National Library
of Sweden

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

SOU
1959:5 A

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1959:5

KUNGL. BIBL.
1959
STOCKHOLM

Inrikesdepartementet

LÄKEMEDELS-FÖRSÖRJNINGENS ORGANISATION

BETÄNKANDE AVGIVET AV

1953 ÅRS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ

Stockholm 1959

Statens offentliga utredningar 1959

Kronologisk förteckning

---

1. **Statligt stöd till jordbrukets inre rationalisering**
   Idun. 164 s. **Jo.**
2. **Filmstöd och biografnöjesskatt.** Idun. 153 s. **Fi.**
3. **Preliminär nationalbudget för år 1959.** Marcus.
   V + 131 s. **Fi.**
4. **Kompetensfördelningen av administrativa besvärsmål mellan Kungl. Maj:t i statsrådet och regeringsrätten.**
   Idun. 485 s. **Ju.**
5. **Läkemedelsförsörjningens organisation.** Idun. 304 s. **I.**

Anm. Om särskild tryckort ej angives, är tryckorten Stockholm. Bokstäverna med fetstil utgöra begynnelsebokstäverna till det departement, under vilket utredningen avgivits. t. ex. **E.** = ecklesiastikdepartementet, **Jo.** = jordbruksdepartementet.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1959:5

Inrikesdepartementet

LÄKEMEDELS-FÖRSÖRJNINGENS ORGANISATION

BETÄNKANDE AVGIVET AV

1953 ÅRS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ

IDUNS TRYCKERIAKTIEBOLAG ESSELTE AB

STOCKHOLM 1959

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet

Med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande den 20 mars 1953 tillkallade dåvarande Statsrådet Hedlund den 5 juni samma år undertecknade, professorn R. Woxén och f. d. överdirektören H. V. B. Älmeby, att såsom utredningsmän inom inrikesdepartementet biträda med översyn av förslag rörande läkemedelsförsörjningen, avgivna dels av 1946 års läkemedelsutredning, dels av vissa remissinstanser, och därjämte företaga utredning av hithörande frågor.

Såsom sakkunniga att på kallelse av utredningsmännen deltaga i överläggningar med dessa förordnades den 30 juni 1953 dåvarande ordföranden i Sveriges farmacevtförbund, legitimerade apotekaren S. F. B. Arvidsson, verkställande direktören i Apotekarnes Droghandel AB (ADA) C. R. Blomstedt, styrelseledamoten i Läkemedelsindustriföreningen, exportchefen hos AB Ferrosan, medicine licentiaten B. G. Ehrenberg, förste provinsialläkaren E. E. Folkeson, dåvarande ordföranden i Apotekarsocietetens direktion apoteksinnehavaren N. I. Gabrielsson, riksdagsmannen N. A. Larsson, Östersund, riksdagsmannen N. H. Th. Larsson, Högsby och f. d. sjukhusdirektören K. G. K. M. Tham samt den 9 oktober 1953 dåvarande ordföranden i Apotekstekniker förbundet, numera ombudsmannen i samma förbund fröken Mimmi Åkerlund. Sedan Larsson i Östersund avlidit den 29 december 1953 och Tham den 2 april 1954, förordnades den 11 maj 1954 i deras ställe riksdagsmannen, numera drätseldirektören G. L. Andersson och apotekaren vid Göteborgs sjukhusdirektion C. G. Sjöblom att vara sakkunniga. Sedan Gabrielsson på grund av sjukdom avsagt sig sakkunnigeuppdraget förordnades i hans ställe den 7 februari 1955 dåvarande vice ordföranden i Apotekarsocietetens direktion, apoteksinnehavaren G. O. Sjöberg som sakkunnig. Sedan även Sjöberg på grund av sjukdom begärt entledigande från uppdraget, erhöll ledamoten av Apotekarsocietetens direktion, apoteksinnehavaren S. F. Erixon den 11 mars 1957 förordnande som sakkunnig. Efter det att Arvidsson erhållit apoteksprivilegium och av denna anledning begärt befrielse från uppdraget i kommittén, förordnades såsom sakkunnig i hans ställe den 26 september 1957 ombudsmannen i Sveriges farmacevtförbund, legitimerade apotekaren S. V. Wester.

Den 4 juli 1953 förordnades dåvarande kanslisekreteraren i handelsdepartementet B. S. Eketorp att vara sekreterare åt utredningen. Att i Eketorps ställe tjänstgöra som sekreterare förordnades den 31 maj 1954 då-

varande förste byråsekreteraren i kontrollstyrelsen numera direktören K. A. O. Lundberg. Såsom biträdande sekreterare åt utredningen förordnades den 11 december 1953 civilekonomen A. G. Mattson.

Utredningen har antagit benämningen 1953 års läkemedelskommitté.

För utförande av specialutredning angående läkemedelsgrosshandeln har kommittén efter erhållet bemyndigande anlitat professorn i distributionsekonomi och administration vid handelshögskolan i Göteborg, Ulf af Trolle. För det tekniska arbetet i samband med en enkät till landets provinsialläkare har kommittén efter vederbörligt bemyndigande anlitat marknadsundersökningsföretaget Lindberg & Neuman. För övriga utredningar har Apotekarsocieteten i stor utsträckning lämnat sakuppgifter samt även bistått med sammanställning och viss bearbetning härav. Såväl droghandelsföretagen som läkemedelsindustrierna har likaså beredvilligt lämnat erforderliga sakuppgifter.

I anledning av remisser har kommittén avgivit yttranden till Kungl. Maj:t

dels den 1 februari 1954 över ett av generaldirektören Åke Natt och Dag som särskild utredningsman avgivet förslag till utformning av den s. k. läkemedelsreformen,

dels den 15 juli 1954 över ett av medicinalstyrelsen avgivet förslag till kungörelse angående antagning och praktisk utbildning av farmacie studerande,

dels den 27 maj 1955 över en av styrelsen för Apotekarkårens kreditkassa gjord framställning om utlåning till kassan av vissa medel ur fonden för apoteksinnehavares pensionering,

dels den 14 maj 1956 över ett av 1946 års läkemedelsutredning i dess andra betänkande (SOU 1955: 44) avgivet förslag till läkemedelsförordning,

dels den 16 februari 1957 över en framställning från Apotekarsocieteten och Sveriges Farmacevtförbund om ändrade bestämmelser angående pensionering av apoteksinnehavare m. fl.,

dels ock den 1 maj 1957 över en framställning från Apotekarsocietetens direktion angående tillämpningen under år 1957 av apotekens avgiftssystem.

Kommittén har dessutom den 10 juni 1954 till medicinalstyrelsen avgivit yttrande över förslag till grunder för läkemedlens prissättning, framlagt av en av styrelsen tillsatt kommitté, den s. k. medicinaltaxekommittén.

Efter fullgjort uppdrag får kommittén härmed vördsamt överlämna sitt betänkande Läkemedelsförsörjningens organisation.

Av de sakkunniga har herrar Blomstedt, Ehrenberg, Erixon, Folkeson och Wester samt fröken Åkerlund var för sig eller gemensamt avgivit vissa särskilda yttranden, vilka fogats till betänkandet.

Stockholm den 6 maj 1959.

R. Woxén *H. Älmeby*

/ K. A. Lundberg

/ G. Mattson

Innehåll

Skrivelse till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet.

Kap. I. Utredningsuppdraget 9

Kap. II. Läkemedelsförsörjningens nuvarande organisation i huvuddrag . . 12

A. Inledning 12
B. Tillverkning 13
1. Apoteken 13
2. Distriktslaboratorierna 13
3. Läkemedelsindustrien 14
C. Distribution 14
1. Läkemedelsindustrien 14
2. Läkemedelsgrosshandeln 15
3. Distriktslaboratorierna 15
4. Apoteken 15
D Företagsstruktur 17
1. Apoteken 17
2. Läkemedelsgrosshandeln 18
3. Läkemedelsindustrien 19

Kap. III. Apoteksväsendets organisation 20

A. Nuvarande organisation 20
1. Statliga myndigheter 20
2. Apotekarsocietetens organisation 21
B. Tidigare avgivna förslag angående organisationen 26
1. 1946 års läkemedelsutrednings förslag 26
2. Medicinalstyrelsens förslag 27
3. Apotekarkårens förslag 29
4. Granskning av de tidigare avgivna förslagen 30
C. Kommitténs överväganden och förslag 31
1. Allmänt 31
2. Apoteksnämnden 32

Kap. IV. Apoteksväsendets distributionsverksamhet 36

A. Omsättningsutvecklingen 36
B. Försäljningens fördelning på olika typer av distributionsenheter m. m. . . 38
C. Försäljningens struktur 39
D. Läkemedelsdistributionens historiska utveckling 43

E. Nuvarande utformning av läkemedelsdistributionen 44
1. Självständiga apotek 45
2. Filialapotek 46
3. Filialapotek av förenklad typ 48
4. Läkemedelsförråd, medicinlådor och kommissionärer 49
F. Apotekens öppethållande, nattjänst m. m. 53
G. Förbättring av läkemedelsförsörjningen på vissa orter. 56
H. Kommitténs undersökning angående landsbygdens läkemedelsförsörjning. . 57
I. Tidigare överväganden beträffande apoteksväsendets distributionsverksamhet. 62
J. Kommitténs överväganden och förslag. 64
1. Allmänna synpunkter 64
2. Förslag 65

Kap. V. Apotekens avgiftssystem 71

A. Det nuvarande avgiftssystemet 71
1. Konstruktion 71
2. Underlag för avgiftsberäkningen 72
B. Kommitténs undersökningar beträffande det nuvarande avgiftssystemets ekonomiska konsekvenser. 76
1. Analys av driftsresultaten under år 1956 för samtliga apotek. . . . 76
2. Resultatutvecklingen vid vissa apotek åren 1952—1956 83
3. Analys av vissa kostnader under år 1956 för samtliga apotek . . . 91
4. Den resultatmässiga betydelsen av vissa strukturolikheter mellan apoteken 95
5. Sammanfattning av utredningsresultaten 102
C. Tidigare förslag till reformering av avgiftssystemet. 104
D. Kommitténs överväganden och förslag. 111
1. Principiella överväganden 111
2. Underlag för avgiftsberäkningen 113
3. Avgiftssystemets konstruktion 119
4. Praktisk tillämpning 126
5. Ekonomiska verkningar för apoteksinnehavarna av kommitténs förslag . 131
6. Övergångsbestämmelser 134

Kap. VI. Sjukhusens läkemedelsförsörjning 140

A. Bakgrunden till nuvarande förhållanden. 140
B. Organisationen för sjukhusens läkemedelsförsörjning. 140
1. Grundläggande bestämmelser. 140
2. Sjukhusapotek 140
3. Centralförråd. 141
4. Avdelnings- respektive sjukhusförråd 142
C. Sjukhusleveransernas omfattning 142
D. Prissättningen vid sjukhusleveranser. 143
E. Fördelning av sjukhusleveranserna mellan olika apotek 145
F. Sjukhusleveransernas betydelse för apotekens ekonomi 145
G. Sjukhusapotekens ställning 147

H. Kommitténs överväganden och förslag 151
1. Frågans tidigare behandling 151
2. Olika synpunkter på sjukhusens läkemedelsförsörjning 152
3. Förslag 153
4. Övergångsbestämmelser vid ändrat huvudmannaskap för sjukhusapotek 155
5. Inom kollektivet kvarstående sjukhusapotek 156

Kap. VII. Industriell läkemedelstillverkning 157

A. Den enskilda läkemedelsindustrien 157
1. Uppkomst och utveckling 157
2. Vissa bestämmelser om fabriksmässig tillverkning av läkemedel . . . 158
3. Nuvarande struktur 158
4. Vissa av läkemedelsindustriens kostnader 161
5. Läkemedelsprisnivån 163
6. Tidigare förslag 167
7. Kommitténs överväganden och förslag 167
B. ACO-verksamheten 169
1. Bakgrunden till ACO-verksamhetens uppkomst 169
2. Verksamhetens omfattning 170
3. Administration m. m. 174
4. Kalkylering och prissättning 174
5. Verksamhetens förutsättningar 176
6. Tidigare avgivna förslag beträffande organisationen 176
7. ACO-preparatens ställning i kontrollhänseende 177
8. Kommitténs överväganden och förslag 182

Kap. VIII. Läkemedelsgrosshandeln 191

A. Inledning 191
B. Översikt beträffande nuvarande förhållanden 192
1. Vissa bestämmelser 192
2. Varusortimentet 192
3. De nuvarande droghandelsföretagen 193
4. Omsättning och personal 194
5. Kostnader för försäljningen till apotek 195
6. Droghandelns konkurrensförhållanden 196
C. Tidigare förslag beträffande droghandeln 197
1. 1912 års apotekskommitté 197
2. Statsrevisorerna år 1930 198
3. Apotekssakkunniga av år 1931 198
4. 1946 års läkemedelsutredning 198
5. Remissyttranden över 1946 års läkemedelsutrednings förslag beträffande droghandeln 199
D. Förhållandena i Norge 200
E. Kommitténs undersökningar beträffande droghandeln 206
1. Inledning 206
2. Kommitténs undersökning beträffande droghandelns orderstruktur . . 206
3. Särskild undersökning beträffande droghandeln 210
4. Professor Ulf af Trolles sammanfattning av sin utredning angående de ekonomiska konsekvenserna av en centralisering av droghandeln 212

F. Kommitténs överväganden och förslag 221
1. Allmänna överväganden 221
2. Möjligheter att åstadkomma samhällsekonomiskt bättre förhållanden inom droghandeln 224
3. Kommitténs förslag 230

Kap. IX. Övriga frågor 234

A. Apoteksväsendets pensionsfonder och pensioneringsbestämmelser 234
1. Pensionsfonderna 234
2. Pensioneringsbestämmelserna 235
3. Kommitténs överväganden och förslag 237
B. Tillverkning av officinella läkemedel 238
1. Begreppet officinella läkemedel 238
2. Tillverkningens omfattning och struktur 239
3. Kommitténs överväganden och förslag 241
C. Kommunala bidrag till apotekslokaler 244
D. Finansieringsfrågan vid övertagande av apotek 247
1. Nuvarande förhållanden 247
2. Kommitténs överväganden och förslag 248

Kap. X. Sammanfattning 250

Särskilda uttalanden

Herr Blomstedt 262

Herr Ehrenberg 263

Herrar Erixon, Folkeson och Wester samt fröken Åkerlund 264

Herrar Erixon och Wester samt fröken Åkerlund 266

Herr Sjöblom 270

Bilagor

Förslag till instruktion för apoteksnämnden 272

Förslag till avtal mellan staten och apotekarsocieteten angående ianspråktagande av vissa fondmedel för igångsättande och drivande av särskilt tillverkningsföretag för läkemedel inom apoteksväsendet 274

Förslag till bolagsordning för Aktiebolaget ACO 276

Förslag till avtal mellan staten och apotekarsocieteten angående ianspråktagande av vissa fondmedel för igångsättande och drivande av särskilt företag för partihandel med läkemedel m. m. inom apoteksväsendet . . 278

Sammanställning av 1956 års resultat för samtliga apotek (utom apotek med distriktslaboratorium) med kommitténs förslag till nytt avgiftssystem tillämpat på dessa resultat 279

KAPITEL I

Utredningsuppdraget

Den 20 mars 1953 hemställde dåvarande chefen för inrikesdepartementet, statsrådet Hedlund, om Kungl. Maj:ts bemyndigande att tillkalla två utredningsmän för att inom inrikesdepartementet biträda med dels översyn av de förslag rörande läkemedelsförsörjningen som avgivits av 1946 års läkemedelsutredning i dess första betänkande (SOU 1951: 34) och av apotekarorganisationerna, dels utredning av härmed sammanhängande frågor, och anmälde samtidigt till statsrådsprotokollet direktiv för utredningsuppdraget.

1946 års läkemedelsutredning hade till huvuduppgift att företaga en allmän översyn av läkemedelsförsörjningen och framlägga förslag till åtgärder som kunde leda till billigare läkemedel utan att man eftersatte säkerhets- och kvalitetssynpunkterna och allmänhetens anspråk på snabb och bekväm tillgång till behövliga läkemedel. Enligt läkemedelsutredningens direktiv omfattade utredningens uppdrag samtliga led i läkemedelsförsörjningen, men det framlagda förslaget avsåg reformer praktiskt taget uteslutande inom apoteksledet. Utredningen föreslog att samtliga apotek skulle sammanföras till ett statligt bolag, och man förutsatte att detta bolag skulle få en så stark ställning inom läkemedelsförsörjningen — bl. a. genom att det allmänna kunde utöva inflytande över prissättningen även inom läkemedelsgrosshandeln och läkemedelsindustrien — att det beträffande dessa led kunde vara tillräckligt med viss statlig inspektion och kontroll. Två ledamöter av utredningen ansåg dock att även droghandeln borde förstatligas.

Det övervägande antalet remissinstanser avstyrkte förstatligande av apoteksväsendet och förordade i stället partiella reformer inom ramen för den befintliga organisationen. Medicinalstyrelsen och apotekarnas organisationer utvecklade i sina yttranden närmare frågan om på vad sätt partiella reformer kunde tänkas ske. Apotekarnas organisationer ingav därjämte den 25 april 1952 ett något mera utförligt förslag till reformer. För egen del anförde departementschefen härom följande:

»Ehuru såsom nyss nämnts en icke oväsentlig rationalisering inom apoteksväsendet ägt rum, särskilt under senare år, synes det obestridligt, att detta alltjämt kännetecknas av åtskilliga brister. För en bedömning av möjligheterna att avhjälpa dessa brister med partiella reformer ger läkemedelsutredningens betänkande icke tillräckligt underlag. Apotekarnas organisationer har — såsom läkemedelsutredningen förutsatte kunde komma att ske — framlagt ett förslag till vissa reformer på läkemedelsförsörjningens område, vilket är avsett att utgöra ett alternativ till den av läkemedelsutredningen förordade omorganisationen av apoteksväsendet. Detta motförslag är emellertid föga detaljerat och kräver därför komplettering i vissa hänseenden.»

I direktiven uttalades vidare att utredningsmännen borde förutsättningslöst pröva och mot varandra väga då redan framlagda och eventuellt seder-

mera under utredningsarbetet framkomna förslag. Som allmän målsättning för utredningen gällde att läkemedelskostnaderna skulle hållas på lägsta möjliga nivå utan eftersättande av säkerhets- och kvalitetssynpunkterna och allmänhetens skäliga anspråk på snabb och bekväm tillgång till behövliga läkemedel.

Vissa i utredningsarbetet centrala problem berördes närmare av departementschefen. Beträffande *apoteksväsendets ledning* anfördes följande:

»Vid sina överväganden av möjligheterna att genom partiella reformer inom nuvarande apotekssystem vinna det med utredningen avsedda syftet bör utredningsmännen särskilt uppmärksamma frågan om att tillskapa ett centralt organ, i vilket det allmänna bör äga ett avgörande inflytande, för handhavande av vissa apotekskollektivets gemensamma angelägenheter. Ett sådant organ kunde tänkas få till uppgift bl. a. att främja rationaliseringsarbetet inom apoteksväsendet, att föreslå lämpliga åtgärder med syfte att minska distributionskostnaderna, att uppmärksamt följa prisutvecklingen på råvaror och läkemedel, såväl på den inhemska marknaden som världsmarknaden, samt att hos Kungl. Maj:t föreslå vidtagandet av erforderliga åtgärder. Det bör prövas, om här antydda förstärkning av apotekskollektivets ledning lämpligen kan åstadkommas genom att det allmänna blir direkt företrätt i apotekarorganisationens centrala organ.»

Frågan huruvida *apotekens avgiftssystem* var lämpligt utformat och i synnerhet om systemets konstruktion kunde motverka apoteksinnehavarnas intresse av rationaliseringsåtgärder borde undersökas.

Beträffande *sjukhusens läkemedelsförsörjning* anfördes i direktiven:

»Frågan om hur sjukhusens läkemedelsförsörjning lämpligast bör ordnas bör studeras av utredningsmännen. I samband härmed bör de undersöka behovet av sjukhusapotek samt pröva om sådana apotek, då sjukhusens huvudmän så önskar, bör inrättas i sjukhusförvaltningarnas regi med möjlighet att kunna inköpa läkemedel ej blott från andra apotek utan även direkt från läkemedelsindustrien och droghandeln. Önskemålet att sjukhusapoteken i den utsträckning som är möjlig och lämplig göres tillgängliga för allmänheten bör beaktas. Det bör i detta sammanhang uppmärksammas, att ett system med sjukhusapotek vid sidan av de till apotekskollektivet knutna apoteken kan komma att erbjuda vissa möjligheter till jämförelser av bl. a. driftsförhållandena.»

Utredningen borde ingående undersöka, om den nuvarande gränsdragningen mellan apoteksväsendet och läkemedelsindustrien i fråga om *läkemedelstillverkningen* vore ändamålsenlig.

I fråga om systemet med *kommunala subventioner* vid nyetablering av apotek på mindre orter borde övervägas, huruvida subventionerna ifråga skulle kunna slopas utan försämring av landsbygdens läkemedelsservice.

På ett tidigt stadium av utredningsarbetet konstaterade kommittén nödvändigheten av en närmare utredning om landsbygdens läkemedelsförsörjning.[52] Efter särskilt erhållet bemyndigande företog kommittén därför en enkät i denna fråga till landets samtliga provinsialläkare. Enkäten innehöll dels mera principiella frågor angående läkarnas inställning beträffande vissa problem inom läkemedelsförsörjningen, dels vissa frågor som direkt berörde läkemedelsförsörjningen inom vars och ens distrikt. Huvudfrågan gällde provinsialläkarnas uppfattning om möjligheten att förbättra landsbygdens läkemedelsförsörjning genom att som komplement till redan befintliga apotek och filialapotek skapa enklare former av apoteksinrättningar.

Då en stor del av apotekens driftskostnader med nuvarande ordning betalas centralt av apotekskollektivet, kunde kommittén icke ur den redovisning som hos apotekarsocieteten låg till grund för beräkning av apotekens avgifter utläsa de enskilda apotekens

verkliga resultat. I samarbete med apotekarsocieteten företogs därför en närmare undersökning av de ekonomiska förhållandena på apoteken. Undersökningen, som avsåg år 1952, gav vid handen att anmärkningsvärt stora skillnader i resultat förelåg apoteken emellan, trots till synes likartade betingelser. Då kommittén emellertid inte ansåg sig böra draga generella slutsatser av förhållandena under ett enstaka år, beslöts att en förnyad undersökning skulle företagas för ett senare år. Kommittén gjorde därför en ny undersökning för år 1956. Resultaten av dessa undersökningar har legat till grund för ingående analyser av de ekonomiska förhållanden som har betydelse för apotekens avgiftssystem. I samband härmed har även sjukhusapotekens och de övriga till sjukhus levererande apotekens ekonomiska förhållanden särskilt studerats.

Efter en undersökning angående droghandelns orderstruktur fann kommittén det nödvändigt att närmare utreda de organisatoriska och ekonomiska förhållandena inom droghandeln. För att erhålla material härför uppdrog kommittén efter vederbörligt bemyndigande åt professorn i distributionsekonomi och administration vid handelshögskolan i Göteborg, Ulf af Trolle, att verkställa en undersökning angående kostnadsförhållandena i den nuvarande droghandeln jämförd med ett alternativ där droghandelsdistributionen tänktes koncentrerad till ett enda företag. I samband med kommitténs behandling av nämnda undersökning har vissa uppgifter införskaffats, dels från droghandelsföretagen angående inlösningsvärdena vid ett eventuellt realiserande av den antydda alternativa lösningen av droghandelns organisation, dels från industriföretagen avseende i vad mån deras kostnadsförhållanden m. m. kunde tänkas bli påverkade vid ett genomförande av det tänkta alternativet med en centraliserad droghandel.

Kommittén har företagit ett stort antal studiebesök vid apotek, sjukhusapotek, droghandelsföretag, läkemedelsindustrier samt hos Apotekarsocieteten och dess skilda avdelningar. Överläggningar har hållits med bland annat representanter för Apotekarsocieteten, Föreningen Sveriges droghandlare, Läkemedelsindustriföreningen samt Rufi, Representantföreningen för utländska farmacevtiska industrier. Därjämte har överläggningar skett med representanter för riksnämnden för ekonomisk försvarsberedskap samt med ledningen för ett sjukhus med sjukhusapotek.

Kommittén har slutligen ansett sig böra skaffa sig kännedom om erfarenheterna av det i Norge företagna förstatligandet av droghandeln. I detta syfte har uppgifter om de hithörande norska förhållandena införskaffats, dels genom personliga besök och dels genom skriftliga förfrågningar.

Samtliga sakkunniga har varit kallade till 17 sammanträden. Vid ytterligare 27 sammanträden har en eller flera av dessa närvarit.

KAPITEL II

Läkemedelsförsörjningens nuvarande organisation i huvuddrag

A. Inledning

Ursprungligen ingick beredning av bruksfärdiga läkemedel som ett led i läkekonsten. Efterhand som läkemedlens antal ökade och framställningen blev mera komplicerad, uppstod ett behov av att fördela arbetet mellan läkare och tillredare av läkemedel. Denna senare verksamhet övertogs successivt av självständiga yrkesutövare, nämligen apotekarna. Detta inträffade i vårt land under 1500-talet. Under 1600-talet började ett apoteksväsende i mera verklig mening att uppstå. Den första författningsmässiga regleringen av apotekens verksamhet skedde vid den tiden. Ännu i slutet av 1700-talet utgjordes de viktigaste läkemedlen av växtdroger och enklare beredningar av sådana droger. Framställningen var förbehållen apotekarna, vilka utförde all bearbetning av råvaror och beredning av bruksfärdiga läkemedel.

Omkring år 1800 började man emellertid vinna klarhet om de kemiska egenskaperna hos en del av de såsom läkemedel använda naturprodukterna. Senare kunde man med den moderna kemiens hjälp framställa läkemedelssubstanser, som i vissa fall till och med visade sig överlägsna de av naturen alstrade produkterna. På detta sätt uppstod efter hand förutsättningar för en tillverkning av läkemedel i industriell skala.

Initiativen till läkemedelstillverkning i större skala i Sverige togs av apoteksinnehavare, vilket kan bero på att klara bestämmelser saknades beträffande rätt för andra än apotekare att tillverka läkemedel. De två äldsta ännu existerande läkemedelsföretagen har sålunda sitt ursprung från apotek.

Även handeln med läkemedel var förbehållen apoteken. Detta gällde icke blott detaljhandeln utan även det som närmast kan karakteriseras som grosshandelns varuanskaffnings- och lagerhållningsfunktioner. Från början importerade varje apotek råvaror endast för eget bruk, men så småningom började några större apotek att sälja dylika varor till andra apotek. Dessa större apotek blev härigenom samtidigt grosshandlare. Det finns ännu grosshandelsföretag inom läkemedelsbranschen som på detta sätt uppstått ur apotek.

Genom den år 1913 tillkomna — med vissa mindre förändringar ännu gällande — apoteksvarustadgan reglerades tillverkningen av läkemedel utanför apoteken, varjämte möjlighet öppnades för andra än apotek att idka grosshandel med läkemedel.

Det var främst den kemiska industrien, som utanför apoteken upptog tillverkning av läkemedel. I början gick emellertid utvecklingen ganska sakta, men under de senaste decennierna har den svenska läkemedelsindustrien expanderat kraftigt. Även läkemedelsgrosshandeln har visat en kraftig ökning av omsättningen.

En utförligare historik beträffande ut-

klingen på läkemedelsområdet återfinnes i 1912 års apotekskommittés betänkande, del 1, s. 3—94, samt 1946 års läkemedelsutrednings båda betänkanden (SOU 1951: 34 s. 54 o. ff. jämte SOU 1955: 44 s. 57 o. ff.).

B. Tillverkning

1. Apoteken

Såsom inledningsvis antytts skedde ursprungligen all tillverkning av läkemedel på apoteken i direkt anknytning till läkarnas förskrivning vid aktuella sjukdomsfall. Sådan tillverkning av läkemedel för ett enstaka tillfälle — t. ex. med anledning av en läkares ordination — kallas inom fackkretsar tillverkning *ex tempore* (»för tillfället»). Denna tillverkning har successivt minskat och minskningen har varit särskilt påtaglig under de senaste fem åren.

I den redovisning av apoteksomsättningens struktur som ges i kap. IV kan utläsas, att extemporetillverkningen år 1957 omfattade 14,5 procent av värdet av apotekens försäljning mot recept (år 1952 var motsvarande siffra 24,7 procent) och ungefär 9 procent av apotekens totala försäljning (år 1952 14 procent). Apoteksberedningar som visar tendens att ofta återkomma i läkarnas recept kan av apoteken tillverkas ofta i större satser på en gång för försäljning i småposter. Dylik tillverkning kallas *lagerberedning*. I redovisningen av extemporeberedningar ingår sannolikt även en del av det som här kallas lagerberedning, vars storlek ej kan utläsas ur den löpande statistiken.

Med utgångspunkt från förutsättningarna skiljes i den följande framställningen mellan två typer av tillverkning. Den ena typen är sådan tillverkning som måste ske för tillfället eller i endast små serier där tillverkningssatsen räcker blott för ett fåtal expeditionstillfällen. Dylik tillverkning kallas i fortsättningen *hantverksmässig tillverkning*. Den andra typen är sådan tillverkning som lämpligen sker i större serier, varvid varorna huvudsakligen säljs via återförsäljare. Dylik tillverkning benämnes *industriell tillverkning*. Av lämplighetsskäl räknas den tillverkning som utföres på ett apotek men säljes via filialapotek, läkemedelsförråd etc., hörande under det tillverkande apoteket, till den förra typen, alltså hantverksmässig tillverkning. (Samma förhållande gäller för tillverkning på filialapotek och försäljning via huvudapoteket.) De här givna definitionerna medför, att de varor som tillverkas på apotekens s. k. distriktslaboratorier — vad som avses därmed beskrives i det följande — för försäljning till andra apotek av kommittén räknas som industriellt tillverkade.

