvudskäl till varför man kan vilja reglera apotekens prissättning.

1. För det första råder det ofullständig konkurrens på apoteksmarknaden. Företag med marknadsmakt kan ta ut höga marginaler.
2. För det andra är läkemedel subventionerade vilket innebär att kunderna är mer okänsliga för prisökningar, vilket innebär att apoteken kan ta ut än högre marginaler.
3. För det tredje kan fri prissättning leda till att olika kunder får betala olika priser.

Apoteksreformen innebär att det tidigare monopolet ersätts med flera konkurrerande apotek. Ökad konkurrens kan förväntas minska problemet med marknadsmakt avsevärt. Konkurrensen skulle även kunna lösa problem till följd av subventionen, med relativt små justeringar i subventionens utformning. Däremot kan konkurrens leda till att det uppstår en viss variation i priserna, men vi tror att denna variation skulle vara relativt liten.

12.1.1 Problem till följd av begränsad konkurrens och subventionen

12.1.1.1 Monopol

Ett oreglerat monopolföretag kan förväntas ta ut höga marginaler. Det gäller alla marknader. Men på apoteksmarknaden är risken för höga priser särskilt stor eftersom efterfrågan på många läkemedel torde vara prisokänslig, till följd av deras karaktär av nödvändighetsvaror.

Dessutom täcks en stor del av läkemedelskostnaderna av läkemedelsförmånen. I genomsnitt täcks ca 75-80 procent av förmånen. Om priset för ett läkemedel är 1000 kronor behöver man i medeltal således endast betala ca 200 kronor. Förmånen omfattar såväl kostnaderna för själva läkemedlet som kostnaderna för distributionen.

Högekostnadsskyddet minskar dock patientens kostnad stegvis under en tolv månadersperiod. Upp till 900 kronor får patienten betala hela kostnaden. När en person betalat 1 800 kronor ur egen ficka får denne ett frikort och betalar inte något alls för ytterligare läkemedel som köps under det som återstår av tolv månadersperioden.

En oönskad sidoeffekt av subventionen är att kunderna blir än mer prisokänsliga. Om en kund är villig att betala 1000 kronor för ett visst läkemedel men bara behöver betala genomsnittliga 20% av priset så kommer denne att köpa läkemedlet så länge priset inte överstiger 5000 kronor (20% av 5000 = 1000). En kund med frikort, som inte behöver betala något alls, skulle köpa läkemedlet oavsett pris (under förutsättning att kunden inte över huvud taget tar hänsyn till de kostnader som förmånen får bära).

Ett subventionerat monopolapotek skulle med andra ord kunna öka sina marginaler utan att kunderna minskar sina inköp i någon större omfattning. Det gör det lockande att ta ut höga marginaler. Faktum är att man kan visa att ett monopolföretag kommer att öka sin marginal, i procentuella termer, med 5 gånger om man subventionerar en vara med 80%. När subventionen är 100%

kan man förvänta sig extrema priser, eftersom kunderna inte disciplinerar företagets prissättning över huvud taget. (Se vidare 12.1.1.2.)

Av denna anledning kan apotekets ersättning, särskilt för de läkemedel som omfattas av förmånen, behöva regleras på något sätt. Annars kommer subventionen huvudsakligen företaget till godo och inte kunderna som det var tänkt.

12.1.1.2 Formell analys av monopolprissättning

Låt p beteckna monopolföretagets pris, $D(p)$ efterfrågan, $\varepsilon(p)$ efterfrågans egenpriselasticitet, $c \cdot (-)$ företagets marginalkostnad som beror på hur mycket som produceras samt s subventionen. Monopolföretaget kommer då att sätta pris i enlighet med den så kallade inversa-elasticitets-regeln, justerad för att ta hänsyn till subventionen. Marginalen i procent ges då av

$$\frac{p - c'}{p} = -\frac{1}{\varepsilon} \frac{1}{1 - s}.$$

Denna formel anger att företaget kommer att sätta en högre marginal ju mindre priskänslig kunderna är, det vill säga ju närmre noll som ε är. Eftersom många läkemedel är nödvändighetsvaror så kan man förvänta sig en hög marginal av denna anledning. Om subventionen är 80 procent så kommer $s = 0.8$ vilket betyder att den andra faktorn på höger sida antar värdet 5. Marginalen blir således i procentuella termer 5 gånger högre. Detta gäller exakt om efterfrågan är konstantelastisk och kan i andra fall förmodas vara något lägre eller något högre.

