

2012 års översyn av apotekens handelsmarginal

- en samlad bedömning av ersättningen till apoteksmarknaden

Slutrapport
April 2012

Förord

Under perioden september 2011 till april 2012 har vi genomfört vår första översyn av apotekens handelsmarginal sedan omregleringen av apoteksmarknaden 2009. Handelsmarginalen utgör skillnaden mellan apotekens inköps- och försäljningspris på läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna. Handelsmarginalen står för en stor del av apotekens intäkter.

Vårt uppdrag är att säkerställa att handelsmarginalen bidrar till att reformens mål för den omreglerade apoteksmarknaden kan uppfyllas. Målen är ökad tillgänglighet till läkemedel, bättre service och tjänsteutbud, låga läkemedelskostnader, kompetens och säkerhet i läkemedelsförsörjningen och att ta tillvara på apotekens bidrag till förbättrad läkemedelsanvändning. Vår övergripande målsättning är att få ut mesta möjliga hälsa för de skattepengar som går till läkemedel, tandvård och apotek.

Vi vill tacka alla som har bidragit med information i detta arbete.

Gunilla Hulth-Backlund
Generaldirektör

Sammanfattning

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, beslutar om inköps- och försäljningspris på läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna som säljs på apotek. Mellanskillnaden mellan apotekens inköps- och försäljningspris, handelsmarginalen, är den ersättning som apoteken får för att beställa, lagerhålla och expediera läkemedel och andra varor till sina kunder. Handelsmarginalen är en helhetsersättning till apoteken för arbetet med att hantera läkemedel och andra varor.

Inför omregleringen av apoteksmarknaden 2009 bedömde vi att handelsmarginalen behövde höjas för att skapa förutsättningar för att uppnå målen för den nya apoteksmarknaden. Höjningen genomfördes utan att kostnaden för läkemedel ökade genom att vi samtidigt genomförde åtgärder som sänkte priserna på många läkemedel.

Den nuvarande nivån på handelsmarginalen ger positiva resultat

Sedan omregleringen har apoteksmarknaden utvecklats positivt i många avseenden. Tillgängligheten till läkemedel har förbättrats genom att fler än 300 nya apotek har öppnats och öppethållandet har ökat. Vi har också fått en mångfald av aktörer. Samtidigt har antalet läkemedel på recept endast ökat i liten grad – det är med andra ord fler apotek som expedierar samma mängd läkemedel som tidigare. Trots detta uppvisar de flesta apotek positiva resultat.

Vår utredning visar att så länge konkurrensen på apoteksmarknaden fungerar väl kommer handelsmarginalen i huvudsak att påverka tillgängligheten till apotek snarare än apoteksaktörernas lönsamhet. En av de viktigaste frågorna för denna översyn är således om tillgängligheten till apotek – så som den ser ut idag och kan förväntas utvecklas – uppfyller de offentliga målsättningar för apoteksmarknaden.

De närmsta åren kan vi förvänta oss förändringar. De större apoteksaktörerna har redan påbörjat egen distributionsverksamhet. Apoteksmarknaden kommer sannolikt även att konsolideras.

Med utgångspunkt från den positiva utveckling som apoteksmarknaden hitintills har haft och att marknaden ännu inte är i ett jämviktsläge, gör vi bedömningen att nivån på handelsmarginalen ska lämnas oförändrad.

TLV:s möjligheter att hantera olika utmaningar och styra mot reformens mål

Vi har identifierat två typer av apotek som vi bedömer har en långsiktig lönsamhet som är på en lägre nivå än apoteksmarknaden i övrigt. Det är dels vissa apotek i glesbygdsområden, dels små enskilda apoteksaktörer som inte kan tillgodogöra sig de stordriftsfördelar som finns på apoteksmarknaden.

När det gäller apotek i glesbygd konstaterar vi att de flesta går bra. Ett fåtal apotek klarar dock inte av att bära sina egna kostnader – ett problem flera av dem hade redan före omregleringen. Även om detta endast berör ett mindre antal apotek kan det ge stora konsekvenser för de som bor i berörda områdena om dessa apotek läggs ner.

Vidare bedömer vi att konkurrensen är särskilt utmanande för små apoteksaktörer. Detta medför att dessa kan komma att slås ut, vilket är negativt för mångfalden på apoteksmarknaden.

Vår bedömning är att handelsmarginalen inte är ett kostnadseffektivt verktyg för att lösa dessa utmaningar, eftersom den är en generell ersättning till apoteken.

Innehållsförteckning

Förord.....	1
Sammanfattning.....	2
Innehållsförteckning.....	3
1 Inledning.....	5
1.1 TLV:s uppdrag och mandat.....	5
1.2 Metod och arbetsprocess.....	6
1.3 Insamling av information och uppgifter.....	6
1.4 Disposition.....	7
2 Bakgrund till vår översyn.....	8
2.1 Det offentligas mål för apoteksmarknaden.....	8
2.2 Andra pågående statliga uppdrag på apoteksmarknaden.....	8
2.2.1 Utredning om vissa frågor om prissättning, tillgänglighet och marknadsförutsättningar inom läkemedels- och apoteksområdet (S 2011:07).....	8
2.2.2 Statskontorets utvärdering av omregleringen av apoteksmarknaden.....	9
2.2.3 Tillväxtanalys uppföljning av geografisk tillgänglighet till läkemedel.....	9
2.2.4 Tillväxtverkets stöd till små enskilda aktörer på apoteksmarknaden.....	9
2.3 Dagens utformning av handelsmarginalen.....	9
3 Nulägesbeskrivning av apoteksmarknaden.....	13
3.1 Apoteksmarknadens utveckling sedan omregleringen.....	13
3.1.1 Geografisk spridning av apotek liknar situationen 2009.....	15
3.1.2 Apotekens öppettider har ökat.....	16
3.1.3 Tillgången till läkemedel på apotek.....	16
3.1.4 Service- och tjänsteutbud på apotek.....	17
3.2 Huvudsakliga intäkter för apotek.....	17
3.2.1 Försäljningen av receptbelagda läkemedel är ofta den stora intäktskällan.....	17
3.2.2 Parallellhandeln utgjorde 15 procent av försäljningsvärdet 2011.....	18
3.2.3 Nya förutsättningar för försäljningen av receptfria läkemedel och handelsvaror.....	20
3.3 Huvudsakliga kostnader för apotek.....	20
3.4 Lönsamhet för olika aktörer.....	21
3.5 Utmaningar på apoteksmarknaden.....	23
3.5.1 Krav på likviditet.....	23
3.5.2 Returrätt på läkemedel och andra varor.....	24
3.5.3 Nedläggning av apotek i överretablerade områden.....	24
3.5.4 Tillgång till personal.....	25
3.6 Trender på apoteksmarknaden.....	25
3.6.1 Vertikal integration.....	25
3.6.2 Konsolidering och förändring bland apoteksföretagen.....	25
3.6.3 Alla apotekskedjor har utvecklat egna märkesvaror.....	26

4	Sambandet mellan handelsmarginal, lönsamhet och tillgänglighet till apotek.....	28
4.1	En förändrad nivå på handelsmarginalen påverkar tillgängligheten till apotek	28
4.1.1	Apotek konkurrerar främst genom tillgänglighet.....	28
4.2	En förändrad utformning av handelsmarginalen ger små effekter.....	30
4.2.1	Metod	31
4.2.2	Effekterna av en platt handelsmarginal.....	31
4.2.3	Effekterna av ett höjt tak och sänkt golv.....	31
5	Slutsatser och åtgärder.....	33
5.1	Utmanande marknadsklimat för små apoteksaktörer.....	33
5.2	Enskilda apotek i glesbygd bör följas upp.....	33
5.3	Åtgärder	34
5.3.1	Ingen förändring av nivån på handelsmarginalen	34
5.3.2	Förändrade föreskrifter	34
	Referenser	35
	Bilaga 1. Studier av fyra internationella apoteksmarknader	37
	Danmark	39
	Norge.....	41
	Nederländerna	42
	England.....	44
	Bilaga 2. Förteckning över genomförda intervjuer.....	46

1 Inledning

TLV har flera uppdrag på apoteksmarknaden. Ett av uppdragen är att besluta om apotekens handelsmarginal. Handelsmarginalen är den ersättning apoteken får för att hantera läkemedel och varor som ingår i läkemedelsförmånerna. I samband med omregleringen 2009 höjde vi handelsmarginalen för läkemedel med cirka tio procent. Nu genomför vi en första översyn av handelsmarginalen sedan reformen infördes. Detta är ett egeninitierat arbete som aviserades vid den föregående justeringen av handelsmarginalen 2009. Syftet är att undersöka om handelsmarginalens nuvarande storlek och konstruktion är lämplig utifrån målen för reformen: ökad tillgänglighet till läkemedel, bättre service och tjänsteutbud, låga läkemedelskostnader, kompetens och säkerhet i läkemedelsförsörjningen och att ta till vara apotekens bidrag till förbättrad läkemedelsanvändning.

1.1 TLV:s uppdrag och mandat

TLV har fyra uppdrag som berör apoteksmarknaden:

- Besluta om apotekens handelsmarginal för läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna
- Utforma regler för generiskt utbyte av läkemedel på apotek
- Besluta vilken avgift apoteken ska betala till Apotekens Service AB för den IT-infrastruktur som företaget tillhandahåller
- Utöva tillsyn över apoteksmarknadens aktörer för att säkerställa att dessa följer gällande regelverk

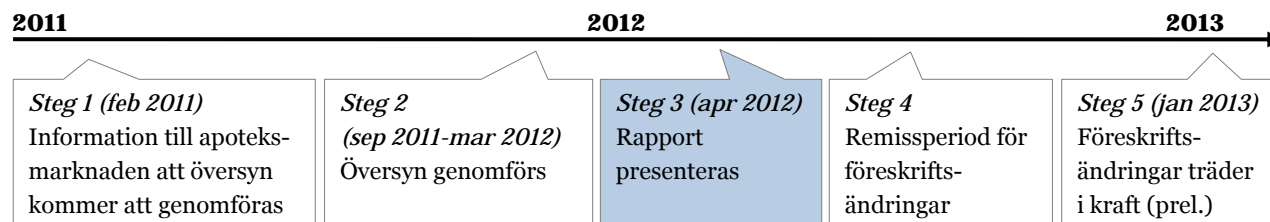
Ovanstående frågor regleras i våra föreskrifter¹ som utgår från lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och förordningen (2002:287) om läkemedelsförmåner m.m. Fokus för denna översyn och för föreliggande rapport är handelsmarginalens storlek och konstruktion, reglerat genom TLV:s föreskrifter (TLVFS 2009:3), ändrade genom (TLVFS 2009:5) om handelsmarginal för läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna.

Under arbetet med denna översyn har apoteksaktörerna lyft fram logistiska och administrativa utmaningar kopplade till modellen för generiskt utbyte, vilket driver kostnader för apoteksaktörerna. Vi har tidigare undersökt modellen för generiskt utbyte och bland annat föreslagit en övergång till längre prissättningsperioder, delvis för att underlätta de logistiska utmaningar som apoteksaktörerna tagit upp. Efter att remissinstanser uttryckt oro över konsekvenserna för patientsäkerheten och på grund av att längre prisperioder inte är förenligt med de tidsgränser som fastställs i transparensdirektivet valde vi att inte förlänga prissättningsperioderna. Vi noterar att frågan om prissättning och utbyte av läkemedel är viktigt för apoteksaktörerna och vi arbetar för att utifrån nuvarande lagstiftning bidra till en så effektiv prissättning och hantering som möjligt av läkemedel inom utbytessystemet. Modellen för generiskt utbyte berörs inte närmare i den här rapporten.

¹ TLV:s föreskriftsamling finns tillgänglig på <http://www.tlv.se/tlv/regelverk/foreskrifter/>

1.2 Metod och arbetsprocess

Denna rapport är det tredje steget i vår översyn av handelsmarginalen.



Figur 1. Tidlinje

Översynen av handelsmarginalen inleddes i februari 2011 då vi kommunicerade ovanstående arbetsplan till apoteksmarknadens aktörer för att informera dem om att vi skulle genomföra en översyn av handelsmarginalen. Under september 2011 till april 2012 har vi genomfört ett analysarbete för att förstå och beskriva apoteksmarknadens nuvarande situation. Vi har även genomfört en internationell utblick och analyserat hur apoteksmarknader i fyra andra europeiska länder fungerar och är reglerade.

En utmaning med denna översyn har varit att apoteksmarknaden fortfarande utvecklas och ännu inte riktigt har funnit sin form. Denna rapport presenterar därför en bedömning av apoteksmarknaden och dess förväntade utveckling utifrån situationen hösten/vintern 2011.

1.3 Insamling av information och uppgifter

För att förstå marknadsförutsättningarna för att bedriva apoteksverksamhet idag har vi genomfört intervjuer med tio apoteksföretag i varierande storlek (se bilaga 2). Apoteksaktörerna bjöds in till intervjuerna genom branschföreningarna Sveriges Apoteksförening och Sveriges Oberoende Apoteksaktörers Förening. Intervjuer genomfördes under perioden augusti till december 2011. Apoteksföretagens representanter har bland annat fått ge sin syn på hur marknaden har utvecklats de senaste två åren, vilka utmaningar de står inför idag och hur de ser på utvecklingen framöver. Intervjuerna har varit värdefulla både genom att apoteksaktörerna fått tillfälle att beskriva sin syn på marknaden och genom att vi har fått tillfälle att beskriva vårt uppdrag närmare. Vi har även haft separata möten med Sveriges Apoteksförening för att diskutera marknaden och fått ta del av synpunkter vid tre tillfällen mellan augusti 2011 och mars 2012.

Vi har också efterfrågat finansiell information på butiksnivå från apoteksföretagen att använda som underlag i denna översyn. Enligt vår tolkning av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. har vi inte möjlighet att kräva att apoteksaktörer ger oss sådan information från apoteken. I diskussion med apoteksaktörerna framkom att de hade olika syn på vilken finansiell information som de var villiga att dela med sig av. Det material vi slutligen fick var således en kompromiss mellan våra önskemål och vad som var praktiskt hanterbart och önskvärt ur företagets synvinkel.

För större apoteksföretag användes den nedan beskrivna indelningen av apoteksmarknaden i olika kategorier för att säkerställa att inlämnad data återspeglade olika typer av apotek (till exempel apotek i vårdnära lägen, glesbygd, större städer etc., se figur 2). Totalt fick vi ta del av uppgifter för cirka tio procent av alla apotek, vilket närmast kan beskrivas som ett "stickprov". Stickprovet innehåller god spridning av apotek i olika kategorier, men är inte ett representativt urval för marknaden. Därför

tolkar vi resultaten av analyserna i kombination med resultat från de intervjuer vi genomfört. Till detta har vi lagt resultat från andra analyser vi genomfört, till exempel av den försäljningsstatistik som vi har tillgång till. Den finansiella information som apoteksaktörerna har gett oss är detaljerad och kan troligen avslöja företagets affärs- och driftsförhållanden. Därför presenterar vi endast information på aggregerad nivå i denna rapport.

Kommun	Apotek ej belägna i glesbygdskommuner									Apotek i glesbygdskommuner	
Läge	Vårdnära läge (vid vårdcentral/sjukhus)			Övriga lägen (kommersiella)							
				A-läge			B-/C-läge				
Storleksklass	Mindre	Mellan	Större	Mindre	Mellan	Större	Mindre	Mellan	Större	Mindre	Mellan/ större

Figur 2. Indelning av apoteksmarknaden i olika kategorier

1.4 Disposition

Denna rapport är indelad i sex kapitel. Detta första kapitel och det andra, *Bakgrund till vår översyn*, syftar till att ge läsaren en bakgrund till denna rapport och varför vi har genomfört en översyn av handelsmarginalen.

Det tredje kapitlet, *Nulägesbeskrivning av apoteksmarknaden*, beskriver apoteksmarknadens utveckling sedan omregleringen, marknadsförutsättningarna för att bedriva apoteksverksamhet samt utmaningar och trender. I det fjärde kapitlet, *Sambandet mellan handelsmarginal, lönsamhet och tillgänglighet till apotek*, diskuterar vilken roll handelsmarginalen spelar för apoteksmarknadens utveckling. Våra slutsatser och åtgärder presenteras i kapitel fem.

Det femte kapitlet, *Slutsatser och åtgärdsförslag*, Det sjätte och sista kapitlet, *Våra principer för att fastställa handelsmarginalen*, beskriver hur vårt arbete med handelsmarginalen kommer att utformas framöver.

Under översynen av handelsmarginalen har vi också genomfört en internationell utblick och studerat fyra andra europeiska apoteksmarknader. Resultaten från denna utblick finns presenterade i bilaga 1.

2 Bakgrund till vår översyn

2.1 Det offentliga målet för apoteksmarknaden

I samband med omregleringen av apoteksmarknaden angav regeringen ett antal målsättningar för reformen [1]. Reformens mål var:

- Ökad tillgänglighet till läkemedel
- Bättre service och ett utvecklat tjänsteutbud
- Låga läkemedelskostnader
- Bibehållen kompetens och säkerhet i läkemedelsförsörjningen
- Tillvaratagande av apotekens bidrag till förbättrad läkemedelsanvändning

Dessutom angav regeringen att marknaden bör kännetecknas av:

- Goda förutsättningar för mångfald där både små och stora aktörer kan etablera sig och verka på likvärdiga villkor
- Stabila, förutsägbara och rättssäkra regler
- Liten administrativ börda för företagen

De ovanstående målen angavs inför omregleringen och ska ses i relation till situationen före omregleringen.

När det gäller vad som bör känneteckna förutsättningarna på marknaden kan det konstateras att det finns en konflikt mellan målsättningen om en apoteksmarknad där små aktörer kan verka och de stordriftsfördelar som existerar på marknaden, se kapitel 5.

Utgångspunkten för denna översyn har därmed varit att utifrån vårt uppdrag bidra till att styra apoteksmarknaden mot reformens mål. TLV:s vision och övergripande mål är att bidra till mesta möjliga hälsa för de skattepengar som går till läkemedel, tandvård och apotek, vilket är i linje med reformens mål. Vi ska säkerställa att handelsmarginalen ger en rimlig total ersättning till apoteksmarknadens aktörer, för det uppdrag de har att tillhandahålla läkemedel och varor som skrivs på recept.

2.2 Andra pågående statliga uppdrag på apoteksmarknaden

2.2.1 Utredning om vissa frågor om prissättning, tillgänglighet och marknadsförutsättningar inom läkemedels- och apoteksområdet (S 2011:07)

Regeringen har tillsatt en offentlig utredning för att utreda vissa frågor som rör prissättning, tillgänglighet och marknadsförutsättningar inom läkemedels- och apoteksområdet. Utredningen ska bland annat se över prissättningen av originalläkemedel utan generisk konkurrens. Den ska även kartlägga och analysera om och i så fall vilka problem det finns för leveranser och tillhandahållande av läkemedel och varor som omfattas av nu gällande leverans- och tillhandahållandeskyldigheter. Vid behov ska utredningen lämna författningsförslag och andra förslag som krävs för att patienter ska få förskrivna läkemedel och varor inom rimlig tid. Utredningen ska lämna förslag till en långsiktigt hållbar prismodell för originalläkemedel utan generisk konkurrens som kan möta de växande utmaningarna på läkemedelsområdet. Det ingår alltså inte i utredningens direktiv att se över prissättningen av det generiska sortimentet eller föreskrifterna om utbyte av läkemedel i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. De delar av uppdraget som avser prissättning av

originalläkemedel samt leverans- och tillhandhållandeskyldigheten kommer att redovisas i september 2012 och de delar som handlar om handel med läkemedel för djur redovisas i september 2013. Eventuella förändringar av prissättningsmodellen för originalläkemedel eller regelverket rörande leverans- och tillhandahållandeskyldigheten kan påverka apoteksmarknaden. Vi kommer därför att i ett senare skede analysera utfallet av utredningen och vilka konsekvenser det kan få för apoteksmarknaden.