2. Distriktslaboratorierna

I avsikt att rationalisera tillverkningen av apoteksberedningar beslöt apotekarsocieteten år 1945 att landets apotek skulle indelas i cirka 25 distrikt. Inom varje distrikt skulle ett större apotek svara för den tillverkning som man på detta sätt avsåg att koncentrera.

Tillverkningen skedde i regel i apotekets vanliga laboratorier, och tillverkningsenheten — som sålunda var en i apoteket ingående del — kallades distriktslaboratorium. Distriktsindelningen gjordes så, att ungefär lika många apotek föll på varje distriktslaboratoriums lott. Detta medförde att Stockholm och Göteborg erhöll mer än ett distriktslaboratorium.

Från början torde en stor del av distriktslaboratoriernas hela sortiment ha tillverkats på nästan alla tillverkningsställen. Efterhand har emellertid en sådan specialisering ägt rum, att ett visst laboratorium koncentrerat sig på

en viss varugrupp eller visst område och andra laboratorier på andra varugrupper.

Apoteken inom ett distrikt tar i princip hela sitt behov av sådana varor som tillverkas på distriktslaboratorierna från ett laboratorium. Detta medför att distriktslaboratorierna tjänstgör både som direktlevererande tillverkare och lagerhållande grossist för övriga laboratoriers tillverkningar.

Distriktslaboratorierna ingår som en del av det apotek som de är knutna till. Vissa planerande och samordnande uppgifter beträffande distriktslaboratorietillverkningen utföres av apotekarsocietetens planeringsavdelning. Tidigare benämndes motsvarande organ ACO-laboratoriet. Större delen av distriktslaboratoriernas varuvolym saluföres med ACO-märket. Detta gäller emellertid i viss utsträckning även andra apoteks tillverkningar.

Distriktslaboratorieverksamheten kom i gång år 1946. Tillverkningen uppgick under det första året till ett värde av 4,5 miljoner kronor uttryckt i apotekens inköpspriser. 1956 års tillverkning hade ett värde av 15 miljoner kronor, likaså uttryckt i apotekens inköpspriser, vilket motsvarade ungefär 8 procent av apotekens inköp. Antalet laboratorier uppgick i början av år 1958 till 19 st., av vilka ett var inriktat på finfördelning av droger och kemikalier.

3. Läkemedelsindustrien

De varor som tillverkas utanför apoteken och som helt eller till övervägande del användes som läkemedel får — med vissa undantag — tillhandahållas endast på apotek och måste därvid i regel vara registrerade hos medicinalstyrelsen. Dylika fabrikstillverkade, för konsumenten bruksfärdiga, läkemedel kallas *farmacevtiska specialiteter.*

Under år 1957 fanns ett 40-tal svenska tillverkare av farmacevtiska specialiteter. Ett fåtal av dessa fabriker stod dock för den helt dominerande delen av tillverkningen. I regel är läkemedelstillverkningen det huvudsakliga för företagen ifråga, men det finns företag där läkemedelsdelen är blott en mindre del.

Att göra en skarp avgränsning av begreppet läkemedelsfabrik är ej lämpligt. Flera av fabrikerna tillverkar nämligen artiklar som ligger utanför läkemedelsområdet, exempelvis sjukvårdsartiklar, näringspreparat, kemiska preparat, kemisk-tekniska artiklar etc.

Den svenska läkemedelsindustrien svarar för uppskattningsvis $^3/_4$ av värdet på de specialiteter som säljes via apoteken. Den återstående delen av specialiteterna på den svenska marknaden tillverkas av utländska fabrikanter, vilka i Sverige företrädes av ombud.

C. Distribution

1. Läkemedelsindustrien

Den svenska industrien säljer i regel sina produkter till grosshandelsföretag inom läkemedelsbranschen för vidare försäljning till apotek, men några fabriker, av vilka den största är Leo, säljer produkterna direkt till apotek. Det största industriföretaget, Astra, har egen grosshandel, Distra, som i stort sett levererar endast Astras och dess dotterbolags varor. Astrakoncernens produkter säljes ej genom de övriga grosshandelsföretagen inom branschen. I några få fall distribueras varor direkt till sjukhus från tillverkare.

I de fall industrierna tillverkar varor som gränsar till läkemedlen, sker distributionen till stor del via läkemedelsgrosshandeln. Dock förekommer även distribution till annan grosshandel och annan detaljhandel.

Den utländska industrien företrädes

av ombud, som sinsemellan kan ha ganska olikartad funktion. Vissa är handelsagenter som endast tar upp order för huvudmannens räkning, medan andra importerar varorna i fast räkning och säljer dem vidare i eget namn. Totalt finns för närvarande drygt ett 50-tal ombud för utländska tillverkare av specialiteter. Dessa representerar cirka 130 fabrikanter, varför ombuden i medeltal företräder 2,5 fabrikanter. Det vanligaste är att ombuden företräder endast en fabrikant, men det finns ett ombud som representerar 13 fabrikanter. Sex fabrikanter är företrädda av särskilda dotterföretag i Sverige. Bland ombuden förekommer nio svenska tillverkare av farmacevtiska specialiteter, samtliga fyra läkemedelsgrossister samt tre dotterföretag till läkemedelsgrossister.

2. Läkemedelsgrosshandeln

Läkemedelsgrosshandeln eller — som den vanligen kallas — droghandeln består av två typer av företag. Den ena typen är *sortimentsdroghandeln*, vilken i princip är inriktad på apotekens hela sortiment. Dit hör Apotekarnes Droghandel (Ada), Vitrum och Kronans Droghandel. Dessa företags möjlighet att tillhandahålla en så stor del av apotekens sortiment som möjligt begränsas dock främst av att Leo har egen organisation för distribution direkt till apoteken och att Astras dotterföretag Distra ensamt levererar Astras varor samt att distriktslaboratorierna själva distribuerar sina produkter. Eftersom Distras sortiment huvudsakligen är inriktat på moderföretaget som producent, skulle företaget kunna kallas *producentdroghandel.*

Vitrum och Kronans Droghandel har försäljningen begränsad till apotek medan Ada och Distra — Ada dock numera via dotterföretag — även säljer till färghandeln. Sådana varor, för vars detaljförsäljning apoteken har ensamrätt — apoteksvaror och första klassens gifter — distribueras därvid helt naturligt enbart till apotek.

Marginalen inom läkemedelsgrosshandeln är ungefär 15 procent på försäljningsvärdet.

3. Distriktslaboratorierna

Distriktslaboratorierna distribuerar själva sina varor till apoteken. Detta gäller i första hand de egna produkterna men dessutom andra laboratoriers varor. Eftersom distriktslaboratorierna delvis är specialiserade beträffande tillverkningen, levereras en del av produktionen till andra laboratorier för att från dessa levereras till apoteken inom respektive distrikt. Genom produktionsfördelningen blir det två distributionsled. De på detta sätt uppkomna leveranserna mellan distriktslaboratorierna uppgick år 1956 till omkring 6 miljoner kronor, d. v. s. ungefär en tredjedel av den sammanlagda försäljningens värde uttryckt i apotekens inköpspriser.

4. Apoteken

Försäljningsställen

Antalet apotek har under de senare åren hållit sig omkring 415. I de större städerna har något eller några apotek tillkommit varje år, men samtidigt har mindre apotek på landsbygden i viss omfattning förändrats till den enklare formen, filialapotek. Antalet öppnade filialapotek är cirka 100. Dessa har en föreståndare med farmacevtisk utbildning. Från konsumentens synpunkt är skillnaden mellan de olika formerna mycket liten. Man kan därför räkna apoteken och filialapoteken i en enda grupp och benämna denna apoteksinrättningar. På så sätt blir antalet cirka 515, d. v. s. en apoteksinrättning på — i genomsnitt för hela landet — 14 tusen innevånare.

Som komplettering till apoteken och filialapoteken finns speciellt för landsbygdens del ytterligare några distributionsformer, nämligen läkemedelsförråd, medicinlådor och kommissionärer.

Av läkemedelsförråden finns tre olika typer. Läkemedelsförråd av typ A, som även kallas apoteksförråd, är filial till ett apotek. Filialen förestås av ett tekniskt biträde. I huvudsak säljes sådana varor som får köpas utan recept, men ett 100-tal receptbelagda varor kan ingå i sortimentet. I övrigt sändes de till förrådet inlämnade recepten till huvudapoteket, varifrån varorna levereras till apoteksförrådet och där hämtas av kunden. Av denna typ finns ett 30-tal.

Läkemedelsförråd av typ B skötes vid sidan av annan verksamhet. Som föreståndare fungerar sålunda i regel affärsidkare, distriktssköterska eller barnmorska. I förråden ingår vanligen ett fåtal ofta förekommande preparat, varvid även högst 50 receptbelagda läkemedel kan förekomma. Drygt 500 förråd av denna typ finns.

Läkemedelsförråd av typ C omfattar endast mindre kvantiteter av de allra vanligaste receptfria läkemedlen. Förrådet består av två uppsättningar läkemedel. Medan försäljning pågår från den ena uppsättningen, är den andra hos apoteket för påfyllning och översyn. På detta sätt kan försäljningen ske kontinuerligt, varjämte konsumenten inte behöver riskera att få läkemedel som är lagerskadade. Förråden är oftast förlagda till någon specialaffär eller lanthandel. Denna typ av förråd har funnits blott ett par år, men ett 100-tal sådana förråd har redan inrättats.

Vid försäljning via medicinlådor (cirka 1 400) och kommissionärer (cirka 150) emballeras varorna på apoteket och förses med kundens namn, varefter de sändes till den som har hand om lådan respektive är kommissionär för utlämning till kunden.

Försäljningens omfattning och struktur

Apotekens försäljning uppgick år 1957 — sedan internleveranser borträknats — till ett värde av ungefär 320 miljoner kronor. Detta innebär ett genomsnitt för hela riket av 44 kronor per invånare och år. År 1941 uppgick försäljningen till ungefär 63 miljoner kronor eller ungefär 9 kronor per invånare. Denna femdubbling av omsättningen motsvarar en genomsnittlig årlig ökning av 10 procent på det föregående årets värdemässiga försäljning.

Hur mycket av den angivna ökningen som kan anses vara kvantitets- respektive prisökning går ej att säga. Det kommer kontinuerligt ut nya läkemedel; den genomsnittliga livslängden för läkemedlen rör sig om endast några få år. De nya läkemedlen ersätter till stor del äldre och befinner sig i allmänhet i en högre prisklass. Eftersom läkemedlens verkningar samtidigt ändras, kan prisskillnaden emellertid ej betraktas som enbart en prisökning. Ett mått på den kvantitativa utvecklingen skulle möjligen vara antalet expeditioner. Totala antalet recipe — enskilda poster på recept — har under åren 1949—57 stigit med 33 procent, medan värdet stigit med 157 procent. Man vet ganska litet, huruvida detta senare beror på övergång till dyrare läkemedel eller övergång till större förpackningar. Att de senaste årens ökning till väsentlig del berott på övergång till större förpackningar, har emellertid konstaterats.

Ofta anföres att det förekommer kontinuerliga prissänkningar beträffande de farmacevtiska specialiteterna. Detta är en företeelse som är ganska självklar mot bakgrund av den tidigare påpekade korta genomsnittliga livslängden hos

läkemedlen. När en producent för ut en ny vara i marknaden, har han i regel behov av att sätta priset så pass högt, att han snabbt skall hinna få igen de kostnader som nedlagts för forskning, introduktion och marknadsföring av preparatet innan konkurrenterna kommer med liknande preparat. Eftersom det i regel inte är någon större svårighet för konkurrenterna att tillverka liknande preparat och de inte har några forskningskostnader härför, anser de sig kunna sälja varan till ett lägre pris än den ursprunglige fabrikanten. Därför inledes i regel samtidigt med att synonymer kommer ut på marknaden en prissänkningsprocess, som kan förstärkas genom ökad försäljning, vilket möjliggör tillverkning i längre serier till lägre kostnader. Så småningom brukar priset stabiliseras på en lägre nivå. Med den allmänna struktur som branschen har är det naturligt, att en dylik prisanpassning ständigt är igång, utan att behöva ha anknytning till en pågående kostnadssänknings- eller rationaliseringsprocess.

År 1957 utgjordes 64,5 procent av apotekens försäljningsvärde av försäljning mot recept. Andelen ökade med sju procentenheter från år 1954, uppenbarligen till stor del beroende på den s. k. läkemedelsreformen, vilken innebär att läkemedel, som säljes mot recept, under vissa förutsättningar rabatteras av staten med belopp som genom riksförsäkringsanstalten betalas till vederbörande apotek.

Över 80 procent av värdet och nära 80 procent av antalet expeditioner bestod år 1956 av färdigförpackningar i en eller annan form: specialiteter, ACO-förpackningar m. m. samt konsumentförpackningar av fria handelsvaror, t. ex. sjukvårdsartiklar. Andelen färdigförpackningar av försäljningens värde har successivt ökat och under åren 1952—1956 stigit från knappt 70 till drygt 80 procent.

Den största delen av försäljningen går till allmänheten. Till sjukhus gick år 1956 ungefär 13 procent av omsättningen, medan praktiskt taget allt övrigt såldes direkt till allmänheten. Hos 14 större sjukhus finns inrättade sjukhusapotek, som är filialer till apotek inom kollektivet. Dessutom finns vid Karolinska sjukhuset ett sjukhusapotek som är knutet till det statliga militärapoteket. Försäljningen via de sjukhusapotek som är filialer till enskilda apotek uppgick år 1956 till ungefär 10 miljoner kronor.

Apotekens marginal, vari även i viss utsträckning ingår kostnaden för tillverkning av läkemedel, utgjorde år 1956 35 procent av försäljningsvärdet.

D. Företagsstruktur

1. Apoteken

Apoteken är formellt fria företag, men de är ekonomiskt sammanslutna i ett kollektiv inom vilket en kostnadsutjämning sker. Organisationen påminner om ett mångfilialföretags.

Apoteksväsendet är ett av samhället sanktionerat monopol, där Kungl. Maj:t avgör om ett apotek skall öppnas respektive upphöra, utfärdar bestämmelser angående prissättningen samt tillsätter innehavare genom att tilldela en legitimerad apotekare eller tidigare apoteksinnehavare privilegium på apoteket. Vanligtvis innehar en apotekare ett apotek under 7 à 8 år, varefter han efter vederbörlig ansökan i regel erhåller transport till ett större apotek. Det första apoteket erhålles sällan före 45 års ålder. Enligt gällande praxis tilldelas ej den som uppnått 57 års ålder nytt privilegium.

Apotekens sammanslutning i kollektivet karakteriseras främst av att apoteken betalar avgifter i förhållande till ett fiktivt överskott, som kallas rörelsevinst. Denna framkommer utan att apotekets samtliga kostnader belastats apoteket. Detta beror på att kollektivet ur de inflytande avgifterna betalar en stor del av apotekens löner (för farmaceutisk personal drygt $^2/_3$ och för teknisk personal ungefär hälften). Vid mitten av 1920-talet fastställdes nya läkemedelspriser och dessa sattes med avsikt så, att även de minsta apoteken skulle bära sig. Resultatet blev att inkomsterna på de största apoteken blev mycket höga. Avgiftssystemet tillkom vid mitten av 1930-talet för att begränsa och utjämna inkomsterna. Utvecklingen har sedan gått därhän, att praktiskt taget samtliga apotek betalar minst 90 procent av den marginella fiktiva rörelsevinsten i form av avgift.

Avgifterna fastställes av apotekens avgiftsberedning — kårens organ — under överinseende av apotekens avgiftsnämnd som är samhällets organ. Detta sker med utgångspunkt från årliga deklarationer från apoteken. I förekommande fall sammanföres filialapotek och övriga distributionsformer samt distriktslaboratorium med moderapoteket till en enda enhet. Även för tillverkningen på distriktslaboratorierna gäller, att en del av lönerna betalas centralt av kollektivet, medan den del av den fiktiva rörelsevinsten som beror på tillverkningen, avgiftsbelägges på samma sätt som den del som hänför sig till den övriga försäljningen.

Apoteken är mycket olika i storlek. På de minsta 30 à 40 apoteken var år 1956 apoteksinnehavaren ensam farmaceutiskt utbildad. I sin tjänst hade han i regel två till fem tekniska biträden. De största apoteken har mer än 50 anställda, varav två à tre legitimerade apotekare och dessutom ett flertal farmacie kandidater eller receptarier, vilka har en kortare farmaceutisk utbildning än apotekarna. Omsättningen på det största apoteket är nästan 40 gånger så stor som på det minsta.

2. Läkemedelsgrosshandeln

Läkemedelsgrosshandel drives för närvarande av fyra företag, vilka samtliga är aktiebolag.

Det enda företaget med renodlad läkemedelsgrosshandel är Kronans Droghandel, Göteborg, vars försäljning uteslutande går till apotek. Även Apoteksvarucentralen Vitrum, Stockholm, har hela sin försäljning till apotek men är samtidigt ett av de större läkemedelsindustriföretagen. Apotekarnes Droghandel, Göteborg, (Ada) säljer också uteslutande till apotek men har samtidigt dotterföretag — vars distributionsorganisation delvis sammanfaller med moderföretagets — för försäljning till färghandeln m. fl. Det fjärde företaget, Distra, Södertälje, är dotterföretag till läkemedelsfabriken Astra och distribuerar huvudsakligen dennas produkter till apotek och färghandel. Här kan även nämnas Leo, Hälsingborg, som distribuerar sina produkter direkt till apotek genom en egen försäljningsorganisation.

De fyra nämnda droghandelsföretagen hade år 1954 en sammanlagd omsättning av 139,6 miljoner kronor, varav varor för 106,6 miljoner kronor distribuerades till apoteken. Den sammanlagda personalen uppgick nämnda år till 981 anställda, varav cirka 660 har beräknats syssla med distribution till apotek.

Ada, Distra, Kronan och Leo har nederlag i de tre största städerna, varjämte Distra och Leo dessutom har var sin filial i Norrland. Vitrum har distribution endast från Stockholm.

Av grosshandelsföretagen är Kronan

det enda som icke direkt eller genom koncernförhållande är förbundet med läkemedelsindustri. Såsom tidigare nämnts driver Vitrum både tillverkning och droghandel. Distra är ett helägt dotterföretag till Astra. Även Ada är förbundet med en industri. Läkemedelsfabriken Pharmacia, Uppsala, är nämligen dotterföretag till Ada.

Av droghandelsföretagen har Vitrum och Kronan uppstått ur apotek. Båda började verksamheten före tillkomsten av apoteksvarustadgan år 1913, då grosshandel med läkemedel som tidigare nämnts ännu var förbehållen apoteksinnehavare. Ada började som självständigt företag omkring år 1920, då den kemisk-tekniska avdelningen hos dess moderföretag, grosshandelsfirman Malmsten och Bergvall, bröts ut och ombildades till aktiebolag. Ada har övertagit ett par grosshandelsföretag inom branschen, nämligen i slutet på 1930-talet sortimentsdroghandeln Lejonets droghandel i Malmö och år 1955 Nils Gustafsson AB i Göteborg, vilket var specialiserat på ett fåtal varor. År 1943 bildades Astrakoncernens distributionsföretag Distra.

Av de nuvarande sortimentsdroghandlarna har ingen tillkommit under de senaste 35 åren. I stället har tillverkare eller ombud börjat leverera direkt eller över egna distributionsföretag till apoteken. Utöver Astra har således Leo, Nordisk Farmaci i Göteborg samt ytterligare ett par företag börjat leverera läkemedel direkt till apotek.

3. Läkemedelsindustrien

Läkemedelsfabrikerna har mycket varierande storlek. Det största företaget hade år 1956 cirka 700 anställda, medan de minsta företagen blott hade ett fåtal sysselsatta. De större företagens tillverkning omfattar stora delar av specialitetsområdet, medan vissa av de små tillverkar en enda eller kanske några få specialiteter.

Fem av de största läkemedelsfabrikerna — med den helt övervägande delen av tillverkningen — hade år 1956 en försäljning på den svenska marknaden om 85 miljoner kronor, uttryckt i grosshandelns inköpspris. Antalet anställda i företagen uppgick år 1956 till omkring 1 900.

Av de sex största läkemedelsindustrierna är två — nämligen Astra och Pharmacia — sammankopplade med två av droghandelsföretagen, Distra och Ada, sålunda, att Distra är dotterbolag till Astra och Pharmacia dotterbolag till Ada. Vidare driver Vitrum såväl tillverkning som droghandel, medan Leo har egen distribution av sina produkter. Endast Ferrosan och Kabi är utan integrationsförhållande till droghandel. Då Pharmacia och Vitrum emellertid levererar sina varor även via övriga sortimentsdroghandlare är det sålunda fyra av de sex största läkemedelsfabrikerna, d. v. s. Pharmacia, Vitrum, Ferrosan och Kabi, som distribuerar genom droghandelsföretag, vilka äganderättsmässigt hör samman med konkurrerande läkemedelsindustrier.

KAPITEL III

Apoteksväsendets organisation

A. Nuvarande organisation

1946 års läkemedelsutredning har i sitt första betänkande (SOU 1951: 34, kap. 4, avd. A och B) lämnat en detaljerad redogörelse för apoteksväsendets organisation. Kommittén lämnar därför här endast en översiktlig redogörelse, som dock i fråga om apotekskollektivets administrativa organ göres något mera detaljerad, eftersom dessa undergått ganska omfattande ändringar sedan 1946 års läkemedelsutrednings ovannämnda betänkande publicerades.

1. Statliga myndigheter

Apoteksväsendet är underkastat viss kontroll och tillsyn från statsmakternas sida genom medicinalstyrelsen och den under inrikesdepartementet lydande apotekens avgiftsnämnd.

Inom medicinalstyrelsen finns en särskild apoteksbyrå, och vid statens farmacevtiska laboratorium, vilket sorterar under medicinalstyrelsen, finns två apoteksinspektörer. Vidare har specialitetsnämnden — som hör under medicinalstyrelsen — uppgifter, som rör apoteksväsendet.

I ekonomiskt hänseende har *medicinalstyrelsen* huvudsakligen följande uppgifter beträffande apotekskollektivet:

1. beslut om anläggande av filialapotek, apoteksfilialer och läkemedelsförråd samt avgivande av förslag till Kungl. Maj:t om inrättande och nedläggande av apotek och ändring av apoteks förläggning varvid dock även sociala synpunkter skall beaktas,
2. förvaltande av kollektivets fonder (pensioneringsfonderna och fonden för läkemedlens förbilligande),
3. avgivande av förslag till åtgärder för läkemedlens förbilligande,
4. fastställande av de avgiftsbelopp, som skall tillföras pensionsfonderna respektive erfordras för pensionsförsäkring och understöd av icke farmacevtisk personal,
5. viss kontroll av de enskilda apotekarnas investeringar i fråga om vissa inventarier samt
6. övervakning av medicinaltaxegrundernas tillämpning.

Medicinalstyrelsen skall därjämte med uppmärksamhet följa verkningarna av bestämmelserna angående avgifter från apoteken för vissa gemensamma ändamål m. m. samt, om ändring i bestämmelserna finnes påkallad, till Kungl. Maj:t göra de framställningar, som härav föranledes.

Apotekens avgiftsnämnd leder avgiftsberedningen — som enligt vad som framgår i det följande är apotekarkårens organ — i dess arbete som bl. a. består i att fastställa de avgifter som apoteken skall betala. Avgiftsnämnden har dessutom mera allmänna uppgifter, nämligen att följa den ekonomiska utvecklingen inom apoteksväsendet och göra de framställningar i ämnet som finnes påkallade.

2. Apotekarsocietetens organisation

Apoteksväsendet omfattade den 1 januari 1958 415 självständiga apotek med underlydande filialapotek, sjukhusapotek, distriktslaboratorier, läkemedelsförråd, medicinlådor och kommissionärer. Apoteken är formellt självständiga och från varandra oberoende, enskilda företag, men administrativt och ekonomiskt utgör de en kollektiv enhet. Apoteksinnehavarna är nämligen skyldiga att tillhöra apotekarsocieteten, som genom sina beslutande organ i vissa avseenden fungerar som en företagsledning.

Apotekarsocietetens organisation framgår av schema på sid. 22. Den följande framställningen ansluter sig härtill.

Apotekarsocietetens medlemmar fördelas på 13 kretsar, inom vilka utses en fullmäktigeförsamling, som f. n. har 34 ledamöter och är societetens beslutande organ. Fullmäktige utser direktionen, som är societetens verkställande organ och har 7 ledamöter jämte 2 suppleanter.

Under direktionen sorterar ett kansli, en informationsavdelning, en kameral avdelning, en laboratorieavdelning och en planeringsavdelning. Avdelningarna är i sin tur uppdelade i sektioner. De ledes av nämnder, som utses av direktionen och består av två apoteksinnehavare — varav en är direktionsmedlem — jämte respektive avdelnings chef, som är anställd tjänsteman. Nämnderna har beslutanderätt i de flesta frågor som rör respektive avdelning, men ärenden av principiell natur skall avgöras av direktionen.

De olika avdelningarnas huvudsakliga arbetsuppgifter framgår av det följande.

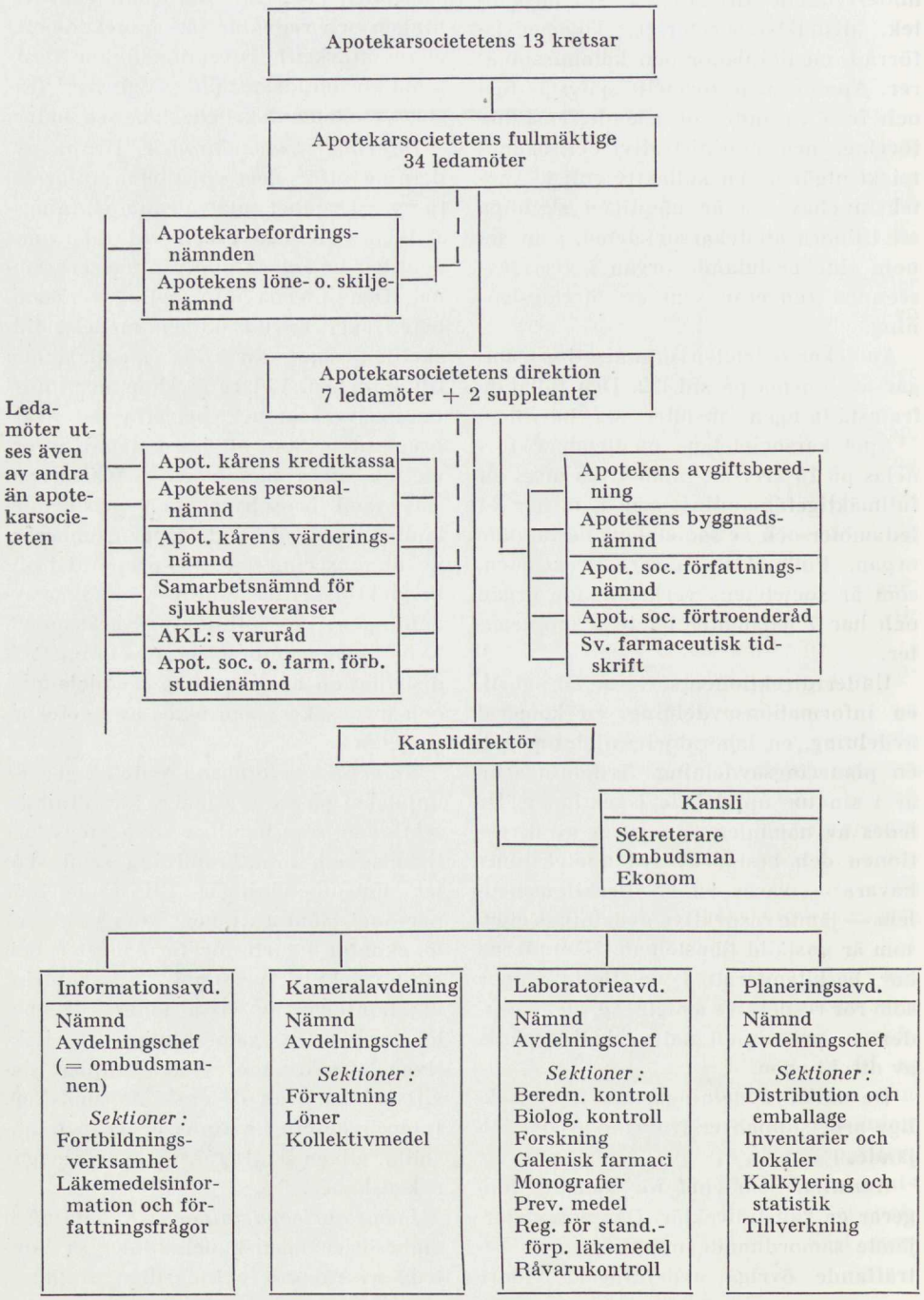
Kansliet. Som chef för kansliet fungerar en kanslidirektör. Denne har därjämte samordnande uppgifter även beträffande övriga avdelningar. Vidare finns en jurist som är sekreterare och tillika är direktionens juridiske rådgivare. Den facklige ombudsmannen är samtidigt chef för informationsavdelningen och redaktör för apotekarsocietetens tidskrift. Direktionen har dessutom en deltidsanställd rådgivare i frågor av ekonomisk och statistisk natur.