12.1.1.3 Oligopol

Apoteksreformen innebär att konkurrens etableras i handelsledet. Det innebär att det första problemet sannolikt reduceras till samma nivå som i övrig detaljhandel. Behovet av reglering minskar således.

Vad som är lika viktigt, men kanske mindre uppenbart, är att även de problem som följer av subventionen minskar till följd av den ökade konkurrensen.

På en marknad med perfekt konkurrens drivs priset ned till företagets kostnader, oavsett hur mycket man subventionerar en vara. Konsumtionen ökar, i enlighet med subventionens syfte, men företagets marginaler påverkas inte.

Nu kommer inte konkurrensen på apoteksmarknaden bli perfekt. Det är rimligt att förvänta sig en oligopolstruktur med ett fåtal större aktörer. Under förutsättning att man kan undvika en kartellbildning kan man då ändå förvänta sig att de problem som följer av subventionen minskar avsevärt, även om de inte försvinner helt.

Priset på en (oreglerad) marknad bestäms av både kundernas betalningsvilja och företagets kostnader för varan. Man kan förvänta sig en rejäl sänkning när monopol ersätts av (säg) ett duopol. Under monopol kommer kundernas betalningsvilja i en viss butik att bestämmas av deras betalningsvilja för

läkemedlet, eftersom alternativet är att inte köpa den alls. Under duopol kommer kundernas betalningsvilja i en viss butik att bestämmas av deras betalningsvilja för att köpa läkemedlet i denna butik, snarare än att köpa den i konkurrentens butik.

Om man är beredd att betala 1000 kronor för ett läkemedel i den närmaste butiken kanske man är beredd att betala 950 kronor i butiken lite längre bort. Det betyder att apoteken kan ta ut ett pris för sina tjänster på 50 kronor, utöver deras inköpspriser. Vid en subvention på 80% så kommer man att vara beredd att betala 250 kronor ($250 = 5 \times 50$) för att slippa åka till en butik längre bort. I monopolfallet ovan skulle subventionen öka marginalen med 4000 kronor. I duopolfallet orsakar subventionen endast en ökning med 250 kronor. (Se vidare appendix 12.1.1.5.)

Exakt hur mycket problemen minskar bestäms bland annat av styrkan i konkurrensen mellan de olika apoteken. Styrkan i konkurrensen bestäms i sin tur bland annat av hur differentierade apoteken är. Å ena sidan kan man förvänta sig att butikerna i framtiden kommer att ligga närmare varandra till följd av att fler butiker öppnas. Å andra sidan kan man förvänta sig att olika kedjor kommer att försöka profilera sig på olika sätt. Styrkan i konkurrensen bestäms även av hur enkelt det kommer att vara för nya aktörer att etablera sig på den svenska apoteksmarknaden.

12.1.1.4 Mer om subventionen

Vid en subvention på 100% kvarstår dock problemet. Kunderna kommer inte att disciplinera apotekens prissättning.

En möjlig lösning är dock att genomföra smärre förändringar i subventionen. En möjlighet är att låta subventionen endast omfatta kostnaden för själva läkemedlen men inte kostnaderna för distributionen. Då skulle normal konkurrens uppstå på apoteksmarknaden. En dylik ändring skulle kunna kompletteras med ökad subvention av läkemedel, sjukersättning eller pensioner för att hålla kunderna skadeslösa.

Ytterligare en möjlighet är att endast subventionera distributionen med ett belopp som motsvarar det lägsta pris som något apotek i landet tar för distributionen—en referensprismodell.

12.1.1.5 Formell analys av konkurrens om priser

En enkel modellaboration visar att problemet med subventionen minskar till följd av reformen. Som grund för laborationen används den så kallade Hotelling-modellen.

Betrakta en gata med två butiker i vardera ändan, kallade öst och väst. Avståndet mellan butikerna är d . Det finns m kunder som bor jämt fördelat på gatan. En kund som köper läkemedel erhåller ett visst värde, v , som antas vara lika för alla kunder och oavsett var läkemedlet köps. Låt p_e vara det pris som den östra

butiken tar och p_w priset i den västra. Låt s beteckna den del av priset som täcks av förmånen.

Vi representerar gatan med en linje. Den västra butiken ligger i punkten o och den östra i punkten e . En kund som bor i punkten x och som handlar i den västra butiken erhåller konsumentnyttan $U_w = v - p_w(1-s) - t \cdot x$ eftersom x är avståndet till den västra butiken och t är resekostnaden per meter. Samma konsument får nyttan $U_e = v - p_e(1-s) - t(d-x)$ av att handla i den östra butiken.