2.2.2 Statskontorets utvärdering av omregleringen av apoteksmarknaden

Statskontoret har fått ett uppdrag av regeringen att utvärdera omregleringen av apoteksmarknaden. Syftet är att utvärdera om medlet, det vill säga utformningen av omregleringen, har varit tillfredsställande med hänsyn till de mål som sattes upp för reformen. Statskontoret genomför utvärderingen genom att bryta ner målen till ett antal indikatorer som sedan ligger till grund för uppföljning och utvärdering. Statskontoret redovisade första delen av sitt regeringsuppdrag den 30 juli 2011. De kommer att lämna nästa redovisning senast i juni 2012 samt slutredovisa uppdraget senast i juni 2013 [2].

2.2.3 Tillväxtanalys uppföljning av geografisk tillgänglighet till läkemedel

Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser, Tillväxtanalys, har i uppdrag att följa och analysera den geografiska tillgängligheten till läkemedel med anledning av omregleringen av apoteksmarknaden [3]. En delrapport med en första uppföljning lämnades i december 2011 [5] och uppdraget ska slutredovisas senast den 31 december 2012.

2.2.4 Tillväxtverkets stöd till små enskilda aktörer på apoteksmarknaden

Tillväxtverket har fått i uppdrag av regeringen att ge stöd till små enskilda aktörer på apoteksmarknaden. Uppdraget handlar dels om att stödja små enskilda aktörer som vill etablera sig på apoteksmarknaden, dels att fånga upp och rapportera vilka svårigheter dessa aktörer har samt ge förslag på vilka insatser som kan behövas för att komma till rätta med dessa. Arbetet bedöms kunna sänka inträdeshindren och förbättra förutsättningarna för små aktörer att etablera sig och bedriva verksamhet på den omreglerade apoteksmarknaden. För uppdraget har 1 miljon kronor avsatts 2012 och 2 miljoner kronor 2013 [4].

2.3 Dagens utformning av handelsmarginalen

Handelsmarginalen är en helhetsersättning till apoteken för arbetet med att hantera läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna. Det finns således ingen preciserad kalkyl över vilka kostnader som handelsmarginalen ska täcka.

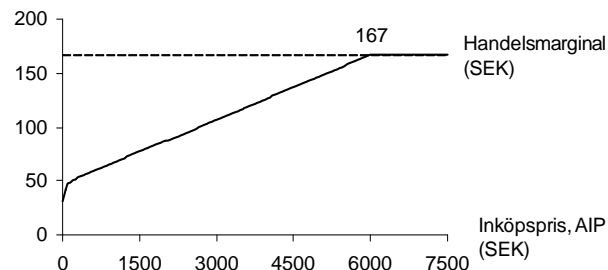
Handelsmarginalen utgör skillnaden mellan apotekens inköpspris (AIP) och utförsäljningspris (AUP) för varor som ingår i läkemedelsförmånerna. På vissa varusegment kan apotek förhandla om ett lägre inköpspris än det inköpspris som TLV fastställer. Det är även tillåtet för apoteken att erbjuda kunden ett lägre pris på parallellimporterade läkemedel än det försäljningspris TLV fastställt.

Handelsmarginalen kan sammantaget ändå ses som en miniminivå för apotekens förtjänst (bruttomarginal) vid försäljning av läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna.

Dagens handelsmarginal ökar med inköpspriset. Det innebär att apoteken får en högre ersättning ju högre varans pris är upp till ett tak. Ersättningen varierar beroende på vilken varukategori som varan tillhör: *läkemedel, generiska och utbytbara läkemedel, läkemedelsnära förbrukningsartiklar* eller *stomiartiklar*. De fyra varianterna redovisas nedan.

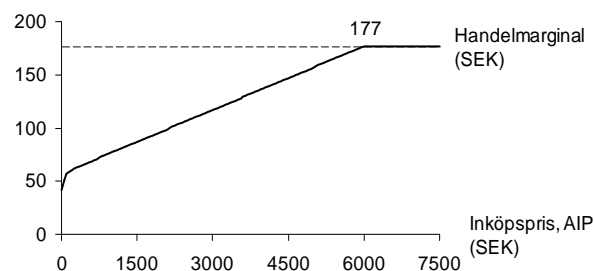
Figur 3. Handelsmarginal för läkemedel

Inköpspris (AIP), kr	Försäljningspris (AUP), kr
≤ 75,00	AIP x 1,20 + 31,25
> 75,00 - 300,00	AIP x 1,03 + 44,00
> 300,00 - 6000,00	AIP x 1,02 + 47,00
> 6000,00	AIP + 167,00



Figur 4. Handelsmarginal för generiska och utbytbara läkemedel

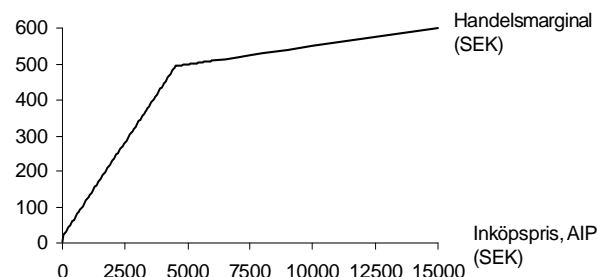
Inköpspris (AIP) kr	Försäljningspris (AUP), kr
≤ 75,00	AIP x 1,20 + 31,25 + 10,00
> 75,00 - 300,00	AIP x 1,03 + 44,00 + 10,00
> 300,00 - 6000,00	AIP x 1,02 + 47,00 + 10,00
> 6000,00	AIP + 167,00 + 10,00



Figur 5. Handelsmarginal för läkemedelsnära förbrukningsartiklar

Inköpspris (AIP), kr	Försäljningspris (AUP), kr
≤ 47,35	AIP x 1,402 + 3,36
> 47,35 - 4500,00	AIP x 1,106 + 17,36
> 4500,00	AIP + 494,36 + 0,01 x (AIP - 4500,00)

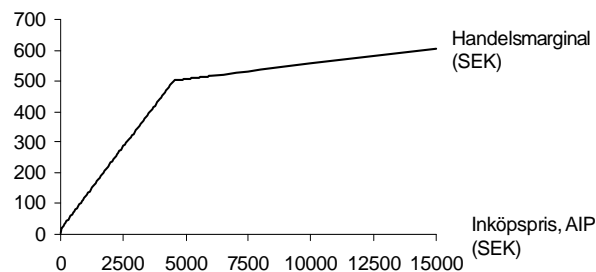
Moms tillkommer med 25 procent



Figur 6. Handelsmarginal för stomiartiklar

Inköpspris (AIP), kr	Försäljningspris (AUP), kr
≤ 47,35	AIP x 1,362 + 4,00
> 47,35 - 4500,00	AIP x 1,108 + 16,00
> 4500,00	AIP + 502,00 + 0,01 x (AIP - 4500,00)

Moms tillkommer med 25 procent

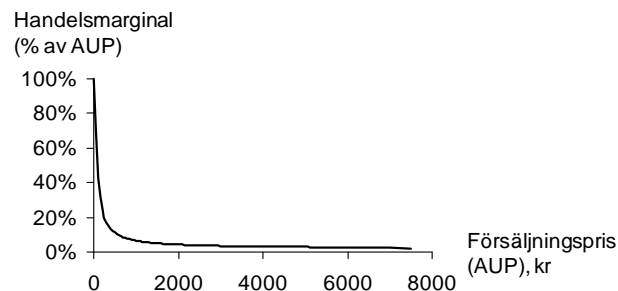


I ovanstående tabeller redovisas handelsmarginalen i kronor. Handelsmarginalen kan också redovisas som procentuell andel av försäljningspriset (AUP) för en vara. För läkemedel med lågt pris utgör handelsmarginalen en stor andel av varans försäljningspris. För läkemedel med högt pris gäller det

omvända: handelsmarginalen står för en liten del av varans försäljningspris och är därmed låg mätt som procent av försäljningspriset, se figur 7.

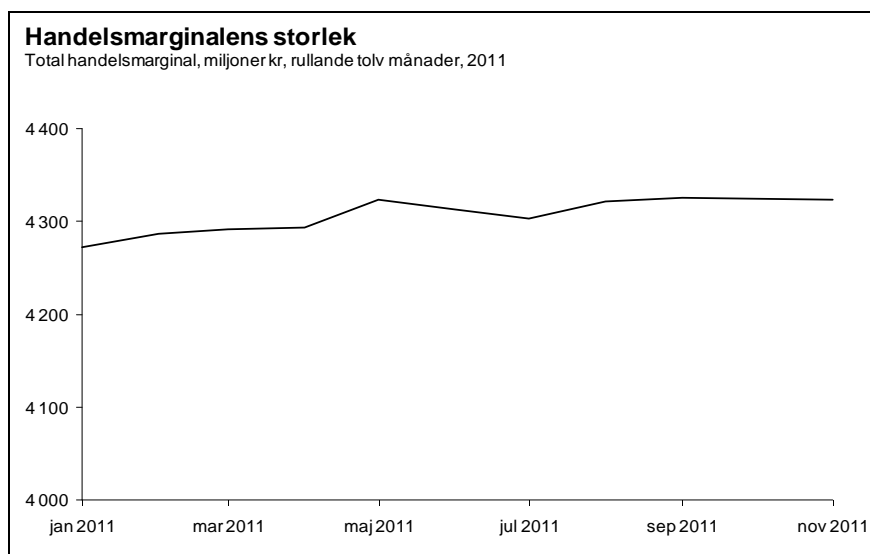
Figur 7. Handelsmarginal för läkemedel, mätt som procent av AUP

Försäljningspris (AUP), kr	Handelsmarginal (% av AUP)
50 kr	70 %
250 kr	20 %
500 kr	11,2%
2500 kr	3,8 %
5000 kr	2,9 %



I november 2009 höjdes handelsmarginalen. Höjningen utbetalas i form av 10 kronor per expedierad förpackning av generika och utbytbara läkemedel.

Under 2008 fick apoteksmarknaden, som då bestod av Apoteket AB, drygt 3,9 miljarder kronor i sammanlagd förtjänst för alla receptförskrivna varor inom och utom läkemedelsförmånerna². Av detta stod handelsmarginalen för läkemedel inom läkemedelsförmånerna för knappt 3,5 miljarder kronor³. Under 2011 hade handelsmarginalen stigit till cirka 4,3 miljarder kronor för läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna, varav drygt 4,1 miljarder kronor berörde läkemedel inom läkemedelsförmånerna⁴.



Figur 8. Handelsmarginalens storlek, rullande tolv månader 2010 till 2011. Källa: TLV

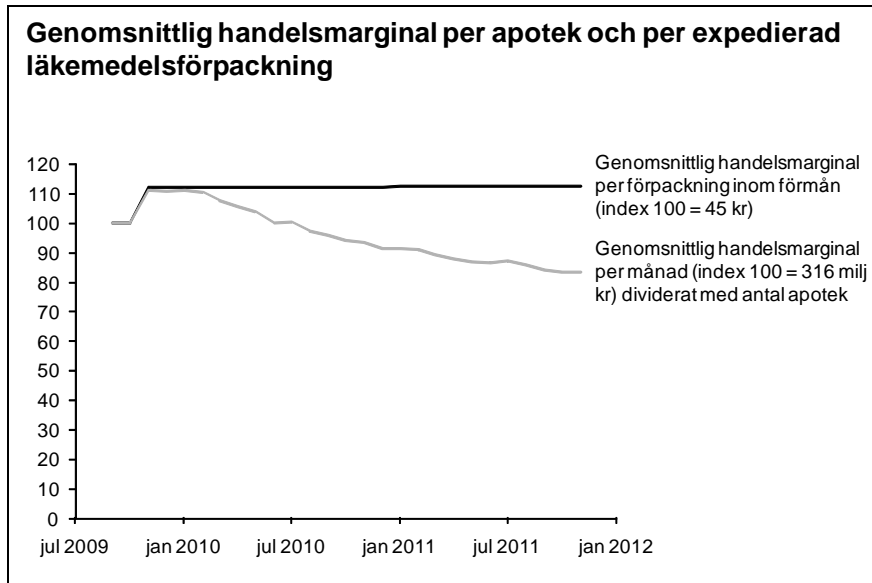
Trots att handelsmarginalens totala storlek har ökat sedan omregleringen, får ett genomsnittligt apotek lägre ersättning genom handelsmarginalen idag jämfört med 2008. Detta är en konsekvens av

² Bruttomarginalen uppgick till 3 929 miljoner kr på samtliga receptförskrivna varor, inom och utom läkemedelsförmånerna, hos Apoteket AB:s öppenvårdsapotek 2008. Källa: TLV, 2009

³ Handelsmarginalen för receptförskrivna läkemedel inom läkemedelsförmånerna, exklusive dosdispenserade läkemedel, uppgick till 3 471 miljoner kr 2008. Källa: TLV, 2009

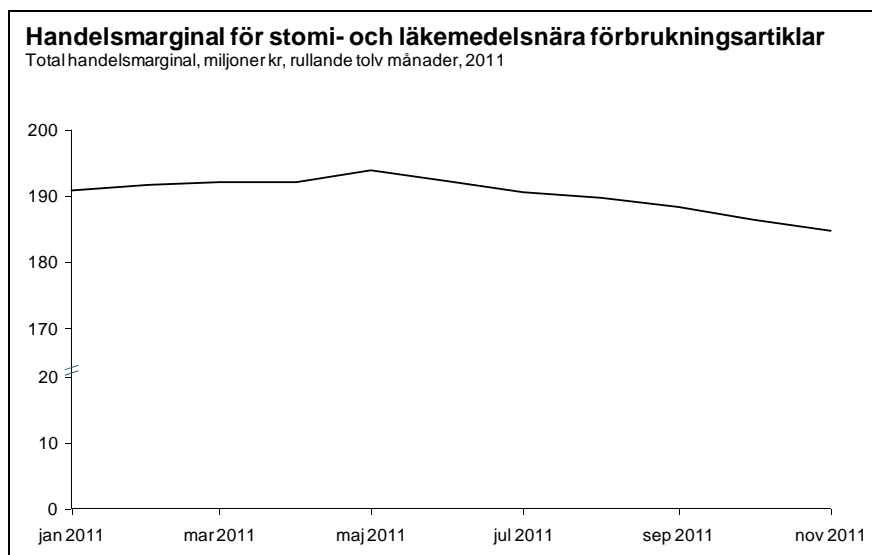
⁴ Handelsmarginalen för receptförskrivna läkemedel inom läkemedelsförmånerna, inklusive dosdispenserade läkemedel. Källa: TLV, 2012.

att över 300 nya apotek har öppnat i Sverige. Nu delar drygt 1200 apotek på den sammanlagda ersättningen jämfört med drygt 900 apotek före omregleringen, se figur 9. Antalet läkemedel som skrivs ut på recept har endast ökat svagt sedan 2008.



Figur 9. Handelsmarginal per apotek samt per expedierad läkemedelsförpackning inom läkemedelsförmånerna. Indexerade värden, juli 2009 till november 2011. Källa: TLV, Apotekens Service AB

Handelsmarginalen för stomi- och förbrukningsartiklar uppgår till omkring 180-190 miljoner kronor per år, se figur 10. Det motsvarar cirka 12 000 kronor i genomsnittlig handelsmarginal per apotek och månad för stomi- och läkemedelsnära förbrukningsartiklar. Vi har i denna översyn valt att enbart fokusera på handelsmarginalen för läkemedel eftersom den i sammanhanget har störst påverkan på apoteksmarknaden.



Figur 10. Handelsmarginal för stomi- och förbrukningsartiklar i miljoner kronor, rullande tolv månader, januari 2011 till november 2011. Källa: TLV

3 Nulägesbeskrivning av apoteksmarknaden

Samhället ersätter apoteken för att tillhandahålla och expediera läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna. Ersättningen ska vara utformad så att den bidrar till att reformens mål för apoteksmarknaden nås. Det är därför viktigt att ha en god förståelse för i vilken utsträckning målen för apoteksmarknaden uppnås med nuvarande ersättningsmodell.

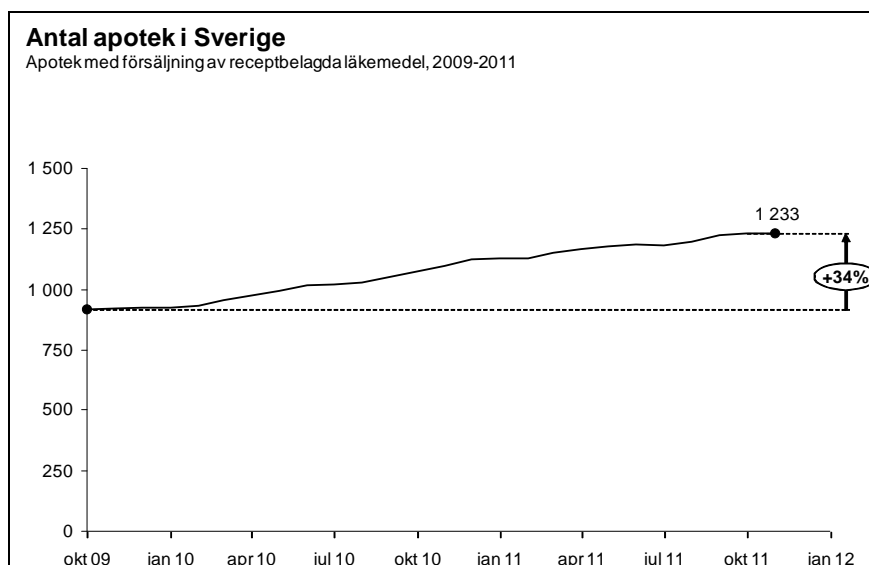
I detta kapitel inleder vi med några observationer om apoteksmarknadens utveckling sedan omregleringen. Därefter redogör vi för apotekens huvudsakliga intäkter och kostnader samt lönsamheten för olika aktörer. I de efterföljande delarna fokuserar vi på de utmaningar och trender som finns på apoteksmarknaden.

Apoteksmarknaden är fortfarande under utveckling och har ännu inte funnit ett jämviktsläge. Därför är det för tidigt att säga vad den nuvarande handelsmarginalen leder till. En beskrivning av nuläget (vintern 2011/2012) kan dock ge en förståelse för vilken utveckling marknaden har genomgått sedan omregleringen och ge en indikation på hur marknaden kan förväntas utvecklas framöver.