Informationsavdelningen. Denna avdelning utför dels en allmän informationsverksamhet utåt genom tidningsartiklar och medverkan vid intervjuer och dels en intern upplysningsverksamhet. Den interna informationsverksamheten sker huvudsakligen medelst tidskriften samt särskilda meddelanden till apoteken. Vidare förekommer informationsverksamhet beträffande ACO-preparaten. Som ett led i denna information utges handboken »ACO-preparat» samt broschyrer och prismeddelanden, varjämte avdelningen ombesörjer annonsering om ACO-preparat i olika facktidskrifter. Slutligen handhar avdelningen viss utbildningsverksamhet. Avdelningen ombesörjer tryckning och distribution av litteratur, meddelanden och trycksaker, som utges av apotekarsocieteten.

Kameralavdelningen. Avdelningen är uppdelad på tre sektioner, förvaltningssektionen, som handhar societetens fastighets- och fondförvaltning samt sköter löneutbetalningar till societetens personal, lönesektionen, som med två lönekontor — ett för farmacevter och ett för teknisk personal — ombesörjer utbetalningar av vissa löner till apotekspersonalen, samt slutligen kollektivmedelssektionen, vilken uppbär avgiftsmedlen från de enskilda apoteken. Inom avdelningen finns en revisor anställd, vilken skall granska avdelningens räkenskaper.

Laboratorieavdelningen. Avdelningen ombesörjer kemisk och biologisk kontroll av råvaror och färdiga preparat,

Schema över apotekarsocietetens organisation



främst distriktslaboratoriernas tillverkningar. Vidare utarbetar avdelningen monografier och utger Apotekens kontrollaboratoriums monografisamling. Den galeniska sektionen inom avdelningen ägnar sig speciellt åt distriktslaboratoriernas tillverkningar och utarbetar nya läkemedelskompositioner, studerar hållbarhetsproblem etc. Inom avdelningen finns vidare en särskild forskningssektion, vilken studerar syntesmetoder i avsikt att få fram nya preparat, som lanseras av apotekarsocieteten under dess varumärke, ACO, och tillverkas vid distriktslaboratorierna. Vidare har en särskild sektion inom avdelningen till uppgift att utge bl. a. »Apotekens register över standardförpackade läkemedel» som innehåller uppgifter om priser och sammansättning beträffande farmacevtiska specialiteter och vissa ACO-preparat. Sektionen lämnar vidare apoteken upplysningar om in- och utländska specialiteter. En särskild avdelning ombesörjer preventivmedelskontroll.

Slutligen lagerhåller och distribuerar laboratorieavdelningen enligt överenskommelse med den under Förenta nationerna lydande Världshälsoorganisationen vissa internationella standardsubstanser.

Planeringsavdelningen. Avdelningen följer apoteksverksamheten genom insamlat statistiskt material och håller sig à jour med tillverkningen på andra områden inom läkemedelshanteringen för att kunna lämna anvisningar och uppslag till apoteken för effektivisering av apoteksarbetet. En särskild distributions- och emballagesektion följer utvecklingen i hithörande frågor. Arbetet syftar till att åstadkomma rationalisering av emballagetyper och kostnadsminskningar i fråga om inköp och lagerhållning. Tillverkningssektionen följer tillverkningen främst på distriktslaboratorierna och utarbetar metoder och kalkyler samt lämnar råd i dylika frågor. En lokal- och inventariesektion bistår apoteken med planering och råd i lokal-, maskin- och utensiliefrågor, samköp av apparatur m. m. och medverkar dessutom vid ny- och ombyggnadsplanering.

Följande tablå visar organisationen och antalet anställda under år 1956.

Apotekarsocietetens avdelningar år 1956

Kansliet

Anställda

1 kanslidirektör
1 sekreterare
1 facklig ombudsman
1 ekonom
4 skrivbiträden

Informationsavdelningen

Anställda

$2^1/_2$ leg. apotekare
1 kanslibiträde
2 skrivbiträden
1 vaktmästare

Kameralavdelningen

Sektioner

Förvaltningssektion
Lönesektion
Kollektivmedelssektion

Anställda

1 leg. apotekare (kamrer)
23 kansli- resp. kontorsbiträden

Laboratorieavdelningen

Sektioner

Biologisk sektion
Sektion för beredningskontroll
Sektion för råvarukontroll
Monografisektion
Galenisk sektion
Forskningssektion
Specialitetsregistersektion
Avdelning för preventivmedelskontroll

Anställda

1 farm. lic.
11 leg. apotekare
1 farm. kand.
12 analysbitr.
4 lab. bitr.
4 skrivbitr.
2 tekn. bitr.
4 diskerskor, städerska
1 djurskötare

Planeringsavdelningen

Sektioner

Statistiksektion
Distributions- och emb. sektion
Tillverkningssektion
Lokal- och inventariesektion

Anställda

5 leg. apotekare
6 farm. kand. (receptarier)
4 kontorsbitr.

Totalt utgöres personalen av 93 heltidsanställda befattningshavare, därav 22 apotekare, 1 jurist och 1 civilekonom.

Inom apotekskollektivets administration finns förutom de nu nämnda avdelningarna ett antal fristående nämnder och andra organ med speciella uppgifter. I vissa fall innehåller dessa organ representanter även för andra organisationer än apotekarsocieteten.

Apotekarbefordringsnämnden består av fem ledamöter, varav en, ordföranden, utses av Kungl. Maj:t, två av apotekarsocietetens fullmäktige och två av farmacevtförbundets fullmäktige. Sedan ett apotek ledigförklarats och ansökningstiden utgått, granskas ansökningshandlingarna av medicinalstyrelsen. De översändes till nämnden, som har att bland de sökande uppsätta tre på förslag i den ordning dessa enligt nämndens mening bör ifrågakomma till erhållande av ifrågavarande apotiksprivilegium. Medicinalstyrelsen översänder därefter handlingarna till Kungl. Maj:t med förord för en av de sökande.

Apotekens löne- och skiljenämnd består av fem personer, varav en, ordföranden, utses av medicinalstyrelsen, två av apotekarsocietetens fullmäktige och två av farmacevtförbundets fullmäktige. Dess primära uppgift är att avgöra meningsskiljaktigheter mellan arbetsgivare och farmacevter i frågor rörande avtalstolkning. Vidare beslutar nämnden i frågor beträffande arvoden för föreståndarskap för apotek och arvoden till apotekens förtroendemän.

Apotekarkårens kreditkassa har till ändamål att meddela lån till innehavare av apotiksprivilegium för att tillgodose deras behov av kredit vid övertagande av apotek och för drivande av apoteksrörelse. Styrelsen består av fem ledamöter, varav en väljes av apotekarsocietetens direktion och en av farmacevtförbundets centralstyrelse. Bland de övriga ledamöterna skall en vara sakkunnig inom bank- eller kreditkasseväsendet.

Apotekens personalnämnd består av fyra ledamöter, två utsedda av apotekarsocietetens direktion och två av farmacevtförbundets centralstyrelse. Omkring vart tredje år fastställer organisationernas fullmäktige efter förslag från nämnden en plan för den farmaceutiska personalens fördelning på landets apotek. Nämnden äger under mellantiden besluta om erforderliga jämkningar i denna fördelning och har därutöver vissa befogenheter, vilka beröres i det följande. Enligt avtal mellan organisationerna äger nyutexaminerad receptarie under första året åtaga sig anställning endast på apotek, till vilket nämnden lämnat hänvisning. För att täcka akuta behov disponerar nämnden över ett antal farmacevter, vilka är anställda hos apotekarsocieteten speciellt för detta ändamål. Nämnden kan dessutom hänvisa farmacevt som är anställd på apotek att under kortare tid

tjänstgöra på annat apotek. *Apotekens personalbyrå* är en för apotekarsocieteten och farmacevtförbundet gemensam platsbyrå som därjämte fungerar som personalnämndens kansli. Den står under ledning av organisationernas ombudsmän.

Apotekarkårens värderingsnämnd består av 15 värderingsmän, varav 10 utses av apotekarsocietetens direktion och fem av farmacevtförbundets centralstyrelse. Om parterna vid överlåtelse av apotek så önskar, värderas inventarier och lager av två — undantagsvis flera — av nämndens ledamöter. Värderingarna utförs därvid ej i nämndens namn utan värderingsmännen står personligen för de gjorda värderingarna. Vid tvist mellan parterna kan ärende angående värdering hänskjutas till skiljenämnd.

Samarbetsnämnden för sjukhusleveranser har sex ledamöter, av vilka tre representerar apotekarsocieteten, en Landstingsförbundet och två stadsförbundet. Inom denna nämnd förhandlar apotekarsocieteten och sjukhusens huvudmän om frågor som sammanhänger med apotekens leveranser till sjukhusen, i första hand varornas prissättning.

Apotekens kontrollaboratoriums (AKL:s) varuråd har tre ledamöter, representerande apotekarsocieteten, droghandeln respektive medicinalstyrelsen. Apotekens laboratorieavdelning, vari apotekens kontrollaboratorium (AKL) numera ingår, utför analyser av råvaror som säljes genom droghandeln. För den händelse oenighet uppstår mellan laboratorieavdelningen och droghandeln rörande viss varas kvalitet, hänskjuts frågan till varurådet för avgörande.

Sådana frågor är emellertid mycket sällsynta i praktiken. Den huvudsakliga arbetsuppgiften är att avgöra frågor, huruvida viss vara kan godtagas för användning på apotek, trots att densamma ej överensstämmer med formellt ställda krav, eller att den i vissa avseenden analyserats på annat än av farmakopén angivet sätt.

Apotekarsocietetens och farmacevtförbundets studienämnd har sju ledamöter, av vilka organisationerna var för sig utser tre, varjämte ordföranden utses gemensamt. Nämnden anordnar fortbildningskurser, öppna för alla med farmacevtisk examen, samt utger facklitteratur.

Apotekens avgiftsberedning har sju ledamöter, utsedda av direktionen. Beredningen har till uppgift att på grundval av apoteksinnehavarnas deklarationer fastställa respektive apoteks allmänna avgift. Beräkningen sker efter de riktlinjer, som uppdragits av apotekens avgiftsnämnd. Provisoriska avgifter under räkenskapsåret fastställes av beredningen. För det tekniska genomförandet av beredningens beslut svarar kamerala avdelningens kollektivmedelssektion.

Apotekens byggnadsnämnd består av sex ledamöter, utsedda av apotekarsocietetens direktion. Nämnden, som samarbetar med en till apotekarsocieteten knuten arkitekt, fungerar som rådgivare i frågor rörande om- och nybyggnad av apoteksinrättningar.

Apotekarsocietetens författningsnämnd består av tre av direktionen utsedda ledamöter och är i första hand till för att uttolka gällande författningsbestämmelser, när tvekan uppstår om den rätta tolkningen.

Apotekarsocietetens förtroenderåd består av åtta apoteksinnehavare bosatta i olika delar av landet. Till dessa kan dödsbon efter avliden apotekare vända sig för råd angående apoteksrörelsens avveckling m. m.

Svensk farmacevtisk tidskrift är apotekarsocietetens tidskrift, där ombudsmannen hos societeten är redaktör.

I de i det föregående behandlade organen, vilka finns medtagna i organisa-

tionsschemat på sid. 22, utser apotekarsocieteten en eller flera ledamöter. Det finns emellertid några organ, i vilka apotekarsocieteten inte direkt utser ledamöter. Av dessa medtages här två.

Apotekarkårens livräntе- och pensionskassa har en styrelse bestående av sju ledamöter, av vilka en förordnas av Kungl. Maj:t och sex utses av kassans fullmäktige. Av de senare skall tre vara apoteksinnehavare och tre farmacevter, som icke har apotek. Enligt § 3 i reglementet är kassans ändamål att utgiva följande försäkringsförmåner, nämligen

1) pensioner till avliden delägares hustru och barn,
2) årliga livräntor till delägare själv, till hans hustru eller till hans barn samt
3) kapitalunderstöd att utgå vid delägares död eller uppnående av viss ålder.

Därjämte kan kassan i vissa fall utbetala tillfälliga understöd med medel ur särskilda fonder.

Distriktslaboratoriernas intresseförening är en ekonomisk förening där innehavarna av apotek med distriktslaboratorium är medlemmar. Föreningen verkställer inköp av råvaror, emballage m. m. för medlemmarnas räkning.

B. Tidigare avgivna förslag angående organisationen

1. 1946 års läkemedelsutrednings förslag

1946 års läkemedelsutredning hävdade i sitt första betänkande (SOU 1951: 34), att apoteksväsendet behövde rationaliseras. Detta sades icke kunna ske utan en central ledning med långt gående bestämmanderätt över hela apoteksrörelsen. Man menade emellertid att en så beskaffad ledning var oförenlig med ett system enligt vilket varje apotek är ett företag för sig med en priviligierad innehavare. Full effekt av en rationalisering av apoteksrörelsen kunde enligt utredningens mening icke nås på annat sätt än genom samordnande av apoteken i ett riksomfattande apoteksföretag. Utredningen hävdade vidare, att apoteksmonopolet borde bedrivas av staten. I konsekvens med det anförda framlade utredningen i kap. 13 en organisationsplan för ett statligt apoteksföretag.

Företaget skulle vara organiserat såsom ett aktiebolag med en styrelse och under denna en direktion som skulle vara det verkställande organet och ha den omedelbara ledningen av bolagets hela verksamhet. Bolaget tänktes ha en huvudcentral i Stockholm, uppdelad på sex avdelningar, samt depåer på tre platser i landet (Göteborg, Malmö och Umeå), anslutna till ett större apotek på varje plats. Ledning och huvudcentral tänktes organiserade på följande sätt (sid. 397 ff.).

»Utredningen räknar med följande organisation av bolagets ledning och huvudcentral. Under styrelsen står en *direktion*, som till sitt förfogande har en *huvudcentral*, fördelad på sex avdelningar här benämnda:

1. Apoteksavdelningen,
2. Personalavdelningen,
3. Varuavdelningen,
4. Tekniska avdelningen,
5. Informationsavdelningen och
6. Kamerala avdelningen.

De praktiska erfarenheterna måste givetvis få bli bestämmande för den slutliga gränsdragningen mellan de olika arbetsområdena ej minst med tanke på handläggningen av frågor, som beröra flera avdelningar. När utredningen i det följande skisserar de olika avdelningarnas arbetsuppgifter, sker det utan anspråk på att uppgifternas fördelning i denna skiss skall visa sig vara den bästa möjliga. Skissen har uppgjorts främst för att personalbehovet skall kunna någorlunda preciseras.

1. *Apoteksavdelningen* har att handlägga frågor angående apotekens, apoteksfilialernas och läkemedelsförrådens placering och klassificering, lokaler och utrustning. Av-

delningen har tillsyn över bolagets fastigheter samt apotekens inventarier och utensilier. Avdelningen har att svara för s. k. flygande kontroll över apoteken. Inom avdelningen skall utarbetas förslag till åtgärder i rationaliserande syfte med avseende på lokaler, inredning och inventarier. I avdelningens åligganden ingår också att lämna anvisningar för ett rationellt ordnande av förbindelsen mellan olika apoteksinrättningar för vinnande av effektiv kundbetjäning.

2. *Personalavdelningen* har att föra personalregister, att handlägga alla frågor rörande personalanskaffning, anställnings- och avlöningsförhållanden, pensioner etc. För en fullgod personalförmedling knytes till avdelningen en platsbyrå. Vid ett lönekontor inom denna avdelning utarbetas samtliga uppgifter för de löneutbetalningar som skola ske genom den kamerala avdelningen.

3. *Varuavdelningen* bör lämpligen uppdelas på fyra sektioner:

a) Inköpssektionen, som har att ombesörja inköp av samtliga för apoteksbolagets behov erforderliga råvaror, läkemedel, förbrukningsartiklar och emballage. Sektionen har att utöva kontroll med avseende på leverantörernas prissättning.

b) Distributionssektionen, som ansvarar för distributionen till apoteken från bolagets lager samt för fördelningen på de olika lagren och på apoteken av sådana inköpta varor, vilka av leverantörerna skola sändas direkt till lager och apotek. I den omfattning så lämpligen kan ske svarar sektionen för distributionen av varor till statliga och kommunala sjukvårdsinrättningar och andra större avnämare. Sektionen har att utöva kontroll över lagerhållningen inom bolaget.

c) Beredskapssektionen, som handlägger frågor avseende samarbetet med de för den civila och den militära krigs- och krisberedskapen på läkemedelsområdet ansvariga myndigheterna.

d) Statistiska sektionen, i vars mångsidiga verksamhet bland annat ingår den kvantitativa varukontrollen, skall bearbeta allt det siffermaterial avseende varor och priser, som står bolaget till buds.

4. *Tekniska avdelningen*, som efter erfarenheten även bör uppdelas i lämpligt antal sektioner, har till sitt förfogande ett laboratorium för bolagets centrala läkemedelstillverkning och analysverksamhet (för detta ändamål förutsättes bolaget övertaga apotekens kontroll- och kompositionslaboratorier). Till avdelningen är förlagd den vetenskapliga verksamheten. Avdelningen har att uppgöra förslag till tekniska förbättringar vid standardisering och förpackning av läkemedel. Det förutsättes att för ernående av bästa möjliga resultat ett intimt samarbete kommer till stånd bland annat med SFL, farmakopékommittén och farmakonomikommittén.

5. *Informationsavdelningen.* Denna har till uppgift att ensam eller i samråd med medicinalstyrelsen utöva upplysningsverksamhet bland läkarna och allmänheten och att vägleda apotekspersonalen i farmaceutiskt avseende. En av avdelningens viktigaste uppgifter blir att bidraga till en minskning av missbruket av läkemedel och till en utrensning av olämpliga och odugliga läkemedel. Avdelningen bör till sitt förfogande ha ett rikthaltigt fackbetonat bibliotek. På avdelningen bör falla att utgiva bolagets publikationer med informatorisk karaktär.

6. *Kamerala avdelningen* handhar bolagets ekonomiska angelägenheter med kassarörelse och bokföring, räkenskapskontroll och revision av apoteken samt kontroll av de räkningar som betalas av statsverkets olika institutioner resp. sådan räkningskontroll, som är betingad av olikartad prissättning på vissa läkemedel.

Under huvudkontoret i Stockholm sortera tre *depåer* anslutna till resp. apoteket Nordstjärnan i Göteborg, apoteket Lejonet i Malmö och apoteket Järven i Umeå. Vid depåerna hållas lager för resp. rayoner av sådana varor, som icke lämpligen böra eller kunna distribueras till apoteken direkt från grossist och fabrikant eller från centrallagret i Stockholm. Distributionen från depåerna sker icke blott till apoteken utan även, om beställningens storlek motiverar detta, till sjukhus som sakna eget apotek.»

2. Medicinalstyrelsens förslag

Medicinalstyrelsen instämde delvis i läkemedelsutredningens kritik av apoteksväsendets dåvarande organisation. I en till medicinalstyrelsens yttrande fogad VPM framhölls, att man på en viktig punkt var överens med utredningen, nämligen att apotekskollektivet saknade en »slagkraftig ledning». Svagheten

ansågs ligga i det kollektiva systemets uppbyggnad. Man ansåg däremot inte att en så långtgående åtgärd som ett förstatligande av apoteksdriften behövde tillgripas för att råda bot på bristen av en effektiv ledning av kollektivet. Den enskilda äganderätten till apoteken ansågs vara av värde för apotekens skötsel. I VPM (sid. 56) sades sålunda följande:

»Vi ha den uppfattningen, att den grad av ekonomisk självbestämmanderätt, som ännu finnes, är av väsentligt värde för att bereda utrymme för enskilt initiativ, omtanke och nyttig personlig insats på apoteken. Det blir då, med hänsyn även till det förut sagda, angeläget, att kollektivet så ändras, att det kommer att direkt företräda den läkemedelsförbrukande allmänheten och att det genom vaksamhet och positiva åtgärder följer driften vid de enskilda apoteken, så att en riktig avvägning kommer till stånd mellan kravet på ekonomisk drift samt allmänhetens och de enskilda apotekarnas intressen.»

Styrelsen kom till den slutsatsen, att det berättigade önskemålet om en med större befogenheter utrustad central ledning för apotekskollektivet torde kunna tillgodoses genom att den affärsmässiga sidan av kollektivets ledning lämnades åt en central styrelse, vari utom medicinalstyrelsen även apotekarnas och farmacevternas centrala organ liksom läkarkåren och sjukhusens huvudmän samt allmänheten skulle bli representerade. Behovet av ekonomisk sakkunskap skulle också tillgodoses. Den föreslagna styrelsen ansågs böra fungera som ett apotekskollektivets ekonomiska förvaltningsråd. Den tillskapade ledningens arbetsuppgifter preciseras närmare i arbetsgruppens VPM (sid. 56).

»1) Kontroll av driften på varje enskilt apotek i huvudsak enligt de linjer, efter vilka apotekens avgiftsberednings arbete bedrives. En detaljerad granskning av de enskilda apotekens ekonomi skulle således alltfort förekomma och ligga till grund för uttagandet av avgifter till kollektivet.

2) På ledningen skulle ankomma att tillse, att apotekens avgifter utmättes på ett sådant sätt och bestämmelserna därom utformades så, att å ena sidan initiativ och omtanke från apoteksinnehavarnas sida icke försvagades men å den andra kollektivets, d. v. s. det allmännas, intressen tillgodosåges. Bland annat på denna punkt skulle apoteksinnehavarnas och kollektivets intressen knytas samman. Reglerna för uttagande av avgifter från apoteken skulle därigenom kunna utformas så, att en personlig insats från apoteksinnehavarens sida, som givit påtagligt ekonomiskt resultat, skulle kunna belönas genom större behållen inkomst.

3) På förvaltningsrådet borde ankomma att förvalta kollektivets medel. Även förvaltningen av fonden för reglering av läkemedelsprisen borde med fördel kunna anförtros ett råd av antydd sammansättning. Fondens medel böra komma till avsedd användning. En enhetlig ekonomisk ledning för apotekskollektivet, vari det allmänna har ett tillräckligt inflytande, skulle sannolikt på bästa sätt förvalta och nyttiggöra medlen, t. ex. genom försiktig underbalansering av apotekskollektivet, genom forskningsverksamhet i syfte att erhålla prisbilligare läkemedel etc.

4) Ledningen skulle förhandla i frågor, som röra kollektivets centrala ekonomiska angelägenheter och alltså bland annat ingå som part vid förhandlingar om löneavtal med skilda personalkategorier. Som redan nämnts, skulle därigenom en nu rådande oformlighet elimineras.

5) Vidare skulle ledningen bevaka, att läkemedelstillverkningen på apoteken bedreves i så effektiva former som möjligt och att alla motiverade centraliseringsmöjligheter därvidlag tillvaratoges.

6) Rationaliseringsidéer av beprövat värde skulle av förvaltningsrådet i olika former föras ut till apoteken. Befogenheter måste, som redan nämnts, tilläggas ledningen. Där råd och upplysningar icke kunna förväntas giva erforderliga resultat, måste en viss direktivrätt gentemot de enskilda apotekarna komma till användning.»

Om de fördelar, som skulle vinnas genom den föreslagna anordningen säges i nyssnämnda VPM följande:

»Apotekskollektivet skulle genom den skisserade anordningen förändras från det nuvarande statistiska systemet för uttaxering och uppbörd av allmänna avgifter samt gäldande av kollektivets gemensamma omkostnader till en effektiv företagsledning för apoteksväsendet, där det allmänna ägde tillbörligt inflytande och inom vilket en smidig anpassning efter växlande förhållanden inom läkemedelsområdet vore säkrad.

Apotekskollektivets och apotekens centrala administration skulle härigenom kunna bliva både bättre samordnad och mera förenklad än nu. Förvaltningsrådet och dess verkställande organ skulle icke vara en påbyggnad på den nuvarande administrativa apparaten utan i stället övertaga åtskilliga uppgifter, som nu ligga på andra organ, t. ex. apotekens avgiftsnämnds och apotekens avgiftsberednings åligganden. Det skulle även övertaga de ärenden rörande apotekskollektivets och de enskilda apotekens ekonomi, vilka nu handläggas av medicinalstyrelsen. Det synes som om man relativt lätt skulle kunna genomföra en adekvat uppdelning av arbetsuppgifterna mellan det ekonomiska organet — driftledningen — och medicinalstyrelsen med dess allmänna hälso- och sjukvårdsintressen. En avlastning av medicinalstyrelsen skulle alltså följa. Sannolikt skulle även vissa av de funktioner, som nu ombesörjas av apotekarkårens egna organ, kunna övertagas av driftledningen.»

3. Apotekarkårens förslag

Med anledning av läkemedelsutredningens betänkande avgav apotekarkårens organisationer, d. v. s. apotekarsocieteten och dåvarande apotekarförbundet, vilka senare sammanslagits, år 1952 ett förslag till rationaliseringsåtgärder inom apoteksväsendet. I förslaget framhöll organisationerna angelägenheten av att statens befogenheter i fråga om den affärsmässiga ledningen av apoteksväsendet samlades till ett nytt organ, benämnt statens apoteksnämnd. Enligt förslaget borde nämnden organiseras på sådant sätt och förses med sådan kompetens, att den snabbt skulle kunna vidtaga erforderliga åtgärder för tillgodoseende av såväl allmänhetens krav på billiga läkemedel som apoteksinnehavarnas på en skälig bärgning. Handhavandet av de angelägenheter som mera direkt hör till hälso- och sjukvården föreslogs fortfarande tillkomma medicinalstyrelsen.

Om nämndens sammansättning sades följande.

»Kungl. Maj:t bör utse ordförande. I nämnden böra vidare ingå dels två sakkunniga på det ekonomiska området, nämligen en skicklig företagsledare och en vetenskapligt skolad expert, dels en högre förvaltningstjänsteman och dels en representant för medicinalstyrelsen. Dessa ledamöter böra ävenledes utses av Kungl. Maj:t. I nämnden böra slutligen ingå två apoteksinnehavare, tillsatta av apotekarsocietetens direktion. Nämndens uppgifter synes nödvändiggöra, att i dess stat kostnader för ständig sekreterare och erforderlig kanslipersonal upptagas.»

Nämndens huvudsakliga uppgifter föreslogs bli följande.

»1. att hos Kungl. Maj:t föreslå grunder för läkemedels taxering samt att utfärda medicinaltaxa;
2. att, efter förhandlingar, hos Kungl. Maj:t föreslå ändring i grunderna för fastställande av apotekens rörelsevinster, d. v. s. av apoteksinnehavarnas behållna inkomster;
3. att revidera apotekarsocietetens direktions verksamhet som avgiftsberedning;
4. att inspektera förvaltningen av regleringsfonden och i vissa fall enligt regler, som fastställas av Kungl. Maj:t, besluta om dess användning;
5. att med uppmärksamhet följa den ekonomiska utvecklingen inom apotekskollektivet samt föreslå och i vissa fall vidtaga de åtgärder, som kunna finnas påkallade;
6. att avgiva yttrande till medicinalstyrelsen i frågor angående nyanläggning eller nedläggande av apotek eller filialapotek eller rörande förändring av apotekens natur;
7. samt att uppmärksamt följa utvecklingen av priserna å färdiga läkemedel och råvaror både på den inhemska

marknaden och världsmarknaden samt hos Kungl. Maj:t föreslå vidtagande av erforderliga åtgärder.»

Organisationerna ansåg vidare att en ny organisation av kollektivets ledning var nödvändig.

»Det synes emellertid vara nödvändigt att med hänsyn till de nya uppgifter som under senare år ålagts den centrala administrationen även i övrigt göra densamma mera lättarbetad och ändamålsenlig. Det torde därför vara erforderligt att öka ledningens befogenheter.

Det är vår avsikt att anställa kvalificerad ekonomisk arbetskraft, som kan lägga rent företagsekonomiska synpunkter på driften av det storföretag, som apotekskollektivet utgör, och som garanterar, att fortlöpande kontakt hålles med utvecklingen på företagsekonomiens område, särskilt i vad rör distributions- och produktionsfrågor. Här är icke platsen att närmare ingå på de uppgifter, som komma att åligga den ifrågavarande arbetskraften, men som exempel kan nämnas jämförelser mellan driftkostnaderna på olika apotek och olika typer av apotek, sådan kostnadsberäkning som erfordras för en rationellare kvantitetsrabattering på såväl försäljnings- som inköpssidan samt uppläggande av en mera omfattande ekonomisk statistik.»

Med utgångspunkt härifrån framlade man en organisationsplan, vilken i alla väsentliga avseenden sammanfaller med den som nu gäller för apotekskollektivet. Organisationens funktionsduglighet diskuteras senare.

4. Granskning av de tidigare avgivna förslagen

1946 års läkemedelsutrednings förslag. Kommittén har övervägt huruvida en i form av statligt monopol driven detaljhandel med läkemedel har förutsättningar att drivas rationellt och kostnadsbesparande och utan att berättigade krav på service behöver eftersättas. Den lämpligaste formen för drivande av ett monopolföretag som skulle omfatta hela riket vore därvid enligt kommitténs mening aktiebolagsformen, varvid bolaget icke borde vara bundet vid det statliga löneregelementet utan ha frihet beträffande lönesättningen på samma sätt som ett enskilt aktiebolag.

Vissa speciella förhållanden rörande apoteken gör emellertid att möjligheterna att — antingen som statligt eller enskilt mångfilialföretag — på ett rationellt sätt driva en riksomfattande apoteksrörelse ter sig mindre sannolika. Även om det stora varusortiment som apoteken måste föra, icke utgör något hinder för rationell drift inom ett storföretags ram, kommer dock den till detaljhandeln med läkemedel inom apoteken knutna hantverksmässiga tillverkningen att föra med sig mycket besvärliga komplikationer, dels i fråga om sysselsättningsförhållandena och dels när det gäller kontrollen över arbetsställenas verksamhet. Förutsättningarna för en dylik kontroll utan en omfattande central administration är mycket små. Ett effektivt utnyttjande av de enskilda enheternas arbetskraft, inredning och apparatur torde därför bättre kunna nås genom en modifiering av det nuvarande systemet, inom vilket apoteksinnehavaren och det enskilda arbetsställets föreståndare bör ges ökat ekonomiskt intresse, för att man inom den nuvarande ramen — med apoteken som självständiga enheter — skall få ett effektivt arbetande apoteksväsende.