Vi kommer att anta att konsumenternas transportkostnader är låga i förhållande till värdet av läkemedlen. Mer precist antar vi att $t \cdot d \cdot \frac{3}{2} < v - c(1-s)$.

Om båda butikerna ägs av ett monopol kommer företaget att sätta samma pris i båda butikerna, $p = p_e = p_w$. Eftersom konsumenternas transportkostnader är låga i relation till värdet av läkemedel kommer monopolisten att sätta ett pris som är så lågt att samliga konsumenter kommer att köpa varan. Mer precist krävs att nyttan för de konsumenter som bor mitt emellan butikerna är positiv, det vill säga att $U = v - p(1-s) - t \cdot (d/2) \geq 0$. I detta fall⁷¹ kommer monopolisten att sätta priset

$$p^m = \left(v - \frac{t \cdot d}{2} \right) \frac{1}{1-s}.$$

Man kan notera att en högre subventionsgrad leder till ett högre monopolpris.

Efter en reform ägs de två butikerna av olika aktörer. Under förutsättning att priserna inte är alltför höga kommer samtliga kunder att köpa läkemedlet. Beroende på var man bor kommer vissa kunder handla i den östra och andra i den västra butiken. Kunder som bor i punkten \tilde{x} är indifferent mellan de två butikerna. Denna punkt kan beräknas genom att sätta de två konsumentnyttorna lika, det vill säga $U_w = v - p_w(1-s) - t \tilde{x} = v - p_e(1-s) - t(d - \tilde{x}) = U_e$.

Således:

$$\tilde{x} = \frac{d}{2} + \frac{p_e - p_w}{2t} (1-s).$$

Alla som bor öster om denna punkt handlar i den östra butiken och de som bor väster om denna punkt handlar i den västra.

Den västra butikens vinst blir lika med

⁷¹ Villkoret för att detta pris ska vara optimalt är att

$$\tilde{p}^m = \frac{\frac{v}{1-s} + c}{2} \leq \left(v - \frac{td}{2} \right) \frac{1}{1-s} = p^m.$$

Det vill säga att $td \leq v - c(1-s)$.

$$\pi_w = (p_w - c) \left(\frac{d}{2} + \frac{p_e - p_w}{2t} (1-s) \right) m.$$

Första ordningens villkor för vinstmaximerande priser är:

$$\frac{\partial \pi_w}{\partial p_i} = \left(\frac{d}{2} + \frac{p_e - p_w}{2t} (1-s) \right) + (p_w - c) \left(\frac{-1}{2t} \right) (1-s) = 0.$$

I jämvikt sätter båda företagen samma pris:

$$p^* = c + \frac{d \cdot t}{1-s}.$$

Notera att konkurrens leder till lägre priser.⁷²

Notera vidare att högre subvention leder till ökade priser även under konkurrens. Dock är monopolpriset betydligt mer känsligt för en subvention än vad priset under konkurrens är:

$$\frac{\partial p^m}{\partial s} = \left(v - \frac{t \cdot d}{2} \right) \cdot \left(\frac{1}{1-s} \right)^2 > d \cdot t \cdot \left(\frac{1}{1-s} \right)^2 = \frac{\partial p^*}{\partial s}$$

Under monopol bestäms känsligheten av (de marginella) konsumenternas betalningsvilja för läkemedel, det vill säga $v - t \cdot (d/2)$, som kan förväntas vara stor. Under konkurrens bestäms känsligheten av konsumenternas betalningsvilja för att handla i den ena snarare än den andra butiken, med andra ord butikernas differentiering, det vill säga $d \cdot t$, som kan förväntas vara relativt sätt liten.

I den mån reformen även leder till att avståndet mellan butiker minskar kommer subventionens påverkan på priset att vara än mindre.

Slutsatsen är att reformen minskar behovet av prisreglering av två skäl. Dels leder konkurrens till lägre priser, oavsett subventionsnivå. Dels leder konkurrens till att subventioner inte får så stort genomslag på priset. Detta gäller särskilt om reformen leder till att fler butiker etableras.