3.1 Apoteksmarknadens utveckling sedan omregleringen

Sedan omregleringen 2009, då handelsmarginalen höjdes, har över 300 nya apotek öppnat i Sverige. Vi har också fått längre öppettider och en mångfald av aktörer. Det exakta antalet apotek beror på vilka typer av apotek man räknar (till exempel dosapotek, distansapotek etc.) och när de har öppnat (till exempel vid tillståndsgivning eller första försäljningsdatum).

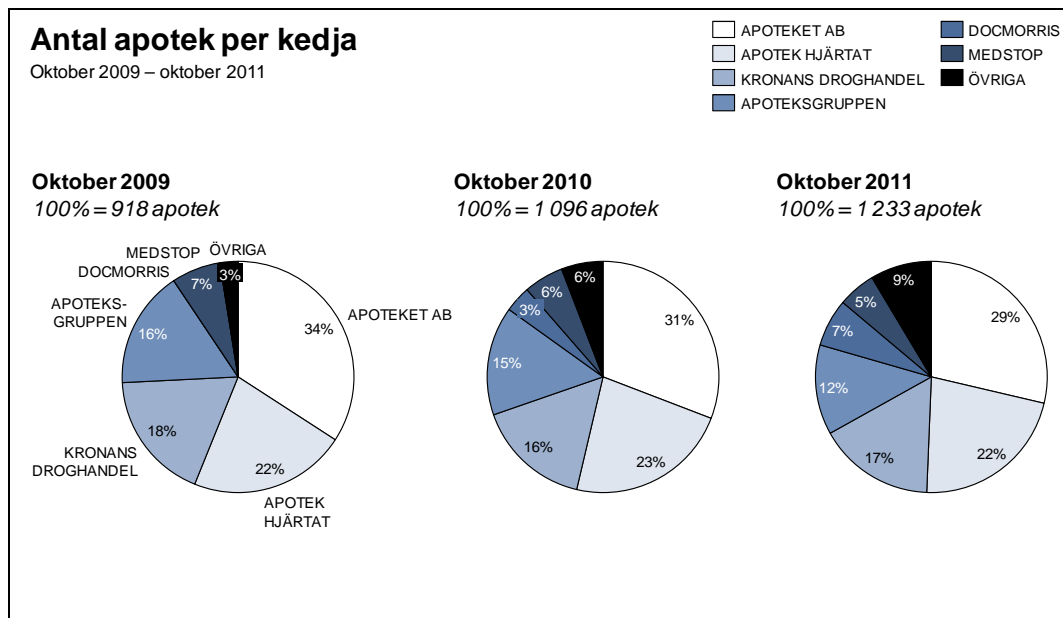
Vi har möjlighet att följa all expediering av receptbelagda varor i Sverige. På så sätt kan vi över tid följa antalet apotek som är i drift och expedierar receptbelagda läkemedel. Enligt detta sätt att mäta ökade antalet apotek i Sverige med 34 procent till 1 233 apotek under perioden oktober 2009 till november 2011, se figur 11.



Figur 11. Antal apotek per månad med försäljning av receptbelagda läkemedel. Källa: TLV

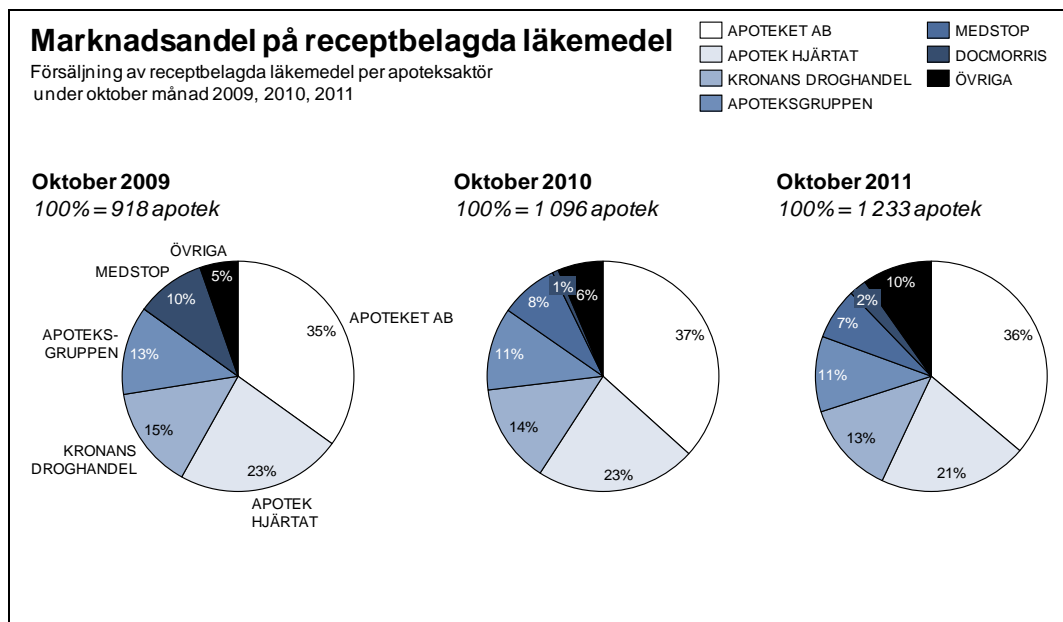
Apoteken drivs av både större och mindre aktörer. Fyra av fem apotek drivs av de fyra största aktörerna.

Apoteket AB är den största aktören på marknaden följt av Apotek Hjärtat, Kronans Droghandel och Apoteksgruppen, se figur 12.



Figur 12. Antal apotek per kedja, oktober månad 2009, 2010 respektive 2011. Källa: TLV

Räknat som andel av försäljningen av receptbelagda läkemedel är rangordningen i stort sett densamma men andelarna skiljer sig något åt, se figur 13.



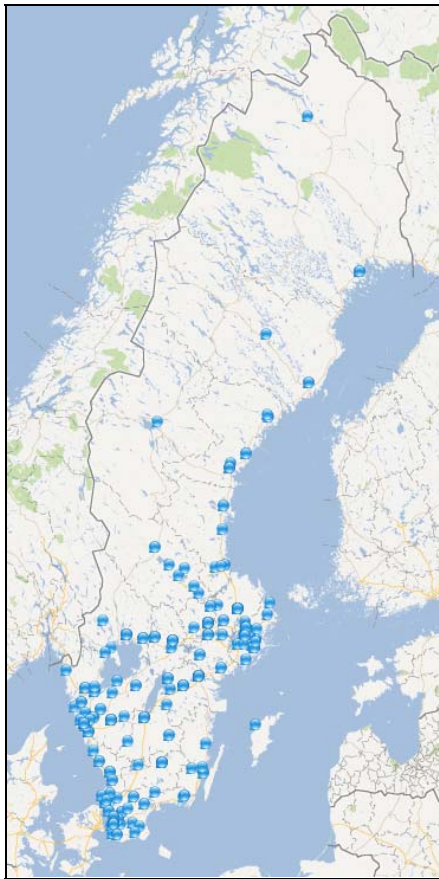
Figur 13. Marknadsandelar på receptbelagda läkemedel, oktober månad 2009, 2010 respektive 2011.

3.1.1 Geografisk spridning av apotek liknar situationen 2009

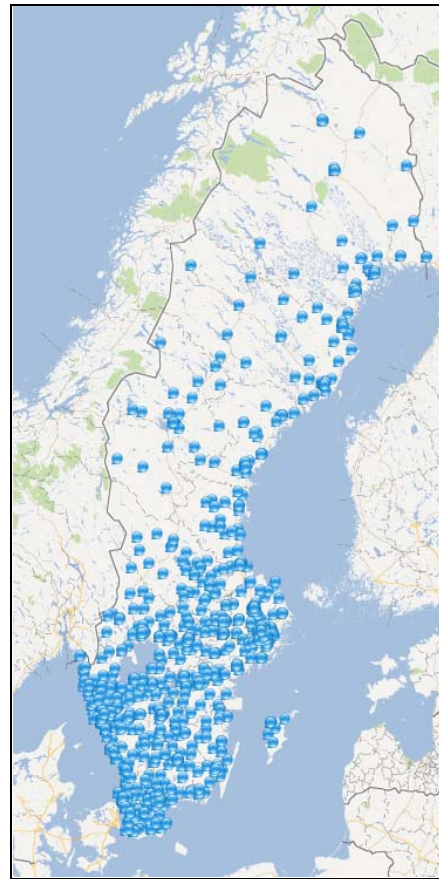
I detta avsnitt redogör vi för den geografiska spridningen av apotek över Sverige. Myndigheten Tillväxtanalys har på regeringens uppdrag gjort analyser av hur tillgängligheten till apotek har förändrats efter omregleringen [5].

Tillväxtanalys konstaterar att i stort sett samtliga nya apotek har etablerats i tätorter större än 3 000 invånare och att de flesta nya apotek alltså har tillkommit i områden eller på orter där det funnits apotek sedan tidigare och där tillgängligheten till apotek i de flesta fall redan innan varit god.

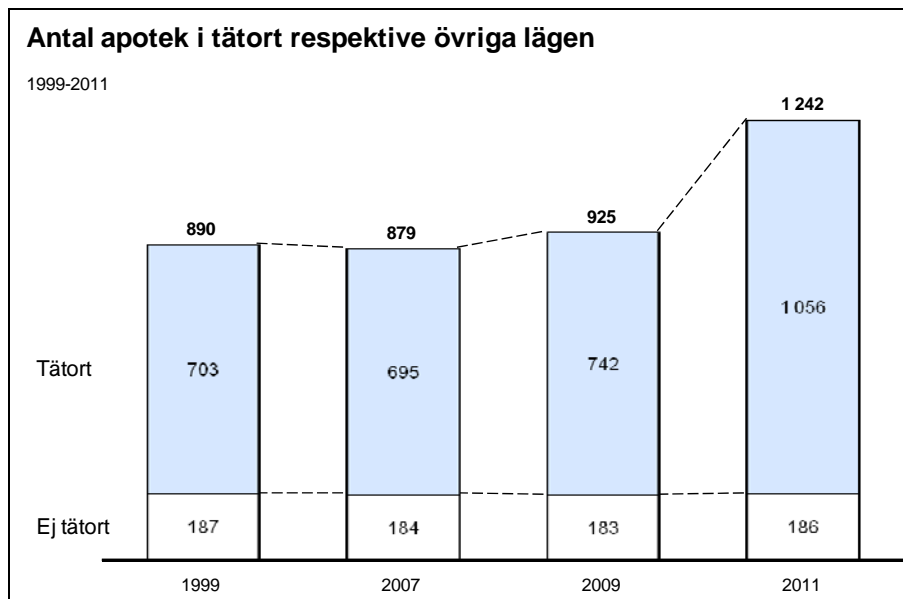
Endast ett fåtal apotek har etablerats på orter där det tidigare saknades apotek, se figur 14-16. Insjön, Tanum och Vaddö är exempel på platser utanför tätorter där apotek har öppnat sedan 2009. Under samma period har mycket få apotek stängt. Den geografiska spridningen av apotek idag är således relativt lik situationen 2009.



Figur 14. Geografisk placering av nyöppnade apotek okt 2009 – nov 2011. Källa:



Figur 15. Geografisk placering av samtliga apotek nov 2011. Källa: Tillväxtanalys, TLV



Figur 16. Antal apotek⁵ i tätort och övriga lägen, 1999-2011. Källa: Tillväxtanalys

Idag har 74,2 procent av befolkningen mindre än fem minuters restid med bil till närmaste apotek. Det kan jämföras med 72,8 procent 2009. Antalet invånare med mer än 20 minuters restid till närmaste apotek har minskat från omkring 137 000 invånare 2009 till omkring 127 000 invånare 2011, vilket motsvarar cirka en procent av befolkningen. Tillgängligheten, mätt som restid till det närmaste apoteket, har i ett nationellt perspektiv således förbättrats sedan tiden före apoteksreformens införande [5].

Sedan år 1999 har antalet apoteksombud minskat från 963 till 755, en minskning med cirka 22 procent. Det finns dock inga tecken på att apoteksombuden har avvecklats på Apoteket AB:s initiativ, istället tycks nedläggningar till exempel ha skett till följd av att apoteksombudets huvudsakliga verksamhet (till exempel en dagligvaruhandel) har lagts ned [5].

3.1.2 Apotekens öppettider har ökat

Apotekens öppethållande har generellt sett ökat efter omregleringen. I våra intervjuer med apoteksaktörerna har vissa av dem uppgivit att de har som mål att erbjuda så generösa öppettider som möjligt. Enligt webbplatsen www.apoteksinfo.nu, som samlar in uppgifter om apoteks öppettider, ökade apotekens öppethållande från i genomsnitt 40 timmar per vecka före omregleringen till ungefär 53 timmar per vecka vid mättdpunkten i oktober 2011. Undersökningen baseras på information från apoteksaktörernas webbplatser.

3.1.3 Tillgången till läkemedel på apotek

Det finns inte någon samlad statistik över i vilken utsträckning varorna finns på apotekens lager och kan expedieras omgående. Sveriges Apoteksförning redovisade dock 2011 en undersökning (2011 års översyn av generikamodellen, dnr.2550/2011) som visade att apoteken kunde expediera cirka 95 procent⁶ av alla kunder direkt. Detta kan jämföras med Apoteket AB:s servicegrad om 95,8 procent

⁵ Skillnaden i antalet apotek 2011 mellan figur 16 och figur 11 beror på att mättdpunkterna är olika samt att uppgiften i figur 16 är hämtad från Tillväxtanalys, som baserar antalet apotek på antalet utgivna tillstånd för öppenvårdsapotek.

⁶ Av Sveriges Apoteksförnings egen undersökning framgår även att apoteken i tre av fyra fall kan beställa läkemedlet för omgående leverans.

före omregleringen [1]. Andelen kunder som kan expedieras direkt verkar således enbart ha förändrats marginellt sedan omregleringen.

Tillgången till läkemedel på apotek, det vill säga vilka varor som finns på lager och kan expedieras direkt, är av stort intresse och den s.k. 24-timmarsregeln utreds för närvarande inom ramen för *Utredning om vissa frågor om prissättning, tillgänglighet och marknadsförutsättningar inom läkemedels- och apoteksområdet (S 2011:07)*. Bakgrunden är bland annat att Konsumentverket, i sin rapport *Omregleringen av apoteksmarknaden – Redovisning av ett regeringsuppdrag (2011:9)*, pekar på att konsumenterna upplever en försämring av tillgången till förskrivna läkemedel på apotek [7]. Samtidigt ser vi nu att enskilda apoteksaktörerna tar initiativ till att förbättra servicen till kunderna.

3.1.4 Service- och tjänsteutbud på apotek

Sedan omregleringen har flera apoteksaktörer tagit initiativ till att utveckla och erbjuda tjänster till kunder. Med service- och tjänsteutbud avses här de tjänster som apoteksaktörer erbjuder kunder mot betalning, till exempel vaccinerings eller hälsogenomgång. Apotek Hjärtat erbjuder till exempel blodtrycksmätning och Apoteket AB hälsorådgivning av så kallade hälsocoacher vid vissa apotek.

I samband med omregleringen förekom en debatt om staten ska ersätta apoteksaktörerna för vissa tjänster. I våra intervjuer med apoteksaktörerna, inom ramen för detta arbete, har det framkommit att vissa apoteksaktörer är mycket intresserade av en sådan ersättning medan andra aktörer är passiva. Enligt nuvarande lagstiftning har vi ingen möjlighet att skapa någon sådan form av ersättning.

3.2 Huvudsakliga intäkter för apotek

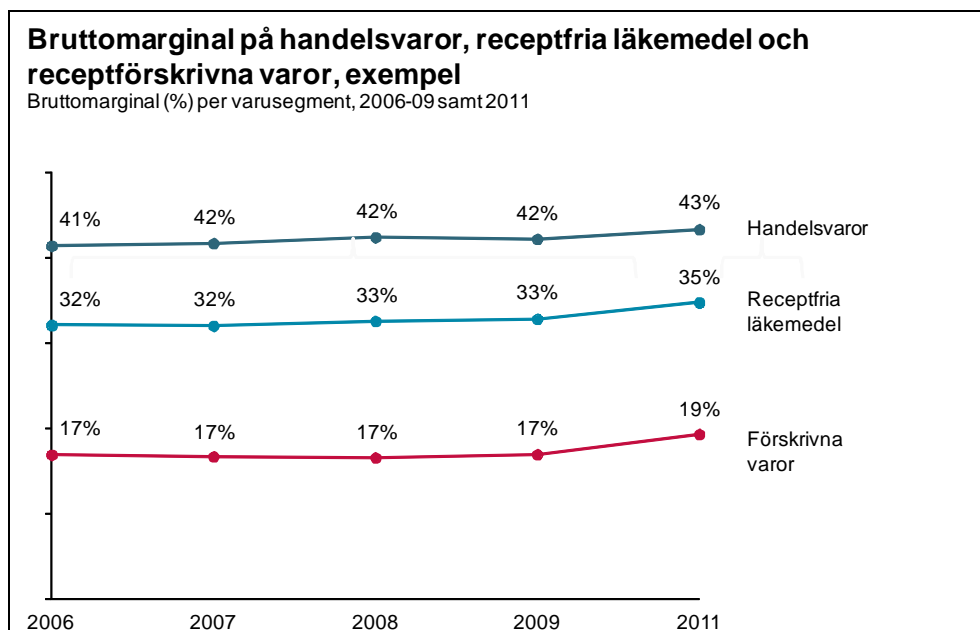
3.2.1 Försäljningen av receptbelagda läkemedel är ofta den stora intäktskällan

Apoteksmarknadens intäkter kommer till största delen från försäljning av läkemedel och andra varor som kunderna får på recept. Enligt Sveriges Apoteksförning kom 80 procent av marknadens totala intäkter 2011 från försäljning av receptbelagda varor.

Våra analyser av de finansiella data som apoteksaktörerna har gett oss pekar på en liknande nivå. Marknadens totala intäkter från förskrivna varor har ökat något sedan 2009, framför allt till följd av att vi höjde handelsmarginalen i november 2009 men också till följd av en svag volymökning. Om antalet apotek vore oförändrat sedan 2009 skulle varje apotek ha fått ökade intäkter från receptbelagda varor under 2009 - 2011. Men till följd av den kraftiga expansionen av antalet apotek delar betydligt fler på den totala mängden recept som skrivs ut. Ett genomsnittligt apotek har med andra ord fått en minskad mängd recept att hantera. Av den anledningen minskade intäkterna från receptbelagda läkemedel för det genomsnittliga apoteket.

Att ett genomsnittligt apotek upplever minskade intäkter från sin viktigaste inkomstkälla innebär en pressad situation för det enskilda apoteket. Hur beroende ett apotek är av intäkter från receptbelagda läkemedel varierar med apotekets butiksläge och hur aktivt och framgångsrikt apoteket marknadsför andra varusortiment. För apotek som är belägna i vårdnära lägen, det vill säga vid sjukhus eller vid en vårdcentral, kan det receptbelagda sortimentet stå för över 90 procent av intäkterna. Dessa apotek påverkas således mer av dessa intäkter. En helt annan situation råder för apotek i så kallade kommersiella A-lägen, exempelvis i gallerior, där de inte är lika beroende av intäkter från det receptbelagda sortimentet. Huvuddelen av deras försäljningsintäkter kommer från handelsvaror, som hudkrämer, kosmetika, plåster och liknande samt receptfria läkemedel.