Medicinalstyrelsens förslag. De av medicinalstyrelsen anförda grundläggande principerna, nämligen bibehållande av självständiga apotek men med den affärsmässiga sidan av kollektivets högsta ledning överlämnad åt en central styrelse med företrädare för det allmänna i majoritet, anser kommittén vara väl värda att ta fasta på.

Apotekarorganisationernas förslag. Detta förslag har flera likheter med medicinalstyrelsens, men det föreligger en principiell skillnad mellan de två förslagen. Medan det av medicinalsty-

relsen föreslagna förvaltningsrådet närmast skulle få en ställning motsvarande den som styrelsen eller bolagsstämman har i ett aktiebolag skulle den av apotekarorganisationerna föreslagna statens apoteksnämnd vara en utanför kollektivet stående överordnad myndighet.

Förslaget om en apoteksnämnd har flera goda sidor, varför kommittén ansett sig böra ta de tankar som tydligen legat bakom förslaget under allvarligt övervägande. I jämförelse med de existerande förhållandena har en administration med en apoteksnämnd betydande fördelar. Samhället skulle på ett smidigt sätt få den kontroll över apoteksväsendets ekonomi som man önskar och apotekarkåren skulle få tillfälle att erhålla stimulerande impulser från nämnden i ekonomiska frågor, främst kanske tack vare den erfarenhet från andra delar av näringslivet som vissa av nämndens ledamöter förutsättes komma att ha. Vidare skulle de ekonomiska uppgifter beträffande apoteksväsendet som nu åligger olika myndigheter i stort sett samlas till ett ställe.

C. Kommitténs överväganden och förslag

1. Allmänt

Såväl medicinalstyrelsen som apotekarnas organisationer gav i sina remissyttranden över 1946 års läkemedelsutrednings förslag uttryck åt den uppfattningen, att apoteksväsendet borde underställas ett topporgan, vari det allmänna gavs en stark representation. Detta topporgan skulle ha till huvudsaklig uppgift att övervaka apoteksväsendet i ekonomiskt avseende. Av yttrandena — främst medicinalstyrelsens — framgår klart, att en stor del av de brister i fråga om apoteksväsendet, vilka påpekats av 1946 års läkemedelsutredning, bottnat i frånvaron av en på det ekonomiska området samordnande och effektiv ledning av apotekskollektivet.

De rent organisatoriska brister, som förelåg, förklarade sig apotekarorganisationerna ha för avsikt att avhjälpa genom en fullständig omorganisation av kollektivets ledning. Denna omorganisation kom sedermera till stånd och sedan några år är ledningen av apotekskollektivet organiserad efter de i remissyttrandet angivna principerna. En redogörelse för den nuvarande organisationen har lämnats i inledningen till detta kapitel. Omorganisationen har utan tvivel medfört avsevärda förbättringar beträffande administrativa och andra förhållanden inom apoteksväsendet. Den nya organisationen har sannolikt även bidragit till en förbättring av den allmänna driftsekonomin inom apoteksväsendet, men kommittén anser dock icke att en tillfredsställande ordning i detta avseende ännu nåtts. Av den i kapitlet om avgiftssystemet redovisade undersökningen beträffande de enskilda apotekens driftsekonomi framgår, att den ekonomiska sidan av apoteksrörelsen fortfarande uppvisar påtagliga brister. Främsta anledningen härtill ligger utan tvivel i det hittills gällande avgiftssystemet. Detta utgör emellertid i sig självt intet hinder för en rationell apoteksdrift och det borde därför ha förelegat goda möjligheter för kollektivets ledning att till stor del neutralisera avgiftssystemets negativa verkningar. Att så icke skett i tillfredsställande utsträckning beror säkerligen varken på oförmåga eller avsaknad av god vilja, utan har sin grund i organisationsformen som sådan. En ledning, som enligt nuvarande system utses av vissa valmän, kan icke förutsättas ha reella möjligheter att konsekvent genomföra åtgärder, som för valmännen ter sig ofördelaktiga, även om det rör sig

om samhällsekonomiskt betydelsefulla överväganden.

Medicinalstyrelsen har i sitt remissyttrande framhållit nödvändigheten av en »slagkraftig ledning» av kollektivet och kommittén är sålunda i likhet med medicinalstyrelsen av den uppfattningen att dylik ledning — framför allt i ekonomiska sammanhang — blir möjlig endast om densamma erhåller ett samhälleligt stöd.

Inom nuvarande organisation finns redan möjlighet att låta samlade erfarenheter och kunskaper komma den enskilde apoteksinnehavaren tillgodo i dennes ledning av sitt apotek, men detta kan endast ske i form av råd och anvisningar. En rationell apoteksdrift torde dock kräva möjlighet till vissa föreläggande för apoteksinnehavarna i fråga om de enskilda apotekens driftsekonomi, om garanti skall vinnas att ledningens intentioner beaktas. Apotekarkåren torde nämligen få anses så heterogen i vad avser affärsmässiga överväganden, att enbart råd och anvisningar icke kan anses tillräckliga.

Sammanfattningsvis vill kommittén framhålla, att i en rationell läkemedelsorganisation apoteken bör bibehålla sin nuvarande ställning som enskilda företag. En förutsättning härför är emellertid att de inordnas under en gemensam ledning, vars målsättning inrymmer ett klart tillgodoseende av samhällsekonomiska intressen i fråga om läkemedelsförsörjningen och vilken har befogenheter och möjligheter att genomföra behövliga åtgärder för att nå detta mål. Man kan då bibehålla vinstintresset såsom drivande faktor för den enskilde apoteksinnehavaren och samtidigt inrikta hans strävanden i positiv samhällsekonomisk riktning. Detta kräver emellertid ett samhälleligt organ med uppgift att i ekonomiskt hänseende ha överinseende över apoteksväsendet och med befogenheter att tillse att detta bedrives så rationellt, kostnadsbesparande och ändamålsenligt som möjligt. Kommittén föreslår därför att ett dylikt organ, benämnt »apoteksnämnden», inrättas.

I det följande avsnittet lämnar kommittén en närmare redogörelse för apoteksnämnden och dess verksamhet.

2. Apoteksnämnden

Avgränsningen mellan medicinalstyrelsen och apoteksnämnden

Apoteksnämnden bör omhänderha huvuddelen av de uppgifter av administrativ och ekonomisk natur i fråga om apoteksväsendet, vilka nu åvilar andra statliga organ. Frågor rörande förhållanden inom apoteksväsendet som direkt hänför sig till allmän hälso- och sjukvård förutsättes dock kvarbliva under medicinalstyrelsen.

På *medicinalstyrelsen ensam* bör falla frågor angående

1) farmacevtiskt-tekniska förhållanden inom apoteksrörelsen,
2) allmän hygien på apoteken,
3) den farmacevtiska utbildningen,
4) disciplinärenden,
5) säkerhetsföreskrifter,
6) registrering av farmacevtiska specialiteter och därmed sammanhängande uppgifter (kontroll, prisgranskning etc.),
7) läkemedelsfrågor av speciell eller allmän natur (recepttvång, narkotikakontroll etc.),
8) stickprovsgranskning av apotekens taxering,
9) inrättande eller nedläggande av läkemedelsdistributionsställen motsvarande nuvarande läkemedelsförråd av typ B eller C, samt
10) förslag till Kungl. Maj:t angående tilldelande av privilegium på apotek.

Medicinalstyrelsen bör efter *apoteksnämndens underrättande* äga att

1) hos Kungl. Maj:t föreslå inrättande eller nedläggande av apotek, och
2) besluta om inrättande eller nedläggande av filialapotek och apoteksförråd.

Avgränsningen mellan apoteksnämnden och apotekarsocieteten

Nämnden föreslås bli ett organ som leder den ekonomiska utvecklingen i stort beträffande apoteksväsendet. Den får närmast betraktas som ett mellanting mellan statligt organ och samarbetsorgan mellan det allmänna och apotekarna. Nämnden skall svara för de stora linjerna, medan beslut och verkställighet i övrigt skall ligga hos apotekarsocietetens direktion. Härigenom bibehålles apotekarsocietetens omedelbara inflytande över apotekskollektivet. Direktionen förutsättes även i fortsättningen bli tillsatt på samma sätt som nu, d. v. s. av kårens egna organ. Eftersom samhället delegerar det omedelbara inflytandet till den enskilda korporationen, bör kårens självstyre auktoriseras.

Apoteksnämndens uppgifter

Allmän uppgift. Nämnden bör ha till allmän uppgift att i ekonomiskt hänseende övervaka apoteksväsendet och verka för att detta bedrives så rationellt, kostnadsbesparande och ändamålsenligt som möjligt utan eftersättande av säkerhets- och kvalitetssynpunkter och med tillgodoseende av allmänhetens berättigade anspråk på snabb och bekväm tillgång till behövliga läkemedel.

För utövande av sina befogenheter bör nämnden hos Kungl. Maj:t kunna föreslå erforderliga åtgärder.

I fråga om apoteksväsendets allmänt ekonomiska samt organisatoriska och administrativa förhållanden bör nämnden kunna föreslå apotekarsocietetens direktion sådana dispositioner som tillgodoser den allmänna samhällsekonomiska målsättningen. Skulle därvid enighet om de föreslagna åtgärderna icke kunna vinnas med apotekarsocieteten, bör nämnden kunna underställa Kungl. Maj:t berörda frågor.

Särskilda uppgifter. Det bör särskilt åligga nämnden:

1) att på sätt som Kungl. Maj:t förordnat besluta om jämkning av medicinaltaxegrunderna dels årligen före den 1 oktober för det följande kalenderåret, sedan apotekarsocietetens direktion framlagt beräkningar av apoteksväsendets intäkter och kostnader under närmast följande kalenderår, dels ock därutöver för tid under löpande kalenderår, när så befinnes erforderligt,
2) att följa prisutvecklingen på läkemedelsområdet i in- och utlandet,
3) att på sätt som Kungl. Maj:t förordnat bestämma grunderna för fastställande av dels apotekens rörelsevinster, dels ock de avgifter som apoteken skall betala ävensom de bidrag de skall erhålla,
4) att granska apotekarsocietetens direktion åvilande uttaxering av avgifter från apoteken samt direktionens förvaltning av avgiftsmedlen,
5) att förvalta kollektivets fonder,
6) att följa de enskilda apotekens ekonomiska skötsel,
7) att på begäran av medicinalstyrelsen avge yttrande i frågor angående inrättande eller nedläggande av läkemedelsdistributionsställen och eljest då nämnden så finner påkallat inge förslag i dylika frågor,
8) att avgöra frågor angående förvärv av fast egendom i det av kommittén föreslagna ACO-bolaget,

9) att utse en revisor jämte suppleant att tillsammans med de av apotekarsocieteten valda revisorerna granska direktionens förvaltning och räkenskaper samt
10) att utse en revisor jämte suppleant att tillsammans med de av ACO-bolaget valda revisorerna granska detta bolags förvaltning och räkenskaper.

Befogenheter

Nämnden bör äga

1) att genom apotekarsocietetens direktion erhålla de uppgifter som nämnden finner erforderliga för fullgörandet av sitt uppdrag, samt
2) att hos apotekarsocietetens direktion påkalla åtgärder i fråga om enskilt apoteks ekonomiska drift.

Nämndens sammansättning

Beträffande graden av det inflytande som apotekarsocieteten bör få utöva i apoteksnämnden vill kommittén anföra följande. Landets läkemedelsförsörjning är i första hand en samhällsangelägenhet. Det synes därför naturligt, att samhället bör få det avgörande inflytandet i apoteksnämnden. Detta torde böra åstadkommas genom att nämndens majoritet företräder samhällsintressen av olika slag, nämligen allmänna hälsovårds-, sociala och samhällsekonomiska intressen. Apoteksnämnden bör därför inrymma såväl representanter för hälsovården och läkemedelskonsumenterna som företagsekonomiskt erfarna personer. Det bör i sammanhanget erinras om, att de senaste årtiondenas utveckling lett till, att apoteken i allt större utsträckning blivit distributionsorgan för fabrikstillverkade läkemedel, medan dess uppgift som tillverkare av läkemedel allt mera trängts tillbaka. Denna utveckling ger ökad betydelse åt de distributionsekonomiska frågorna.

I anslutning till nyssnämnda uppfattning föreslår kommittén, att apoteksnämnden gives följande sammansättning.

Ordinarie ledamöter

Ordförande 3 representanter för det allmänna, därav två med erfarenhet inom varudistributionen	Utses av Kungl. Maj:t som bland dem därjämte utser vice ordförande
1 läkare	Utses av Sveriges läkarförbund
3 apoteksinnehavare	Utses av Apotekarsocieteten

Suppleanter

För envar ordinarie ledamot utses personlig suppleant att vid förfall inträda.

Organisation m. m.

Hos nämnden skall finnas en hel- eller deltidsanställd sekreterare med juridisk eller annan lämplig utbildning jämte den personal i övrigt som kan vara erforderlig.

Då så befinnes lämpligt, bör ärendena föredragas av de av apotekarsocieteten utsedda ledamöterna i nämnden eller av tjänstemän inom apotekskollektivet. Apotekarsocieteten bör tillhandahålla lokaler och för rutinarbete erforderlig personal. Samtliga kostnader för nämnden och dess verksamhet bör bestridas av apotekskollektivets medel.

Ersättning till nämndens ordförande och övriga ledamöter samt suppleanter fastställes av Kungl. Maj:t.

Ett förslag till instruktion för apoteksnämnden återfinnes i bilaga 1. Enligt kommitténs i det föregående framlagda förslag om inrättande av apoteksnämnden förutsättes dels att den nuvarande apotekens avgiftsnämnd upphör, eftersom dess arbetsuppgifter föreslås bli övertagna av apoteksnämnden, dels att apoteksnämnden får bemyndigande att fastställa medicinaltaxegrunderna, dels ock att medicinalstyrelsens skyldighet att förvalta fonden för reglering av läkemedelspriserna upphör, då denna fond — med beteckningen ändrad till apoteksväsendets prisregleringsfond — föreslås förvaltad av apoteksnämnden. Den medelsförvaltning som apoteksnämnden föreslås få ansvaret för omfattar — utom nyssnämnda prisregleringsfond — även apotekskollektivets dispositionsfond. Denna kommer såsom föreslås i kap. IX att utgöra återstoden av apoteksväsendets för pensioneringsändamål avsedda fonder, sedan dessa till en del tagits i anspråk för särskilda ändamål.

KAPITEL IV

Apoteksväsendets distributionsverksamhet

A. Omsättningsutvecklingen

Utvecklingen under de senaste 35 åren av läkemedelsförbrukningen i vårt land kan beträffande värdet belysas genom följande uppgifter om apotekens omsättning.

Tabell 1. Apotekens omsättning 1922—1957

År	Totalomsättning i milj. kronor
1922	38,2
1927	37,2
1932	39,4
1937	50,7
1942	69,2
1947	[1]113,3
1948	122,1
1949	138,6
1950	149,0
1951	167,2
1952	193,1
1953	202,8
1954	214,6
1955	241,0
1956	277,8
1957	321,2

[1] Från år 1947 exkl. försäljningen från de s. k. distriktslaboratorierna, vilkas verksamhet började år 1946.

Omsättningen har sålunda, särskilt markerat på senare tid, visat en kraftig ökning. Orsakerna härtill är sannolikt flera, men torde till stor del få sökas i utvecklingen på läkemedelsområdet under de senaste två decennierna, karakteriserad bland annat genom tillkomsten av ett stort antal nya, ofta komplicerade och dyra preparat, som medverkat till en höjning av beloppet per expedition. Exempel härpå erbjuder antibiotika, kortisonpreparat, hormonpreparat och många andra grupper. Sådana preparat har i stor utsträckning undanträngt tidigare använda billigare och mindre effektiva läkemedel. Vidare har säkerligen den allmänt höjda levnadsstandarden och en gynnsam inkomstutveckling lett till ökad efterfrågan och konsumtion även på läkemedelsområdet. Till en del har naturligen även förändringar i penningvärdet bidragit till omsättningsökningen, även om de direkta prishöjningarna synes ha varit mera begränsade.

Vad angår utvecklingen under åren 1955—1957, då omsättningsökningen varit särskilt stor, är denna sannolikt i betydande grad en följd av den s. k. läkemedelsreformen, innebärande att läkemedel från och med år 1955 tillhandahålles allmänheten till nedsatt pris och i vissa fall kostnadsfritt. Under de tre år som gått, sedan reformen genomfördes, har de belopp, som sammanlagt för kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel utbetalats av riksförsäkringsanstalten, varit:

1955 ..... 39,4 milj. kronor
1956 ..... 51,7 » »
1957 ..... 64,0 » »

Kostnaderna under första året motsvarade ungefär förhandsberäkningarna. Den starka stegringen därefter har föranlett tillsättande den 26 april 1957

av särskilda sakkunniga med uppgift att ompröva utformningen av den s. k. läkemedelsförmånen. I direktiven för de sakkunniga anförde därvid statsrådet och chefen för socialdepartementet bl. a. följande:

»Kostnaderna för läkemedelsreformen beräknades vid lagstiftningens tillkomst uppgå till 34 milj. kronor om året. Redan det första året som reformen var i kraft visade sig kostnaderna överstiga de beräknade med mer än 5 milj. kronor. Under 1956 steg utgifterna till inemot 52 milj. kronor, och om tendensen hittills under innevarande år visar sig bestående torde kostnaderna i år komma att stiga till ett belopp, som närmar sig det dubbla mot vad som förutsetts vid reformens tillkomst. Kostnadsstegringen har försiggått i ungefär samma takt beträffande de kostnadsfria och de prisnedsatta läkemedlen. Vid läkemedelsreformens tillkomst ansåg statsmakterna angeläget att sjukkassornas kostnader för reformen höll sig inom den uppdragna ramen. Det är under sådana förhållanden givet, att den avsevärda och som det vill synas alltmera tilltagande ökning, som utgifterna för läkemedelsförmånen undergår, utgör särskild anledning att pröva möjligheterna till en begränsning av sjukkassornas kostnader. I all synnerhet gäller detta om det vid en undersökning skulle visa sig, att reformens konstruktion lett till en större konsumtion av läkemedel än som motsvaras av medicinskt välmotiverade behov. Även sett från synpunkten att medborgarnas skydd vid sjukdom bör anordnas på ett sådant effektivt sätt som tillgängliga resurser tillåter är det ingalunda självklart, att kostnaderna för läkemedelsförmånen bör tillåtas undergå en ständig stegring. Härigenom minskas nämligen utrymmet för andra måhända mera angelägna förbättringar av förmånerna vid sjukdom.

Med hänsyn till den fortlöpande kostnadsökning, som visat sig förknippad med den nuvarande utformningen av läkemedelsreformen, och de svårigheter, som kan förmodas möta att inom ramen för detta system motverka utgiftsstegringen, kan det ifrågasättas, om man bör bygga vidare på det nuvarande systemets grund. Tiden synes enligt min mening i stället vara mogen att mera förutsättningslöst ompröva hela läkemedelsreformen. Frågan härom bör upptagas av särskilda utredningsmän, varvid utredningsmannen för översyn av sjukkassetaxan m. m. bör befrias från den del av sitt uppdrag, som avser läkemedelsreformen.

Utgångspunkten för utredningsmännens arbete bör vara att medborgarna liksom för närvarande skall beredas skydd mot att vid sjukdom betungas med alltför stora utgifter för erforderliga läkemedel samtidigt som totalkostnaderna hålles inom en någorlunda fast ram. Av vikt är också, att det administrativa arbetet för läkare, apotek och myndigheter inskränkes så långt det är möjligt och att allmänheten får tillgång till läkemedelsförmånerna utan större omgång. När det gäller att finna det system, inom vilket dessa synpunkter bäst kan tillgodoses, synes utredningen böra bedrivas helt förutsättningslöst. Det kan måhända visa sig erforderligt att göra en viss analys av orsaken till att det nuvarande systemet utvecklar sig på sätt förut anförts.»

— — —

»Vilket system som än väljes för läkemedelsreformen bör frågan om motsvarigheten till den nuvarande förmånen av kostnadsfria läkemedel ägnas uppmärksamhet. För närvarande är denna förmån uppbyggd efter principen att endast sådana läkemedel, som är specifika för en viss sjukdom, lämnas utan kostnad för den enskilde. Detta medför, att vissa sjukdomar, som i och för sig borde berättiga till kostnadsfria läkemedel, svårligen kan inordnas i det nuvarande systemet för denna förmån.»

Som av det sagda framgår synes ett flertal faktorer ha medverkat till den kraftiga ökning, som apotekens sammanlagda omsättning uppvisat. För ytterligare belysning av frågan förtjänar det emellertid framhållas, att läkemedelskostnaderna för närvarande trots allt icke drager nämnvärt större del av nationalinkomsten än före senaste världskriget:

	index 1939	index 1954
nationalinkomst.....	100	354
apotekens omsättning	100	374

Omsättningsutvecklingen i framtiden låter sig för närvarande knappast bedöma med någon större grad av säker-

het på längre sikt. Erfarenheten har visat, att vissa svårigheter möter även vid de kortsiktiga ekonomiska prognoser, som numera årligen uppgöres för apoteksväsendet och vilka som regel icke avser förhållandena längre än intill en tidpunkt högst ett och ett halvt år fram i tiden.

Vissa slutsatser beträffande den fortsatta utvecklingen torde emellertid kunna göras. Även vid oförändrade konjunkturförhållanden torde i varje fall en avmattning i den hittillsvarande omsättningsökningen icke få hållas för osannolik. En eventuellt kommande konjunkturnedgång får givetvis en bromsande effekt på läkemedelskonsumtionen. Visserligen har läkemedel i princip karaktären av nödvändighetsvaror men en viss grad av överkonsumtion på läkemedelsområdet anses emellertid från olika håll förekomma för närvarande, och denna torde vara relativt inkomstkänslig. En eventuell ändring av läkemedelsreformen i mera restriktiv riktning kommer säkert att få en dämpande inverkan på läkemedelskonsumtionen och därmed på omsättningsutvecklingen.

Å andra sidan kan man även peka på faktorer, som kan väntas påverka omsättningen i positiv riktning. Enbart den nuvarande befolkningsökningen med omkring 50 000 personer per år kommer vid oförändrad konsumtion per invånare att medföra en omsättningsökning med ett par miljoner kronor per år. Det stigande antalet åldringar i landet kan därjämte komma att medverka till en ytterligare stegring av omsättningen.

Resultatet av i det föregående nämnda olika faktorer, som kan influera på läkemedelskonsumtionen, kan icke bedömas med större säkerhet. För den närmaste framtiden synes dock, förutsatt att en mera markant lågkonjunktur icke inträffar, en viss ytterligare omsättningsökning vara sannolik. Det torde emellertid vara realistiskt att räkna med att denna blir av mindre omfattning än under de senaste åren.

B. Försäljningens fördelning på olika typer av distributionsenheter m. m.

I det följande redovisas sammanställningar rörande apotekens försäljning m. m. Av dessa framgår att under senare tid förskjutningar skett i försäljningens fördelning på olika typer av distributionsställen, på olika grupper av varor och till olika kategorier av avnämare. Det statistiska materialet har i stor utsträckning hämtats ur apotekens deklarationer till apotekens avgiftsberedning. Bearbetningen av materialet har för kommitténs räkning delvis verkställts av apotekarsocieteten.

Tabell 2. Försäljningens uppdelning på konsumentgrupper

År	Miljoner kronor			
	Total-försäljning till konsumenter	Därav		
		genom sjukhusapotek	övriga sjukhus leveranser	till allmänheten
1950	149,0	7,2	←—141,8—→	
1951	167,2	7,9	←—159,3—→	
1952	193,1	8,4	22,5	162,2
1953	202,8	7,9	22,5	172,4
1954	214,6	8,7	22,6	183,3
1955	241,0	9,8	23,4	207,8
1956	277,8	10,3	26,9	241,0
1957	321,2	10,8	←—310,4—→	

Försäljningen till sjukvårdsinrättningar — särskilt försäljningen genom sjukhusapotek — synes ha ökat mindre än försäljningen till allmänheten. Sålunda har, trots tillkomsten av två nya sjukhusapotek under tiden, försäljningen genom sjukhusapotek blott ökat med

50 procent mellan åren 1950 och 1957, medan den totala ökningen av försäljningen till konsumenter under samma tid ökat med 115 procent. Till en del torde detta ha sin grund i läkemedelsreformens inverkan på allmänhetens läkemedelskonsumtion.

För år 1956 har, så långt materialet i apotekens redovisningar tillåtit, genomförts en uppdelning av försäljningen på olika typer av distributionsställen m. m. I denna redovisning finns viss del av försäljningen ej uppdelad på respektive typer av distributionsställen. Detta gäller främst den försäljning som faller under den tidigare nämnda läkemedelsförmånen och som riksförsäkringsanstalten i efterhand lämnar ersättning till apoteket för. För att den totala försäljningen genom de olika typerna av distributionsställen skall erhållas har en bedömningsmässig fördelning av dessa poster i omsättningsavseende gjorts.

Av denna översikt framgår, att 38 procent av apoteksväsendets externa försäljning år 1956 utgjordes av kreditförsäljning. Detta är väsentligt mera än tidigare och beror bland annat på läkemedelsreformen. Den del av kostnaden för av reformen omfattade läkemedel, som numera betalas genom riksförsäkringsanstalten, uppgick nämligen till närmare hälften av hela kreditförsäljningen och utgjorde år 1956 18,6 procent av den totala externa omsättningen. Denna kredit är dock relativt kortvarig, nämligen i genomsnitt omkring tre veckor.

Vidare framgår av uppställningen att endast en förhållandevis liten del av omsättningen hänför sig till det stora antalet underordnade distributionsenheter.

Tabell 3. Försäljningens fördelning på olika typer av distributionsställen år 1956

Typ av distributionsställe	Miljoner kronor		
	Kontantförsäljn.	Kreditförsäljn.	Summa
apotek	143,0	[1]85,1	228,1
filialapotek	12,3	7,1	19,4
apoteksförråd. läkemedelsförråd	1,2	0,3	1,5
	[2]5,0	0,1	5,1
medicinlådor..	[2]8,8	3,5	12,3
kommissionärer	[2]0,8	0,3	1,1
sjukhusapotek	—	10,3	10,3
	171,1	106,7	277,8

[1] Därav sjukhusleveranser 26,0 milj. kronor.
[2] Försäljningen upptagen som kontantförsäljning, ehuru redovisning sker till apoteket efter utgången av varje månad.

C. Försäljningens struktur

Apoteksförsäljningens struktur har under de senaste decennierna förändrats i mycket hög grad. Främst sammanhänger detta med en starkt markerad förskjutning av försäljningen från lösviktsvaror och individuellt komponerade läkemedel mot färdiga konsumentförpackningar, men även andra omständigheter inverkar. Bland dessa skall märkas i första hand recepturförsäljningens alltmera ökade andel av totalförsäljningen.

Fördelningen på receptur och handköp

Intill början av 1940-talet utgjorde den icke receptbelagda försäljningen (s. k. handköpsförsäljning) en värdemässigt större del än försäljningen i receptur. Numera utgör recepturförsäljningen två tredjedelar av hela omsättningen. Receptantalet har under de senaste tjugo åren fortgående ökat. Särskilt markerad har ökningen av värdet varit efter läkemedelsreformens genomförande vid årsskiftet 1954—1955.

Utvecklingen belyses genom omstående tabell 4. Siffrorna i denna utgör bruttoförsäljningsvärden. Rabatter vid

Tabell 4. Försäljningens fördelning på receptur och handköp 1939—1957

År	Recepturomsättning miljoner kronor (brutto)	Handköpsomsättning miljoner kronor (brutto)	Recipe antal i miljoner	Genomsnittspris per recipe kronor
1939	24,0	34,5	8,4	2,85
1944	52,0	40,5	13,7	3,80
1949	81,0	59,0	17,6	4,60
1952	115,0	80,0	19,7	5,80
1953	118,7	86,0	20,4	5,80
1954	124,5	92,0	20,9	5,95
1955	151,8	91,1	20,4	7,45
1956	176,8	102,8	21,4	8,25
1957	208,4	114,4	23,4	8,90

försäljning till sjukvårdsinrättningar samt vissa provisioner har således ej avdragits. Summan av dessa rabatter och provisioner varierar ungefärligen mellan en och två miljoner kronor per år. Uttrycket recipe avser varje enskild förskrivning på receptet. Ett recept kan sålunda omfatta ett eller flera recipe.

Som synes har antalet recipe ungefär tredubblats på tjugo år. Den värdemässiga recepturomsättningen har emellertid stigit väsentligt mer, eftersom även genomsnittspriset per recipe under tiden har tredubblats. En särskilt stor höjning inträffade mellan åren 1954 och 1955. Denna torde till någon del ha berott på ökade priser på extemporeberedda läkemedel men till den alldeles övervägande delen synes ökningen ha orsakats av en — efter läkemedelsreformens genomförande — allmän övergång till förskrivning av genomsnittligt större förpackningar än tidigare. För detta senare antagande talar också, att antalet recipe — trots den stora ökningen i recepturomsättningen — sjönk från år 1954 till år 1955.