12.2 Skäl för reglering: Kvalitet

12.2.1 Problem till följd av begränsad konkurrens

Utöver de problem som nämndes ovan finns det även ett antal ytterligare potentiella problem med kvaliteten på apoteksmarknaden till följd av att konkurrensen är begränsad. Dessa problem kan dock inte förväntas vara värre på apoteksmarknaden än på andra marknader med begränsad konkurrens, till

⁷² Detta följer av att $p^m = \left(v - \frac{t \cdot d}{2} \right) \frac{1}{1-s} > c + \frac{d \cdot t}{1-s} = p^*$ eftersom

$v - c(1-s) > \frac{3}{2} \cdot t \cdot d.$

exempel dagligvaruhandel. Vi redovisar ändå dessa problem här för fullständighetens skull.

12.2.1.1 Marginalkonsument och genomsnittskonsument

Om ett monopolföretag ökar kvaliteten kommer alla kunders betalningsvilja att öka. Om de marginella kunderna, det vill säga de kunder som står i valet och kvalet mellan att handla och att inte handla, ökar sin betalningsvilja med x kronor som följd av den ökade kvaliteten, så kan monopolisten öka sitt pris med just x kronor. Om denna prisökning är större än kostnadsökningen tillhandahåller en monopolist kvalitetsökningen.

En samhällsekonomisk analys måste emellertid beakta att olika kunder har olika betalningsvilja för kvalitet. Vissa kunder kanske blir villiga att betala tio kronor mer andra kanske bara blir villiga att betala en krona mer. Genomsnittet är y kronor. En kvalitetsökning är samhällsekonomiskt motiverad om den ökade kostnaden understiger y kronor.

Låt säga att både tjänsten i sitt grundutförande och den tänkta kvalitetsökningen är så kallade normala varor, det vill säga att betalningsviljan stiger med inkomst. Då kommer den marginella kunden att ha en lägre betalningsvilja för kvalitet än genomsnittskunden, vilket innebär att monopolisten kommer att erbjuda en kvalitet som är för låg ur samhällsekonomisk synvinkel.

I detta fall skulle en reglerad miniminivå på kvaliteten leda till ökad samhällsekonomisk effektivitet.

12.2.1.2 Prisdiskriminering

Många företag erbjuder sina kunder en meny av olika kvaliteter. Man kan erbjuda en låg kvalitet för kunder med låg betalningsvilja och en hög kvalitet för dem med en hög betalningsvilja. Tåg- och flygbolag erbjuder till exempel resenärerna att välja mellan första och andra klass. Den som har en hög betalningsvilja väljer första klass och får då ofta betala ett högt tillägg för en modest ökning av kvaliteten.

Vad som kanske är mindre uppenbart är att ett monopolföretag har incitament att erbjuda passagerare i andraklass en för låg kvalitet ur samhällsekonomisk synvinkel. Genom att minska kvaliteten i andra klass måste företaget visserligen sänka priset i andra klass för att passagerarna i andra klass ska fortsätta att resa. Men denna prissänkning är relativt liten eftersom denna grupp värderar kvalitetsbortfallet lågt. Fördelen är att man kan höja priset för passagerare i första klass eftersom dessa kommer att känna sig mindre lockade att välja andra klass. Deras värdering av den ökade kvalitetsdifferensen är hög.

Även i detta fall skulle en reglerad miniminivå på kvaliteten kunna leda till ökad samhällsekonomisk effektivitet.

12.2.1.3 Oligopol

Oligopolistisk konkurrens leder inte heller till att företagen får incitament att erbjuda en samhällsekonomiskt effektiv nivå på kvaliteten.

Om ett företag ökar kvaliteten på sin produkt kommer konkurrenterna att sänka sina priser för att inte förlora sina kunder. Konkurrenternas prissänkningar leder till lägre vinster för företaget som ökar sin kvalitet. Det betyder att företagets val av kvalitet inte endast måste balansera värdet av att kunna erbjuda kunderna en bättre vara mot ökade produktionskostnader. Även nackdelen av att konkurrenterna sänker sina priser beaktas. Företagen får därför ett incitament att producera en alltför låg kvalitet.

Ett andra problem är att företagen kan använda olika kvaliteter för att differentiera sig och därigenom minska konkurrensen sig emellan. För samhällsekonomin innebär detta både fel val av kvalitet och en lägre priskonkurrens än annars.

12.2.2 Skäl till att tillåta konkurrens inom ramen för en reglering

Ett skäl till att ett reglerat oligopol kan vara bättre än ett reglerat monopol är att man utnyttjar kundernas förmåga att observera vissa skillnader i företagets kvalitet som kan vara svårare för en myndighet att observera.