Apotekens samlade förtjänst, det vill säga bruttomarginal, på receptförskrivna varor utgörs i huvudsak av handelsmarginalen. Apoteken kan öka sin bruttomarginal genom att förhandla sig till ett lägre inköpspris, än det maximala inköpspris som TLV beslutat, på parallellimporterade och originalläkemedel när det saknas generisk konkurrens, se kapitel 3.2.2. Bruttomarginalen på receptbelagda varor går i övrigt inte att påverka. Sedan 2009 har bruttomarginalen förbättrats på samtliga varukategorier, se figur 17.



Figur 17. Bruttomarginal per varusegment. 2006-09 avser Apoteket AB, 2011 avser genomsnitt av uppgifter från olika aktörer som lämnats in till TLV under denna översyn. Källa: TLV, Apoteket AB

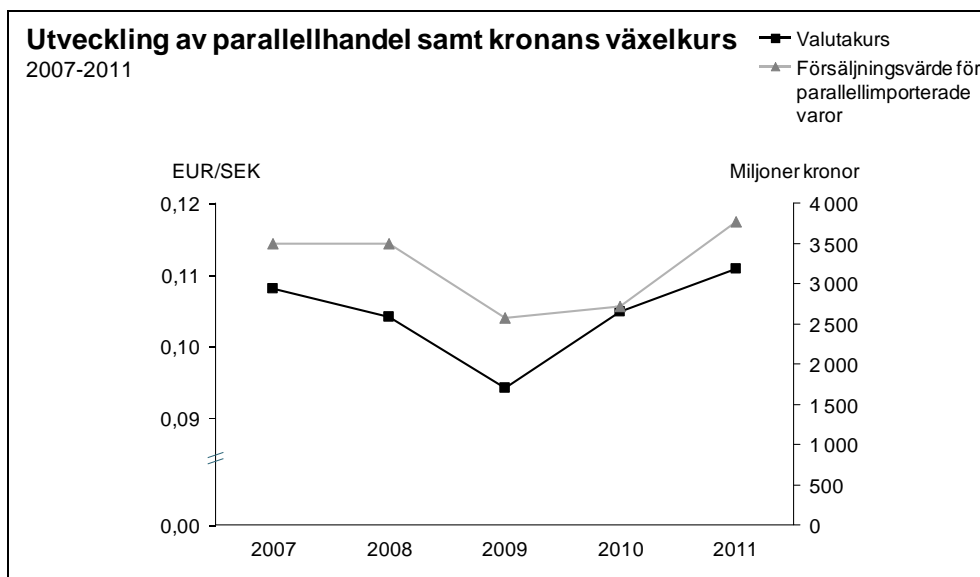
Eftersom bruttomarginalerna i allmänhet är lägre på varor som skrivs ut på recept än övriga segment har apotek som säljer större mängd receptförskrivna varor, till exempel apotek i vårdnära lägen, en lägre genomsnittlig bruttomarginal än apotek med hög försäljning av handelsvaror, till exempel apotek i kommersiella lägen.

3.2.2 Parallellhandeln utgjorde 15 procent av försäljningsvärdet 2011

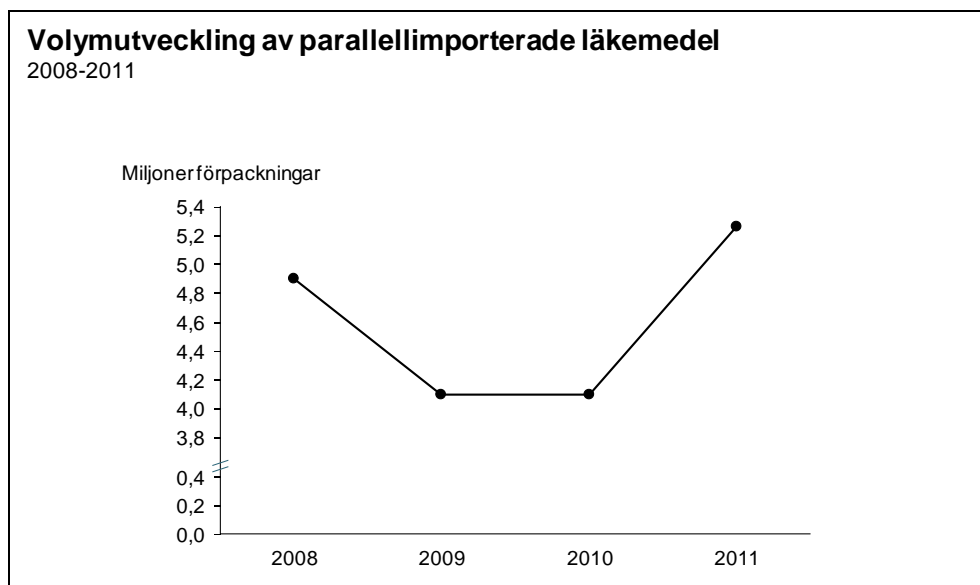
Parallellhandel utnyttjar det faktum att ett läkemedel säljs till olika priser i olika länder. Ett läkemedel kan ibland köpas in till lägre pris utomlands, importeras till Sverige, och säljas till högre pris här. Möjligheten att parallellimportera läkemedel på sådant vis påverkas starkt av kronans växelkurs. Parallellimport av läkemedel till Sverige från annat EES-land får ske om läkemedlet är godkänt för försäljning i både Sverige och ursprungslandet och om godkännande erhållits genom den "nationella proceduren" (via Läkemedelsverket) eller den "ömsesidiga proceduren" (via Europeiska Läkemedelsmyndigheten, EMA) [8].

Försäljningen av parallellimporterade läkemedel uppgick under 2007 och 2008 till ungefär 3,5 miljarder kronor, för att därefter minska under 2009 till 2,6 miljarder. Under 2010 ökade värdet av parallellimporterade läkemedel till 2,7 miljarder kronor eller motsvarande 11 procent av den totala öppenvårdsförskrivningen av läkemedel. År 2011 ökade försäljningen av parallellimporterade läkemedel till 3,8 miljarder kronor eller motsvarande 15 procent av det totala försäljningsvärdet.

Denna utveckling återspeglas även i försäljningsvolymerna. Under 2009 och 2010 såldes omkring en miljon färre parallellimporterade förpackningar per år än under 2008 och 2011, se figur 18-19 [9].



Figur 18. Försäljning av parallellimporterade humanläkemedel för öppenvårdsförskrivning, samt kronans växelkurs, 2007-2011.
Källa: Concise; Apotekens Service AB; Oanda.com



Figur 19. Antal sålda förpackningar av parallellimporterade humanläkemedel för öppenvårdsförskrivning, 2008-2011.
Källa: Concise; Apotekens Service AB.

Efter omregleringen får apotek fritt välja vilket utbytbart parallellimporterat läkemedel de ska byta till när det saknas generisk konkurrens. Därmed har apoteken god förhandlingskraft gentemot parallellimportörer vilket gör att de kan förhandla fram lägre inköpspriser. Enligt regeringens bedömning fanns det starka skäl att anta att en förhandling skulle kunna leda till ökad och effektiviserad parallellimport [11, 12]. För apoteken blir marginalen högre på parallellimporterade läkemedel och mellanskillnaden eller ”vinsterna” av parallellimporten tillfaller apoteksaktörerna. Våra

analyser av inrapporterade data pekar på att vinsten från parallellimporterade läkemedel i dagsläget totalt uppgår till minst ett par hundra miljoner kronor.

I våra intervjuer med apoteksaktörerna har företagen lyft fram att parallellimporterade läkemedel är ett segment som gått bra sedan omregleringen. Det kan förväntas att parallellhandel fortsätter vara ett viktigt område för apoteksaktörerna framöver, men utvecklingen av detta område är starkt förknippat med växelkursens utveckling och kan därför variera över tiden.

Det är tillåtet för apoteken att sätta ett lägre pris ut till kund, än det pris som TLV fastställt, på parallellimporterade läkemedel om det inte finns generisk konkurrens. I praktiken sker det aldrig. Apoteken har uppenbarligen dragit slutsatsen att det inte lockar tillräckligt många kunder att sälja parallellimporterade läkemedel till lägre priser än konkurrerande apotek gör, för att intäktsförlusten av sänkta priser ska betala sig. En huvudanledning är att kunderna inte är priskänsliga eftersom större delen av kostnaden för läkemedlet betalas av det offentliga.

3.2.3 Nya förutsättningar för försäljningen av receptfria läkemedel och handelsvaror

I november 2009 blev det tillåtet att sälja vissa receptfria läkemedel i annan handel än på apotek. Sedan dess har cirka 18-20 procent av omsättningen av receptfria läkemedel flyttat från apotek till exempelvis livsmedelsbutiker och bensinmackar [12]. För apoteken är egenvårdsprodukter ett sätt att förbättra bruttovinsten då apotekens bruttomarginaler i allmänhet är högre på egenvårdsprodukter jämfört med receptbelagda varor.

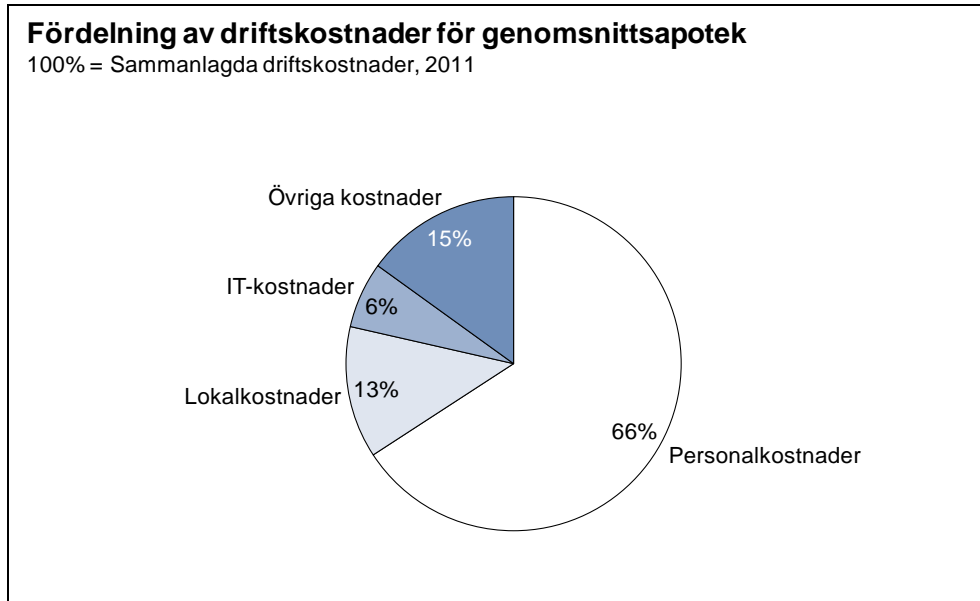
År 2007 uppgick Apoteket AB:s bruttomarginal på egenvård och övriga hälsoprodukter till 37 procent [14]. Generellt sett tycks marginalerna på receptfria läkemedel ha ökat några procent efter omregleringen. Försäljningspriserna för receptfria läkemedel har ökat svagt sedan 2008, i samma takt som den allmänna prisutvecklingen [15], ingenting tyder på priskonkurrens inom det här segmentet. Samtidigt ökade försäljningen av receptfria läkemedel mellan 2009 och 2010 med cirka åtta procent i volym.

Handelsvaror som hudvårdsprodukter, kosmetika med mera har i allmänhet högst bruttomarginaler och flera apoteksaktörer har uppgett att de satsar aktivt på att öka försäljningen av handelsvaror framöver.

3.3 Huvudsakliga kostnader för apotek

Personal, lokaler och IT är i allmänhet de största kostnadsposterna för apotek, efter kostnader för inköp av läkemedel och varor, se figur 20. Personalkostnaderna står vanligen för mer än hälften av driftskostnaderna. Av den information som TLV har fått ta del av framgår att kostnaden för personal står för mellan knappt hälften upp till knappt tre fjärdedelar av driftskostnaderna. En analys av de apotek som uppvisar sämre resultat, visar att de i allmänhet har mycket höga personalkostnader i förhållande till sina bruttointäkter. De har inte lyckats skapa så höga bruttointäkter som de dimensionerat personalstyrkan och personalkostnaderna för, eller så har de inte lyckats sänka personalkostnaderna i sådan takt att de motsvarar minskade bruttointäkter.

Lokalkostnaderna varierar med butiksläge från en tiondel till uppemot hälften av driftskostnaderna. Apotek i centrala lägen i storstäder har i allmänhet högre kostnader än apotek i till exempel glesbygdskommuner.



Figur 20. Fördelning av driftskostnader för ett genomsnittsapotek (alla kostnader för varuinköp är exkluderade).
Källa: Data som inrapporterats till TLV från apoteksaktörer under denna översyn.

Vi kan konstatera att IT har inneburit en utmaning för flera av aktörerna. Flera företag uppger att de har IT-kostnader som är relativt oberoende av antalet apotek. Det kan innebära en stordriftsfördel för större aktörer, som har fler apotek att sprida ut IT-kostnaderna på.

IT-kostnader utgörs av kostnader för system som hanterar till exempel receptexpedition eller redovisning. Alla apoteksaktörer måste använda ett receptexpeditionssystem som har godkänts av Apotekens Service AB. I dagsläget finns fyra godkända system⁷. Vissa av apoteksaktörerna använde först Apoteket AB:s IT-system (den så kallade övergångslösningen) och köpte sedan ett annat av receptexpeditionssystemen. Andra apoteksaktörer införskaffade ett av de nya expeditionssystemen redan från start.

3.4 Lönsamhet för olika aktörer

I sina årsredovisningar för 2010 redovisar de största apoteksföretagen (Apoteket AB, Apoteksgruppen, Apotek Hjärtat, Kronans Droghandel, Medstop och Vårdapoteket) ett resultat på EBITDA-nivå⁸ om -1 procent till 5 procent. Bäst resultat redovisade Apoteket AB och Medstop. Mindre entreprenörer som till exempel Foxfarmaci redovisade större procentuella underskott.

I början av april 2012 har två av de största apoteksföretagen, Apoteket AB och Kronans Droghandel, redovisat preliminära bokslut för 2011.

⁷ Från systemleverantörerna Logica, Pharma Solutions och Receptum samt Apoteket AB som använder ett egenutvecklat expeditionssystem.

⁸ EBITDA syftar på företagets resultat före räntor, skatt, amorteringar och avskrivningar. Måttet kan användas för att jämföra ett företags utveckling eller jämföra flera företag i en bransch, oberoende av t.ex. kapitalstruktur eller variationer i avskrivningar.

Apoteket AB har under 2011 etablerat 20 nya apotek⁹. Samtidigt har de upplevt en nedgång i sin omsättning som knyts till apotek som har övergått i franchisedrift. Det innebär att de har färre egna apotek att marknadsföra sina egna produkter genom. De redovisar också en svagt ökad andel försäljning av receptbelagda läkemedel. Preliminärt kommer de att redovisa ett positivt rörelseresultat.

Kronans Droghandels apoteksverksamhet har ökat sin omsättning och öppnat 20 nya apotek. Deras rörelseresultat har minskat, sannolikt till följd av en svag tillväxt på den svenska läkemedelsmarknaden och en krävande konkurrenssituation. Liksom Apoteket AB har de bytt IT-system under året. Under 2011 gjorde företaget personalneddragningar, liksom flera andra apoteksaktörer har gjort, för att stärka lönsamheten.

Före 2009 visade apoteksmarknaden upp en relativt jämn lönsamhet mellan enskilda apotek. Idag ser vi inte samma entydiga mönster. Sammantaget tycks lönsamheten på apoteksmarknaden ha sjunkit till följd av ökningen av antalet apotek, men spridningen är större än före omregleringen. Flera apoteksföretag uppger att de förväntar sig positiva resultat för 2011, men inte så positiva som de hade önskat eller förväntat sig. De uppger att fokus därför ligger på åtgärder som stärker lönsamheten.

I en rapport från Socialdepartementet i januari 2012, uppskattas den genomsnittliga lönsamheten per apotek ha minskat från cirka 4 procent till cirka 2 procent mellan 2008 och 2011. Enligt rapporten beror detta på den snabba etableringen av nya apotek [16]. Denna analys tycks dock inte ta hänsyn till den möjlighet apoteken har att förhandla om inköpspris på parallellimporterade och originalläkemedel där det inte finns generisk konkurrens, vilket ger dem en lönsamhetsförstärkning. Parallellhandelns betydelse för apoteksmarknaden diskuteras mer i avsnitt 3.2.2.

I de finansiella uppgifter på butiksnivå som apoteksaktörerna har gett oss kan följande observationer göras:

- Majoriteten av apoteken uppvisar ett positivt resultat.
- Våra analyser pekar på att apotekens lönsamhet på butiksnivå är något lägre idag jämfört med 2009. Det kan vara en följd av att marknadens totala intäkter inte har ökat i samma takt som de totala kostnaderna på marknaden eftersom antalet apotek ökat kraftigt.
- Apotek i kommersiella A-lägen har högst bruttomarginal (mätt som procent av omsättningen). Det kan förklaras av att en hög andel av deras intäkter kommer från försäljning av receptfria läkemedel och handelsvaror, vilka i allmänhet har högre marginaler än receptbelagda varor. Apotek i denna kategori uppvisar en stor spridning i lönsamhet. Vissa apotek visar förluster medan andra visar goda resultat. Medianapoteket i gruppen har något högre lönsamhet än medianapotek för samtliga analyserade apotek.
- Apotek i vårdnära lägen uppvisar lägst bruttomarginal. Det beror sannolikt på att de har en stor del av intäkterna från försäljning av receptbelagda varor som har lägre marginaler än övriga segment. Dessa apotek har i allmänhet en något lägre lönsamhet än medianen för samtliga analyserade apotek.
- Apotek i glesbygdskommuner uppvisar en spridning i både bruttomarginal och lönsamhet. Det finns apotek i glesbygdskommuner som uppvisar mycket goda resultat. Det finns andra som har negativa resultat. Generellt sett har apotek i glesbygdskommuner en bruttomarginal i nivå med medianen för de analyserade apoteken i hela landet och en något lägre lönsamhet.
- Det finns kostnader som varje apotek måste bära, till exempel lönekostnader, kostnad för lokaler och receptexpeditionssystem. Således finns en gräns för den lägsta omsättning som ett

⁹ Apoteket AB fick den 20 april 2012 en ny andelsbegränsning i sitt avtal med ägaren staten. Det innebär att bolaget inte får öppna fler apotek om det har en marknadsandel överstigande 36 procent. Avtalet gäller till 30 april 2014.

apotek behöver för att kunna täcka dessa kostnader. Det är flera av de mindre apoteken (det vill säga apotek med en omsättning under genomsnittet) som uppvisar negativa resultat jämfört med apotek med högre omsättning.

För en vidare diskussion om koppling mellan handelsmarginalen, apotekens lönsamhet och antalet apotek, se kapitel 4.