Fördelningen på olika varugrupper

Särskilt intresse erbjuder frågan om hur apotekens försäljning fördelar sig på olika slag av varor — i synnerhet förhållandet mellan fabrikstillverkade och apoteksberedda preparat. Som i annat sammanhang nämnts, förekom ursprungligen vid sidan av läkemedelsråvaror och en del fria handelsvaror endast läkemedel, som framställts på apoteken. Ännu vid tiden omkring första världskriget var de fabriksberedda färdigpreparaten relativt fåtaliga. I och med den moderna läkemedelsindustriens uppsving fick dessa preparat — från 1934 under registreringsplikt och benämnda farmacevtiska specialiteter — alltmer ökad användning och utgör numera den dominerande delen av försäljningen. Samtidigt har i recepturförsäljningen andelen av s. k. extemporeberedningar — av läkaren individuellt komponerade läkemedel — successivt minskat. I handköpet har den tidigare relativt betydande försäljningen av lösviktsberedningar, droger m. m. likaledes fått ge vika för färdigförpackningar. Dessa utgöres i både receptur och handköp dels av industriprodukter, dels av förpackningar, som färdigställts inom apoteksväsendet.

Sifferuppgifter från tidigare år om de olika varornas andel i försäljningen finns endast i vissa specialundersökningar. Sålunda lämnade medicinalstyrelsen i en skrivelse till Kungl. Maj:t

den 24 april 1941 rörande vissa ekonomiska förhållanden inom apotekskollektivet bl. a. följande uppgift:

»Gjorda undersökningar utvisa att en betydande del (40—50 %) av apotekens i riket totala omsättning belöper sig på försäljning av s. k. farmacevtiska specialiteter, d. v. s. fabriksframställda läkemedel i sådana förpackningar, vari de äro avsedda att tillhandahållas förbrukaren.»

Vidare undersöktes ett större receptmaterial från år 1947 av med. lic. Sven Hammarskjöld på uppdrag av 1946 års läkemedelsutredning. Enligt denna undersökning fördelade sig recepturomsättningen med 52,9 procent på farmacevtiska specialiteter, 34,4 procent på extemporeberedda läkemedel samt 12,7 procent på »lagringsbara beredningar». Den sistnämnda gruppen har i senare material uppdelats på ACO-förpackningar och lösviktspreparat.

Från och med år 1952 föreligger ett flertal stickprovsundersökningar beträffande såväl handköps- som recepturförsäljningen och från och med år 1955 en fullständigare statistik över recepturförsäljningen.

Ur härigenom tillgängliga uppgifter har tabell 5 sammanställts. Den omfattar hela omsättningen med undantag av försäljningen över sjukhusapotek, som i olika avseenden är speciell och beträffande vilken motsvarande statistik icke föreligger.

Med »övriga inläggningar» förstås sådana i förväg färdigställda handköpsförpackningar för underlättande av expeditionsarbetet, som ej är centralt standardiserade.

En något avvikande bild erhålles, om man i stället för till värdet ser till det antal recipe, som hänför sig till de olika varugrupperna (tabell 6).

En kraftig förskjutning har skett från

Tabell 5. Försäljningens fördelning på olika varugrupper i procent av värdet åren 1952—1957

	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Receptur						
Farm. specialiteter	60,7	64,4	68,2	71,9	75,8	79,1
ACO-förpackningar	4,4	4,3	4,4	4,7	4,9	4,7
Extemporeberedningar	24,7	25,2	21,6	19,4	16,9	14,5
Lösviktspreparat	10,2	6,1	5,8	4,0	2,4	1,7
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Handköp						
Farm. specialiteter	44,6	44,3	44,0	45,6	47,8	50,0
ACO-förpackningar	12,0	14,6	16,9	18,1	19,9	20,8
Övriga inläggningar	15,3	13,4	11,9	9,5	8,4	7,4
Lösviktspreparat	9,5	8,2	7,1	5,7	4,9	4,4
Tekniska artiklar m. m.	18,6	19,5	20,1	21,1	19,0	17,4
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totalt						
Farm. specialiteter	54,0	55,7	57,6	61,9	65,4	68,3
ACO-förpackningar	7,6	8,7	9,9	9,8	10,5	10,7
Extemporeberedningar	14,4	14,3	12,1	12,0	10,6	9,3
Övriga inläggningar	6,3	5,8	5,2	3,6	3,1	2,7
Lösviktspreparat	9,9	7,0	6,4	4,6	3,3	2,7
Tekniska artiklar m. m.	7,8	8,5	8,8	8,1	7,1	6,3
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fullständiga uppgifter finns för recepturen under åren 1955—1957. Övriga uppgifter är beräknade på basis av stickprov.

Tabell 6. Procentuell fördelning på olika varugrupper av antalet recipe

	1947	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Farm. specialiteter	43,0	48,6	52,0	54,9	61,0	63,3	66,7
ACO-förpackningar	20,7	6,7	7,0	7,8	10,0	10,7	10,3
Lösviktspreparat		14,9	12,2	9,7	6,0	4,0	3,1
Extemporeberedningar	36,3	29,8	28,8	27,6	23,0	22,0	19,9
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Uppgifterna för år 1947 är hämtade ur Hammarskjölds undersökning och för åren 1952—1954 beräknade på basis av stickprov.

extemporeberedningar och lösviktspreparat till standardförpackningar, främst farmacevtiska specialiteter. Denna förskjutning är större värdemässigt sett än om man ser till antalet recipe, beroende på specialiteternas högre genomsnittspris. Lösviktspreparatens — huvudsakligen apoteksberedningar — påtagliga tillbakagång sammanhänger till större delen med att de numera i regel finns att tillgå i färdiga konsumentförpackningar och i och med detta i tabellen kommer att hänföras till ACO-förpackningar. Extemporeberedningarna slutligen, har minskat både till antal och till sitt sammanlagda värde, det senare trots en väsentlig höjning av prisnivån i samband med omläggningen av medicinaltaxegrunderna fr. o. m. den 1 januari 1955.

Antalet expeditioner av olika varukategorier framgår av tabell 7.

Tabell 7. Antal expeditioner jämte procentuell fördelning på olika varukategorier (sjukhusapotek ingår ej) åren 1955 och 1956

	Antal expeditioner			
	1955		1956	
	milj. st.	%	milj. st.	%
Receptur	19,9	29,4	21,0	29,1
Farm. specialiteter	12,2	18,0	13,3	18,4
ACO-förpackningar	1,8	2,7	2,3	3,2
S:a standardförp.	14,0	20,7	15,6	21,6
Lösvikt	1,2	1,8	0,8	1,1
Extemporeberedningar	4,7	6,9	4,6	6,4
S:a övrigt	5,9	8,7	5,4	7,5
Handköp	47,9	70,6	51,1	70,9
Farm. specialiteter	15,4	22,7	16,6	23,0
ACO-förpackningar	14,8	21,8	16,0	22,2
Tekn. artiklar	8,2	12,1	8,4	11,7
S:a standardförp.	38,4	56,6	41,0	56,9
Övrigt	9,5	14,0	10,1	14,0
Totalt	67,8	100,0	72,1	100,0
Standardförp.	52,4	77,2	56,6	78,5
Övrigt	15,4	22,8	15,5	21,5

Uppgifterna beträffande handköpet är beräknade på basis av stickprov.

Medelpriset per expedition för olika varukategorier (sjukhusapoteken ingår ej) utgjorde år 1956:

	Medelpris år 1956, kr
Receptur	8,03
Farm. specialiteter	9,61
ACO-förpackningar	3,69
Standardförp. totalt	8,75
Lösvikt	4,76
Extempore	6,18
Övrigt totalt	5,96
Handköp (enl. stickprov)	1,95
Farm. specialiteter	2,89
ACO-förpackningar	1,27
Tekn. artiklar	2,14
Standardförp. totalt	2,11
Övrigt	1,36
Totalt	3,73

Det är mycket vanskligt att med någon större grad av säkerhet förutsäga, hur strukturen av apotekens omsättning framdeles kommer att gestalta sig. Den sedan länge pågående förskjutningen mot allt större andel standardförpackningar kan väntas fortsätta. En viss grad av extemporetillverkning torde emellertid komma att bestå.

D. Läkemedelsdistributionens historiska utveckling

Under senare delen av 1500-talet och förra hälften av 1600-talet inrättades i de största städerna de första apoteken i Sverige. Apotekarna, som ofta fått sin utbildning i Tyskland, fick genom av konungen utfärdade privilegier ensamrätt på försäljningen av läkemedel i dessa städer.

Genom en kunglig resolution den 16 maj 1663 utfärdades för första gången bestämmelser med krav på viss kompetens för erhållande av tillstånd att öppna apotek, respektive för erhållande av apoteksprivilegium. Genom 1688 års medicinalordningar blev formerna för apotekens inrättande och bedrivande närmare reglerade. Den, som erhållit ett privilegium, kunde sälja detta eller låta det gå i arv till person, som uppfyllde de föreskrivna kompetenskraven. År 1838 ledigförklarades för första gången ett apotek med personligt — ej säljbart — privilegium. De säljbara privilegierna har sedermera successivt avvecklats, och numera är samtliga privilegier personliga.

Redan tidigt sökte man genom enklare typer av distributionsorgan tillgodose de mindre orternas och landsbygdens behov av läkemedel. Sålunda förekom redan på 1700-talet s. k. sockenapotek, närmast motsvarande våra dagars läkemedelsförråd och vanligtvis med en prästman som föreståndare.

Tidigt tillkom, framför allt på landsbygden, även s. k. filialapotek, som förestods av farmacevter men sorterade under självständiga apotek. Filialapoteken anlades på platser, där självständiga apotek inte beräknades bli ekonomiskt bärkraftiga. Så snart förhållandena så medgav, förändrades de till självständiga apotek. Från omkring år 1870 och till mitten av 1930-talet benämndes de nyanlagda filialapoteken medikamentsförråd. Namnbytet på 1870-talet innebar samtidigt en viss organisatorisk förändring, bl. a. sänktes i vissa avseenden kraven på medikamentsförrådens utrustning.

Nedanstående tabell visar, hur antalet självständiga apotek och filialapotek förändrats under de senaste hundra åren.

Tabell 8

År	Självständiga apotek med privilegierna		Filialapotek	Summa
	säljbara	personliga		
1865	120	47	18	185
1885	25	167	53	245
1905	12	282	56	350
1925	—	381	25	406
1935	—	412	29	441
1945	—	415	40	455
1955	—	414	93	507

I början av 1900-talet tillkom de första sjukhusapoteken. Författningsmässigt reglerade blev dessa dock först år 1938. År 1957 var 14 sjukhusapotek verksamma, bortsett från militärapoteket och dess två filialer, av vilka en också fungerar som sjukhusapotek.

Genom 1890 års läkarinstruktion uppmanades provinsialläkarna att söka förmå kommunalnämnder i socknar, belägna avlägset från apotek eller medikamentsförråd, att anskaffa förråd av läke- och desinfektionsmedel, vilka skulle tillhandahållas allmänheten till inköpspris. Dessa förråd, som sålunda ägdes av kommunerna, har numera avlösts av läkemedelsförråd direkt inordnade under apoteken. Den författningsmässiga grunden för de nuvarande läkemedelsförråden tillkom år 1928, då Kungl. Maj:t bemyndigade medicinalstyrelsen att meddela apoteksinnehavare tillstånd att genom en av styrelsen godkänd föreståndare tillhandahålla läkemedel å ort, där sådant kunde finnas behövligt. Närmare föreskrifter angående läkemedelsförråd utfärdades första gången av medicinalstyrelsen år 1929.

En form av läkemedelsdistribution, som tidigt haft och alltjämt har stor betydelse för landsbygdens läkemedelsförsörjning, sker genom de s. k. medicinlådorna. I ovannämnda läkarinstruktion uppmanades provinsialläkare att främja avtal mellan apotekare och kommunalnämnder om expedition av läkemedel medelst s. k. medikamentslåda eller på annat lämpligt sätt. Distributionsformen hade dock på sina håll varit i bruk långt tidigare.

E. Nuvarande utformning av läkemedelsdistributionen

Det nuvarande civila distributionsnätets omfattning och utformning framgår av nedanstående uppställning. Uppgifterna härrör från 1956 års utgång.

Distributionsorgan	Antal		Funktioner
Apoteksinrättningar:			Beredning, lagerhållning, distribution.
Självständiga apotek	413		
Filialapotek	102		
Sjukhusapotek	14	529	
Läkemedelsförråd:			Lagerhållning, distribution.
Typ A (apoteksförråd)	20		
Typ B	525		
Typ C	93	638	
Medicinlådor och kommissionärer:			Distribution
Medicinlådor	ca 1 350		
Övr. kommissionärer	ca 200	ca 1 550	
Summa distributionsenheter		ca 2 700	

Under de senare åren har antalet apoteksinrättningar ökat. Flertalet av dessa har tillkommit i städer och de större städernas förortsområden. Nyetableringen har därvid huvudsakligen gällt filialapotek. På landsbygden har de tillkommande distributionsenheterna till övervägande del utgjorts av apoteksförråd och andra typer av läkemedelsförråd. Att filialapotek och läkemedelsförråd under senare tid inrättats i stället för som tidigare självständiga apotek får ses som en utveckling mot förenkling i syfte att hålla kostnaderna nere. Ett annat led i denna utveckling är den sänkning av kraven på de självständiga apotekens utrustning och lokaler, som skett efter det att vissa arbetsuppgifter centraliserats till apotek med distriktslaboratorium och till apotekarsocietetens centrala organ. Förenklade typer av filialapotek har också prövats, och vidare har läkemedelsförråden differentierats efter de varierande behov de har att tillgodose. En närmare beskrivning av de olika typerna av distributionsställen ges i det följande.

1. Självständiga apotek

De självständiga apoteken har sedan gammalt haft skyldighet att själva tillverka de läkemedel de tillhandahåller. I den kungörelse, som medicinalstyrelsen utgav år 1925 i samband med ikraftträdandet av farmakopéns tionde upplaga, öppnades emellertid en möjlighet till viss differentiering av apoteken. Kungörelsen innehåller nämligen följande stadgande:

»Beredningar av ifrågavarande art, som icke eller endast med svårighet kunna framställas med de apparater och redskap, som det åligger apoteken att innehava, eller ock äro omständliga att framställa och samtidigt hava ringa åtgång må dock inköpas från annan apoteksföreståndare, som har att ställa sig svenska farmakopéns föreskrifter till efterrättelse.»

Ett organiserat samarbete mellan apoteken i detta avseende genomfördes efter några års försöksverksamhet av apokarsocieteten år 1946, då de s. k. distriktslaboratorierna tillkom. Detta behandlas närmare i kapitel VII i detta betänkande. I samband med att nu gällande farmakopéupplaga trädde i kraft år 1948, utgav medicinalstyrelsen den s. k. utrustningskungörelsen (MF 1947 nr 75). I denna kungörelse har, som logisk följd av den inträdda differentieringen i apotekens uppgifter, föreskrifterna om apotekens obligatoriska utrustning givits en mera allmänt hållen formulering än tidigare. Å *varje apotek* skall »ändamålsenlig och tillräcklig utrustning för utförande av beredningar i receptur och defektur» finnas tillgänglig. »Självständigt apotek skall förfoga över den laboratorieutrustning, som är erforderlig för den verksamhet, det bedriver.» Apotek, »vilket må inköpa beredningar annorstädes än från apotek», skall vara utrustat med samtliga i farmakopén upptagna apparater, redskap, reagenser m. m., som erfordras för läkemedlens undersökning. Denna bestämmelse avser apotek, »där medicinalstyrelsen prövat framställning av beredningar för regelmässig försäljning till andra apotek kunna lämpligen äga rum». Sådant tillstånd har medicinalstyrelsen hittills med ett undantag endast meddelat åt apotek, utrustat med distriktslaboratorium.

Kungörelsen öppnade också möjligheter för en centraliserad råvarukontroll, och en sådan genomfördes vid apotekens kontrollaboratorium. Denna centralisering har möjliggjort inskränkningar i apotekens utrustning för läkemedelskontroll och har säkerligen medfört avsevärd personalbesparing i jämförelse med tidigare förhållanden.

En annan faktor av stor betydelse för utvecklingen beträffande apotekens behov av utrustning och lokaler är den pågående förskjutningen i varusortimentet mot allt större andel färdigförpackade läkemedel. Denna utveckling, som närmare belysts i ett föregående avsnitt, har tillsammans med tillverkningscentraliseringen i hög grad bidragit till att apotekslokalerna icke behövt utvidgas tillnärmelsevis i den takt, som omsättningsutvecklingen annars otvivelaktigt skulle ha fordrat.

I och med den angivna utvecklingen mot en förenkling i utrustningshänseende hos större delen av de självständiga apoteken har skillnaden mellan dessa apotek och filialapoteken i fråga om lokal- och utrustningsbehov minskat. Vissa skillnader kvarstår dock alltjämt. Även om i ett och annat fall gjorda försök visar, att självständiga apotek under speciella omständigheter helt kan slopa laboratorieverksamheten, visar dock erfarenheten lämpligheten av att de enklare lagerberedningarna fortfarande framställes på de enskilda apoteken. Transportkostnaderna torde beträffande dessa varor bli allt för höga vid en fullständig centralisering.

Medicinalstyrelsen utövar ett visst inflytande på apoteksinrättningarnas utformning och utrustning. Vid nyanläggning av apotek liksom vid ombyggnad av gamla har apoteksinnehavaren att till styrelsen insända ritningar för godkännande. De nya eller ändrade lokalerna skall avsynas och av styrelsen godkännas för sitt ändamål. Vissa generella bestämmelser angående apotekens utrustning är fastställda i den tidigare nämnda utrustningskungörelsen.

2. Filialapotek

Filialapoteken är i administrativt och ekonomiskt hänseende knutna till självständiga apotek. Medicinalstyrelsen beviljar apoteksinnehavare tillstånd att driva filialapotek och förordnar efter förslag av innehavaren föreståndare. Föreståndaren är alltid en person med farmacevtisk examen, apotekare eller receptarie.

I expeditionshänseende fungerar filialapotek på samma sätt som ett självständigt apotek. I varje fall om föreståndaren har apotekarexamen torde filialapoteket i princip kunna erbjuda allmänhet och läkare samma service som det självständiga apoteket. Trots att sålunda filialapotek får anses hålla en service som är likvärdig med ett självständigt apoteks synes ifrågasatta förändringar av små apotek till filialapotek ha mött starkt motstånd från kommunala organ. Bakgrunden härtill torde bland annat ha varit, att man befarat mindre intresserad skötsel från en anställd föreståndares sida än från en apoteksinnehavares samt risk för tätare byten av apoteksföreståndare.

Samarbetet mellan moder- och filialapotek beträffande administration och läkemedelskontroll gör att lokaler och utrustning för dessa funktioner i stort sett kan undvaras på de flesta filialapotek. Lagerlokalerna kan vidare hållas mindre på filialapoteken. Driften av ett filialapotek har på grund av de anförda omständigheterna i allmänhet bedömts bli något billigare än driften av ett självständigt apotek av motsvarande storlek. I ett stort antal fall förestås dessutom numera filialapoteken ej av legitimerade apotekare utan av receptarier, varigenom lönekostnaderna blir lägre.

Antalet filialapotek har under åren 1947—1956 ökat väsentligt. Sålunda ökade antalet under denna period med 52, samtidigt som antalet självständiga apotek minskade med 3. Under tiden öppnades 4 nyanlagda självständiga apotek, varjämte 5 filialapotek förändrades till självständiga apotek. 12 tidigare självständiga apotek förändrades till filialapotek. De apotek, som förändrats till filialapotek, är samtliga små, och den närmaste orsaken till förändringen har varit, att de icke ansetts kunna ge innehavaren skäliga inkomster.

Tidigare anlades filialapotek praktiskt taget endast på landsbygden och på sådana orter, där befolkningsunderlaget icke kunde beräknas inom nära framtid bli av sådan storleksordning, att ett självständigt apotek skulle uppnå tillräcklig omsättning för att kunna ge innehavaren någorlunda tillfredsställande villkor. Under senare år har — som tidigare nämnts — filialapotek i stor utsträckning anlagts även i städerna. Endast i få fall, där befolkningsunderlaget redan från början varit tillräckligt stort, har självständiga apotek nyanlagts. Vid inrättande av filialapotek i städerna har medicinalstyrelsen ofta fastställt att omprövning av apoteksinrättningens karaktär skulle ske efter ett antal år. I många fall har sådan omprövning dock skett tidigare i samband med att moderapoteket bytt innehavare. Genom att i första hand in-

rätta nya apotek som filialapotek har man undgått de ekonomiska svårigheter som driften av ett nyinrättat självständigt apotek med låg omsättning under den första tiden kan medföra för innehavaren. Man får också genom att avvakta apoteksinrättningens utveckling under de första åren en betydligt säkrare uppfattning om dess utvecklingsmöjligheter än vad prognoser före inrättandet kan ge.

Beslut om inrättande, nedläggande eller förflyttning av självständiga apotek fattas av Kungl. Maj:t under det att motsvarande beslut beträffande filialapotek fattas av medicinalstyrelsen. Besluten, som i båda fallen föregås av utredning, innebär en vägning mellan sociala och ekonomiska synpunkter. Självfallet utesluter icke det förhållandet, att ett blivande apotek inte kan beräknas komma att bära sina kostnader, att det anlägges. Kollektiviseringen av apoteksväsendet avser ju bl. a. att åstadkomma en kostnadsutjämning, som skall medge drivandet av icke bärkraftiga enheter. Å andra sidan måste stor hänsyn tagas till ekonomiska förhållanden, som ju i sista hand avgör läkemedlens prissättning. Under de senaste åren synes beslut om nya filialapotek på landsbygden i allmänhet ha fattats först då man kunnat förvänta en omsättning av minst 150 000 kronor per år. I städerna, där de sociala skälen för inrättande av nya apotek i allmänhet icke är lika starka, synes kraven ha ställts betydligt högre. Filialapotekens kostnader varierar givetvis starkt, beroende bl. a. på försäljningens struktur och organisation, lokalkostnaderna och personalens sammansättning. Apotekarsocieteten har på läkemedelskommitténs begäran genomfört en undersökning av kostnaderna på ett antal filialapotek under år 1956. I tabell 9 har vissa resultat av

Tabell 9. Vissa filialapoteks kostnader under år 1956

Filialapotek nr	Omsättning kronor	Varukostnad kronor[1]	Bruttovinst kronor	Omkostnader på filialapoteket, kronor		Omkostnader på moderapoteket, kronor	Summa omkostnader, kronor	Omkostnader i % av omsättningen		Överrespektive underskott kronor
				Samtliga	därav löner			Samtliga	därav filialapotekens löner	
1	93 735	58 425	35 310	49 031	31 493	2 592	51 623	55,1	33,6	— 16 313
2	94 172	61 424	32 748	53 940	39 454	300	54 240	57,6	41,9	— 21 492
[2]3	127 744	88 235	39 509	45 890	25 740	2 544	48 434	37,9	20,1	— 8 925
4	192 938	123 864	69 074	84 666	59 931	1 092	85 758	44,4	31,1	— 16 684
5	235 592	142 057	93 535	89 278	60 973	2 724	92 002	39,1	25,9	1 533
[2]6	243 631	[3]120 983	122 648	66 603	43 860	4 404	71 007	29,1	18,0	[3]51 641
[2]7	279 905	[3]128 486	151 419	92 627	76 289	3 240	95 867	34,2	27,3	[3]55 552
8	324 227	219 244	104 983	112 745	81 436	1 368	114 113	35,2	25,1	— 9 130
9	326 338	201 260	125 078	106 518	77 237	2 016	108 534	33,3	23,7	16 544
10	654 661	379 731	274 930	230 782	179 053	7 596	238 378	36,4	27,4	36 552
11	704 750	436 480	268 270	179 654	148 551	11 436	191 090	27,1	21,1	77 180

[1] Bokförda värden.

[2] Förenklat filialapotek.

[3] Filialapoteken nr 6 och 7 visar ovanligt låga varukostnader. Eftersom inventeringar ej företagits, kan den exakta varukostnaden ej anges. Om en beräknad varukostnad motsvarande den genomsnittliga för apoteken gällande procentsatsen användes, blir överskotten för nr 6 cirka 18 tusen kronor och för nr 7 cirka 7 tusen kronor.

Tabell 10. Filialapotekens föreståndare

Vid utgången av år	Antal filialapotek	Föreståndare			
		leg. apotekare		receptarier	
		antal	%-andel	antal	%-andel
1941	36	23	64	13	36
1946	47	31	66	16	34
1951	76	58	76	18	24
1956	102	56	55	46	45
1957	106	51	48	55	52

denna undersökning sammanställts. Det framgår av sammanställningen, att kostnadstäckning uppnås först vid relativt stora enheter.

De valda undersökningsobjekten utgör i och för sig inte med säkerhet ett representativt stickprov, då de fått väljas bland de relativt få filialapotek, vars kostnader med nuvarande redovisningsregler kunnat särskiljas ur moderapotekets bokföring. De torde trots detta kunna ge vägledning för bedömning av rådande förhållanden. Förutom att de representerar olika storlekar har de också valts med hänsyn till att olika typer av orter borde medtagas. Varukostnaderna är de bokförda, då inventering endast i undantagsfall skett både vid årets början och slut. Lönekostnaderna har beräknats efter medellönerna för olika personalkategorier. Pensionskostnader har dock ej medtagits. Moderapotekets kostnader för administration, skickningar och frakter hänförliga till filialapoteket har upptagits bland filialapotekets omkostnader.

Filialapoteken omsatte sammanlagt under år 1956 19,4 milj. kronor, d. v. s. cirka 7 procent av den totala omsättningen på rikets apotek. Omsättningsstorleken varierade mellan ungefär 50 000 och 700 000 kronor (bortsett från ett filialapotek med mycket stora sjukhusleveranser) och utgjorde i medeltal cirka 180 000 kronor (medianvärde 147 000 kronor). På landsbygden belägna filialapotek varierade i storlek mellan 50 000 och 400 000 kronor.

De allra flesta filialapoteken har endast en person — föreståndaren — med farmacevtisk examen anställd. Tidigare förestods filialapoteken nästan genomgående av leg. apotekare. Som framgår av ovanstående tabell har utvecklingen här gått mot allt större antal receptarier som föreståndare, även relativt sett. Förskjutningen torde delvis bero på svårigheter att erhålla leg. apotekare som föreståndare men kan även till en del förklaras av att filialapotek som anlagts på samma ort som moderapotek ansetts kunna skötas av receptarie.

3. Filialapotek av förenklad typ

Under senare år har försök gjorts med förenklade filialapotek. Försöksverksamheten har möjliggjorts genom att medicinalstyrelsen medgivit undantag från de generella reglerna angående apoteks utrustning och lagerhållning. Den har genomförts av enskilda apotekare i nära samarbete med styrelsen och apotekarkårens centrala organ. Det första försöket gjordes år 1951 vid inrättandet av filialapoteket Ärlan i Gröndal i Stockholm. Från början lagerhölls på detta endast färdigförpackade läkemedel. All extemporeberedning utfördes på det närbelägna moderapoteket. Vissa olägenheter med systemet visade sig emellertid snart. Förbindelserna

med moderapoteket var visserligen mycket täta, men väntetiden för allmänheten blev, även då det gällde enkla uppvägningar i receptur och handköp, trots detta relativt lång. Man anskaffade därför en våg samt efter en utförd frekvensundersökning ett hundratal råvaror, halvfabrikat och lösviktsspecialiteter till filialapoteket. Det visade sig, att man efter kompletteringen med denna billiga och relativt föga utrymmeskrävande utrustning kunde expediera cirka 90 procent av samtliga inkommande recept. Kostnadsökningen torde väl ha uppvägts av att skickningsturerna mellan moder- och filialapotek kunde inskränkas väsentligt. Alltjämt sändes dock recept medförande extemporeberedning av piller, salvor och liknande till moderapoteket. Gröndalsapoteket har följts av andra på liknande sätt organiserade filialapotek. Relativt stora omsättningar har på dessa kunnat bemästras inom små lokaler.

Skillnaden mellan de vanliga filialapoteken och de förenklade består sålunda främst däri, att på den senare typen tillverkningsutrustningen är mycket förenklad och lagerhållningen av råvaror som en följd därav starkt begränsad. Därjämte lagerhålles i regel ett mindre antal standardförpackade läkemedel än på andra typer av apoteksinrättningar. Sålunda har enligt undersökningar företagna på två filialapotek av förenklad typ i Stockholm antalet artiklar av standardförpackade läkemedel uppgivits vara cirka 2 300 i ena och 1 800 i andra fallet. Härvid har varje förpackningsstorlek räknats som särskild artikel, varför antalet läkemedel är mindre. Trots detta har på de ifrågavarande apoteken över 90 procent av inkommande recept kunnat expedieras direkt utan anlitande av moderapoteket. Som jämförelse kan nämnas, att det på dylikt sätt beräknade totala antalet artiklar av standardförpackade läkemedel torde utgöra 7 à 8 tusen samt att de självständiga apotekens hela sortiment — avseende samtliga varugrupper — varierar från cirka 3 500 för de minsta till cirka 8 000 artiklar för de största apoteken.

4. Läkemedelsförråd, medicinlådor och kommissionärer

Nu gällande bestämmelser rörande läkemedelsförråd har utfärdats av medicinalstyrelsen genom kungörelse den 21 juni 1955. Läkemedelsförråden har därvid indelats i tre olika kategorier: läkemedelsförråd av typ A, B och C. De tre förrådstyperna kan i korthet karakteriseras på följande sätt. Läkemedelsförråd typ A, som även benämnes apoteksförråd, har formen av en mindre butik i särskild av apoteksinnehavaren förhyrd lokal och med av denne anställd föreståndare. Förråd av typ B däremot drives i samband med annan verksamhet av person, som mot provision sköter försäljningen av varorna, exempelvis handlande, distriktssköterska, poststationsföreståndare etc. Läkemedelsförråd av typ C utgöres helt enkelt av en transportabel låda innehållande ett 20-tal läkemedel, placerad hos en handlande eller annan, som mot provision sköter försäljningen. En närmare beskrivning av de tre typerna av läkemedelsförråd lämnas i det följande.