En hypotetisk regulator utan egenintresse och som har tillgång till all relevant information kan visserligen konstruera ett regelverk för en monopolist som leder till såväl samhällsekonomisk effektivitet på marknaden som en önskad fördelning av överskottet mellan olika intressentgrupper.

Ett typiskt problem för de flesta regleringsmyndigheter är dock brist på information. Det kan till exempel vara svårt att observera eller verifiera den kvalitet som producenterna tillhandahåller. Regleringsmyndigheten kan då inte styra kvaliteten direkt, till exempel genom sanktioner när kvaliteten är för låg. Men även i detta fall kan man under vissa, ytterst ovanliga, omständigheter åstadkomma full måluppfyllelse. Istället för att styra kvaliteten direkt kan regulatorn sätta ett högt pris på monopolistens tjänster. Med en hög marginal får monopolisten incitament att erbjuda en hög kvalitet för att förmå så många kunder som möjligt att köpa varan. En hög marginal skulle kunna leda till en oönskad fördelning, men monopolistens vinst kan återtas genom en licensavgift för monopoltillståndet eller genom att monopolisten är offentligt ägd.

Men om det av någon anledning dessutom är svårt att återta monopolistens vinster för att uppnå fördelningspolitiska mål uppstår en målkonflikt. Regleringsmyndigheten måste sätta ett lågt pris på monopolistens tjänster för att uppnå fördelningspolitiska mål. Men då kommer monopolisten att tillhandahålla en lägre kvalitet. I detta läge kan det vara fördelaktigt att introducera konkurrens. Om kunderna kan observera den kvalitet som producenterna tillhandahåller tvingas företagen att slåss om marknadsandelar genom att erbjuda kunderna en högre kvalitet. Med konkurrens blir det billigare för samhället att garantera god kvalitet.

Ett liknande argument gäller om regleringsmyndigheten har begränsad information om produktionskostnaderna. En optimal reglering kräver att regleringsmyndigheten belönar företagen när de rapporterar låga kostnader. Om en rapport om låga kostnader föranleder en omedelbar prissänkning kommer företagens få incitament att felrapportera (dvs. överdriva sina kostnader), vilket innebär att regulatören inte kan fatta korrekta beslut. Men att betala en hög ersättning till företagen för korrekt information kan äventyra de fördelningspolitiska ambitionerna. Med konkurrerande producenter kan en del av dessa övervinster minskas.⁷³

En första slutsats är således att det kan vara fördelaktigt att tillåta konkurrens även på en reglerad marknad när (i) företagen har ett informationsövertag över regleringsmyndigheten vad gäller kvalitet och produktionskostnader och (ii) kunderna kan observera den kvalitet som de erbjuds.

En andra, kanske mer förvånande, slutsats är att starka fördelningspolitiska ambitioner talar för (reglerad) konkurrens framför en (reglerad) monopollösning.

12.2.2.1 Implikationer för den svenska apoteksmarknaden:

På den svenska apoteksmarknaden är förmodligen den viktigaste kvalitetsdimensionen att åstadkomma en säker hantering av läkemedel.

Sannolikt är kunderna inte särskilt väl informerade om denna typ av kvalitet så det torde vara till fördel att en regleringsmyndighet (Läkemedelsverket) fastställer en miniminivå och följer upp att producenterna tillhandahåller denna nivå.⁷⁴

När det gäller många andra kvalitetsdimensioner antal butiker och deras lokalisering, öppethållande och kötider, med ett ord: tillgänglighet, så kan de vara svårare att mäta för en regleringsmyndighet som inte satts upp för detta syfte (Socialdepartementet) än för kunderna själva. Samma sätt gäller sådant

⁷³ Argumenten för detta är tämligen komplicerade. Vi hänvisar läsaren till Asher Wolinsky (1997): Regulation of Duopoly: Managed Competition vs Regulated Monopolies, *Journal of Economics and Management Strategy*. Se även Tangerås om Yardstick Competition.

⁷⁴ Enligt vår uppfattning kan det eventuellt ändå finnas en vinst av konkurrens även i detta sammanhang. Konkurrens innebär att kunderna kan delta i bestraffningen av en producent som inte tillhandahåller en rimlig kvalitet, när detta uppdagas av en regleringsmyndighet, genom att man kan byta leverantör. Om myndigheten har svårt att mäta ut tillräckligt avskräckande straff kan detta vara en fördel. Ett exempel skulle kunna vara att en mer formell bestraffning kan handla om att byta ut ledningen, medan förlorad försäljning drabbar hela personalen.

som kundbemötande. Till detta kommer en myndighets svårigheter att mäta kundernas värderingar av dessa kvalitetsdimensioner.