3.5 Utmaningar på apoteksmarknaden

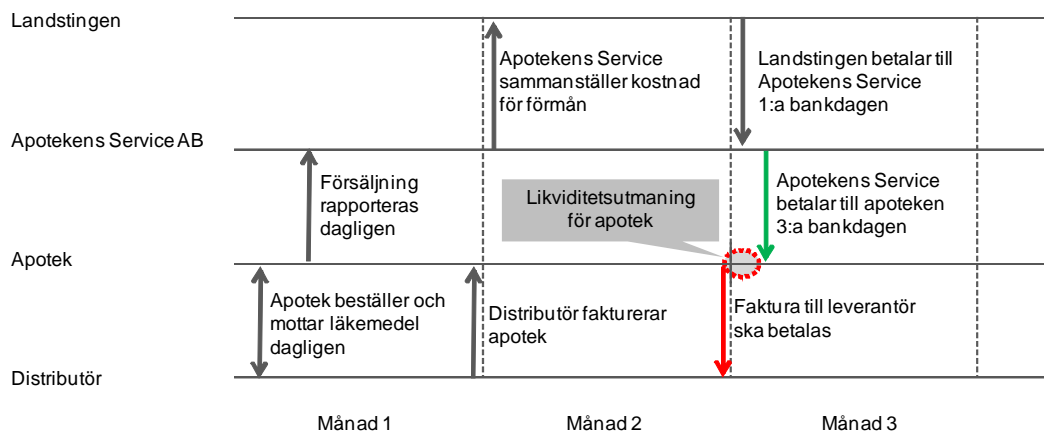
3.5.1 Krav på likviditet

Många aktörer upplever att likviditetskraven är höga. De pekar på att de i huvudsak drivs av att apoteken behöver betala sina inköpskostnader för till exempel läkemedel innan de får betalt av landstingen för försäljning som betalas av läkemedelsförmånerna. Tillgången till likvida medel utgör en utmaning för framför allt mindre apoteksaktörer och entreprenörer. Deras förutsättningar skiljer sig från de stora aktörernas eftersom de relativt sett har högre kostnader.

Apoteken beställer dagligen läkemedel av läkemedelsdistributörer. I slutet av varje månad sammanställer distributören en faktura över månadens beställningar. Apoteken har i allmänhet 30 dagars kredit att betala fakturan till distributören. Läkemedel som beställs av apotek under januari månad sammanställs således till en faktura i slutet av januari som ska betalas senast i slutet av februari.

När ett apotek expedierar ett receptbelagt läkemedel får apoteket betalt antingen direkt av kunden eller i efterhand av kundens landsting (i de fall läkemedlet ska bekostas av läkemedelsförmånerna). Apoteken rapporterar löpande in uppgifter om alla expedieringar av receptbelagda läkemedel till Apotekens Service AB. Apotekens Service AB sammanställer sedan den totala kostnaden för läkemedel som ska bekostas av läkemedelsförmånerna en viss månad den första bankdagen följande månad. Varje landsting betalar till Apotekens Service AB senast första bankdagen nästföljande månad. Apotekens Service AB betalar i sin tur till apoteken senast två bankdagar senare [17].

Apoteken får således betalt för läkemedel som expedieras under januari månad (och som ska bekostas av läkemedelsförmånerna) i början av mars månad. Därför behöver apoteken ha tillräcklig likviditet för att betala månadens inköp från distributörer innan de får betalt av landstingen för tidigare månads försäljning av läkemedel inom läkemedelsförmånerna, se figur 21. Detta utgör en utmaning för aktörer som har begränsad finansiell styrka.



Figur 21. Illustration av betalningsflöden. Källa: Apotekens Service AB

3.5.2 Returrätt på läkemedel och andra varor

Apotekens möjlighet att returnera varor regleras i avtal mellan apotek och tillverkare/distributör. Branschorganisationerna Sveriges Apoteksförening, Läkemedelsdistributörsföreningen, Föreningen för generiska läkemedel, Läkemedelsindustriföreningen, Läkemedelshandlarna samt Apoteksgruppen har tagit fram riktlinjer för hur returrätterna bör utformas. De framtagna riktlinjerna har förlängts vid två tillfällen och gäller nu i avvaktan på Läkemedels- och apoteksutredningen och eventuell lagstiftning, dock längst till och med den 30 juni 2013. I riktlinjerna anges bland annat under vilka förutsättningar felbeställda och transportskadade läkemedel får returneras [18].

Läkemedelsindustriföreningen (LIF) anger att deras generella syn på riktlinjer är att de är ”en sammanfattning av hur LIF ser på en viss fråga och hur den ska tillämpas i praktiken. Riktlinjer är inte bindande” [18]. I intervjuer med apoteksaktörer har framkommit att alla läkemedelstillverkare inte följer branschens riktlinjer [19]. Även Sveriges Apoteksförening har framfört kritik mot de nuvarande möjligheterna för apotek att returnera läkemedel. Enligt branschorganisationen får apotekens ofördelaktiga villkor konsekvensen att apotek inte vågar beställa tillräckligt stora kvantiteter av framför allt dyra och ovanliga läkemedel vilket riskerar att leda till ett tillhandahållandeproblem för apoteken och i slutändan att kunden inte får sitt läkemedel [20].

I våra föreskrifter om handelsmarginalen för läkemedel (TLVFS 2009:3) anges att handelsmarginalen bestäms utifrån att det i varans inköpspris ingår den leverans som behövs för att apoteken ska kunna fullgöra sin tillhandahållandeskyldighet enligt lag (2009:366) om handel med läkemedel. Vidare anger föreskrifterna att handelsmarginalen fastställs utifrån att apoteken har rätt att returnera generiska läkemedel med ett inköpspris som överstiger 300 kronor per förpackning. Sådana läkemedel utgör någon enstaka procent av den totala försäljningsvolymen. I övrigt är leverans- och betalningsvillkor samt returrätter en del av affärsuppgörelsen mellan apoteksmarknadens aktörer. I intervjuer med apoteksaktörer har vissa uppgett att tillverkare och distributörer gradvis flyttar över kostnaden för retur till apoteksaktörerna och uttrycker därför en önskan att någon utomstående part reglerar returrätterna [19].

3.5.3 Nedläggning av apotek i överetablerade områden

Sedan 2009 har mer än 300 apotek öppnat i Sverige. De allra flesta av dem har öppnats på större orter där det tidigare fanns apotek. Det har lett till en överetablering i vissa områden och vi tror därför att

apotek kommer att stänga i vissa tätorter. Det medför dock ingen risk för försämrad tillgänglighet till apotek på dessa orter. Det är snarare ett tecken på att konkurrensen fungerar på den nya marknaden.

3.5.4 Tillgång till personal

Under 2010 genomfördes mer än 735 nyanställningar av framför allt receptarier och apotekstekniker [11]. Denna trend går även att utläsa hos Arbetsförmedlingen, där antalet lediga apotekar- och receptarietjänster mer än fördubblats. Idag råder det viss brist på farmaceuter i vissa delar av landet och den kommer sannolikt att öka i takt med kommande pensionsavgångar. År 2011 utexaminerades omkring 160 apotekare och receptarier, gick nästan 300 personer i pension under året. Då minst en farmaceut måste vara närvarande under apotekets öppethållande är detta potentiellt ett problem för apoteken.

Apoteksaktörerna Kronans Droghandel och DocMorris uppger att det inte har varit ett problem att rekrytera farmaceuter [21]. Enligt DocMorris handlar det i huvudsak om att rekryteringsprocessen tar längre tid och de nämner som exempel på detta vissa delar av Skåne (till exempel Malmö), mellersta Sverige (till exempel Örebro) och Norrland (till exempel Sundsvall och Härnösand). Cura apotek har uppgivit att den begränsade tillgången till personal haft en negativ inverkan på deras expansionsplaner [19, 21].

3.6 Trender på apoteksmarknaden

3.6.1 Vertikal integration

Distribution av receptbelagda läkemedel sker på liknande sätt idag som före omregleringen. Trenden går dock mot ökad vertikal integration i och med att de större kedjorna skapar egna distributionslösningar.

Före omregleringen av apoteksmarknaden hanterade läkemedelsdistributörerna Tamro AB och Kronans Droghandel AB (numera Oriola) i princip all distribution till Apoteket AB.

Distributionsavtalen var utformade så att samtliga varor från en viss tillverkare distribuerades genom ett av företagen (så kallad enkanalsdistribution) [16]. Men Tamros och Oriolas marknadsdominans är på väg att utmanas.

Apoteket AB har utvecklat en egen distributionslösning genom ett avtal med en tredjepartslogistiker. Sedan juli 2010 sker distributionen av egenvårdsprodukter genom denna kanal. Apotek Hjärtat utvecklar en egen distributionslösning tillsammans med logistikföretaget Green Cargo Logistics. Målet är att alla varor ska levereras till Apotek Hjärtats apotek via denna distributionslösning från och med mitten av 2012. Om dessa initiativ lyckas kan enkanalsdistributionen komma att brytas upp.

Läkemedelshantering tycks vara ett område som tredjepartslogistiker intresserar sig för efter omregleringen. Flera företag, till exempel DHL Supply Chain och Posten Logistik, har numera partihandelstillstånd för en eller flera av sina anläggningar, vilket är en förutsättning för att hantera läkemedel. De pekar på att deras kunder kan vara apotek, dagligvaru- och hälsofackhandeln. Posten Logistik hanterade exempelvis vaccinleveranser i samband med svininfluensan.

3.6.2 Konsolidering och förändring bland apoteksföretagen

Efter omregleringen har ett flertal nya apoteksaktörer tagit sig in på apoteksmarknaden. Marknaden har vuxit och vi kan se tendenser till konsolidering av marknaden, vilket överensstämmer med vad

apoteksaktörer själva tror kommer att hända de närmaste åren.

Hösten 2009 förvärvade fyra köpare tillsammans 465 apotek som tidigare ägdes av Apoteket AB. Köpesumman uppgick totalt till 5,9 miljarder kronor.

- Apotek Hjärtat (ägs av Altor) förvärvade 208 apotek (omsättning: 7,1 miljarder kr 2009).
- Kronans Droghandel Retail AB (ägs av Oriola-KD och KF) förvärvade 71 apotek (omsättning: 4,4 miljarder kr 2009).
- Medstop Holding AB (ägs av Segulah) förvärvade 62 apotek (omsättning: 3,1 miljarder kr 2009).
- Vårdapoteket i Norden AB (ägs av Investor och Priveq Investment) förvärvade 24 apotek (omsättning på 1,4 miljarder kr 2009) [22].

Ytterligare 150 apotek avyttrades från Apoteket AB under första kvartalet 2010 och överfördes till det nybildade statliga bolaget Apoteksgruppen AB. I juni 2010 påbörjades en försäljning av dessa apotek till småföretagare och entreprenörer, för vilka Apoteksgruppen AB fungerar som en gemensam serviceorganisation även framöver [23].

I februari 2010 öppnade Åhlénsgruppen det första helt nystartade apoteket utanför Apoteket AB:s tidigare innehav. Därefter följde ett flertal andra nya apoteksaktörer:

- DocMorris (ägs av Celesio)
- Cura apotek (ägs av ICA-gruppen)
- Boots (ägs av Alliance Boots och Farmaceutföretagarna)
- Ett flertal mindre apoteksaktörer med ett eller ett fåtal apotek

Därutöver har de fyra klusterköparna och Apoteket AB öppnat nya apotek.

I maj 2010 sågs första tecknet på konsolidering inom branschen då apotekskedjan Apotek Hjärtat köpte apotekskedjan Apotek 1 (totalt 32 apotek) av dåvarande ägaren Tamro. Anledningen sades vara att Tamro önskade satsa på sin grossistverksamhet [24]. I januari 2011 beslutade Åhlénsgruppen att, efter mindre än ett år, lägga ner sin apotekssatsning. I ett av butikslägena öppnade istället Apotek Hjärtat verksamhet [25]. I november 2011 rapporterade apotekskedjan Doc Morris att de stänger 16 av sina 81 apotek. Anledningen uppgavs vara dålig lönsamhet. Samtidigt planerar Doc Morris att öppna nya apotek i andra butikslägen [26].

3.6.3 Alla apotekskedjor har utvecklat egna märkesvaror

Egna märkesvaror förekommer inom de flesta branscher inom detaljhandeln och är vanligt på apotek i andra länder [27]. En anledning till att arbeta med egna varumärken är att lönsamheten på dessa produkter generellt sett är god. Att satsa på egna varumärken kan också vara ett sätt att differentiera sig från andra apoteksaktörer.

Idag erbjuder samtliga apotekskedjor i Sverige ett sortiment av egna varumärken. Majoriteten av apoteksaktörerna har satsat på ett eget sortiment med hygienprodukter.

- Apoteket AB lanserade redan 2007 sina första egna varumärkesprodukter i form av hygienartiklar. Apoteket AB särskiljer sig från övriga apoteksaktörer, då de sedan oktober 2010 även har en serie med egna receptfria läkemedel under varumärket "Apofri". I dagsläget ingår till exempel värktabletter, allergitabletter och nässpray.
- Kronans Droghandel utvidgade i oktober 2011 sitt sortiment av egna märkesvaror och har idag cirka tio olika produkter [28].
- Apotek Hjärtat marknadsför en egen serie hår- och hudvårdsprodukter sedan september 2011 [29].

- Medstop lanserade ett eget hudvårdssortiment – Medstop Swiss Pharmacy – i april 2010 [30].
- Boots Farmaceutföretagarnas apotek har genom sin brittiska delägare Alliance Boots tillgång till ett stort sortiment av egna varumärken [31].

4 Sambandet mellan handelsmarginal, lönsamhet och tillgänglighet till apotek

I detta kapitel diskuteras sambandet mellan handelsmarginalen, apotekens lönsamhet och antalet apotek på marknaden. Fokus för diskussionen är vilken roll handelsmarginalen kan spela för att apoteksmarknaden ska fortsätta utvecklas i linje med reformens mål.

Analysen nedan visar att en förändrad handelsmarginal på längre sikt främst påverkar tillgängligheten till apotek, snarare än lönsamheten i branschen. Vi redogör också för att en generell höjning av handelsmarginalen är ett väldigt dyrt sätt att förbättra tillgängligheten till apotek på de lokala marknader där det kan anses behövas, eftersom mer pengar då även måste betalas till apotek på lokala marknader där vi anser att antalet apotek redan är tillräckligt stort.

4.1 En förändrad nivå på handelsmarginalen påverkar tillgängligheten till apotek

En förändrad handelsmarginal påverkar apoteksmarknaden olika beroende på hur väl konkurrensen mellan apoteken fungerar. Den omedelbara effekten av en höjd handelsmarginal är att lönsamheten på de befintliga apoteken förbättras. Men om marknaden fungerar väl, det vill säga om hindren att öppna nya apotek är små och konkurrensen mellan apoteksföretagen är stark, kommer den förbättrade lönsamheten att leda till att nya apotek öppnas.¹⁰ Då kommer fler apotek att dela på försäljningen av receptförskrivna varor och den genomsnittliga lönsamheten på varje apotek kommer därmed att sjunka igen. På lite längre sikt kommer lönsamheten att återgå till den ursprungliga nivån, men med fler apotek etablerade. Ju snabbare nya apotek vinner marknadsandelar desto kortvarigare effekt på lönsamheten har en förändrad handelsmarginal.

Motsvarande förhållande gäller om handelsmarginalen sänks. Apotekens intäkter och lönsamhet kommer i så fall att sjunka på kort sikt och ett antal apotek kan förväntas slås ut till följd av de försämrade marknadsvillkoren. De kvarvarande apoteken kommer därigenom att få fler kunder och stärkt lönsamhet igen. Återigen påverkar handelsmarginalen snarare antalet apotek än vilken lönsamhet apoteken har.

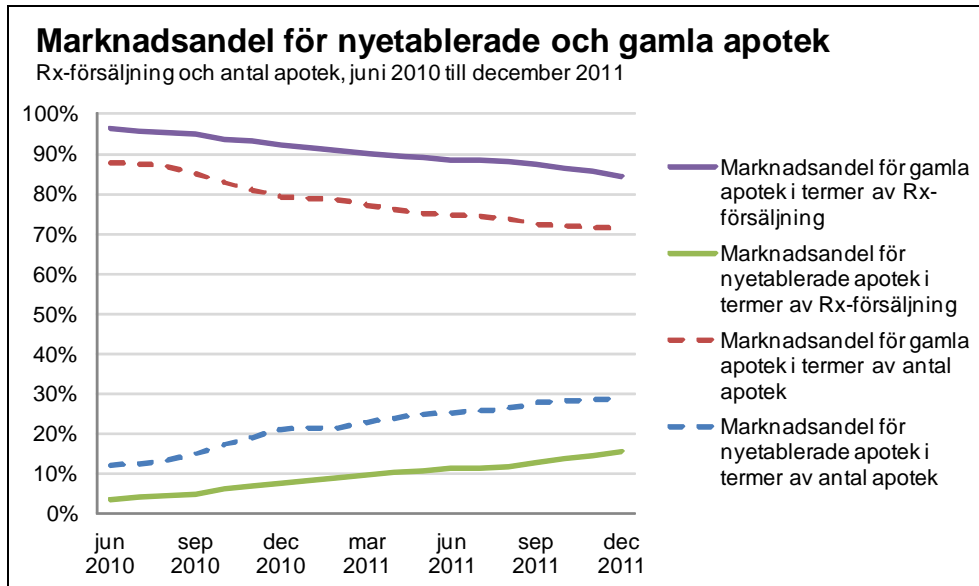
Hur snabbt denna process går – det vill säga hur lång tid det tar innan lönsamheten återgår till den ursprungliga nivån efter en höjning eller sänkning av handelsmarginalen – beror på hur väl konkurrensen på marknaden fungerar. Vad apotekens lönsamhet faktiskt blir på längre sikt avgörs även av vilken lönsamhet som apotekens ägare sätter upp som villkor för att vara kvar på marknaden, det vill säga av finansierarnas avkastningskrav.

4.1.1 Apotek konkurrerar främst genom tillgänglighet

Apoteken kan konkurrera med varandra på olika sätt: tillgänglighet, priser, service och sortiment. Konkurrensen har hittills varit tydligast vad gäller tillgänglighet. Apotekskedjorna har öppnat nya apotek i snabb takt för att ta marknadsandelar. De har även förlängt apotekens öppenhållande.

¹⁰ Effekten skulle också kunna vara att priserna sjunker, om sänkta priser är ett mer effektivt sätt att locka kunder än att öppna ytterligare apotek. Men på apoteksmarknaden verkar inte detta vara fallet. För apotekens del är det, för läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna, enbart möjligt att sänka priserna för parallellimporterade läkemedel utan generisk konkurrens.