Apoteksförråd inrättades första gången år 1950 och då under benämningen apoteksfilialer. Namnlikheten med filialapoteken orsakade emellertid missförstånd, varför namnet ändrades i ovannämnda kungörelse.

Apoteksförråden tillkom i första hand på orter där tidigare läkemedelsförråd av vanlig typ, nuvarande typ B, varit inrättade och vuxit till sådan storlek, att en förbättrad service ansågs erfor-

derlig, men där tillräckligt underlag för ett filialapotek saknades. Detta gällde framför allt en del områden med ett befolkningsunderlag av cirka 3 000—5 000 personer.

Apoteksförråd inrättas i för ändamålet avsedd särskild lokal, som förhyres av apoteket. Ritningar till lokalen skall ha godkänts av medicinalstyrelsen. Förrådet förestås av en av medicinalstyrelsen förordnad apotekstekniker, som skall ha tämligen lång apotekstjänstgöring bakom sig. För apoteksförråden liksom för andra läkemedelsförråd gäller beträffande läkemedel, att endast standardförpackade sådana eller på apoteken iordningställda förpackningar av lösviktsvaror får lagerhållas. Ingen som helst uppvägning eller beredning av läkemedel får sålunda förekomma. På dessa förråd finnes i regel förutom ett handköpssortiment även receptbelagda läkemedel i enlighet med en förteckning, som uppgjorts i samarbete mellan läkaren på orten och apoteksinnehavaren och som skall ha tillställts medicinalstyrelsen för kännedom. Dessa läkemedel levereras från apoteket till förrådet i färdiga förpackningar, försedda med föreskrift om användningssätt, läkarens och den expedierande farmacevtens namn etc. Detta innebär att förrådet har ett lager av i förväg av farmacevt signerade läkemedelsförpackningar, vilka utlämnas efter läkarens recept. Receptbelagda apoteksvaror, som ej finns på den nyssnämnda förteckningen, måste däremot rekvireras och erhållas från moderapoteket. Genom apoteksförrådets anknytning till apoteket har apoteksinnehavaren möjligheter att utöva direkt ledning och kontroll av dess verksamhet. Antalet receptbelagda läkemedel, som högst får lagerhållas på ett apoteksförråd har av medicinalstyrelsen fastställts till 125. Handköpsläkemedel får i obegränsad omfattning lagerföras på apoteksförrådet.

Några apoteksförråd har inrättats i förortsområden inom de större städerna. På dessa förråd har det visat sig svårt att lagerhålla receptbelagda läkemedel med hänsyn till att recepten kommer från ett flertal läkare för vilkas förskrivningsvanor med nuvarande ordning skulle behöva uppläggas flera olika läkemedelsförteckningar. Av denna anledning har handköpsförsäljningen här en i förhållande till totala försäljningen mera framträdande plats än på andra apoteksförråd.

Läkemedelsförråd av typ B är den traditionella förrådstypen, som sedan år 1928 efter medicinalstyrelsens medgivande inrättats av apotekare hos enskilda, därför lämpade personer, t. ex. hos distriktssköterskor, poststationsföreståndare, handlande etc. Föreståndaren förordnas av medicinalstyrelsen efter förslag av apoteksinnehavaren. Lämplighetsintyg från tjänsteläkare erfordras därvid. B-förrådet får lagerföra 50 receptbelagda läkemedel och 50 handköpsläkemedel. För de receptbelagda läkemedlen gäller samma föreskrifter som i fråga om apoteksförråd, d. v. s. de skall finnas upptagna på särskild med läkare överenskommen förteckning. Förutom läkemedel saluföres genom förråden ofta förbands- och sjukvårdsartiklar m. m. Föreståndarna fungerar också ofta som kommissionärer, d. v. s. vidarebefordrar allmänhetens rekvisitioner och recept, som icke direkt kan expedieras av förrådet, till apoteket.

Enligt uppgift har B-förråd tidigare inrättats, då man beräknat befolkningsunderlaget till minst 1 000 personer och avståndet till närmaste apotek varit minst 15 km. På senare år tycks dock dessa regler ha mildrats i några fall.

Läkemedelsförråd av typ C har efter en tids försöksverksamhet för första gången författningsmässigt reglerats genom medicinalstyrelsens ovan nämnda kungörelse från juni 1955.

Förrådstypen är i första hand tillkommen för att förbättra läkemedelsförsörjningen för mindre orter med isolerat läge och stort avstånd till eller dåliga förbindelser med närmaste apotek. För att möjliggöra en kontinuerlig kontroll till rimliga kostnader skall de läkemedel som finns kvar osålda varje månad insändas till apoteket för översyn, varjämte komplettering av förrådet sker. I praktiken har förråden två uppsättningar läkemedel, varigenom försäljning kan ske utan avbrott för byte.

C-förrådets sortiment av läkemedel är begränsat till 20 icke receptbelagda apoteksvaror. Utöver dessa läkemedel får apoteksinnehavaren genom förrådet tillhandahålla förbands- och sjukvårdsartiklar m. m.

Föreståndaren förordnas av medicinalstyrelsen efter förslag av apoteksinnehavaren. Tjänsteläkare skall dessförinnan intyga vederbörandes lämplighet härför.

Medicinlådor och kommissionärer. Av stor betydelse för läkemedelsförsörjningen på landsbygden är de s. k. *medicinlådorna.* Lådorna sändes regelbundet, vanligast en gång per dag, mellan apoteket och en person i den ort, som medicinlådan skall betjäna. Allmänheten kan lämna sina recept och rekvisitioner antingen direkt till apoteket eller också till den som har hand om medicinlådan och sedan hämta sina läkemedel hos denne. Varorna emballeras separat för varje kund och lämnas ut från lådan utan att paketen öppnas. Ingen lagerhållning förekommer i samband med medicinlådor. Fraktkostnaden betalas av apoteket, men en avgift av 25 öre uttages vid varje expedition.

Tabell 11. Medicinlådornas fördelning på apoteken år[1] 1956

Antal lådor per apotek	Antal apotek	Summa medicinlådor
0	133	0
1	39	39
2	45	90
3	40	120
4	42	168
5	31	155
6	20	120
7	15	105
8	6	48
9	8	72
10	12	120
11	4	44
12	7	84
13	4	52
14	2	28
15	2	30
16	2	32
18	1	18
22	1	22
26	1	26
	415	1 373

[1] Ett mindre antal medicinlådor var i funktion endast en del av året.

Ovanstående tabell visar, hur medicinlådorna fördelas på olika apotek. Med apotek avses i tabellen i förekommande fall moderapotek inklusive filialapotek.

Utnyttjandegraden varierar mycket mellan de olika medicinlådorna. Enligt en utförd stickprovsundersökning befordrar hälften av lådorna mindre än 65 paket per månad. I medeltal är paketantalet cirka 100 per månad.

Antalet *kommissionärer* utan samband med medicinlåda är relativt litet. Många av dem återfinnes i städernas ytterområden, i vilket fall apoteket ofta självt transporterar försändelserna till kommissionären.

Kostnadsförhållanden. Apotekarsocieteten har på läkemedelskommitténs hemställan verkställt en sammanställ-

Tabell 12. Vissa apoteksförråds (A-förråds) kostnader under år 1956

Apoteksförråd nr	Omsättning	Räntor[1]	Avskrivningar[2]	Löner (förråd)[3]	Löner (apotek)[4]	Hyra	Frakter	Övriga omkostnader	S:a omkostnader	Omkostnader i % av omsättningen
1	60 188	963	750	10 861	2 988	2 100	444	1 489	15 595	31,5
2	65 444	631	290	10 819	3 732	2 700	384	1 815	20 371	30,0
3	87 460	789	700	11 145	10 008	2 680	588	859	26 769	30,6
4	88 604	597	400	15 817	5 520	2 023	2 160	2 025	28 542	31,5
5	90 483	850	300	14 075	8 784	1 400	732	1 887	28 028	30,6
6	95 894	1 259	900	12 096	9 696	4 926	3 216	4 224	36 317	37,4
7	129 049	1 700	1 375	15 811	[5]2 808	3 166	600	2 023	27 476	[5]20,8

[1] Räntorna har beräknats efter 6 %.
[2] Avskrivningar har antagits ske med 5 % av inventariernas anskaffningsvärde per år.
[3] Lönerna är beräknade enligt medellöneprincipen men utan beaktande av pensionskostnader.
[4] Vid beräkning av lönekostnaderna på moderapoteket har endast det direkta expeditionsarbetet samt administrativt arbete för förrådets räkning beaktats. Iordningställandet i receptur av läkemedel, inläggnings- och laboratoriearbete m. m. har sålunda ej medtagits.
[5] Apoteksinnehavaren tjänstgör ett par timmar per dag på förrådet utan att kostnaden härför medräknats.

Tabell 13. Vissa B-förråds kostnader under år 1956

B-förråd utan medicinlåda nr	Omsättning	Därav medicinlåda	Provisioner	Inspektioner	Frakt	Räntor	Avskrivningar	Löner (apotek)	S:a omkostnader	Summa omkostnader i % av omsättningen
1	7 854		1 047	55	240	50	25	420	1 837	23,4
2	8 616		745	5	192	34	15	1 188	2 179	25,3
3	21 429		1 667	90	516	39	25	1 968	4 305	20,1
4	45 321		3 750	140	480	73	20	4 884	9 347	20,6
5	47 401		4 740	100	1 140	21	—	3 576	9 577	20,2
6	53 959		4 917	82	360	216	60	6 360	11 995	22,5
B-förråd med medicinlådor nr	(oms. inkl. medicinlådan)							*		
1	10 043	6 423	398	15	564	12	—	60	1 049	10,4
2	28 380	15 000 (ca)	2 424	47	252	42	—	1 308	4 073	14,3
3	44 898	16 591	3 437	150	1 100	120	—	552	5 359	11,9
4	54 227	32 462	4 146	13	192	105	75	1 068	5 599	10,3
5	63 900	47 100	1 680	150	1 356	51	10	1 656	4 903	7,7
6	84 866	45 896	6 226	60	1 392	73	25	2 436	10 212	12,0

* I de angivna lönekostnaderna för apoteket ingår ej de kostnader, som är förbundna med sändningarna genom medicinlådorna.
I tillämpliga delar bör kommentaren till tabell 12 beaktas.

ning av kostnaderna på ett antal apoteksförråd samt B-förråd. Det sammanställda siffermaterialet redovisas delvis i tabellerna 12 och 13. De enskilda kostnadsposternas storlek varierar starkt från förråd till förråd. En klar skillnad i total kostnadsnivå kan emellertid urskiljas dels mellan apoteksförråden och B-förråden, dels också mellan B-förråd med och utan medicinlåda. På apoteksförråden håller sig kostnaderna omkring 30 procent av om-

sättningen, på B-förråden utan medicinlåda omkring 20 procent av omsättningen och på B-förråd med medicinlåda slutligen omkring 10 procent av den sammanräknade omsättningen i förråd och låda (se härom vidare under läkemedelsförråd typ B).

Bland utgiftsposterna återfinnes kostnader för frakter och för arbete på moderapoteket för båda förrådstyperna. På jämnstora förråd kan man vänta sig, att dessa kostnader skall vara av samma storleksordning oavsett förrådets typ. Båda typerna har också räntekostnader och avskrivningar, men dessa kostnader är av helt annan storleksordning på apoteksförråden än på B-förråden. Mot B-förrådens provisionskostnader, slutligen, svarar på apoteksförråden löne- och hyreskostnaderna.

Kostnaderna för arbete i receptur på moderapoteket har ej medtagits bland de i tabellerna redovisade förrådens kostnader.

I viss mån kan kostnadsskillnaden mellan apoteksförråden och B-förråden minskas därigenom, att de förra kan fungera som teknisk affär vid sidan av sin huvudfunktion utan att behov av lokal- eller personalökning därigenom uppstår. Omsättningen kan därför i vissa fall väntas stiga vid förändring av B-förråd till apoteksförråd.

Den lägre redovisade kostnaden för B-förråd med medicinlåda torde knappast äga motsvarighet i verkligheten och beror sannolikt på att moderapotekets lönekostnader för expeditionsarbete med medicinlådan icke kunnat redovisas i tabellen. Själva läkemedelsförrådens kostnader ligger i dessa fall troligen på i stort sett samma relativa nivå som på förråd utan låda, d. v. s. omkostnadsprocenten ligger i allmänhet i närheten av 20.

Hela den kostnad, som sålunda redovisats för förråden, kan ej betecknas som merkostnad. Även varornas expedition över disken på apoteket skulle nämligen ha medfört kostnader, vilka vid en bedömning på lång sikt bör beaktas. Dessa kostnader motväger nämligen i viss mån de merkostnader, som uppstår vid försäljning genom förråd.

För medicinlådorna kan frakt- och provisionskostnaderna i sin helhet betraktas som merkostnader för apoteken. Vissa apotek håller ett stort antal medicinlådor. Exempel finnes på apotek där endast en mindre del av omsättningen utgöres av försäljning över disk, under det att huvuddelen av försäljningen sker genom medicinlådor och läkemedelsförråd.

F. Apotekens öppethållande, nattjänst m.m.

Apoteken indelas beträffande öppethållandet i fem grupper vilka är betecknade A till E. Verkliga antalet grupper är dock sex, ty apoteken i gruppen E är i sin tur uppdelade i två kategorier. De generella öppethållandebestämmelserna återges i det följande. För vissa apotek finns specialbestämmelser som innebär mindre avvikelse från de angivna tiderna. Detta gäller t. ex. för ett 40-tal apoteksinrättningar — på vilka föreståndaren är ensam farmacevt — där lunchstängning tillämpas.

Grupp A. Apotek inom denna grupp skall hållas tillgängliga för expedition vardagar kl. 9—18 och vardag före sön- och helgdag kl. 9—17, medan apoteket hålles stängt på övriga tider. Anslag skall finnas vid apotekets ingång med uppgift om när person med farmacevtisk examen kan träffas.

Grupp B. Apotek inom denna grupp skall hållas tillgängliga för expedition vardagar kl. 8—19 och vardag före sön- och helgdag kl. 8—18. Under övrig tid hålles apoteket endast tillgängligt för

expeditionen av »brådskande» recept och rekvisitioner samt av förbandsartiklar. Då apoteket sålunda endast behöver vara tillgängligt för viss expedition, skall den vakthavande *antingen* vara tillstädes å apoteket *eller* infinna sig där senast inom en timme efter erhållen kallelse. Befinner sig vakthavanden icke på apoteket skall dels dess nattväntrum vara olåst, upplyst efter mörkrets inbrott samt försett med iögonenfallande anslag, upptagande, därest vakthavanden vistas i apotekets omedelbara grannskap, den adress, varunder han kan anträffas, men i annat fall därjämte meddelande om hans för tillfället gällande telefonnummer samt var närmast tillgängliga telefon är belägen, varifrån vakthavanden kan tillkallas, dels ock sådana anordningar vara vidtagna, att till apoteket inkommande telefonsamtal kopplas till vakthavanden eller att vederbörande telefonstation vid sådan telefonpåringning lämnar uppgift om nyssnämnda adress och telefonnummer.

Grupp C. Apotek inom denna grupp skall hållas tillgängliga för all expedition vardagar kl. 8—22 samt sön- och helgdagar kl. 9—14. Under övriga tider gäller samma bestämmelser, som finns refererade under grupp B.

Grupp D. Apotek inom denna grupp alternerar, så att endast ett apotek i orten är tillgängligt för expedition nattetid samt sön- och helgdagar. Det apotek som har jourtjänst skall hållas tillgängligt för all expedition vardagar kl. 8—22 samt sön- och helgdagar kl. 9—22. Under övriga tider gäller samma bestämmelser, som finns refererade under grupp B.

Grupp E. Denna grupp omfattar år 1958 apotek i Stockholm, Göteborg, Malmö, Hälsingborg, Jönköping, Lund, Borås, Gävle och Karlstad, i förekommande fall med förorter. Vissa apotek är *fasta nattapotek*. Dessa skall hållas tillgängliga för all expedition vardagar kl. 8—22 samt sön- och helgdagar kl. 9—22. Under övriga tider behöver de endast vara tillgängliga för viss expedition. I Borås, Gävle och Karlstad kan jourtjänsten fullgöras på det sätt som refererats under grupp B, medan i övriga städer vakthavande farmacevt skall finnas på apoteket. Övriga apotek inom denna grupp skall hållas tillgängliga för all expedition vardagar kl. 8—19 samt vardag före sön- och helgdag kl. 8—18. Under övriga tider hålles apoteken stängda.

Tabell 14. Apoteksinrättningarnas fördelning år 1957 med hänsyn till söndags- och nattjänstens omfattning

	I städer	På landsbygd	Summa
Grupp A....	13	214	227
» B....	62	30	92
» C....	19	0	19
» D....	51	0	51
» E nattapotek	15	0	15
övriga	100	3	103
	260	247	507

Antalet apotek år 1957 i varje grupp framgår av ovanstående uppställning.

I detta sammanhang bör omnämnas, att läkarna vid sina sjukbesök i regel medför läkemedel för det akuta behovet.

Kostnaderna för söndags- och nattjänst. På läkemedelskommitténs hemställan har apotekarsocieteten företagit en undersökning av det ekonomiska resultatet av söndags- och nattjänsten. En redovisning finns i tabell 15.

Undersökningen företogs under maj månad 1957 och med ledning av de resultat man erhöll gjordes beräkningar avseende hela året.

Den i tabellen angivna omsättningen avser den försäljning som ägt rum såväl på söndagar som på kvällar och nätter under övriga dagar.

Tabell 15. Det ekonomiska resultatet av söndags- och nattjänst på vissa apotek under år 1957

Beräkningarna är baserade på stickprov under maj månad

Typ av nattjänst	Apotek nr	Omsättning			Bruttovinst			Fasta kostn.	Löner			Resultat		
		Sönd.	Nätter	Total	Sönd.	Nätter	Total	Nätter	Sönd.	Nätter	Total	Sönd.	Nätter	Total
I														
Nattapotek (Grupp E)														
	1	81 220	109 668	190 888	30 051	40 577	70 628	1 789	12 502	36 500	49 002	17 549	2 288	19 838
	2	56 730	71 719	128 449	20 990	26 536	47 526	1 909	8 522	33 941	42 463	12 468	— 9 314	3 154
	3	35 836	142 737	178 573	13 259	52 812	66 071	2 026	8 714	40 493	49 207	4 545	10 293	14 838
	4	26 226	80 497	106 723	9 701	29 784	39 485	1 818	7 518	35 909	43 427	2 183	— 7 943	— 5 760
II														
Alterneringsapotek (Grupp D)														
a) Hel nattvakt (6 mån. per år)..	5	19 375	42 061	61 436	7 166	15 564	22 728	978	5 224	12 775	17 999	1 941	1 808	3 750
(3 mån. per år)..	6	7 703	18 086	25 789	2 851	6 691	9 542	1 358	1 767	9 236	11 003	1 084	— 3 903	— 2 819
b) viss tjänstg. å apot. +passn. (6 mån. per år)..	7	12 462	21 989	34 451	4 610	8 136	12 746	1 230	3 852	8 760	12 612	758	— 1 855	— 1 097
(6 mån. per år)..	8	10 013	27 099	37 113	3 709	10 026	13 735	1 230	3 798	9 956	13 753	— 89	— 1 160	— 1 249
(6 mån. per år)..	9	15 190	16 813	32 003	5 622	6 220	11 842	1 062	3 502	7 647	11 149	2 120	— 2 489	— 369
III														
Apotek utan alternering														
a) Viss tjg. å apot. +passn. (Grupp C)	10	12 599	12 077	24 676	4 652	4 469	9 121	1 577	3 937	13 585	17 522	715	— 10 693	— 9 978
	11	25 334	22 099	47 433	9 385	8 175	17 560	1 661	6 048	14 961	21 009	3 337	— 8 447	— 5 110
	12	5 176	7 994	13 170	1 908	2 959	4 867	314	3 032	11 133	14 165	— 1 124	— 8 488	— 9 612
b) Enbart passning (Grupp B) ...	[1]13	3 410	353	3 763	1 262	131	1 393	318	1 897	4 665	6 562	— 635	— 4 852	— 5 487
	14	1 719	6 631	8 350	636	2 453	3 089	235	1 737	5 942	7 679	— 1 101	— 3 724	— 4 825
	15	1 446	4 892	6 338	535	1 810	2 345	754	791	6 075	6 866	— 256	— 5 019	— 5 275

[1] Är även öppet 4 tim. på söndagar.

Bruttovinsten har erhållits genom en beräkning grundad på antagande om att varukostnaden varit 63 procent av försäljningsvärdet.

I tabellen finns en särskild kolumn för fasta kostnader, varmed avses i första hand kostnader för hållande av nattvaktsrum. Vid beräkningen av lönekostnader har aktuella medellöner använts. För all farmacevtisk personal har beräkningarna av lönen baserats på medellön för receptarie, trots att leg. apotekare i viss, mindre utsträckning deltager i här ifrågavarande arbete. Vidare har kostnader för på vardagarna utförda förberedelsearbeten för söndags- och nattjänst ej medtagits.

De lämnade resultaten får närmast ses som exempel och generaliserande slutsatser får dras endast med försiktighet. I stort sett synes dock materialet ge vid handen att söndags- och natttjänsten lämnar underskott. En uppdelning i söndags- respektive nattjänst tyder på att den förra lämnar något överskott, medan underskotten beror på nattjänsten.

G. Förbättring av läkemedelsförsörjningen på vissa orter

Genom de senaste decenniernas starka ökning av folkmängden särskilt i de större städerna har bostadsbebyggelsen ökat i städernas ytterområden och de närmast omgivande förorterna. Härigenom har i dessa områden uppstått problem beträffande allmänhetens tillgång till läkemedel, och apoteksinrättningar har därför öppnats i viss utsträckning i områdena ifråga. Erfarenheten har emellertid visat att en stor del av de läkemedelsinköp som den i ytterområdena bosatta befolkningen företagit har skett i stadens centrala delar, trots att apoteksinrättning funnits i bostadsområdet. Bland annat av dessa orsaker har man ansett det vara nödvändigt med ett väsentligt större befolkningsunderlag för att apoteksinrättning skall anläggas i sådana fall än vad som gäller på landsbygden. I några få fall, där man kunnat räkna med särskilt stort befolkningsunderlag, har apotek inrättats, medan man i övrigt i regel anlagt filialapotek, i vilket fall man dock ofta förutsatt att inrättningens karaktär senare skulle kunna omprövas inom ett antal år. Dessutom har i förortsbebyggelse apoteksförråd och läkemedelsförråd inrättats.

Antalet apoteksinrättningar i städerna har icke ökat i takt med folkmängdens ökning. Sålunda var antalet invånare per apotek i städerna under 1930-talet ungefär 10 000, men under den senaste 10-årsperioden har siffran stigit till 12 000 à 13 000 invånare per apotek.

Rent allmänt kan konstateras att frågan om allmänhetens tillgång till läkemedel får anses vara tillfredsställande ordnad i de städer och andra större orter där apotek finnes.

Läkemedelsförsörjningen på landsbygden måste i ett land av Sveriges karaktär möta speciella svårigheter. För att belysa problemets räckvidd skall här anges några siffror, hämtade ur Statistisk årsbok. Siffrorna hänför sig till förhållandena vid utgången av år 1950, då antalet andra tätorter än städer med mer än 200 invånare uppgick till cirka 1 900. Sammanlagda invånarantalet i dessa tätorter utgjorde omkring 1,4 miljoner. Av dessa tätorter hade över 1 000 stycken mindre än 500 invånare. Vid samma tidpunkt var folkmängden utanför städer och nyssnämnda tätorter cirka 2,3 miljoner. Även om en avsevärd inflyttning sedan dess skett till städer och större samhällen, är dock problemen i stort sett oförändrade, då det gäller distributionen av läkemedel.

Tabell 16. Antal apoteksinrättningar utanför städerna i förhållande till folkmängden

År	Självständiga apotek	Filialapotek	Summa apoteksinrättningar utanför städer	Folkmängd utanför städer	Antal invånare per apoteksinrättning
1865	58	17	75	3 615 159	48 202
1875	76	40	116	3 769 785	32 498
1885	76	53	129	3 877 716	30 060
1895	107	57	164	3 939 824	24 023
1905	149	55	204	4 078 926	19 995
1915	172	48	220	4 157 604	18 898
1925	193	23	216	4 186 216	19 380
1935	205	26	231	4 125 296	17 858
1945	195	37	232	3 883 939	16 741
1955	181	64	245	3 690 644	15 064

Antalet apoteksinrättningar utanför städerna och antalet invånare per sådant apotek vid olika tidpunkter framgår av ovanstående tabell.

Som framgår av ifrågavarande tabell har antalet invånare per apotek successivt minskat, vilket dels beror på en minskning av antalet invånare på landsbygden, dels på att ett antal apoteksinrättningar nyanlagts. Landsbygden är här representerad av den folkmängd, som återstår, sedan man räknat bort städernas folkmängd från landets totala. Sålunda inräknas bl. a. samhällen i närheten av större städer, vilka ur försörjningssynpunkt bort sammanräknas med städernas befolkningssiffror. Antalet invånare per apotek är därför något för högt i tabellen. I siffrorna ingår i övrigt såväl större, stadsliknande samhällen — köpingar och municipalsamhällen — som byar av varierande storlek och rena glesbygder.

De självständiga apoteken och filialapoteken bildar den relativt glesa stomme, kring vilken distributionsapparaten byggts upp med i det föregående närmare skildrade olika typer av läkemedelsförråd och medicinlådor. Anknytningen till provinsialläkardistrikten framgår av följande uppställning, som hänför sig till förhållandena år 1956. Enligt denna förekommer det endast i ett fåtal fall, att sådan läkares stationsort helt saknar särskilt distributionsorgan för läkemedel. I dessa fall ligger emellertid stationsorten vanligen i direkt anslutning till större tätort utanför distriktet, och apotek finnes inrättat på tätorten i fråga.

	Antal
Provinsialläkardistrikt där på stationsorten finns:	
apoteksinrättning	392
ej apoteksinrättning men läkemedelsförråd i kombination med medicinlåda eller kommissionär	126
ej apoteksinrättning eller läkemedelsförråd men dagliga medicinlådetransporter	40
icke några särskilda distributionsorgan	8
S:a distrikt	566

H. Kommitténs undersökning angående landsbygdens läkemedelsförsörjning

Enligt kommitténs uppfattning lät sig frågan huruvida landsbygdens läkemedelsförsörjning vore tillfredsställande ordnad icke nöjaktigt bedömas på grundval av tillgänglig statistik. Kommittén ansåg sig därför böra söka införskaffa ytterligare underlag för frå-

gans bedömning. Därvid ansågs provinsialläkarna kunna ge den bästa belysningen av rådande förhållanden, eftersom dessa läkare rent praktiskt kommer i intim kontakt med frågan. I början av år 1954 företogs därför en enkät i ämnet till samtliga provinsialläkare i landet och från 98 procent av dem erhölls svar.

I det följande redogöres för svaren på de viktigare frågorna. De inledningsvis behandlade frågeställningarna avsåg att belysa förutsättningarna för en ifrågasatt enklare typ av apotek. Det var önskvärt att veta hur ofta läkarna brukade rådgöra med apotekarna i samband med receptskrivning m. m. samt i hur hög grad extemporeberedda läkemedel behövde insättas omedelbart vid sjukdomsfall.

De inkomna svaren visade, att 8 procent av samtliga provinsialläkare ofta utnyttjade *apotekarens sakkunskap* för råd och konsultationer vid receptskrivning, 37 procent sade sig göra det ibland, 36 procent sällan och 19 procent aldrig. För orientering om nytillkomna läkemedel utnyttjade 17 procent av läkarna ofta, 40 procent ibland, 31 procent sällan och 12 procent aldrig apotekarens sakkunskap.

På fråga huruvida i provinsialläkarnas praktik sjukdomsfall brukar inträffa som kräver *omedelbart insättande av extemporeberedda läkemedel* och för vilka det inte ens för något dygn framåt kunde vara tillfyllest med standardpreparat, angav 6 procent av provinsialläkarna att detta förekom ofta och 15 procent att det förekom ibland, 17 procent sällan och 61 procent aldrig, varjämte en procent ej svarat. Av de som vid tiden för undersökningen var under 50 år ansåg 4 procent att extemporeberedda läkemedel ofta behövde sättas in omedelbart och 12 procent att detta gällde ibland. För läkare över 50 år var motsvarande siffror 8 respektive 17 procent.

En fråga som avsåg att utröna i hur hög grad läkarna ansåg den *kontroll som obligatoriskt utföres av farmacevt* i samband med försäljning mot recept vara nödvändig, hade följande lydelse:

»Tror Ni, att risken för felexpediering av receptbelagda standardpreparat (farmaceutiska specialiteter och ACO-preparat) skulle bli större, om de utlämnades av tekniska biträden med en viss minimiutbildning utan den obligatoriska kontrollen av farmacevt?»

Frågan var kanske inte så lämpligt formulerad, eftersom ett bortfall av ett extra kontrollerande led principiellt bör öka risken för felexpediering. Man är snarast intresserad av huruvida risken bedömes vara så pass stor, att praktiska konsekvenser kan anses komma att uppstå. 67 procent av läkarna ansåg, att större risk skulle föreligga, medan 19 procent inte trodde att risken skulle öka.