Att det vidare är svårt för en regleringsmyndighet att få full insyn i företagens kostnader torde vara en närmast universell regel.

Vi känner inte till hur stora dessa båda informationsproblem har varit på den svenska apoteksmarknaden. Vi känner inte heller till om det verkligen är dessa informationsproblem som har lett till att tillgängligheten har blivit lägre än den nivå som regering och riksdag önskar uppnå. Men de båda informationsproblemen är en möjlig förklaring till reformen, som i så fall även kan vara samhällsekonomiskt motiverad. Enkelt uttryckt kan reglerad konkurrens göra det billigare att uppnå god tillgänglighet.

Kvar står frågan hur man ska utforma en reglerad konkurrens för att få till stånd en samhällsekonomiskt god nivå på tillgängligheten. Denna fråga diskuterar vi i kapitel 6 och 7.

Vi ska även nämna att ett möjligt alternativ till apoteksreformen skulle ha kunnat vara att delegera styrningen av ett bibehållet monopol till en myndighet som satts upp för detta syfte. TLV har fått rollen att styra den reformerade marknaden mot ökad tillgänglighet. I den mån TLV kan mäta tillgänglighet väl så skulle man eventuellt ha kunnat uppnå detta syfte bättre med ett bibehållet monopol.

12.3 Kontroll över en unik tillgång

Vi analyserar här om det ur en samhällsekonomisk synpunkt är bäst att låta det redan mest effektiva företaget ta del av ytterligare en kostnadssänkning, eller om det hade varit bättre att en lika stor kostnadssänkning istället kommit ett något mindre effektivt företag till godo.

Utgångspunkten för analysen är att företagens inte priskonkurrerar. Priserna fastställs av TLV och företagen på marknaden konkurrerar istället genom etablering av nya apotek och genom servicenivån. Den allmänna principen diskuteras i kapitel 6; låt oss nu se på vad som händer om ett enskilt företag lyckas sänka sina kostnader.

Företaget som får sina kostnader sänkta kommer inte att kunna sänka sina priser, men det kommer att få incitament att etablera fler apotek.⁷⁵ Omvänt, om ett företag får ökade kostnader, så kommer företaget att tendera att minska antalet apotek. (Om alla företag på marknaden får ökade eller minskade kostnader så kommer det totala antalet att påverkas, enligt analysen i kapitel 6.)

En marknad med den typen av reglering som gäller för apoteksmarknaden och där det huvudsakliga konkurrensmedlet är etablering av servicepunkter (i det här fallet apotek) kan analyseras som en s.k. Salopmarknad. Priset är låst av regleraren och den totala efterfrågan är given. Ett företag med n apotek antas, för

⁷⁵ Givetvis kommer en del av kostnadssänkningen att stanna i företaget i form av ökad vinst.

att göra analysen hanterbar, få en marknadsandel på n/N , där N är det totala antalet apotek. På lång sikt kommer en sådan marknad att ha den egenskapen att det företag som har de lägsta kostnaderna kommer att ha det största antalet servicepunkter.

Ett exempel på en unik tillgång med kapacitet att påtagligt sänka kostnaderna skulle möjligen kunna vara ett samarbete med ICA. ICA kan (antagligen) bara samarbeta med ett apoteksbolag och ICA är den överlägset största detaljhandelskedjan. Om Apoteket AB förhindras från att samarbeta med ICA så kommer ICA antagligen att samarbeta med någon annan – eller själv etablera en apotekskedja.⁷⁶

Antag det förra och antag specifikt att ett samarbete med ICA sänker marginalkostnaden för en apotekskedja med Δc . (Med marginalkostnad menas här den årliga kostnaden för att etablera eller driva ett apotek.) Antag också att Apoteket ABs marginalkostnad är c_1 och att de andra kedjorna har motsvarande kostnad c_2 , där $c_1 < c_2$. I långsiktig jämvikt kommer, som nämnts, det mest kostnadseffektiva företaget att bli störst på marknaden. Här antar vi att Apoteket AB är det mest effektiva företaget. Vi gör detta antagande eftersom det tycks vara en spridd uppfattning att Apoteket AB har ett övertag över sina konkurrenter och därför måste hållas tillbaka. Antagandet påverkar dock inte analysen. Om Apoteket AB inte är det mest effektiva företaget kan vi bara överföra slutsatserna på det företag som verkligen är det mest effektiva. Vår analys kommer också att visa att idén om att hålla tillbaka det mest effektiva företaget sannolikt inte är en bra idé.⁷⁷