I december 2011 fanns det drygt 1 200 öppenvårdsapotek i Sverige. Drygt en fjärdedel av dessa var nyöppnade apotek – apotek som inte fanns före omregleringen av apoteksmarknaden 2009. De nyöppnade apoteken står för cirka 15 procent av den totala försäljningen av receptbelagda läkemedel. Figur 22 visar hur de nyetablerade apoteken med tiden har ökat sin marknadsandel på receptbelagda läkemedel med i genomsnitt knappt 0,5 procentenheter per månad under perioden december 2010 till december 2011. De nya apoteken har ändå en mindre marknadsandel än vad deras antal skulle motivera (de utgör cirka 25 procent av det totala antalet apotek). Ett nyetablerat apotek är alltså ”mindre” än de som var etablerade under monopoltiden – mätt som försäljning av receptbelagda läkemedel.



Figur 22. Marknadsandel för nyetablerade apotek och apotek etablerade före 2009

Ett genomsnittligt apoteks intäkter kommer till cirka 80 procent från försäljning av receptbelagda läkemedel, vilket alltså är den huvudsakliga intäktskällan. Ett apoteks marknadsandel av den totala försäljningen av receptbelagda läkemedel är därför i de flesta fall en bra uppskattning av ett apoteks totala marknadsandel - med undantag för vissa apotek som i högre grad säljer andra varor och endast expedierar en mindre andel receptbelagda varor. (Därmed inte sagt att försäljningen av receptfritt och handelsvaror är oviktig för ett apotek. Den kan spela en stor roll för ett apoteks lönsamhet.)

För att kunna jämföra försäljningen av receptbelagda läkemedel på apotek etablerade före 2009 med nyetablerade apotek på *samma lokala marknad* delade vi in Sverige i olika lokala marknader baserat på de tre första siffrorna i postnumret. Med den definitionen finns det 549 lokala apoteksmarknader, med i genomsnitt 2,3 apotek på varje. På nästan hälften av marknaderna finns bara ett apotek. På 189 lokala marknader hade ett eller flera nya apotek etablerats.

Enligt våra beräkningar hade ett genomsnittligt apotek som var etablerat före 2009 en marknadsandel som i december 2011 var 1,5 gånger större än ett nyetablerat apotek på samma lokala marknad. På en lokal marknad med ett ”gammalt” och ett ”nytt” apotek har alltså det nyetablerade apoteket en marknadsandel på cirka 40 procent och det gamla apoteket en marknadsandel på cirka 60 procent. Det finns dock stora variationer. De nyetablerade apoteken har i genomsnitt varit öppna i drygt 1 år.

Sammanfattningsvis gör vi bedömningen att konkurrensen generellt sett är tillräckligt stark och att de nyetablerade apoteken har tillräckligt goda möjligheter att relativt snabbt ta marknadsandelar på receptbelagda läkemedel. Det innebär att en förändrad handelsmarginal på ett par års sikt påverkar tillgängligheten snarare än lönsamheten på marknaden.

Det är viktigt att poängtera att även om handelsmarginalen är den största intäktskällan för apoteken så har försäljningen av receptfria läkemedel och handelsvaror stor påverkan på apoteksmarknaden. En ökad omsättning och förbättrade bruttomarginaler på dessa segment bidrar till en förbättrad lönsamhet på kort sikt och på längre sikt till förbättrad tillgänglighet enligt samma logik som redovisats ovan för handelsmarginalens påverkan på lönsamhet/tillgänglighet. Hur apoteksmarknaden utvecklas framöver är också en konsekvens av vilka typer av verksamhet och tillgänglighet som prioriteras av kunderna, till exempel förbättrade öppettider, fler apotek eller utvecklade distanshandelsmöjligheter.

4.2 En förändrad utformning av handelsmarginalen ger små effekter

Vi ska utforma handelsmarginalens storlek och konstruktion för att så långt som möjligt styra apoteksmarknaden mot reformens mål för apoteksmarknaden. Handelsmarginalen kan dock endast utformas som ett påslag per expedierad förpackning som ingår i läkemedelsförmånerna, vilket är ett mycket trubbigt verktyg. För att åstadkomma ett mer riktat stöd med hjälp av handelsmarginalen, till specifika typer av apotek eller lägen, krävs det därför att dessa säljer en speciell typ eller mix av läkemedel som skiljer sig från övriga apotek. Det finns inte heller någon möjlighet att genom handelsmarginalen ge ersättning för åtgärder som bidrar till specifika mål, till exempel bättre service och tjänsteutbud. Nedan undersöks på vilket sätt en förändrad utformning av handelsmarginalen påverkar apoteken.

På en övergripande nivå finns två typer av utformningar av handelsmarginalen som kan ställas mot varandra. Handelsmarginalen görs så "platt" som möjligt. Då får apotek samma ersättning för alla varor oavsett varans pris. Ett annat alternativ är att låta handelsmarginalen växa proportionerligt med varans pris, så att apotek erhåller högre ersättning ju högre varans pris är. Dagens handelsmarginal ökar med inköpspriset upp till ett tak. En platt handelsmarginal är enkel och bättre kopplad till den arbetsinsats som utförs vid expediering av ett receptbelagt läkemedel. Arbetsinsatsen varierar vanligen inte med läkemedlets pris utan med andra faktorer, till exempel om läkemedlet är utbytbar eller inte. En platt handelsmarginal ger heller inga incitament att expediera dyrare läkemedel om möjligheten finns, eftersom alla läkemedel ger samma ersättning till apoteken. En växande handelsmarginal är mer lämplig eftersom apoteken de facto har kostnader för kapitalbindningen för lagerhållna varor och denna kostnad ökar med priset.

För att undersöka effekterna av hur en förändrad utformning av handelsmarginalen påverka riskerna har vi gjort ett antal simuleringar. Dessa simuleringar undersöker endast effekten av en förändring av handelsmarginalens utformning, det vill säga med en oförändrad total storlek av handelsmarginalen. I förlängningen innebär detta att vi analyserar om det finns en tillräckligt stor variation i försäljningsmixen hos olika apotek för att ersättningen till olika apotek ska omfördelas.

Sammanfattningsvis konstaterar vi att det föreligger en viss skillnad i försäljningsmixen inom det receptbelagda sortimentet mellan apotek i olika butikslägen. Detta gör att det genom konstruktionsförändringar går att göra mindre omfördelningar av dagens handelsmarginal. Exempelvis skulle en helt platt handelsmarginal, det vill säga samma ersättning oavsett varans pris, verka svagt till förmån för apotek i glesbygd men vara till nackdel för apotek som säljer många dyra

läkemedel. Förutom för enstaka apotek är dessa effekter dock marginella, både relativt sett och med avseende på de faktiska belopp som omfördelas. Mot ljuset av dagens utmaningar på apoteksmarknaden framstår därför en konstruktionsförändring, som enda åtgärd, inte som ett effektivt verktyg.

4.2.1 Metod

De genomförda simuleringarna utgår från försäljning av receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånerna under oktober 2011. För varje apotek och såld vara har en sammanlagd simulerad handelsmarginal beräknats:

$$\text{Simulerad handelsmarginal} = (AUP_{\text{Simulerad}} - AIP_{\text{Beslut}}) * \text{Antal sålda förpackningar}$$

Det simulerade utförsäljningspriset ($AUP_{\text{Simulerad}}$) har tagits fram genom att förändra villkoren på den föreliggande trappkonstruktionen för handelsmarginalen (jämför kapitel 2). Olika nivåer har valts i syfte att förstå dynamiken bakom handelsmarginalen som styrverktyg givet en oförändrad storlek på dess totala belopp. Genom att ställa den simulerade handelsmarginalen i relation till den nuvarande handelsmarginalskonstruktionen (se nedan) kan effekten av en förändring på enskilda varor mätas. Detta kan sedan aggregeras till en total effekt på kort sikt för enskilda apotek eller apotek i olika butikslägen.

$$\text{Nuvarande handelsmarginal} = (AUP_{\text{Beslut}} - AIP_{\text{Beslut}}) * \text{Antal sålda förpackningar}$$

Utfallsmåtten som studerats är huvudsakligen effekter på *enskilda apotek*, *enskilda aktörer*, *apoteksgrupper efter tillgänglighet till tätort enligt Tillväxtanalys¹¹[5]* och *apotek i olika kommuner*.

4.2.2 Effekterna av en platt handelsmarginal

Vid simulering av en övergång till en platt handelsmarginal, det vill säga en fast ersättning till apoteken per expedierad förpackning, syns en liten omfördelning från apotek i tätort till mindre städer och glesbygd. I relativa termer ökar den totala handelsmarginalen för apotek med *Mycket låg- och Låg tillgänglighet till tätort* med 2,0 procent respektive 0,8 procent medan den för apotek med *Mycket hög tillgänglighet till tätort* minskar med 0,4 procent. Dock uppgår det omfördelade beloppet till ovan nämnda glesbygdsapotek enbart till totalt omkring 400 000 kronor per år. Förlorare vore specialiserade apotek med stor andel dyra varor, vilka ofta är belägna i anknytning till sjukhus.

4.2.3 Effekterna av ett höjt tak och sänkt golv

I motsats till en platt marginal kan man göra nuvarande utformning ännu brantare genom att ”höja taket” och ”sänka golvet”. På detta sätt ökar marginalen för dyrare läkemedel, samtidigt som den minskar för billigare läkemedel. En sådan förändring simulerades genom att höja den maximala nivån på handelsmarginalen från dagens 167 kronor till 398 kronor samtidigt som den lägsta ersättningen sänktes från 31,25 till 20 kronor per förpackning¹². Resultaten pekar på en omvänd situation jämfört med simuleringen av en platt handelsmarginal. Vårdnära apotek i tätort är vinnare och apotek med *Hög tillgänglighet till tätort* upplever en total tilldelning om +0,4 procent (7,1 miljoner kronor) på

¹¹ Tillväxtanalys delar in Sverige i fem tillgänglighetsklasser (Mycket hög, hög, mellan, låg och mycket låg) utifrån hur lång tid det tar att resa till tätorter av olika storlek. Tillväxtanalys indelning är därmed inte begränsad av administrativa indelningar så som kommun eller länsområde.

¹² Den exakta nivån valdes som ett av flera exempel på hur nivåerna kan justeras med bibehållen storlek av den totala handelsmarginalen.

bekostnad av alla andra butikslägen. Relativt sett ser vi alltså en svag koncentration till tätort genom ett kraftigt tillskott till vissa specifika apotek.

5 Slutsatser och åtgärder

För att stimulera apoteksmarknaden och öka tillgängligheten höjdes apotekens handelsmarginal i samband med omregleringen. Som framgår av tidigare avsnitt i rapporten har omregleringen lett till ökad tillgänglighet till läkemedel genom att mer än 300 nya apotek har öppnat och öppethållandet utökats. Antalet läkemedel på recept har samtidigt endast ökat i liten grad. Det har medfört att den genomsnittliga förtjänsten för varje apotek har minskat, eftersom flera apotek nu expedierar samma mängd läkemedel som tidigare. Trots detta har de flesta apotek lyckats anpassa sina kostnader efter de nya förutsättningarna och uppvisar idag positiva resultat.

Apoteksaktörerna har sedan omregleringen också varit framgångsrika i förhandlingar om rabatter på inköspriser för parallellimporterade läkemedel, vilket har lett till större vinster för apoteken än vad som beräknades 2009. De beräkningar av apotekens totala förtjänst som gjordes 2009 har överträffats, mycket tack vare vinster på parallellimporterade läkemedel.

5.1 Utmanande marknadsklimat för små apoteksaktörer

Det finns ett antal stordriftsfördelar på apoteksmarknaden. De större apoteksaktörerna har bättre förhandlingskraft gentemot leverantörer vid förhandling om inköspriser, leverans- och returvillkor. De har i regel även bättre likviditet och fler apotek att sprida ut centrala kostnader på än mindre apoteksaktörer. För att stärka sin förhandlingsposition kan mindre aktörer samarbeta, vilket branschorganisationen Sveriges Oberoende Apoteksaktörers Förening är ett exempel på. Men det behöver inte leda till att alla stordriftsfördelar kan utnyttjas.

Vidare har apoteksaktörer i intervjuer påpekat att kundlojaliteten tycks vara begränsad på apoteksmarknaden idag, det vill säga att kunden i första hand tycks välja det apotek som är närmast eller det som kunden har gått till tidigare, oavsett vilken aktör som driver det. Butiksläget är således en mycket viktig faktor för apoteken. Mindre aktörer som har lyckats etablera sig i bra butikslägen kan uppnå goda resultat. Men i en konkurrenssituation mellan apotek som drivs av större respektive mindre aktörer kommer de större aktörerna att ha en fördel genom lägre kostnader tack vare stordriftsfördelar. På längre sikt innebär detta att apoteksmarknaden sannolikt utvecklas i riktning mot större apoteksaktörer.

TLV:s samlade bedömning är att den långsiktiga lönsamheten för små aktörer som grupp inte kommer att vara i nivå med apoteksmarknaden i övrigt. Detta innebär att regeringens önskemål om en apoteksmarknad som präglas av mångfald med både stora och små aktörer eventuellt inte kommer att uppnås.

5.2 Enskilda apotek i glesbygd bör följas upp

Vid försäljningen av Apoteket AB:s apotek 2009 upprättades avtal med flera av köparna som innebar att vissa utvalda apotek inte fick läggas ned. De nya ägarna åtog sig att driva dessa apotek under en treårsperiod. Det kan konstateras att det fanns ett fåtal apotek i områden med svagt kundunderlag som visade negativa resultat inför apoteks försäljningen och som troligen fortfarande upplever en utmanande situation. Vidare har mycket få nya apotek öppnat i glesbygdsområden [13].

Vår utredning visar att de flesta apotek i glesbygd går bra och att det inte finns någon generell glesbygdsproblematik på dagens apoteksmarknad. Ett fåtal apotek har en lönsamhet som inte når upp

till samma nivå som övriga marknaden - ett problem som flera av dem har haft sedan tiden före omregleringen. Det är i nuläget en fråga för respektive apoteksaktör att hantera.

Det går att argumentera för att konkurrenssituationen är svagare i glesbygd än i tätort och att en höjning av handelsmarginalen därmed har större möjlighet att påverka lönsamheten för apotek i glesbygd jämfört med tätort. Därmed skulle en generell höjning av handelsmarginalen kunna påverka glesbygdsapotekens lönsamhet i positiv riktning. Antalet apotek i glesbygd är dock mycket litet i förhållande till det totala antalet apotek på apoteksmarknaden. Det är vidare endast en begränsad del av apoteken i glesbygd som har inte nå upp till samma nivå på lönsamhet som övriga på marknaden. Att genomföra en generell höjning av handelsmarginalen för att hjälpa ett mycket litet antal apotek vore en ineffektiv och kostsam åtgärd för samhället, eftersom större delen av en sådan höjning skulle tillfalla andra apotek, i huvudsak i tätorter. Således är en generell höjning av handelsmarginalen inte ett ändamålsenligt sätt att hantera denna situation. Det är dock viktigt att följa utvecklingen och samla underlag för att kunna ta ställning till eventuella åtgärder framöver.

5.3 Åtgärder

5.3.1 Ingen förändring av nivån på handelsmarginalen

Handelsmarginalen är en helhetsersättning för apotekens arbete med att hantera läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna. Den ska ligga på en rimlig nivå, för att ge förutsättningar för apoteken att tillhandahålla läkemedel till sina kunder. Som framgår ovan har apoteksmarknaden efter omregleringen utvecklats i enlighet med målen för reformen. Apoteksaktörerna har dock under den här tiden fått hantera speciella utmaningar, som investeringar i ny IT-infrastruktur. Vi ser även att ytterligare förändringar är att vänta, till exempel konsolideringar och nedläggningar av apotek. Det är i nuläget svårt att bedöma de långsiktiga effekterna av både den intensiva utvecklingen som varit och de förestående förändringarna på marknaden. Vår sammantagna bedömning efter den genomförda översynen är därför att vi inte ska förändra nivån på apotekens handelsmarginal.

För att långsiktigt säkerställa en god tillgänglighet och service på apotek finns det anledning att i ett senare skede göra en översyn av hur ersättningen till apotek ska utformas. Ett sådant arbete kräver dock tillgång till ekonomiska uppgifter från apoteksaktörerna. Vi ser stora fördelar om detta kan lösas på frivillig väg.

5.3.2 Förändrade föreskrifter

I samband med omregleringen av apoteksmarknaden gjorde TLV bedömningen att apotekens handelsmarginal skulle höjas. Den beräknade höjningen av handelsmarginalen som gjordes skulle utbetalas som ett extra påslag på generiska läkemedel. Under den nu genomförda översynen har det framkommit att det har uppstått ett fel vid implementeringen av de tekniska rutinerna som lett till att utbetalningen av den extra ersättningen till apoteken inte fullt ut har genomförts.

Metoden för hur den extra ersättningen utbetalas ändras därför och apoteken kommer därigenom att få ersättning i enlighet med de nivåer som uttalades 2009. Ersättningen kommer att betalas till alla utbytbara läkemedel med konkurrens. I samband med detta kommer även *TLV:s föreskrifter (2009:3) om handelsmarginal för läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna* att ändras i enlighet med hur utbetalningarna av handelsmarginalen kommer att genomföras. Förslag till förändrade föreskrifter kommer att remissbehandlas under hösten 2012, med planerat ikraftträdande den 1 januari 2013.