En av huvudfrågorna avsåg att ge en uppfattning *om tillståndet beträffande läkemedelsförsörjningen* inom samtliga provinsialläkardistrikt. 57 procent av läkarna svarade, att alla eller nästan alla inom vederbörandes distrikt kunde erhålla ordinerad medicin inom 12 timmar utan betydande extra kostnader. Dessutom uppgav 33 procent av läkarna att de flesta inom distriktet kunde erhålla dylik medicin inom 12 timmar, varför minst hälften av befolkningen i sammanlagt 90 procent av distrikten kunde erhålla medicin inom den angivna tiden. Det bör här observeras att procenttalet gällde samtliga distrikt och således även dem som har självständiga apotek eller filialapotek.

I detta sammanhang bör även observeras läkarnas uppfattning, huruvida apotekens öppethållandetider var tillräckliga och lämpliga. 75 procent ansåg dem i stort sett tillräckliga, medan

de som önskade ytterligare öppethållande främst angav att detta borde gälla söndagar (10 procent av samtliga läkare). Som ett betydelsefullt komplement härvid gäller dock att apoteken i stor utsträckning expedierar viktig medicin på andra tider än då apoteket är öppet. 86 procent av läkarna uppgav att så var förhållandet.

Samtliga provinsialläkare fick tillfälle att ge ett sammanfattande omdöme, *huruvida det i deras distrikt behövdes bekvämare tillgång till apoteksvaror eller ej.* 36 procent av dem ansåg, att bekvämare tillgång behövdes, medan 63 procent uppgav att detta ej var nödvändigt.

Enkätens huvudfråga hade följande lydelse:

»Hur skulle Ert omdöme ur sjukvårdssynpunkt bli, om som komplement till de nuvarande apoteken inrättades enklare apotek (t. ex. på orter utan förutsättningar att få fullständigt apotek), som i fråga om läkemedel tillhandahöll uteslutande standardpreparat, inkl. receptbelagda dylika? Extemporeberedda läkemedel skulle dessa enklare apotek erhålla från de vanliga apoteken.»

51 procent av läkarna angav, att de kunde godtaga dylika enklare apotek, medan 28 procent ej accepterade dem, varjämte 17 procent ansåg sig ej kunna bedöma frågan och resterande 4 procent ej lämnade något svar alls. Det måste emellertid även här observeras, att de angivna procenttalen hänför sig till samtliga provinsialläkare och således även till dem som har apoteksinrättning inom sina distrikt.

En bearbetning av svaren på denna fråga från enbart de provinsialläkare vars distrikt eller — i de fall stationsorten låg utanför distriktet — denna saknade apoteksinrättning visade att 67 procent godtog enklare apotek, medan 19 procent ej godtog dem, varjämte resterande 14 procent ej ansåg sig kunna bedöma frågan. De ifrågavarande läkarna indelades — såsom framgår av tabell 17 — därjämte i två grupper, den ena omfattande de läkare som ansett distrikten behöva bekvämare tillgång till apoteksvaror, den andra omfattande övriga läkare. Inom den första gruppen godtog 80 procent av läkarna de enklare apoteken, medan 12 procent ej godtog dem, varjämte 7 procent ej ansåg sig kunna bedöma frågan och en procent avstått från att svara. Inom den andra gruppen kunde 46 procent godtaga enklare apotek, 29 procent godtog dem ej och 25 procent ansåg sig ej kunna bedöma frågan.

Av svaren framgår att en klar tendens föreligger till att provinsialläkarna i högre grad accepterar en enklare apoteksform, ju mindre väl läkemedelsförsörjningen inom deras distrikt är ordnad. Dessa läkare torde — genom att de i sin praktik har erfarenhet från områden där befolkningen skulle behöva ha bättre tillgång till läkemedel — ha satt sig in i problemet beträffande en komplettering av distributionsnätet på ett helt annat sätt än de läkare som redan tidigare haft en tillfredsställande läkemedelsförsörjning ordnad. Detta antagande bestyrkes bland annat av att de i betydligt högre grad haft en bestämd mening. Med hänsyn till det anförda bör svaren från ifrågavarande läkare vid bedömningen av denna fråga väga väsentligt tyngre än de övrigas svar. Detta gäller speciellt när man betänker, att det är just de läkare vilka i högre grad än övriga accepterat enklare apotek som skulle komma att ha den omedelbara kontakten med apotekstypen ifråga.

De som ej ville godtaga den föreslagna apotekstypen fick tillfälle att motivera sitt ställningstagande. Motiveringarna var mycket skiftande, och i flera

Tabell 17

Fråga:
Hur skulle Ert omdöme ur sjukvårdssynpunkt bli, om som komplement till de nuvarande apoteken inrättades enklare apotek (t. ex. på orter utan förutsättningar att få fullständigt apotek), som i fråga om läkemedel tillhandahöll uteslutande standardpreparat, inkl. receptbelagda dylika? Extemporeberedda läkemedel skulle dessa enklare apotek erhålla från de vanliga apoteken.

Svar:	Provinsialläkare, inom vars distrikt apoteksinrättning saknades och dylik ej heller fanns på stationsorten i de fall denna låg utanför distriktet,						
	som ansåg att befolkningen i deras distrikt *behövde* bekvämare tillgång till apoteksvaror		som ansåg att befolkningen i deras distrikt *ej behövde* bekvämare tillgång till apoteksvaror		som ej lämnade svar ang. tillgången till ap.-varor	Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	Antal	%
Kan godtaga enklare apotek	84	80	31	46	1	116	67
Kan inte godtaga enklare apotek	13	12	19	29	1	33	19
Kan ej bedöma .	7	7	17	25	—	24	14
Ej svar.....	1	1	—	—	—	1	—
	105	100	67	100	2	174	100

fall bör svaren bortsorteras. Detta gäller klart för dels de fall då läkarna menat att frågan inte varit aktuell i deras distrikt, dels då svaret tydligen baserats på rena missuppfattningar, t. ex. att det gällt att slopa befintliga apotek och ersätta dem med enklare på landsbygden. Sammanlagt ungefär en femtedel av dem som ej ansett sig kunna godtaga apotekstypen skulle på detta sätt kunna bortsorteras. Ytterligare en del torde ej ha haft fullt klart för sig att de enklare apoteken i princip skulle inrättas utöver de redan befintliga apoteken. Någon annan förklaring kan ej finnas till att läkarna som motiv mot enklare apotek angivit att det skulle bli svårare att få extemporeberedda läkemedel och att få analyser utförda m. m. Eftersom de enklare apoteken skulle inrättas som komplement till de existerande, bör det knappast bli svårare i de berörda förhållandena än vad det tidigare är.

De viktigaste anförda skälen i övrigt emot enklare apotek var att apotekarens fackkunskap och ansvar ansågs oumbärliga, att försämrad kontroll och standard skulle bli en följd, att det ej var tillräckligt med standardpreparat samt att allmänheten ej skulle få förtroende för de förenklade apoteken. Dessa åsikter framfördes av ungefär hälften av de läkare som avvisat förslaget. Troligen är emellertid en del av även dessa svar baserade på missuppfattningen att de föreslagna enklare apoteken skulle ersätta de existerande apoteken.

De som ansåg sig kunna godtaga enklare apotek fick svara på frågan, huruvida farmacevt borde vara *föreståndare* eller om det kunde räcka med ett tekniskt biträde som visat lämplighet och förvärvat viss behörighet. 61 procent

Tabell 18

Fråga:
Om Ni skulle godtaga en sådan enklare apoteksform: Anser Ni att ett sådant enklare apotek bör förestås av en farmacevt, eller kan det vara tillräckligt med ett tekniskt biträde, som visat lämplighet och förvärvat viss behörighet?

Svar:	Provinsialläkare, inom vars distrikt apoteksinrättning saknades och dylik ej heller fanns på stationsorten i de fall denna låg utanför distriktet,						
	som ansåg att befolkningen i deras distrikt *behövde* bekvämare tillgång till apoteksvaror		som ansåg att befolkningen i deras distrikt *ej behövde* bekvämare tillgång till apoteksvaror		som ej lämnade svar ang. tillgången till ap.-varor	Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	Antal	%
Farmacevt bör förestå.....	47	56	21	68		68	59
Tekniskt biträde kan förestå...	28	33	5	16	1	34	29
Vet inte.....	8	10	4	13		12	10
Ej svar.....	1	1	1	3		2	2
	84	100	31	100	1	116	100

av samtliga provinsialläkare som godtog enklare apotek, motsvarande 31 procent av totala antalet provinsialläkare, ansåg, att farmacevt borde förestå, medan 31 procent av dem — 16 procent av totala antalet tillfrågade — ansåg, att det kunde räcka med tekniskt biträde. 59 procent av de läkare, vars distrikt eller angränsande stationsort saknade apoteksinrättning, ansåg att farmacevt borde förestå, medan 29 procent ansåg sig kunna godtaga tekniskt biträde som föreståndare. 10 procent kunde ej ta ställning och 2 procent svarade ej. Det framgår av tabell 18, att av de läkare inom den ovan angivna gruppen som ansåg att befolkningen behövde bekvämare tillgång till apoteksvaror 56 procent menade, att de förenklade apoteken borde förestås av farmacevt, 33 procent att tekniskt biträde kunde förestå, medan 10 procent ej kunde ta ställning och en procent ej svarade. En viss tendens fanns till att läkarna i högre grad accepterade tekniska biträden som föreståndare ju mindre väl ordnad läkemedelsförsörjningen var inom deras distrikt. I samtliga grupper ansåg dock över hälften av läkarna att farmacevt borde förestå. Av samtliga de läkare som ansett att deras distrikt behöver bekvämare tillgång till apoteksvaror godtog 35 procent tekniskt biträde som föreståndare, medan 55 procent ansåg att farmacevt borde förestå. Motsvarande tal för de läkare som menade att distrikten inte behövde bekvämare tillgång till apoteksvaror var 26 respektive 67 procent.

En annan fråga som äger samband med landsbygdens läkemedelsförsörjning är huruvida det kan vara lämpligt att andra detaljaffärer än apoteken får sälja enklare receptfria läkemedel. 84 procent av provinsialläkarna ansåg detta olämpligt, medan 10 procent tyckte

det kunde vara lämpligt. De läkemedel som man angav som lämpliga var företrädesvis acetylsalicylsyrepreparat och därmed jämförliga smärtstillande läkemedel jämte halstabletter och vissa hostmediciner.

I. Tidigare överväganden beträffande apoteksväsendets distributionsverksamhet

Apotekssakkunniga av år 1931. De sakkunniga gav i sitt betänkande (SOU 1934: 35) uttryck åt den uppfattningen, att någon större utbyggnad av det då befintliga distributionsnätet inom apoteksväsendet icke vore tillrådligt. De sakkunniga anförde sålunda följande:

»Sverige torde under nuvarande förhållanden med sin avstannande befolkningsväxt ha nått gränsen för ett fortsatt inrättande av självständiga apotek och apoteksanläggningar synas på grund härav endast böra komma i fråga, i den mån de påkallas av befolkningsförflyttningar. Mycket talar för att en nyanläggningspolitik, som ej beaktar ovannämnda synpunkter, kan vara ägnad att förminska möjligheterna att sänka läkemedelspriserna.»

För den händelse brister i läkemedelsdistributionen dock kunde finnas, ansåg man att dessa borde avhjälpas medelst andra apoteksinrättningar än självständiga apotek, och man förordade i så fall inrättande av filialapotek eller läkemedelsförråd. Man framhöll, att filialapoteken i realiteten fullgjorde samma funktion som ett självständigt apotek men till lägre kostnader. Av intresse är att notera, att de sakkunniga till bemötande av farhågor för att en avlönad föreståndare för ett filialapotek skulle visa mindre intresse för rörelsen än innehavaren av ett självständigt apotek anförde

»att även föreståndaren för ett medikamentsförråd genom ett lämpligt avvägt provisionssystem kan beredas ett direkt personligt intresse av att driva upp förrådets omsättning och hålla dess utgifter nere.»

De sakkunniga påpekade vidare önskvärdheten av att som föreståndare för filialapoteken förordnades farm. kandidater i stället för leg. apotekare. Man påpekade också — i syfte att hålla kostnaderna nere — att medicinalstyrelsen borde medgiva undantag beträffande lagerhållningsskyldigheten för filialapoteken i vidare omfattning än vad som gällde för självständiga apotek.

De sakkunniga berörde även läkemedelsförråden och redogjorde för en rundfråga till förste provinsialläkarna, enligt vilken dessa till den helt övervägande delen funnit förråden varit till nytta och fungerat tillfredsställande. De sakkunniga ansåg emellertid att behovet av läkemedelsförråd i stort sett var fyllt och tillrådde viss försiktighet vid anläggande av nya sådana. Man ansåg det emellertid vara tillrådligt att läkemedelsförråd under alla omständigheter förlades till de provinsialläkar- och extra provinsialläkardistrikt som saknade självständigt apotek eller filialapotek.

1946 års läkemedelsutredning påtalade i sitt betänkande (SOU 1951: 34) brister i fråga om läkemedlens tillgänglighet.

»Från såväl läkarna som allmänheten och i dagspressen ha anmärkningar framställts avseende läkemedlens tillgänglighet. I utlandet finnas i regel många flera apotek i relation till folkmängden än i Sverige. I Danmark, Finland och Norge har man ett apotek på resp. ca 11 000, 9 200 och 11 000 invånare mot 14 600 invånare i Sverige. Såsom i princip självständiga affärsföretag måste de enskilda apoteken ha en kundkrets och en omsättning av ej ringa storlek för att kunna bära sig ekonomiskt. Detta har nödvändiggjort en begränsning av apotekens antal. Inom stora delar av vårt land ligga därför apoteken vitt spridda från varandra och ha mycket stora områden att försörja. Att de långa avstånden

till apoteken ofta äro till stor olägenhet för den läkemedelsbehövande allmänheten, är lätt att inse. Möjligheten att distribuera läkemedel med medicinlådor samt inrättandet av läkemedelsförråd eller filialapotek har hittills icke utnyttjats på ett sätt som förmått avlägsna dessa olägenheter. I många provinsialläkardistrikt och på många orter med sjukstugor eller andra sjukvårdsinrättningar saknas ännu apoteksinrättning av något slag. Särskilt stora äro givetvis dessa olägenheter vid mera plötsligt uppkommande behov av läkemedel. Tillkallas i sådana fall läkare, har han väl ofta med sig ett mindre förråd av läkemedel, men det är ej säkert, att han alltid kan medföra det rätta läkemedlet. Ej heller är det alltid som den sjuke har tillfälle eller behöver tillkalla läkare, utan rådfrågning sker per telefon. I dylika fall är det för den sjuke ofta förenat med stora svårigheter och kostnader att i tid erhålla den behövliga medicinen.»

Med anledning av de påtalade bristerna upptog utredningen i sitt förslag till organisation av apoteksväsendet en ökning av antalet apoteksinrättningar med 132 enheter, varav dock 90 stycken skulle utgöras av s. k. apoteksfilialer, utgörande en förenklad form av filialapotek. Antalet läkemedelsförråd skulle emellertid minskas med 107, varav 49 stycken skulle ändras till apotek och 58 stycken till apoteksfilialer. Enligt förslaget skulle nettoökningen av antalet distributionsenheter sålunda uppgå till 25.

Av de 551 apoteken skulle 53 utgöra s. k. centralapotek på vilka övriga apotek skulle repliera vid behov av dels magistrellt föreskrivna och andra beredningar, vilka icke behövde framställas vid varje apotek, och dels av standardpreparat och andra lagervaror som inte behövde lagerföras vid alla apotek. Vid de övriga apoteken skulle viss enklare beredning förekomma, medan vid apoteksfilialerna ingen beredning av läkemedel skulle ske annat än efter särskilda anvisningar från medicinalstyrelsen.

Centralapoteken skulle förestås av leg. apotekare, medan övriga apotek beroende på storleksordning tänktes ha leg. apotekare eller farm. kandidater som föreståndare. Apoteksfilialerna ansågs kunna förestås av kvalificerade tekniska biträden.

Medicinalstyrelsen. I sitt yttrande över läkemedelsutredningens förslag framhölls att utredningens kritik av förhållandena beträffande läkemedlens tillgänglighet icke var rättvisande.

»I motsats till vad som gällt om de ovan diskuterade bristerna i läkemedelsförsörjningen måste en kritik, avseende läkemedlens svårtillgänglighet komma att träffa organisationen av själva apoteksväsendet. Det kan då fastslås, att jämförelsen med övriga nordiska länder icke är rättvisande, i den mån man därmed velat visa, att det i Sverige finnes ett mindre antal apotek per tusental invånare än i övriga länder. Man torde ha förbisett det förhållandet, att vi i Sverige ha en förhållandevis mycket jämn spridning av apoteken. I andra länder har man ofta en stark koncentration av apoteken till städerna, under det att landsbygden i stor utsträckning är vanlottad. Jämföras t. ex. våra förhållanden med dem i Norge, för vilket land uppgifter varit tillgängliga för oss, finner man där ett befolkningsunderlag av ca 6 000 personer per apotek i städerna, medan underlaget på landsbygden uppgår till i genomsnitt icke mindre än drygt ca 20 000 personer. Vidare kan anmärkas, att den av LU lämnade siffran på antalet invånare per apotek i Danmark icke stämmer med av medicinalstyrelsen erhållen siffra vid nyligen företagen kontroll. Den korrigerade siffran blir 12 225 mot i betänkandet (296) angivna ca 11 000.»

Medicinalstyrelsen påpekade vidare att den genomförda ekonomiska kollektiviseringen möjliggjort inrättande av nya apotek även på platser där dessa icke kunde förväntas bli ekonomiskt självbärande. Det kollektiva apoteksystemet ansågs synnerligen väl ägnat att möta rimliga anspråk på utveckling genom nya distributionsorgan. Den återhållsamhet som präglat nyanlägg-

ningspolitiken sades ha varit grundad på den allmänna omtanken om läkemedelsprisnivån.

J. Kommitténs överväganden och förslag

1. Allmänna synpunkter

Den nuvarande organisationen av apotekens distribution till allmänheten utgör i princip resultatet av en avvägning mellan å ena sidan sociala — främst hälso- och sjukvårdande — hänsynstaganden och å andra sidan ekonomiska överväganden. Oberoende av kostnaderna inom olika distributionsenheter tillämpas lika priser i hela landet vid försäljning av läkemedel till allmänheten. Prissättningen skall vara avvägd så, att apotekskollektivets ekonomi går jämnt ihop totalt sett. Vid nuvarande struktur medför detta att ungefär en tredjedel av apoteken ger överskott och resten eller två tredjedelar underskott, sedan ersättning utgått till innehavaren. Skiljaktigheterna i de enskilda apotekens ekonomi utjämnas genom kollektivet, och det ligger därför i principerna för dettas konstruktion att även icke bärkraftiga distributionsenheter kommer att finnas.

För att så långt möjligt underlätta allmänhetens tillgång till läkemedel inom områden där ekonomiska förutsättningar för fullständiga apotek saknats, har nätet av självständiga apotek kompletterats med distributionsenheter av lägre valör, nämligen filialapotek, apoteksförråd, läkemedelsförråd, medicinlådor och kommissionärer. Utgångspunkt för valet av typ för distributionsenheten i de olika fallen har därvid blivit beroende av en avvägning mellan behovet från social synpunkt och möjligheterna med hänsyn till det ekonomiska underlaget. Distributionsnätet förändras fortlöpande dels genom utbyggnad med nya enheter, där detta anses påkallat på grund av befolkningsunderlaget, dels genom förändring av typ, exempelvis från självständigt apotek till filialapotek, när omsättningen blivit så låg, att en förändring ansetts motiverad.

Apoteksväsendets distribution av läkemedel till allmänheten har varit föremål för överväganden av tidigare utredningar. Frågan har diskuterats med hänsyn dels till allmänhetens möjligheter till tillräckligt snabb och bekväm tillgång till läkemedel, dels till möjligheterna till förbilligande av läkemedelsförsörjningen. Vad först angår frågan i vad mån tillgängligheten till läkemedel är tillfredsställande, må erinras om att apotekssakkunniga av år 1931 påpekade, att vissa provinsialläkardistrikt var mycket dåligt utrustade med distributionsställen. 1946 års läkemedelsutredning underströk likaså brister i detta avseende och upptog i samband med sitt förslag till statsmonopol på apoteksväsendet även förslag om en utökning av antalet distributionsenheter. De båda utredningarnas omdömen hänför sig emellertid i stort sett till förhållanden som numera icke är aktuella. Större avseende bör däremot tillmätas kommitténs enkät till provinsialläkarna som gav vid handen att icke mindre än 36 procent av dessa läkare år 1954 ansåg att allmänheten i deras distrikt behövde bekvämare tillgång till läkemedel. Även om läkarnas uppfattning torde vara baserad på en tendens att se frågan enbart från sociala synpunkter, torde det få anses klart, att kompletteringar av distributionsnätet för läkemedel kan vara önskvärda.

Till en del torde önskemål om förbättringar under senare år ha tillfredsställts genom inrättande av distributionsenheter av olika slag, främst filialapotek eller apoteksförråd. Under 10-årsperioden mellan åren 1945 och 1955

har av 120 framställningar om apoteksinrättningar således 60 bifallits och 54 avslagits, medan 6 ansökningar icke var avgjorda den 31/12 1955. Till övervägande del hänför sig emellertid de nyanlagda apoteksinrättningarna — detta gäller även tiden efter år 1955 — till städer och förortsområden utanför större städer, varför någon mera markant ändring av förhållandena för den egentliga landsbygden icke inträtt sedan kommitténs enkät genomfördes.

Vad därefter angår de ekonomiska aspekterna på distributionsorganisationen må erinras om att redan apoteksakkunniga av år 1931 ansåg sig böra påpeka vissa möjligheter till förbilligande av organisationen ifråga. 1946 års läkemedelsutredning grundade vidare hela sitt förslag om förstatligande av apoteksväsendet på den uppfattningen, att dess nuvarande form och därmed även distributionsenheterna var onödigt kostnadskrävande.

Den utveckling som distributionsnätet undergått — framförallt under de senaste åren — synes visa en strävan att finna vägar och former för en förbättrad läkemedelsförsörjning som så långt möjligt tillfredsställer sociala krav med bibehållande av en ekonomisk målsättning. Inrättandet av de förenklade filialapotek, som till skillnad från filialapotek av traditionell typ ej har samma utrustning som de självständiga apoteken, samt tillkomsten av apoteksförråden är de mera tydliga bevisen härpå.

Ytterligare förbättringar av allmänhetens tillgång till läkemedel är emellertid önskvärda. Kommittén anser sig endast böra anvisa riktlinjer härför och avstår från att avge förslag i de enskilda fallen. Detta bör i stället ankomma på de hälso- och sjukvårdande myndigheterna som bör undersöka behovet av distributionsställen och dessas typ samt vidtaga åtgärder med beaktande av de rekommendationer som kommittén lämnar i det följande.

2. Förslag

Såsom framgår av kapitel III, apoteksväsendets organisation, har kommittén funnit sig böra avvisa 1946 års läkemedelsutrednings förslag om förstatligande av apoteksrörelsen. Vissa av utredningen påtalade brister i fråga om läkemedelsförsörjningens nuvarande utformning har kommittén ansett kunna avhjälpas genom partiella reformer. Detta gäller även i fråga om de brister som kan vidlåda distributionens organisation. Kommittén räknar med att det förslag till nytt avgiftssystem som framlägges i kapitel V skall genom ett ökat intresse för en mera ekonomisk skötsel av de enskilda apoteken medföra, att möjligheterna till kostnadsbesparingar tillvaratages i större utsträckning än hittills. Den i kapitel III föreslagna apoteksnämnden — i vilken det allmänna får det avgörande inflytandet — bör även kunna medverka till att organisationen i stort göres så rationell och kostnadsbesparande som möjligt inom ramen för den allmänna målsättningen att allmänheten till rimliga kostnader skall få snabb och bekväm tillgång till behövliga läkemedel.

Rent allmänt är kommittén i övrigt av den uppfattningen att de anspråk på en god läkemedelsdistribution som kan resas ur hälso- och sjukvårdande synpunkt bör så långt detta är möjligt tillgodoses och att man bör anstränga sig att få fram distributionsformer som till begränsade kostnader gör detta möjligt. Därvid bör man även granska den befintliga organisationen för att inom denna — utan försämring av servicen till allmänheten — söka åstadkomma förenklingar, eftersom kostnadsbesparingar på ett håll kan medge motsva-

rande, önskvärd utbyggnad av distributionsapparaten på annat håll.

Möjligheter till besparingar. I det föregående har visats att filialapotek av traditionell typ — som i princip har samma sortiment som självständiga apotek men kan utrustas enklare — har relativt höga kostnader i förhållande till omsättningen. Materialet antyder emellertid att dessa kostnader dock är lägre än för självständiga apotek av motsvarande storlek. Kostnadsbesparingar kan därför i regel ernås, om mindre, självständiga apotek ändras till filialapotek. Därvid bör beaktas att även andra fördelar torde kunna vinnas genom att två eller flera distributionsenheter samarbetar under gemensam ledning. Framförallt torde personalsvårigheter som uppstår vid tillfälliga sjukdomsfall, vakanser och semestrar lättare kunna bemästras.

En förändring av självständiga apotek till filialapotek kan dock icke genomföras annat än i begränsad utsträckning, därför att avståndet mellan moderapotek och filialapotek icke bör vara för stort. I åtskilliga fall är dock en sådan ändring praktiskt möjlig och synes böra komma till stånd. I de fall självständigt apotek förvandlas till filialapotek bör föreståndaren för detta alltjämt utgöras av legitimerad apotekare.

Speciella förutsättningar för en sammanslagning av mindre enheter föreligger i tätorter med flera apotek. Ett helt nedläggande eller en förflyttning av vissa distributionsenheter bör även kunna övervägas. Exempel finns nämligen på att apotek för närvarande ligger med endast något 100-tal meters avstånd från varandra, trots att omsättningsunderlaget inte är av den storleksordning att det motiverar uppdelning på två enheter.

Ändringar av ovan nämnt slag — som också berör privilegieförhållandena — bör planeras på längre sikt och i de enskilda fallen ske vid tidpunkt då innehavare av det apotek, som skall upphöra eller förändras till filialapotek, frånträder privilegiet. Även om möjligheterna till sådana omläggningar av apoteksdriften som här behandlats bör tillvaratas i större utsträckning än hittills, måste det samtidigt observeras, att filialapotek som uppnår viss storlek lämpligen bör ändras till självständiga apotek.

Vissa apotek bör åläggas att för omkringliggande apotek utföra främst mera komplicerade extemporeberedningar.

De förenklade filialapoteken synes ställa sig kostnadsmässigt gynnsammare än övriga filialapotek. Detta torde i första hand bero på frånvaron av vissa funktioner, medförande relativt låga lönekostnader och förenklad utrustning, samt på det mindre varusortimentet. En ändring av filialapotek av traditionell typ till förenklade sådana torde därför medföra vissa kostnadsbesparingar. En dylik förändring av typen på ett antal av de mindre filialapoteken synes böra tagas under övervägande, särskilt i sådana fall där transportförbindelserna mellan moderapotek och filialapotek är goda.

Kommittén anser sig i detta sammanhang böra ta upp en fråga som väcktes redan av apotekssakkunniga av år 1931, nämligen att filialapotekens föreståndare borde erhålla en del av sin ersättning i förhållande till det resultat som åstadkommes. En föreståndares direkta personliga intresse av att uppnå bästa möjliga ekonomiska resultat är principiellt lika betydelsefullt som en apoteksinnehavares, varför likartade skäl som kommittén anfört i fråga om avgiftssystemet talar för ett dylikt avlöningssystem. Kommittén är övertygad om att kostnadsbesparingar kan vinnas

på detta sätt. Samma förhållande gäller i fråga om föreståndarna för apoteksförråd, varför även dessas löner till en del helst borde utgå i förhållande till uppnått resultat. Frågan om på vilket sätt en del av föreståndarnas lön kan göras rörlig bör lösas genom förhandlingar. Därvid föreligger icke samma möjligheter som ifråga om apoteksinnehavarnas avgiftssystem att basera den rörliga delen av inkomsten på driftsresultatet, eftersom ett dylikt förfarande skulle erfordra ett mycket omständligt redovisningssystem för avräkningen mellan moderapotek och filial. En möjligen tänkbar väg är däremot att den rörliga delen av inkomsten utgår i förhållande till lönekostnaderna, varvid endast de löner som direkt hänför sig till arbetsstället bör medräknas. Den rörliga delen av föreståndarens ersättning skulle därvid vara omvänt proportionell mot lönekostnaderna ställda i relation till försäljningen.

Möjligheter till förbättring av landsbygdens läkemedelsförsörjning. En utbyggnad och förbättring av läkemedelsförsörjningen har kontinuerligt skett. Under tiden från år 1905 fram till och med år 1935 utbyggdes distributionen på landsbygden i första hand genom inrättandet av självständiga apotek. Antalet filialapotek minskade under denna tid från 55 till 26, medan antalet självständiga apotek ökade från 149 till 205. Utvecklingen från år 1935 kännetecknas däremot av ett växande antal filialapotek och ett sjunkande antal självständiga apotek. Antalet filialapotek steg således från 26 till 64, medan de självständiga apoteken gick ned från 205 till 181. Utvecklingen i övrigt har under de senaste decennierna kännetecknats av ett växande antal läkemedelsförråd av olika typer.

I Sverige, med sin utpräglade glesbebyggelse, har landsbygdens läkemedelsförsörjning mött speciella svårigheter. Problemet har accentuerats och förändrat karaktär med de senaste decenniernas ökade koncentration av befolkningen till städer och större tätorter och motsvarande minskning av befolkningstätheten på landsbygden.