Antag att priset är fastställt till p och att antalet aktörer tills vidare är $s+1$. (I en mer fullständig analys bestäms antalet aktörer endogen, t.ex. genom att det finns en fast kostnad per kedja och genom etablering av nya kedjor så att det vore olönsamt för ytterligare en kedja att etablera sig.) Om total volym är q så kommer totalt (årligt) försäljningsvärde att vara $R = pq$, försäljningen för Apoteket AB kommer att vara $Rn_1/(n_1+sn_2)$, där n_1 är antalet apotek som Apoteket AB öppnar och $n_1/(n_1+sn_2)$ är bolagets marknadsandel. Så länge den unika tillgången inte utnyttjas är Apoteket ABs vinst följande:

$$\pi_1 = Rn_1/(n_1+sn_2) - c_1n_1$$

och vinsten för övriga bolag är:

$$\pi_2 = Rn_2/(n_1+sn_2) - c_2n_2$$

⁷⁶ Vi har inte gjort någon självständig bedömning om huruvida ICA verkligen representerar en unik tillgång av denna typ. Vi har dock noterat att samarbetet med ICA ges en särställning i stand still-bestämmelserna, dvs. det behandlas av OAB som om det vore en unik tillgång.

⁷⁷ Vid Stackelbergkonkurrens skulle det av andra skäl kunna vara motiverat att hålla tillbaka Apoteket AB, men då är det framför allt ett förbud mot nyetablering som skulle kunna vara motiverat; förbud mot kostnadssänkande aktiviteter framstår som mindre motiverat. Se följande avsnitt, som även det problematiserar idén om att det är bra att hålla tillbaka ett effektivt företag.

med motsvarande beteckningar.

Från dessa vinstuttryck kan antalet apotek i jämvikt beräknas; antalet ökar när den egna kostnaden minskar. Den intressanta frågan är om det totala antalet apotek ökar mer eller mindre när kostnaden sänks för det redan mest effektiva apoteket, jämfört med en lika stor kostnadssänkning för ett initialt mindre effektivt apotek.

Förstaordningsvillkoren är:

$$R \frac{sn_2}{(n_1 + n_2s)^2} = c_1$$

$$R \frac{n_1 + (s-1)n_2}{(n_1 + n_2s)^2} = c_2$$

Genom att jämföra de två uttrycken ovan ser vi att den mer effektiva apotekskedjan kommer att ha ett större antal apotek än de mindre effektiva kedjorna. Eftersom den totala försäljningen är given så kommer all försäljning vid ett nyetablerat apotek att tas från den egna tidigare försäljningen (s.k. kannibalisering) eller från rivalernas tidigare försäljning (s.k. business stealing). För det mer effektiva apoteket kommer en större andel att vara "kannibalisering".

Om $s=1$ gäller t ex att $n_2/n_1 = c_1/c_2$; om även $c_1=c_2=c$ gäller att $n=R/4c$ och följaktligen att $N=R/2c$. Generellt gäller att

$$\frac{sn_2}{n_1 + (s-1)n_2} = \frac{c_1}{c_2}$$

De två förstaordningsvillkoren kan betraktas som ett ekvationssystem med två obekanta, n_1 och n_2 . Observera att nämnarna i vänsterleden är lika med N^2 . Uttrycken kan därför skrivas

$$R(N - n_1) = Rsn_2 = N^2c_1$$

$$R(N - n_2) = R(n_1 + (s-1)n_2) = N^2c_2$$

De första likheterna följer av att $N-n_1=sn_2$ respektive av att $N-n_2=n_1+(s-1)n_2$. Addera nu den första ekvationen med s gånger den andra ekvationen; detta ger följande uttryck:

$$N^2c_1 + sN^2c_2 = R(N - n_1) + sR(N - n_2) = R(N + sN - N) = sRN$$

eller

$$N = \frac{Rs}{c_1 + sc_2}$$

Genom att derivera med avseende på c_1 respektive c_2 ser man att antalet apotek, N , påverkas mer av en ändring i c_2 än av en lika stor ändring i c_1 om $s>1$. Men

detta beror ju på att det är fler apotek som får sina priser sänkta. Om $s=1$ så blir antalet apotek

$$N = \frac{R}{c_1 + c_2}$$

och det spelar med andra ord ingen roll vilken aktör som får sina kostnader sänkta. Det är summan av kostnaderna och antalet apotekskedjor som påverkar det totala antalet apotek.⁷⁸

Slutsatsen av ovanstående analys är alltså att det inte finns något särskilt motiv för att försöka balansera spelplanen genom att ge mindre effektiva konkurrenter företräde till en unik möjlighet att sänka sina kostnader. Vi går dock vidare i analysen för att se om det spelar någon roll att Apoteket AB har ett försprång framför sina rivaler, dvs. har och har haft möjlighet att agera före sina rivaler. Analysen har ju så här långt utgått från att konkurrenterna agerar simultant på marknaden.