Referenser

- [1] Socialdepartementet. Proposition 2008/09:145. *Omreglering av apoteksmarknaden*. 2009-02-19.
- [2] Statskontoret. *Utvärdering av omregleringen av apoteksmarknaden* (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.statskontoret.se/utredningar/omregleringen-av-apoteksmarknaden-utvardering/>. 2011-11-01.
- [3] Socialdepartementet. Regeringsbeslut S2010/4636/HS. *Uppdrag att följa och analysera den geografiska tillgängligheten till läkemedel med anledning av omregleringen av apoteksmarknaden*. 2010-06-10.
- [4] Näringsdepartementet. Regeringsbeslut N2011/5864/ENT, N2011/7417/KLS (delvis), N2011/4917/ENT m.fl. *Regleringsbrev för budgetåret 2012 avseende Tillväxtverket inom utgiftsområde 19 Regional tillväxt och utgiftsområde 24 Näringsliv*. 2011-12-22.
- [5] Tillväxtanalys. *Geografisk tillgänglighet till läkemedel*. 2011.
- [6] The Dutch Healthcare Authority (NZa). *Monitor extramurale farmacie 2010*. 2010.
- [7] Konsumentverket. *Omregleringen av apoteksmarknaden – Redovisning av ett regeringsuppdrag*. Rapport 2011:9. 2011.
- [8] Läkemedelsverket (Elektronisk). Tillgänglig: www.lakemedelsverket.se. 2011.
- [9] Apotekens Service AB. Concise (Elektronisk databas). 2011.
- [11] Sveriges Apoteksförening. *Apoteksbranchens årsrapport 2010*. 2011.
- [12] Socialstyrelsen. *Läkemedelsförsäljning i Sverige - analys och prognos*. 2011.
- [13] Tillväxtanalys. *Geografisk tillgänglighet till läkemedel. Delrapport 1 En analys av omregleringen av apoteksmarknaden*. 2011.
- [14] Apoteket AB. *Årsredovisning 2007*. 2008.
- [15] Tillväxtanalys. *Kostnadsutvecklingen för läkemedel på den omreglerade apoteksmarknaden*. 2011.
- [16] KPMG. *Projekt Avicenna*. Rapport till Socialdepartementet. 2012.
- [17] Apotekens Service AB. Distribution av läkemedelsförmånen (Elektronisk). Tillgänglig: <http://apotekensservice.se/PageFiles/202/Distribution%20av%20L%c3%a4kemedelsf%c3%b6rm%c3%a5nen.pdf>.
- [18] Läkemedelsindustriföreningen (LIF) (Elektronisk). Tillgänglig: www.lif.se. 2011-11-01.
- [19] Intervjuer med apoteksaktörer. Totalt tio intervjuer genomförda under 4:e kvartalet 2011. Personlig kommunikation. 2011.
- [20] Sveriges Apoteksförening (Elektronisk). Tillgänglig: www.sverigesapoteksforening.se. 2011-12.
- [21] Pharma Online Special. Intervjuer med branschföreträdare, augusti 2011. 2011; 2011-7: 5-7.
- [22] Apoteket Omstrukturering (OAB). Apotekskluster säljs för 5,9 miljarder kronor (Elektronisk) (2009-11-09). Tillgänglig: www.mynewsdesk.com/se/pressroom/apoteketomstruktureringab/pressrelease/view/apotekskluster-saeljs-foer-5-9-miljarder-kronor-339012. 2011-12-07.
- [23] Apoteksgruppen AB (Elektronisk). Tillgänglig: www.apoteksgruppen.se. 2011-12-07.
- [24] Apotek Hjärtat. *Apotek Hjärtat förvärvar Apotek1* (Elektronisk) (2010-05-07). Tillgänglig: <http://www.apotekhjartat.se/Om-oss/press-gammal/Apotek-Hjartat-forvarvar-Apotek1/>.
- [25] Apotek Hjärtat. *Apotek Hjärtat på mesta Cityläge* (Elektronisk) (2011-12-31). Tillgänglig: <http://www.apotekhjartat.se/pressrum/pressreleaser/apotek-hjartat-pa-mesta-citylage/>.
- [26] DocMorris. *DocMorris förändrar verksamheten: Stänger 16 apotek och öppnar 8 nya* (Elektronisk) (2011-11-30). Tillgänglig: <http://www.docmorris.se/Om-oss/PressNY/PressDetalj/?itemid=710516>.
- [27] Apoteksmarknadsutredningen. *Omreglering av apoteksmarknaden del 2*. Huvudbetänkande. 2008.
- [28] Kronans Droghandel (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.kronansdroghandel.se>. 2011.
- [29] Apotek Hjärtat (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.apotekhjartat.se>. 2011.
- [30] Medstop. *Medstop lanserar hudvårdssortiment för medvetna livsnjutare* (Pressinformation, elektronisk) (2010-04-21). Tillgänglig: http://www.medstop.se/sites/default/files/uploads/Pressinformation_100421.pdf.

- [31] Boots (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.se.boots.com/varumarken.aspx>. 2011.
- [32] Danish Medicines Agency (Elektronisk). Tillgänglig: www.laegemiddelstyrelsen.dk. 2011.
- [33] Association of Danish Pharmacies. *Laegemidler i Danmark 2010*. 2010.
- [34] Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI). *Denmark*. 2008.
- [35] Danish Medicines Agency. *Undersogelse over apotekernes driftforhold*. 2010.
- [36] Eurostat (Elektronisk). Tillgänglig: epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/. 2011.
- [37] Central Intelligence Agency (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>. 2011.
- [38] Norwegian Pharmacy Association. *Apotek og legemidler*. 2011.
- [39] Festøy H. Head of Section, Norwegian Medicines Agency. Personlig kommunikation. 2011-11.
- [40] Norges regering (Elektronisk). Tillgänglig: www.regjeringen.no. 2011.
- [41] Norwegian Medicines Agency. *Apotekstatistikk 2010*. 2011.
- [42] OANDA (Elektronisk). Tillgänglig: www.oanda.com/lang/sv/currency/historical-rates/. 2011.
- [43] The Foundation for Pharmaceutical Statistics (SFK). *Facts and Figures 2010*. 2010.
- [44] Smits J. President, National Pharmacy Association (KNMP). Personlig kommunikation. 2011-07.
- [45] Phoenix Pharmahandel GmbH. *Dutch Competition Authority clears way for merger of PHOENIX and Celasios' business in the Netherlands* (Elektronisk) (2011-10). Tillgänglig: <http://www.phoenixgroup.eu/EN/Service/PressLounge/Archive/2010/Pages/Press-release,-2010-11-24.aspx>. 2010.
- [46] Mediq. *Annual Report 2010*. 2011.
- [47] Overgaag M. Policy maker, Dutch Healthcare Authority (NZa) Personlig kommunikation. 2011-07.
- [48] Boonen LHHMea. *Pharmaceutical policy in the Netherlands: From price regulation towards managed competition*. 2010.
- [49] The Dutch Healthcare Authority (NZa). *Inkoopvoordelen en Praktijkkosten apothekhoudenden 2009, 2010 en 2011*. 2010.
- [50] National Health Service (NHS). *General Pharmaceutical Services in England 2000-01 to 2009-10*. 2010.
- [51] Association of the British Pharmaceutical Industry (ABPI). *Pharmaceutical price regulation scheme 2009*. 2010.
- [52] Crawford K. MPIG Business Support, Department of Health. Personlig kommunikation. 2010-08.
- [53] London School of Economics and Political Science. *Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain* 2009.
- [54] Department of Health UK. *The Pharmaceutical Price Regulation Scheme*. 2008.
- [55] University of Southampton and Department of Health. *The Community Pharmacy Contractual Framework and the retained medicine margin*. 2010.
- [56] Richardson E, Pollock, AM. *Community pharmacy: moving from dispensing to diagnosis and treatment*. British Medicine Journal (BMJ). 2010.
- [57] NHS (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>. 2011-10-20.
- [58] Department of Health UK (Elektronisk). Tillgänglig: www.dh.org.uk. 2011-08.
- [59] Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC) (Elektronisk). Tillgänglig: www.psnc.org.uk. 2011-08.
- [60] Lutener S. Head of Regulation, Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC). Personlig kommunikation. 2011-08.
- [61] NHS Business Services Authority (NHSBSA). *Statistical Data Relating to Prescriptions Dispensed by PhS Contractors*. 2011.
- [62] National Health Service (NHS) (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.nhs.uk>. 2011.

Bilaga 1. Studier av fyra internationella apoteksmarknader

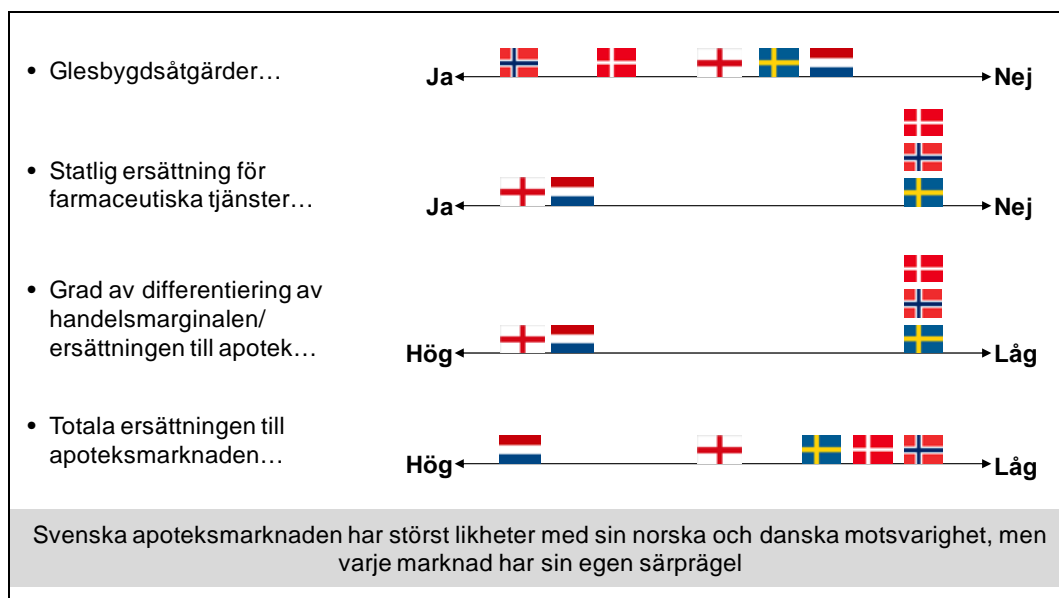
Vi har analyserat apoteksmarknaderna i Danmark, Norge, England och Nederländerna för att inhämta kunskap om hur andra europeiska apoteksmarknader har utvecklats och reglerats. Av de fyra analyserade länderna har den svenska apoteksmarknaden störst likheter med sin norska och danska motsvarighet, men varje marknad har sin egen särprägel. Den danska apoteksmarknaden särskiljer sig genom att det har en omfattande statlig kontroll och detaljreglering av vilka som får äga apotek och hur många apotek respektive aktör får äga. Detta har bland annat resulterat i en mycket fragmenterad marknad där merparten av apotek ägs av enskilda farmaceuter. I motsats till Danmark domineras den norska marknaden istället av ett fåtal aktörer.

Den norska marknaden, som omreglerades 2001, domineras av tre stora apotekskedjor. Dessa innehar cirka 80 procent av alla apotek och ägs av tre internationella apoteksföretag vilka alla är vertikalt integrerade.

I England ingick omkring 60 procent av apoteken i apotekskedjor (2010) och trenden går mot en konsolidering. Nederländerna uppvisar en blandning av apotekskedjor, franchisedrivna apotek samt enskilda aktörer.

England och Nederländerna har valt en differentierad ersättningsmodell med starkt fokus på tjänster. Norge och Danmark har valt en mindre differentierad ersättningsmodell (likt Sverige) med fokus på produkter.

Figur 23 sammanfattar vissa observationer från studierna:



Figur 23. Observationer från de studerade ländernas apoteksmarknader. Källa: TLV.

Alla de fyra studerade marknaderna (Norge, Nederländerna, Danmark och England) använder någon åtgärd för att säkerställa tillgängligheten till förskrivna läkemedel i glesbygd. Norge, som har en lägre befolkningstäthet än Sverige, tillämpar tre olika glesbygdsåtgärder, se figur 24). Danmark använder

liksom Norge en modell med ett statligt reglerat omfördelningssystem, där apotek med högre omsättning stöttar de med lägre omsättning. I Nederländerna och England säkerställs tillgång till läkemedel i glesbygd primärt genom att vissa läkare har rätt att expediera läkemedel.

	Sverige	Norge	Danmark	England	Nederländerna
• Invånare/km ²	21	15	130	383	400
• Avtal om att inte stänga apotek	Ca 40 apotek i glesbygd omfattas av tillfälligt avtal om öppethållande	Kedjorna har ingått avtal sedan 2001 att inte stänga apotek i kommuner med ett apotek	Nej	Nej	Nej
• Utjämnings-system	Nej	Stöd till små apotek i kommuner med ett apotek. Finansieras av branschavgift	Finansiellt stöd från stora apotek till små apotek i glesbygd ("udlignings-systemet")	Nej	Nej
• Riktat finansiellt stöd	Nej	Nej	Riktat stöd för t.ex. flytt eller drift av utsatta apotek	Riktade stöd till små apotek (6 000-26 000 recept/år)	Nej
• Läkare distribuerar läkemedel	Nej	Nej	Nej	Ja, vid stort avstånd till apotek eller bristande kommunikationer. Ca 4300 läkare	Ja, där apotekstäckning saknas. Ca 440 läkare (2009)
• Apoteksombud	Ca 755 st	Ca 1100 st	Ca 200 st	Nej	Nej






Källa: Analys av respektive land inom ramen för projektet. Se respektive landsanalys för fullständig källförteckning

Figur 24. Översikt över glesbygdsåtgärder. Källa: TLV

Samhällets ersättning till apoteksmarknaden för att expediera subventionerade läkemedel, mätt som kronor per invånare, tycks vara lägre i Sverige än i Nederländerna och England, men högre än i Danmark och Norge. Ersättningsnivån per produkt skiljer sig starkt mellan de olika länderna beroende på till exempel varans pris. Om ett apotek expedierar ett originalläkemedel med inköpspriset 50 kr (AIP) får apoteket en ersättning om 41,50 kronor i Sverige, 22 kronor i Norge och 21 kronor i Danmark. För originalläkemedel med priset 500 kronor (AIP) är motsvarande ersättning 57 kronor i Sverige, 64 kronor i Norge och 59 kronor i Danmark. Om läkemedlets pris är 5 000 kronor (AIP) är ersättningen 147 kronor i Sverige, 534 kronor i Norge och 442 kronor i Danmark.

Det ska dock poängteras att en ren jämförelse av vilken ersättning apoteken erhåller från samhället är svår att göra eftersom det påverkas starkt av hur hälso- och sjukvårdssystemet är uppbyggt och reglerat i övrigt. Exempelvis är ersättningsnivåerna till apotek i Danmark utformade för att också täcka kostnader för det offentliga omfördelningssystemet mellan olika apotek. Den ersättning som apoteken förväntas behålla efter att avgifter till staten betalats är lägre.

I Norge kan apoteken själva välja tillverkare för det generiska utbytet. Därmed kan apoteken förhandla till sig rabatter från tillverkare av generika mot löfte om att expediera deras läkemedel. Detta utgör en inkomstkälla för den norska apoteksmarknaden som inte finns i Sverige. Om apoteken i Norge förlorar denna inkomstkälla skulle troligen ersättningsnivåerna förändras. Nedan presenteras analyser av respektive apoteksmarknad.

	 Sverige	 Norge	 Danmark	 England	 Nederländerna
• Ersättning per invånare	ca 450 kr	ca 290 kr	ca 310 kr	ca 550 kr	ca 870 kr
• Ersättning per dygnsdos (DDD)*	ca 0,5 kr	ca 0,3 kr	ca 0,4 kr	ca 0,7 kr	ca 1,2 kr
• Ersättning per recept**	ca 60 kr	ca 50 kr	-	-	ca 80 kr

Not: Observera att värden ska tolkas som ungefärliga eftersom det kan finnas skillnader i hur länderna definierar recept eller vilken läkemedelskonsumtion rapporteras.
 * Observera att detta avser den totala läkemedelskonsumtion i respektive land, inte enbart den del som ersättnings till apoteksmarknaden avser att finansiera. Källa: OECD 2011
 ** I Sverige förskrivs vanligen tre månaders läkemedelskonsumtion på ett recept, medan kortare perioder är vanligt i andra länder. Observera att detta påverkar jämförelsen

Figur 25. Samhällets ersättning till apoteksmarknaden i respektive land. Källa: TLV

Danmark

Danska apoteksmarknaden är fragmenterad och präglas av stora apotek

Danmark är ett tätbefolkat land med 5,6 miljoner invånare [32], vilket motsvarar 130 invånare per km² (cirka 6 gånger högre än Sverige). Endast farmaceuter får äga apotek och varje näringsidkare får ha högst fyra apoteksenheter. Detta resulterar i en mycket fragmenterad marknad där merparten av alla apotek utgörs av enskilda aktörer. 2010 fanns i Danmark 323 apotek¹³ (17 000 invånare per apotek) med en total omsättning på 16 miljarder SEK (i genomsnitt 49 miljoner SEK per apotek) [32, 33].

Genom en obligatorisk inrapportering av resultaträkningar för alla apotek finns en omfattande statlig insyn i apoteksmarknaden. Marknadens totala bruttomarginal regleras och avtalas på två år mellan stat och apoteksaktörer. 2010 rapporterade danska apoteksmarknaden en bruttomarginal om 22 procent (som andel av omsättningen) och en lönsamhet (mätt som EBITDA) om 3,4 procent på total försäljning. Av denna försäljning stod receptbelagda läkemedel för 78 procent (bruttomarginal på receptbelagda läkemedel 2009: 17 procent) [33, 34].

Trots det stora upptagningsområdet för apotek i Danmark anses tillgänglighet och service vara god. Det genomsnittliga avståndet till apotek är 3,8 kilometer per invånare.¹⁴

Danska apoteksmarknaden är i hög grad centralt reglerad

Den danska myndigheten *Laegemiddelstyrelsen*, vilken är underställd *Indenrigs- og Sundhedsministeriet* (motsvarande Socialdepartement i Sverige), reglerar hela läkemedelsmarknaden i Danmark. För apotekssektorn gäller detta allt från etablering¹⁵ och godkännande av produkter, till prissättning, statlig ersättning och reglering av lönsamhet. För prissättning gäller [33, 34]:

- Reglering av utförsäljningspriser (AUP) inom och utanför förmånen

¹³ 253 apoteksföretag. Av dessa hade 67 stycken även totalt 70 filialer med rätt att expediera receptbelagda läkemedel. I Danmark finns även speciella utförsäljningsställen för OTC. Dessa kan förekomma i detaljhandeln men är knutna till ett apotek (973 stycken, 2010). I tillägg säljs även vissa receptfria läkemedel direkt i detaljhandeln (1 450 stycken auktoriserade försäljningsställen 2009). Denna verksamhet är fullt reglerad av den danska *Laegemiddelstyrelsen*

¹⁴ Analys av företaget MEGAFON på uppdrag av Danmarks Apotekerforening (2010-01): 93% av invånarna nöjda med avstånd, 3 av 5 nöjda med väntetider

¹⁵ Reglerar antalet apotek och deras geografiska placering

- Värdebaserad prissättning för att fastställa takpris (AIP) inom förmån, fri prissättning utanför
- Prisperioden för tillverkares officiella listpriser är två veckor
- Apotek kan enbart i särskilda fall förhandla om rabatter med läkemedelstillverkare/grossist¹⁶
- Bruttomarginal regleras i avtal mellan stat och näringsidkare på två år genom fasta expeditionsavgifter och rörlig marginal¹⁷
- Obligatoriskt generiskt utbyte till det billigaste läkemedlet, vilket skapat hård pris konkurrens
- Helt fri prissättning för vissa receptfria läkemedel

Den statliga subventionen av läkemedel är utformad som en progressiv ersättning anpassad efter behov upp till en fastställd subventionsnivå. Denna motsvarar det officiella listpriset på det billigaste läkemedlet inom en utbytesgrupp under prisperioden. För läkemedel som inte är utbytbara motsvarar subventionsnivån listpriset. Den faktiska ersättningen utgår som en andel (0-100 procent) av motsvarande utförsäljningspris (AUP) och beror på personens ålder, läkemedelskonsumtion under året och sjukdomstillstånd. Laegemiddelstyrelsen förvaltar en så kallad *positiv lista* (läkemedel med generell subvention). Läkemedel utanför listan kan beviljas subvention genom ansökan av läkare. Om ett läkemedel är dyrare än subventionsnivån betalar kunden mellanskillnaden [32, 34].

Ett reglerat driftstöd till glesbygdsapotek förekommer i Danmark. I huvudsak sker detta genom ett omfördelningssystem, där apotek med hög omsättning betalar ett stöd till apotek med låg omsättning [34]. 2009 var avgiften 9,24 SEK eller 3,5 procent av det genomsnittliga priset på receptbelagda läkemedel. Avgiften ska, utöver driftstödet, finansiera öppethållande utanför ordinarie öppettider [33]. Utsatta apotek kan även få specifikt statligt stöd för exempelvis daglig drift, flytt eller ombyggnation. Men detta är ovanligt. Det finns även omkring 200 apoteksombud (så kallade medicin-udleverinssteder) på landsbygden där det är möjligt att hämta ut receptbelagda läkemedel [35].

Den danska ersättningen till apoteksmarknaden är inte väsensskild från den svenska

Omsättningen av läkemedel i Danmark med någon form av statlig subvention uppgick till cirka 11 miljarder SEK 2010. Av detta subventionerade staten 71 procent och kundernas egenavgifter motsvarade 29 procent. Samhällets ersättning till apoteksmarknaden¹⁸ var sammanlagt 1,7 miljarder SEK (5,4 miljarder SEK per apotek), vilket motsvarar en handelsmarginal om cirka 16 procent. Den enskilde dansken betalar därmed 311 SEK per år till apoteken. Ersättningen per expediering av receptbelagd förpackning var 35 SEK¹⁹.

¹⁶ Statligt reglerat. Rabatt får endast förekomma vid avvikelser från konventionell försäljning i leverantörsledet, till exempel oväntade kostnadsreduktioner

¹⁷ 2009 var den rörliga marginalen 8,3% på AIP, den fasta avgiften tudelad: en fast avgift på 10,2 SEK (4,8%) per förpackning samt 11,2 SEK (5,2% av genomsnittspris läkemedel) per förpackning på recept

¹⁸ Total omsättning minus inköpskostnader (AIP); Statlig ersättning samt kundbetalning

¹⁹ Antagande om samma kostnad per recept och samma antal förpackningar per recept innanför och utanför förmån (uppskattningen är antagligen något i överkant).

Norge

Norska apoteksmarknaden domineras av tre internationella kedjor

Norge har ca 4,9 miljoner invånare och en befolkningstäthet på endast 15 invånare per km². 2010 fanns 682 apotek i Norge (motsvarar 7 200 invånare per apotek). Apoteken hade en total omsättning på omkring 20 miljarder SEK (i genomsnitt 30 miljoner SEK per apotek) [36-38]. Marknaden domineras av tre stora apotekskedjor (som innehar cirka 80 procent av alla apotek). Kedjorna ägs av de internationella grossisterna Phoenix/Tamro, Celesio och Alliance Boots. Norska apotek kan indelas i två typer: de privatägda respektive sjukhus-/expeditionsapoteken som ägs av staten genom statens hälsoföretag. Sjukhus-/expeditionsapoteken (33 apotek 2010) ansvarar för sjukhusens läkemedelsförsörjning, men fungerar därutöver som öppenvårdsapotek [38]. De privata apoteken redovisade en bruttomarginal på cirka 28 procent 2010²⁰. Ett flertal farmaceutiska tjänster (till exempel blodsockermätning samt läkemedelsgenomgångar) erbjuds och finansieras av kunderna.

Norska apoteksmarknaden är relativt oreglerad jämfört med den svenska

2001 infördes en ny apotekslag i Norge vilken innebar att även icke-farmaceuter²¹ får äga apotek samt att det råder fri etableringsrätt för apotek [39]. Endast farmaceuter har expedieringsrätt, men receptfria läkemedel får säljas av icke-farmaceuter även utanför apotek. Den norska apoteksmarknaden är efter denna omreglering relativt oreglerad, men myndigheten Statens legemiddelverk (NoMA) under Helse- og omsorgsdepartementet (motsvarande Socialdepartement i Sverige) har en viktig regleringsfunktion. NoMA ansvarar bl.a. för godkännande och prissättning av läkemedel samt beslutar om ersättningar till apoteken [38]. För prissättning gäller följande reglering:

- Fri prissättning i producent- och grossistleden.
- Maxnivåer för AIP på originalläkemedel regleras av staten genom extern referensprissättning (där tre länder, av totalt nio, med lägst priser används som referens) resp. en beräkningsformel för AUP.
- Maxnivåer för AUP på generiska läkemedel regleras genom en trappstegmodell ("trinnprismodellen") där priserna i tre steg sänks med en procentsats baserad på läkemedlets totala omsättning.²²

80 procent av kostnaderna för receptbelagda läkemedel finansieras av den skattefinansierade offentliga socialförsäkringen (Folketrygden, NIS) genom den så kallade blåreceptordningen [40]. Totalkostnaderna för Folketrygden uppgick 2010 till omkring 9,3 miljarder, där kundernas egenavgifter utgör cirka 12 procent [39].

I Norge används tre olika åtgärder för att säkerställa apotekstäckning i glesbygd:

- Apoteksombud (1 106 ombud 2010) fungerar som utlämningsställen för läkemedel, där etablering av apotek ej är lämpligt. Apotek ansvarar för drift och tillsyn.
- Omfördelningssystem via statlig driftstödsfond som finansieras av en "läkemedelsomsättningsavgift"²³. NoMA beslutar om utbetalning, baserat på om apoteket uppfyller ett flertal geografiska och finansiella kriterier ²⁴ [38]. Totalt utbetalades cirka 9,6 miljoner SEK under 2010 till 19 apotek²⁵ [41].

²⁰ Endast privata apotek vilka bedrivit apoteksverksamhet i 12 månader, vilket 2010 motsvarade 97% av alla privata apotek. Inkl. statligt driftstöd till apotek genom utjämnningssystem motsvarande ca 9,2 miljoner SEK

²¹ Undantag: läkemedelstillverkare och förskrivare

²² Apotekforeningen, Apotek og Legemidler 2011 (2011)

²³ 0,55% av AIP tas ut som en andel av apotekens handelsmarginal

²⁴ Enda apoteket i en kommun med ≤10 000 invånare/flera apotek med bristande transportmöjligheter och avstånd till närmsta apotek mer än 20 km/restid över 30 minuter med offentliga transportmedel sommartid och omsättning under ca 28 miljoner SEK

- Avtal mellan de tre största apotekskedjorna och staten om att garantera driften av apotek i kommuner med endast ett apotek. Detta kan innebära att de tvingas ta över apotek som annars riskerar att avvecklas. Avtalen upprättades vid omregleringen 2001 och har därefter förlängts i flera omgångar [38].

Den statliga ersättningen till apotek är utformad som en ersättning per expediering

Norska apotek får en ersättning per expediering från staten. För originalläkemedel består denna av en fast ersättning per förpackning (cirka 26 SEK) samt en procentuell andel av AIP (7 procent av AIP upp till omkring 238 SEK, därefter 4 procent för överskjutande AIP). Ett tillägg utbetalas vid expediering av psykofarmaka/narkotiska preparat (omkring 12 SEK). En läkemedelsomsättningsavgift (0,55 procent av AIP) tas ut från apotekens handelsmarginal. För generiska läkemedel fastställs maxnivåer för AUP [38]. Den totala ersättningen till apoteksmarknaden var 2010 cirka 1,4 miljarder SEK²⁶ (2,1 miljarder SEK per apotek), vilket motsvarar en handelsmarginal på ca 16,5 procent²⁷, eller ca 290 SEK per invånare och år [39, 41]. Ersättningen är således lägre per invånare i Norge än motsvarande ersättning i Sverige.

Nederländerna

Nederländska apoteksmarknaden är ungefär dubbelt så stor som den svenska

Nederländerna har ca 16,6 miljoner invånare och en befolkningstäthet på 400 invånare per km² (19 gånger högre än den svenska) [36, 37]. Hälso- och sjukvårdssystemet är försäkringsbaserat och en basförsäkring från något av de privata bolagen är obligatorisk för alla medborgare. 2009 fanns 1 976 apotek i Nederländerna (cirka 8 400 invånare per apotek). Apoteken hade en total omsättning inom hälso- och sjukvårdsförsäkringen på 50,9 miljarder SEK (i genomsnitt 26 miljarder SEK per apotek) [36, 42, 43]. Fördelningen på apoteksmarknaden mellan enskilda aktörer respektive kedjor/franchiseapotek är relativt jämn. Ungefär en tredjedel av alla apotek ingår i kedjor och Mediq som är den största äger omkring 11 procent av alla apotek. Vertikal integration förekommer och utöver Mediq bedriver även de internationella grossisterna Phoenix Group, Celesio samt Alliance Boots apoteksverksamhet i Nederländerna [44]. Viss konsolidering mellan kedjorna har skett. Senast 2010 köpte Phoenix 62 apotek som tidigare ägdes av Celesio [45].

Tillgängligheten till apotek i Nederländerna är till synes bra. Varje apotek expedierar i genomsnitt 8 400 invånare, vilket är i nivå med svenska apotek, men landet är betydligt mer tätbefolkat [36, 37]. 96 procent av befolkningen har ett apotek inom fem kilometers avstånd från sin bostad [6]. Specialiserade apotek förekommer, däribland apotek med dygnet-runt-service [43]. Vissa apotek erbjuder farmaceutiska tjänster utvecklade i samarbete med vårdgivare och försäkringsbolag, till exempel läkemedelsgenomgångar och strukturerade program för specifika patientgrupper [46].

Nederländska apoteksmarknaden är i hög grad oreglerad jämfört med den svenska

Den nederländska apoteksmarknaden var tidigare hårt statligt kontrollerad. Målsättningen var att med omfattande uppföljning och reglering säkerställa att apotekens lönsamhet var rimlig. Marknaden har stegvis förändrats till en relativt oreglerad marknad, där försäkringsbolag agerar köpare av

²⁵ Något mindre för små apotek s.k. filialapotek och enskilda apoteksägare

²⁶ Antagande om att fördelningen mellan original- och generikaläkemedel är densamma inom respektive utanför den statliga förmånen. Apotekens ersättning kan därmed vara något underskattad, då ersättningen för generika är något högre än för originalläkemedel

²⁷ Sannolikt något underskattad, då handelsmarginalen beräknats på totala marknaden. Data från 2007 tyder på att andelen generiska läkemedel, där marginalen är något högre, är något större inom subventionssystemet

apotekens tjänster (kontrakterar apotek). Trenden går mot ytterligare liberalisering, med en milstolpe 2012 då den statliga regleringen kring ersättning till apotek avskaffas [47].

Icke-farmaceuter får äga apotek, men endast farmaceuter har expedieringsrätt. En viktig åtgärd för att säkerställa apotekstäckning i hela landet är expedieringsrätt för nederländska allmänläkare där apotek saknas. (2009 fanns 439 expedierande allmänläkare) [43]. Receptfria läkemedel får säljas av icke-farmaceuter i så kallade drugstores.

För prissättning gäller följande reglering:

- Fri prissättning i producent- och grossistleden.
- Takpris för AIP och AUP regleras av Nederländernas socialdepartement genom internationell referensprissättning (medelvärde av priset i UK, BE, FR, DE) respektive en fastställd maxnivå för apotekens expeditionsavgifter. Den nederländska hälsovårdsmyndigheten NZa, ett tillsynsorgan för all hälso- och sjukvård, fastställer årligen min- och maxnivåer för expeditionsavgifter till apotek. Apotek och försäkringsbolag får förhandla om den faktiska nivån.
- Apotek kan förhandla om rabatter från tillverkare/importör. Deras förtjänst från dessa regleras genom en så kallad clawback²⁸, vilken fastställs och förhandlas på samma sätt som expeditionsavgifter (i genomsnitt 5 procent av AIP).
- Undantag: fri prissättning för receptfria läkemedel. I praktiken följer öppenvårdsapotek tillverkarnas officiella listpriser.

Kunders egenavgifter är låga (omkring 2 procent) [43]. Läkemedel inom förmånen ersätts till 100 procent upp till ett pristak som fastställs per produkt genom referensprissättning. Försäkringsbolag har lagstadgad rätt att upphandla storsäljande generikaläkemedel och endast ersätta sina kunder motsvarande priset för de läkemedel de förhandlat bäst pris på²⁹ [48].

Den statliga ersättningen till nederländska apotek sker per expediering och är högre än den svenska

Nederländska apotek erhåller ersättning från staten per expediering, baserad på expedieringstjänst/er som utförts. Tjänsterna delas in i standard- respektive tilläggstjänster (till exempel förstagångsexpediering, expediering utanför ordinarie öppettid eller specialberedning). Genomsnittlig expeditionsavgift var 2009 omkring 77 SEK per expediering enligt Hälsovårdsmyndighetens NZas bedömning. I realiteten kan specialiserade apotek tjäna 1,4 - 2,8 gånger mer. Utöver detta tillkommer den förtjänst apoteken får behålla från rabatter från läkemedeltillverkare/importörer, då statlig ersättning baseras på tillverkares officiella listpriser [43].

Samhällets ersättning till apoteksmarknaden var omkring 14,4 miljarder SEK 2009 (7,3 miljoner SEK per apotek, beräknat på ett "standardapotek"³⁰), vilket motsvarar en handelsmarginal på cirka 28 procent [43, 49]. Detta innebär en total kostnad för apotekens tjänster på nära 870 SEK per invånare eller omkring 80 kronor per recept [36, 43] vilket är högre än motsvarande ersättning per invånare i Sverige.

²⁸ Apoteken förhandlar om rabatter med läkemedeltillverkare/importörer, varför AIP ligger ca 10% under tillverkares listpriser enligt vilka statlig ersättning utbetalas. Apotek tvingas därför återbetala en årligen fastställd procentsats på ca 5% av AIP till försäkringsbolag/stat.

²⁹ Önskar kunden ett dyrare läkemedel ersätts de endast upp till preferensläkemedlets pris +5%. Undantag: medicinska skäl.

³⁰ Begreppet inbegriper ej: apotekskedjor som även bedriver grossistverksamhet, expeditionsapotek och expedierande allmänläkare i glesbygd

England

Den engelska apoteksmarknaden präglas av ett brett utbud av tjänster

England, en av de fyra riksdelarna i Storbritannien, har drygt 50 miljoner invånare (383 invånare/km²) och en betydligt större apoteksmarknad än Sverige. Av de 11 000 apoteken (4 800 invånare per apotek) ingår drygt 60 procent i kedjor³¹ [50] och trenden går mot fler och större av kedjor trots att tillväxten av apotek inte är särskilt stor (2%, 2009-2010). Vertikal integration är tillåten och de tre största apotekskedjorna är även grossister [51]. Engelska apotek har relativt långa öppettider (68 timmar per vecka i genomsnitt 2010) och god geografisk tillgänglighet (96 procent av befolkningen kunde ta sig till ett apotek inom 20 minuter, 2007) [52, 53].

Den brittiska ersättningsmodellen är differentierad och innehåller specifika glesbygdstöd

Staten³² reglerar läkemedelstillverkarens officiella listpriser (*Net Ingredient Cost*, NIC) för läkemedel inom förmånen genom avtal med läkemedelstillverkarnas intresseorganisation. Apoteken förhandlar inköpspris (AIP) utan statlig involvering och rabatter under listpriset förekommer. Försäljningspriset (AUP) utgör inget tydligt begrepp på den engelska apoteksmarknaden. Ersättningsmodellen är kraftigt differentierad och innehåller bland annat ersättning för ett rikt utbud av farmaceutiska tjänster:

- *Ersättning för inköp* – Apoteken ersätts månatligen med NIC minus en så kallad clawback. För generika sätts ersättningspriset som det lägsta inrapporterade listpriset (NIC) under prisperioden (3 månader). Skillnaden mellan denna ersättning och faktiska inköpspriser (AIP), ligger till grund för en kvarvarande marginal (*Retained Margin*) som är en avgörande faktor för apotekens lönsamhet³³.
- *Practice Payment* – Volymbaserad ersättning som avser täcka kostnader för kvalitativ expediering enligt vissa krav på kompetens och antal anställda
- *Essential Services* – Basala tjänster kopplade till expediering, obligatoriska för statlig ackreditering. Detta innefattar exempelvis kvalitetssäkring, rådgivning och kassation och uttrycks bland annat genom fasta expeditionsavgifter
- *Advanced-, Enhanced Services* – Ytterligare, frivilliga farmaceutiska tjänster som ofta kräver vidareutbildning. Här kan nämnas läkemedelsgenomgångar, biomedicinska tester och vaccinering [50, 54-56].

Den statliga subventionen till privatpersoner beror på ålder, inkomst och sjukdomstillstånd. Antingen betalar kunden ingenting, alternativt en fast avgift om 82 SEK per recept upp till ett högkostnadsskydd [57].

Glesbygdstöd förekommer i viss mån, genom statlig ersättning till specifika apotek via en avtalsram³⁴. Det finansiella stödet beror på avstånd till närmaste apotek och expedieringsvolym (till exempel 1 kilometer respektive 6 000-24 000 recept per år) och består av ett tillskott upp till en lägsta nivå av statlig ersättning per år. Detta utnyttjas idag av 80-90 apotek (omkring 1 procent av marknaden). Därtill finns i England en lång tradition av expedierande läkare i glesbygd där kommunikationer eller avstånd försvårar tillgängligheten (2008 fanns 1 170 lokala vårdinrättningar, motsvarande 4 300 läkare, med denna typ av licens) [58-60].

³¹ Mer än 5 apotek per apoteksföretag

³² *Department of Health* genom *National Health Service (NHS)*

³³ Denna avtalas mellan stat (Dept. Of Health) och apoteksföreträdare (PSNC) och utgör riktvärde som ligger till grund för löpande budgetering och justeringar genom nivåer för clawback och listpriser på generika. I avtalsramen från 2005, *The Community Pharmacy Contractual Framework*, är denna marginal satt till 500 miljoner GBP (5,6 miljarder SEK, 520 000 SEK per apotek). Clawback var 8,1% i genomsnitt för det brutna räkenskapsåret 2009/2010

³⁴ *Essential Small Pharmacies Local Pharmaceutical Services (ESPLS)*

Den engelska handelsmarginalen inom apoteksförmånen är något högre än den svenska

Ersättningen inom förmånen kopplad till läkemedelsexpediering³⁵ uppgick för det brutna räkenskapsåret 2009/2010 till totalt 97 miljarder SEK (9,1 miljoner SEK per apotek)³⁶. Av detta belopp bestod 19 procent av ersättning för tjänster och 81 procent av ersättning för inköp av läkemedel. Resultatet av detta är en minsta ersättning till apotek (handelsmarginal) på 28 procent eller 28 miljarder SEK (2,6 miljoner SEK per apotek) [50, 61, 62]. Engelsmännen betalar därmed nära 553 SEK per person och år till apoteksmarknaden, vilket är högre än motsvarande ersättning i Sverige.

³⁵ Exkl. advanced- och enhanced Services samt stöd till glesbygd: data saknas för beräkning av marginal på dessa tjänster och motsvarande tjänster finns ej i Sverige. Redovisat belopp kan utifrån uppskattad modellering således vara något underskattat

³⁶ 4% på detta belopp (3,9 miljarder SEK) utgjordes av kundbetalningar som gick direkt tillbaka till den statliga finansieringen av apotekersättningen

Bilaga 2. Förteckning över genomförda intervjuer

Förteckning över apoteksföretag som har intervjuats i detta projekt, i bokstavsordning.

- Apoteket AB
- Apotek Hjärtat
- Apoteksgruppen
- Boots
- Cura apoteket
- DocMorris
- FoxFarmaci
- Kronans Droghandel
- Medstop
- Vårdapoteket