Stackelberg

Antag nu att Apoteket AB får välja antalet butiker *före* konkurrenten. Detta kan ge Apoteket AB ett strategiskt försteg framför rivalen. Vid *Stackelbergkonkurrens* får ett något mindre effektivt företag en större andel av marknaden än en något mer effektiv rival, om det förra får välja kvantitet (eller antal apotek) före det senare. Förutsättningen är dock att det finns ett inslag av icke-reversibilitet i besluten, eftersom anpassningsprocessen annars skulle gå vidare mot en Cournotjämvikt enligt föregående avsnitt. En sådan (partiell) icke-reversibilitet kan uppstå om det finns kostnader förknippade med att öppna (eller avveckla) apotek.

Givet att Apoteket agerar före sin konkurrent så kommer den senare att agera för att maximera följande vinstuttryck:

$$\pi_2 = R \frac{n_2}{N} - c_2 n_2$$

Första ordningens villkor

$$\frac{\partial \pi_2}{\partial n_2} = R \left(\frac{1}{N} - \frac{n_2}{N^2} \right) - c_2 = 0$$

dvs., eftersom $N - n_2 = n_1$,

⁷⁸ En fullständig analys kräver tre typer av apotekskedjor. En effektiv kedja, ett antal mindre effektiva kedjor, samt en kedja som börjar i kategorin mindre effektiv men sedan ökar sin effektivitet. Resultatet blir dock detsamma som i ovanstående analys. Dvs. den totala ökningen av antal apotek är oberoende av vilket apotek som får en kostnadssänkning, den beror bara på hur *summan* av kostnaderna ändras.

$$\sqrt{\frac{Rn_1}{c_2}} = N$$

eller

$$n_2 = \sqrt{R \frac{n_1}{c_2}} - n_1$$

Apoteket maximerar

$$\pi_1 = R \frac{n_1}{N} - c_1 n_1$$

eller, genom substitution av N

$$\pi_1 = \sqrt{Rc_2 n_1} - c_1 n_1$$

Första ordningens villkor

$$\frac{\partial \pi_1}{\partial n_1} = \frac{1}{2} \sqrt{\frac{Rc_2}{n_1}} - c_1 = 0$$

dvs

$$n_1 = \frac{Rc_2}{4c_1^2}$$

dvs

$$n_2 = \frac{R}{2c_1} \left(1 - \frac{c_2}{2c_1} \right)$$

dvs

$$n_2 + n_1 = \sqrt{R \frac{n_1}{c_2}} = \frac{R}{2c_1}$$

I detta fall är det tom tydligt att man ska ge Apoteket tillgången, dvs. det är samhällsekonomiskt motiverat att det företag som agerar först ska få förfoga över den unika kostnadssänkande tillgången.

Orsaken torde vara att när man underlättar för Apoteket att expandera så kommer företaget att göra det. Konkurrenterna kommer då att dra tillbaka lite, men inte så mycket. Observera att den volym som uppstår motsvarar den som skulle gälla om Apoteket AB och ett lika effektivt företag vore duopolister på marknaden.

Slutsatsen av ovanstående analys är att det mest effektiva företaget på marknaden bör ges dubbla fördelar. För det första bör företaget få agera först,

dvs. det bör få inta rollen av Stackelbergledare, och för det andra bör det få tillgång till den unika resursen. Därav följer att om Apoteket AB kan förmodas vara mer effektivt än sina rivaler så bör de restriktioner som gäller för etablering och samarbeten tas bort. Omvänt, om det finns skäl att tro att de nya företagen är mer effektiva, så bör *de* få agera först. Om genuin osäkerhet råder om vilket företag som är mest effektivt så bör de istället få agera samtidigt; detta inses genom att jämföra uttrycket för N , det totala antalet apotek, vid Stackelbergkonkurrens och vid simultan konkurrens enligt ovan.