Distributionen av läkemedel på landsbygden och i de mindre tätorterna sker för närvarande dels genom självständiga apotek, dels genom filialapotek med i princip samma varusortiment som självständiga apotek, dels genom läkemedelsförråd av typ A (apoteksförråd), vilka har ett mycket begränsat varusortiment, dels ock genom läkemedelsförråd av typerna B och C med ett fåtal varor som tillhandahålles genom kommissionärer. Härtill kommer ett stort antal medicinlådor, genom vilka läkemedlen distribueras från apotek eller filialapotek. Olägenheterna med den nuvarande distributionen är att den till så stor del baserar sig på läkemedelsförråd av de typer som endast tillhandahåller ett ringa antal varor samt på medicinlådor.

Någon väsentlig ökning av distributionsnätet för läkemedel på landsbygden har icke skett under de senaste decennierna. Fram till och med år 1935 skedde en — visserligen med avtagande takt — oavbruten ökning av antalet apotek per invånare. Från år 1935 har denna förbättring dock gått mycket långsamt. Från att man sistnämnda år hade 17 858 invånare per apotek utanför städerna, uppgick år 1955 antalet till 15 064. Av de under 20-årsperioden 1935—1955 tillkomna 66 självständiga apoteken och filialapoteken kom endast 14 på orter utanför städer. År 1956 uppgick filialapotekens omsättning till 7 procent av apotekens totala. Utvecklingen kan knappast sägas vara tillfredsställande och har icke hållit takt med vare sig den allmänna standardsteg-

ringen eller stegringen av läkemedelskonsumtionen — som uttryckt i kronor under 20-årsperioden steg från omkring 40 till 240 miljoner — vilken bidragit till att skapa underlag för ett större antal distributionsenheter. En förbättring är således i hög grad önskvärd och frågan gäller närmast på vilka vägar den kan åstadkommas.

Vid granskning av de olika typer av distributionsorgan som nu finnes har kommittén konstaterat, att den väg vilken i första hand bör beträdas för att få bättre förhållanden i fråga om landsbygdens läkemedelsförsörjning är att söka åstadkomma enheter, som inom viss ram kan ge bästa möjliga försörjning. De ekonomiska möjligheterna begränsar därvid förutsättningarna. Genom de i kapitlet om droghandeln närmare refererade frekvensundersökningarna beträffande apotekens försäljning av olika läkemedel, som kommittén verkställt, och vars resultat överensstämmer med resultatet av liknande inom apoteksväsendet på vissa enskilda apotek gjorda undersökningar, har framkommit, att det är möjligt att ge en god läkemedelsservice med ett relativt begränsat sortiment. Dessa undersökningar visar bland annat att i fråga om standardförpackade läkemedel cirka två tredjedelar av hela försäljningen ligger på endast 250 förpackningsstorlekar av ett antal läkemedel.

Tabellerna 9 och 12 tyder på att kostnaderna är olika för de tre typerna av distributionsorgan: vanliga filialapotek, förenklade filialapotek samt apoteksförråd. Kostnaderna torde främst vara beroende av personalsammansättningen, utrustningen och sortimentets storlek samt beträffande filialapoteken av extemporeberedningens omfattning. Särskilt gynnsamma kostnadsförhållanden synes de s. k. förenklade filialapoteken ha. Dessa har enklare utrustning, begränsat varusortiment samt en betydligt mindre omfattande extemporetillverkning än vanliga filialapotek, vilka i princip skall ha samma sortiment och möjligheter för sådan tillverkning som självständiga apotek. Trots detta kan dessa förenklade filialapotek, som vanligen förestås av receptarie, i regel tillgodose över 90 procent av efterfrågan på receptbelagda läkemedel.

Den av kommittén företagna frekvensundersökningen — visande att 250 lagerförda förpackningsstorlekar, vilka svarade mot ett väsentligt mindre antal läkemedel, täckte två tredjedelar av försäljningen av standardförpackade läkemedel — tyder på, att man vid en lagerföring av ett relativt litet sortiment skulle täcka en dominerande del av efterfrågan, beroende på den hastigt sjunkande frekvensen i försäljningen av de tillkommande artiklarna vid en utökad lagerhållning. Det bör för övrigt i detta sammanhang erinras om att de olika självständiga apotekens lagerhållning varierar inom mycket vida gränser, och att vissa av de självständiga apoteken lagerför sortiment av ungefär samma storlek som de förenklade filialapotekens. Det har sålunda konstaterats att antalet artiklar i allmänhet varierar mellan 3 500 och 8 000. I viss utsträckning sammanhänger lagerhållningen med förskrivningsvanorna hos de olika orternas läkare.

Även om man förutsätter att nya filialapotek — i likhet med vad fallet är för två tredjedelar av de självständiga apoteken — kan få ge underskott, är det dock önskvärt att kostnaderna för dem hålles på en rimlig nivå. Då det visat sig, att en önskvärd förbättring av förhållandena icke nås genom upprättande av läkemedelsförråd av typerna B och C, samt att de s. k. apoteksförråden endast i begränsad utsträck-

ning ger en lösning på problemet, inriktas intresset på att anpassa filialapoteken för nyttjande i ett större antal fall än för närvarande. Kommittén har funnit att möjligheterna härför är goda under förutsättning att varusortimentet strikt anpassas till det underlag som olika orter ger i omsättningshänseende. Därigenom skulle i hög grad de önskemål kunna tillgodoses som framkom genom den förut omnämnda enkäten till provinsialläkarna. Av de provinsialläkare som ansåg en förbättring av läkemedelsförsörjningen inom sina distrikt önskvärd kunde nämligen icke mindre än 80 procent — vartill antagligen kommer en del av de 7 procent som ej ansett sig kunna bedöma frågan — acceptera ett apotek av sådan typ, som skulle ha ett begränsat antal färdigförpackade läkemedel och ingen egen extemporeberedning. Kommittén vill därför föreslå följande.

a) Av filialapotek bör liksom nu olika typer finnas. För att den smidigaste anpassningen till lokala förhållanden skall kunna ske med samtidigt beaktande av att kostnaderna hålles nere, bör även filialapotek av än mer förenklat slag övervägas. Till en början bör dylika filialapotek försöksvis inrättas på härför lämpliga orter. Den nuvarande typen av förenklade filialapotek bör — som komplement till befintliga apotek och filialapotek — i större utsträckning än hittills prövas även på landsbygden.

Normer för respektive typers utrustning bör fastställas av medicinalstyrelsen efter hörande av den av kommittén föreslagna apoteksnämnden. I samband därmed bör allmänna rekommendationer angående sortimentets omfattning lämnas, medan däremot några strikta bestämmelser, innehållande exempelvis högsta antal artiklar i sortimentet, icke bör uppställas. Vid tillämpning av det av kommittén föreslagna avgiftssystemet bör nämligen respektive apoteksinnehavare vara ekonomiskt intresserad av att icke låta sortimentet bli för stort. Därför kan en automatisk anpassning till en lämplig nivå förutsättas, varvid hänsyn kommer att tas till bl. a. efterfrågesituationen, sociala aspekter samt kostnader för att hålla sortiment av olika storlek. Den typ av filialapotek som vederbörande ort skall få, bör bedömas efter de förutsättningar som betingas av den väntade omsättningens storlek och inriktning. Ändras förutsättningarna bör en anpassning av utrustning och sortiment kunna äga rum.

Filialapotek där utrustning och sortiment närmast kan jämställas med självständigt apoteks bör helst förestås av legitimerad apotekare, medan däremot filialapotek med enklare utrustning och mindre sortiment i regel bör kunna förestås av receptarie. Medicinalstyrelsen bör kunna föreskriva, att visst filialapotek får förestås endast av legitimerad apotekare. Apoteksinnehavare, som håller filialapotek, bör kompenseras härför enligt de regler som kommer att uppställas i samband med tillämpningen av avgiftssystemet. Det är härvid viktigt, att kompensationen differentieras med hänsyn tagen till om filialapoteket förestås av legitimerad apotekare eller receptarie.

b) Apoteksförråden har med hänsyn till den service de kan ge visat sig vara relativt fördelaktiga ur kostnadssynpunkt. En ökning av antalet apoteksförråd skulle därför — i synnerhet om en ökning av det antal läkemedel som ett dylikt förråd får tillhandahålla medges — kunna fylla en mycket stor uppgift på sådana orter där av kostnadsskäl något av de ovan föreslagna minsta filialapoteken icke kan komma ifråga.

För närvarande får högst 125 receptbelagda läkemedel finnas på apoteks-

förråd. Detta antal bör kunna ökas till 250, varigenom en helt dominerande del av efterfrågan skulle kunna tillgodoses. Samtidigt bör de bestämmelser som nu gäller rörande av läkare uppgjord förteckning över sådana receptbelagda läkemedel som skall få expedieras från förrådet ändras så, att de på dylik förteckning upptagna läkemedlen får utlämnas mot recept från vilken läkare som helst. Förrådens föreståndare bör medges rätt att på de etiketter, som apoteken författningsenligt är skyldiga att förse de ifrågavarande läkemedelsförpackningarna med, införa den förskrivande läkarens namn. För att underlätta förfarandet härvidlag kunde läkemedlen exempelvis upptas på en för samtliga apoteksförråd gällande lista i stället för en för varje enskilt förråd giltig. En dylik rikslista borde omfatta flera läkemedel — lämpligen 400 — än det antal som förråden får lagerföra. De läkemedel som bäst passar på respektive orter kan sedan väljas ut från listan. Läkare på orten bör med apoteksinnehavaren kunna få träffa överenskommelse om att även andra läkemedel än de i rikslistan medtagna skall få finnas på förrådet. Antalet härav bör dock begränsas till förslagsvis 10 procent av antalet av de på förrådet lagerhållna receptbelagda läkemedlen. Frågan om eventuell användning av dylik rikslista bör dock närmare utredas, t. ex. genom medicinalstyrelsens försorg efter hörande av läkarnas och apotekarnas organisationer.

Apoteksförråd bör få rätt att utlämna icke receptbelagt läkemedel, även om detta skulle vara av läkare förskrivet på recept.

Apotekens öppethållande. Företagna undersökningar har visat att försäljningen under den första respektive den sista öppethållandetimmen i allmänhet är ringa i de fall apoteket har öppet mellan kl. 08.00 och 19.00. En generell avkortning av öppethållandetiden till att gälla mellan kl. 09.00 och 18.00 kan säkerligen utan större olägenhet genomföras. För närvarande är den vanligaste lördagsstängningen kl. 17.00, men den bör kunna ändras till kl. 16.00.

De givna förslagen får även ses mot bakgrunden av den arbetstidsförkortning, som nyligen börjat gälla för den tekniska personalen. Även i övrigt skulle en inskränkning vara befogad, eftersom ej obetydliga personalbesparingar på detta sätt kan göras utan att allmänhetens tillgång till läkemedel i märkbar mån eftersättes. Lokala omständigheter kan emellertid göra sådana ändringar olägliga, varför nya regler bör ha karaktär av medgivande att öppna respektive stänga apoteken vid andra tider än de hittills tillämpade.

KAPITEL V

Apotekens avgiftssystem

A. Det nuvarande avgiftssystemet

1. Konstruktion

I 1946 års läkemedelsutrednings betänkande (SOU 1951: 34) har utförligt redogjorts för det nuvarande avgiftssystemets konstruktion och för den organisation som uppbyggts för administration och beräkning av de avgifter som apoteken betalar till kollektivet. Här kommer därför endast huvuddragen av den nuvarande ordningen att anges.

Avgiftssystemet innebär att apoteksinnehavare är skyldig att erlägga en allmän avgift till bestridande av vissa utgifter för apoteksväsendets s. k. gemensamma ändamål. Före år 1936 omfattade dessa i huvudsak pensionering av apoteksinnehavare och på apotek anställda, beredande av ålderstillägg och vissa andra löneförmåner åt apotekens farmacevtiska personal samt slutligen driftsbidrag till mindre bärkraftiga apotek. Genom kungl. brev den 7 februari 1936 utvidgades syftemålet med avgifterna därjämte till hållande av enhetliga läkemedelspriser på apoteken i riket samt reglering av priserna.

Grunderna för avgiftssystemet enligt nyssnämnda kungl. brev har sedermera undergått vissa ändringar. Riktlinjerna för den praktiska tillämpningen av avgiftssystemet dras upp av apotekens avgiftsnämnd. Denna nämnd består av fem ledamöter, varav Kungl. Maj:t utser tre samt apotekarsocieteten de återstående två. Kungl. Maj:t fastställer antalet ledamöter i avgiftsberedningen (f. n. högst nio), under det att ledamöterna utses av apotekarsocieteten.

Apoteksinnehavarna har att senast den 1 mars ingiva deklaration för föregående års rörelse. Deklarationerna granskas av avgiftsberedningen, som på grundval av deklarationernas uppgifter beräknar rörelsevinstens storlek. Rörelsevinsten är det överskott som erhålles sedan de av apoteket bestridna kostnaderna dragits ifrån intäkterna. Härvid tages ingen hänsyn till att en stor del av apotekets löner betalas centralt av kollektivet.

Eftersom en väsentlig del av apotekens kostnader sålunda bestrides av kollektivet, kommer den deklarerade rörelsevinsten ej att återspegla det verkliga driftsresultatet. För att särskilja den till grund för avgiftsberäkningen liggande rörelsevinsten från vad som vanligen menas med detta uttryck kommer därför i fortsättningen begreppet *fiktiv rörelsevinst* att användas för rörelsevinst i den förstnämnda bemärkelsen.

På den fiktiva rörelsevinsten beräknas avgiften enligt den formel som gäller för avgiftssystemet. Formeln är så konstruerad, att ett belopp i botten är fritt från avgift, men vid fiktiv rörelsevinst däröver uttages avgift enligt en progressiv skala. Det avgiftsfria beloppet är graderat efter dyrort och utgjorde år 1956

inom ortsgrupp 2..... 14 400
» » 3..... 14 800
» » 4..... 15 200
» » 5..... 15 600

Vid högre fiktiva rörelsevinster utgår avgift enligt följande:

10 % av de första... 1 000 kronorna
30 % » nästa..... 2 000 kronor
50 % » ..... 3 000 »
70 % » ..... 3 000 »
90 % » .....76 000 »
91 % » återstoden

Det som återstår sedan avgiften av dragits blir innehavarens ersättning. I förekommande fall lägges till det sålunda erhållna beloppet 1 800 kronor som ersättning för hållande av filialapotek.

För exempelvis ortsgrupp 3 framgår avgiften respektive innehavarersättningen för år 1956 av nedanstående sammanställning.

Fiktiv rörelsevinst	Avgift	På högre fiktiv rörelsevinst utgår avgift med följande procent	Innehavarersättning	Vid högre fiktiv rörelsevinst ökas inneh.-ers. med följande procent
14 800	—	10	14 800	90
15 800	100	30	15 700	70
17 800	700	50	17 100	50
20 800	2 200	70	18 600	30
23 800	4 300	90	19 500	10
99 800	72 700	91	27 100	9
På fiktiva rörelsevinster över 99 800 kronor utgår 91 procent i avgift på överskjutande belopp. Innehavarersättningen ökas sålunda med 9 procent av överskjutande del av den fiktiva rörelsevinsten. Nedan lämnas några exempel.				
125 000			29 368	
150 000			31 618	
175 000			33 868	
200 000			36 118	
250 000			40 618	
500 000			63 118	

I avsikt att höja inkomsterna för innehavarna av de mindre apoteken har tillfälliga bestämmelser om driftsbidrag gällt under senare år såsom en komplettering till själva avgiftssystemet. Dessa bidrag beviljas av Kungl. Maj:t efter framställning i varje enskilt fall genom apotekarsocieteten. För år 1955 erhöll cirka 50 apotek driftsbidrag, medan ett 30-tal erhöll dylikt bidrag för år 1956. För år 1957 har de avgiftsfria beloppen ändrats och dessutom differentierats med hänsyn till apotekens omsättning. Apotek under 300 000 kronors omsättning hade 7 000 kronor högre avgiftsfria belopp. För apotek med omsättning över 300 000 kronor sjönk de avgiftsfria beloppen efterhand som omsättningen ökade. Vid en miljon kronors omsättning var de avgiftsfria beloppen desamma som år 1956, vid större omsättning lägre.

2. Underlag för avgiftsberäkningen

Avgiftsberäkningen grundas som ovan nämnts på de enskilda apotekens fiktiva rörelsevinster. Den av varje apoteksinnehavare avgivna, mycket detaljerade deklaration, vari resultatet av apoteksdriften redovisas, ger emellertid ej någon bild av det verkliga resultatet, eftersom betydande kostnadsposter icke ingår i redovisningen. De för de enskilda apoteken deklarerade fiktiva rörelsevinsterna är därför genomgående väsentligt högre än vad de verkliga rörel-

seresultaten skulle ha blivit, om varje apotek belastats med sina faktiska kostnader. I många fall skulle den fiktiva rörelsevinsten då förbytas i underskott.

De årliga deklarationer över apoteksrörelsen, som varje apotekare avger, upptog år 1956 följande poster:

Intäkter

1. Kontantförsäljning
2. Kreditförsäljning
3. Vinst vid försäljning av inventarier

Kostnader

1. Varor
2. På apoteket utbetalda avlöningar
3. Hyra inkl. värme
4. Gas, elström och vatten
5. Reparation och underhåll
6. Försäkringspremier
7. Frakter
8. Telefon och post
9. Räntor
10. Avgifter till Apotekarsocieteten (inkl. kretsavg.)
11. Resor i kårangelägenheter
12. Avskrivning på inventarier
13. Förlust på försålda eller utrangerade inventarier
14. Provisioner
15. Övriga kostnader

Vissa av de angivna posterna är ytterligare specificerade.

Kommittén har i syfte att belysa apoteksrörelsens ekonomiska förhållanden företagit en analys av apotekens driftsresultat under år 1952, varvid varje apotek belastats med samtliga på apoteket i fråga direkt fallande kostnader — alltså även de centralt utbetalda lönerna. Ur detta material har — på sätt som närmare redovisas på sid. 83 — 10 apotek utvalts, vilka i omsättningshänseende och i fråga om övriga förutsättningar låg varandra mycket nära. De utvalda apotekens verkliga rörelseresultat har därefter på samma sätt som för år 1952 framräknats för åren 1953—1956.

En jämförelse mellan de deklarerade fiktiva rörelsevinsterna för dessa apotek och de verkliga rörelseresultaten under åren 1952—1956 framgår av tabell 19.

Av tabellen framgår att den fiktiva rörelsevinsten blir väsentligt större än det verkliga rörelseresultatet, beroende på att samtliga kostnader ej belastas apoteken. Apoteket E exempelvis, som under 5-årsperioden givit ett sammanlagt underskott på 84 300 kronor, deklarerar trots detta en fiktiv rörelsevinst på 285 700 kronor, alltså en avvikelse från det verkliga rörelseresultatet med icke mindre än 370 000 kronor.

Det kan måhända invändas, att den fiktiva rörelsevinsten visserligen är en felaktig mätare på det verkliga rörelseresultatet men dock står i en viss relation till detta. För inbördes jämförelse mellan apoteken borde den alltså kunna utgöra en grund och därmed också för ett avgiftssystem. På grund av att så stor del av apotekens lönekostnader betalas av kollektivet utjämnas ojämnheterna i de enskilda apotekens verkliga resultat, så att apoteket med det dåliga rörelseresultatet ger sin innehavare i det allra närmaste samma inkomst som apoteket med det goda resultatet. Förhållandet illustreras av tabell 20. Genomsnittsresultat och fiktiva rörelsevinster för samma 10 apotek som i tabell 19 för åren 1952—1956 har i denna tabell ställts tillsamman med de på de fiktiva rörelsevinsterna baserade innehavarersättningarna. Som jämförelse har de ersättningar angivits, vilka skulle ha utgått, om desamma — efter i övrigt nu gällande regler — hade beräknats på det verkliga rörelseresultatet i stället för på den fiktiva rörelsevinsten.

Tabell 19. Jämförelse mellan fiktiv rörelsevinst och verkligt rörelseresultat för 10 jämförbara apotek under åren 1952—1956 i 1000-tal kronor

Med fiktiv rörelsevinst (före ersättning till innehavaren) förstås det fiktiva rörelseresultat, som läggs till grund för avgiftsberäkningen, och vari hänsyn icke tagits till den del av apotekens lönekostnader som utbetalas centralt av kollektivet och som alltså icke belastats de enskilda apoteken.

Med verkligt rörelseresultat (före ersättning till innehavaren) förstås resultatet sedan de enskilda apotekens belastats med alla på dem fallande kostnader, beräknade efter för alla apotek enhetliga grunder.

Apotek	Genomsnittlig omsättning	1952		1953		1954		1955		1956		Totalt 1952—1956	
		Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat
A	538,6	112,8	62,8	113,5	37,1	126,3	49,3	132,2	55,2	163,9	77,4	648,7	281,8
B	505,6	69,6	20,6	85,3	— 14,9	59,0	— 8,0	70,8	6,9	95,8	20,2	380,5	24,8
C	562,8	80,1	15,0	113,1	32,7	108,8	2,8	90,4	6,2	159,1	56,4	551,4	113,1
D	506,6	77,9	32,3	47,4	— 0,6	44,8	— 13,6	53,7	— 1,7	67,6	6,3	291,3	22,6
E	500,5	35,6	— 31,7	44,7	— 18,5	53,8	— 10,5	71,9	— 5,3	79,6	— 18,2	285,7	— 84,3
F	540,6	87,3	11,8	97,5	9,2	95,4	15,4	102,7	34,0	73,3	— 6,8	456,1	63,5
G	523,4	93,6	18,3	59,6	— 17,3	78,7	13,7	112,2	34,0	132,0	36,7	476,1	85,4
H	525,9	86,0	23,9	76,9	8,2	106,1	11,2	111,2	35,4	186,6	92,0	566,7	171,0
I	541,8	69,3	— 1,3	81,3	6,0	105,5	24,8	141,4	57,3	129,3	37,0	526,8	123,9
K	463,3	55,0	13,2	58,0	2,1	48,3	— 9,8	91,0	31,9	123,7	51,7	375,9	89,1

Tabell 20. Jämförelse mellan verkligt rörelseresultat, fiktiv rörelsevinst och innehavarersättning i genomsnitt under åren 1952—1956 för 10 jämförbara apotek samt den genomsnittliga innehavarersättning som skulle ha utgått, därest det verkliga rörelseresultatet lagts till grund för avgiftsberäkningen

Apotek	Genomsnittlig omsättning	Genomsnitt per år under åren 1952—1956 av			
		verkligt rörelseresultat	redovisad fiktiv rörelsevinst	innehavarersättning enl. nuvarande system	innehavarersättning om denna skulle baseras på det verkliga rörelseresultatet
		före ersättning till innehavaren			
		1 000-tal kronor			
A	538,6	56,4	129,7	29,9	22,8
B	505,6	5,0	76,1	24,8	5,0
C	562,8	22,6	110,3	28,6	19,4
D	506,6	4,5	58,3	22,7	4,5
E	500,5	— 16,9	57,1	23,7	— 16,9
F	540,6	12,7	91,2	26,3	12,7
G	523,4	17,1	95,2	26,6	16,6
H	525,9	34,1	113,3	28,3	20,5
I	541,8	24,8	105,4	27,6	19,6
K	463,3	17,8	75,2	25,0	17,2

Tabellen avser endast att visa, hur den fiktiva rörelsevinsten — som påverkats av olika stora lönebidrag från kollektivet — kan bidra till att utjämna de goda och dåliga resultaten i beräkningen av de slutliga innehavarersättningarna.

Grundprincipen vid tidigare behandling av avgiftsfrågan (bl. a. Apotekssakkunniga av år 1931) var, att avgiftssystemet skulle utgöra ett medel att belasta ett vart apotek med avgifter efter vederbörande apotekes bärkraft samt ge en var apoteksinnehavare en inkomst i proportion till det ekonomiska resultat, som han åstadkom i sin apoteksrörelse. Detta senare syfte har emellertid icke förverkligats i det nuvarande avgiftssystemet. De i det följande anförda siffrorna visar i stället att den behållna inkomsten väsentligen beror av omsättningen och icke av det ekonomiska utfallet.

En brist i resultatredovisningen, som 1946 års läkemedelsutredning omnämnt (SOU 1951: 34, sid. 172), utgör det förhållandet, att apoteksinnehavarnas deklarationer icke förutsätter årliga inventeringar av varulagren i samband med boksluten. Dylika inventeringar sker mellan apoteksöverlåtelserna icke regelbundet, utan man nöjer sig med uppskattade lagervärden. Det är givet att resultatredovisningen härigenom blir än mera verklighetsfrämmande och än mindre ägnad att utgöra en objektiv grund för ett rationellt avgiftssystem. Kommittén har i sina beräkningar icke haft möjlighet att undvika denna felkälla utan har utgått från de deklarerade lagervärdena. För att så långt möjligt utjämna verkningarna av dylika felkällor omfattar emellertid en av kommitténs undersökningar en femårsperiod.

Mot vad som anförts i fråga om frånvaron av årliga lagerinventeringar kan givetvis invändas, att inventeringar alltid förekommer då ett apotek överlåtes till ny innehavare. Dolda reserver (eller motsatsen) kommer dock till sist fram i redovisningen. Detta rubbar emellertid icke det faktum, att en årlig resultatredovisning utan lagerinventering omöjligen kan vara tillförlitlig och att ett rätt verkande avgiftssystem icke kan komma till stånd utan en resultatredovisning, som visar det verkliga resultatet varje år för sig.

Det torde få anses uppenbart, att det nu tillämpade systemet för resultatredovisning utgör en dålig grund att bygga ett avgiftssystem på. 1946 års läkemedelsutredning säger härom bland annat (sid. 305) att, »det nuvarande avgiftssystemet för apoteken utövar ett förlamande inflytande på apoteksinnehavarnas initiativkraft, när det gäller att minska apotekens omkostnader eller att genom rationalisering öka distributionsapparatens effektivitet.» Utredningen har icke preciserat skälen för sin kritik mot avgiftssystemet och har inte närmare behandlat den fiktiva rörelsevinsten, men det vill synas som om kritiken främst grundats på här relaterade brister i resultatredovisningens utformning. Apotekarnas organisationer, som i sitt remissyttrande i stort sett tillbakavisade utredningens allmänna kritik i fråga om avgiftssystemets negativa verkningar, medgav emellertid (sid. 16) att en ändring beträffande avgiftssystemet är nödvändig.

»F. n. förhåller det sig så, att den enskilda rörelsen belastas endast med en viss fastställd del av de anställdas löner. Förutom att detta medför, att den enskildes bokföring ger en missvisande bild av kostnaderna, få de flesta innehavare sålunda behålla relativt liten del av den besparing, som kan ernås genom personalrationalisering. Ju dyrare arbetskraften blir, desto olämpligare blir detta förhållande, och en ändring i detta avseende bör därför snarast vidtagas.»

Kommittén vill sammanfattningsvis framhålla, att den resultatredovisning från de enskilda apoteksinnehavarna, som det nuvarande avgiftssystemet grundas på, måste anses mycket bristfälligt utformad. Apoteksinnehavarna själva har till helt nyligen haft mycket små möjligheter att bedöma det verkliga ekonomiska utfallet av sina rörelser, och avgifterna uttages på ett redovisat resultat, som högst väsentligt avviker från det verkliga. Vidare medger systemet icke möjlighet att åstadkomma en riktig avgiftsbelastning och innehavarersättning efter det resultat som uppnås.

B. Kommitténs undersökningar beträffande det nuvarande avgiftssystemets ekonomiska konsekvenser

1946 års läkemedelsutredning har, såsom i föregående avsnitt omnämnts, allmänt kritiserat avgiftssystemet, emedan detta skulle förkväva apoteksinnehavarnas initiativ till kostnadsbesparingar, rationaliseringar och god ekonomisk skötsel i allmänhet. Apotekarnas organisationer har i sitt remissyttrande i stort sett tillbakavisat kritiken under framhållande av en rad kollektiva åtgärder i kostnadsbesparande och rationaliserande syfte. Man medger emellertid, såsom likaledes relaterats i föregående avsnitt, att systemet är behäftat med brister, som skulle kunna motverka incitamentet till kostnadsbesparingar, i första hand beträffande löne- och andra personalkostnader.

Varken 1946 års läkemedelsutredning eller apotekarnas organisationer har emellertid presterat någon utredning till underlag för sina argument. Kommittén har därför funnit det angeläget att söka siffermässigt belysa, vilka konsekvenser det nuvarande avgiftssystemet kan ha haft i fråga om det ekonomiska utfallet och skötseln av de enskilda apoteken. I detta syfte har de enskilda apotekens driftsresultat och kostnader analyserats. Undersökningarna har gällt dels studier av driftsresultat m. m. för samtliga apotek under åren 1952 och 1956, dels resultatutvecklingen under femårsperioden 1952—1956 för ett antal jämförbara apotek i olika storleksgrupper.

Eftersom båda de undersökningar som omfattar samtliga apotek under ett år utförts på i stort sett likartat sätt och givit liknande resultat, har det ansetts tillräckligt att redovisa den undersökning som avser år 1956.

1. Analys av driftsresultaten under år 1956 för samtliga apotek

Vid analys av driftsresultaten har uppgifterna i apotekens deklarationer till avgiftsberedningen och dennas sammanställning av redovisningarna så långt möjligt använts. Dessutom har varje enskilt apoteks del av de centralt betalda lönerna inklusive pensioner lagts till apotekets i deklarationerna redovisade kostnader. Härvid har en utjämning av lönerna med hänsyn till såväl ålderstillägg, familjetillägg m. m. som dyrort företagits, så att varje apotek belastats med för varje anställd inom respektive personalkategori lika stor lön. Undantag härifrån gäller dock för städerskor, sköljerskor, varubud och farmacevtelever, för vilka apoteken betalar hela löneandelen.

I syfte att göra resultaten apoteken emellan så jämförbara som möjligt har korrigeringar skett. Detta gäller fasta nattapotek och apotek med filialapotek samt de apotek som haft kostnader för provisioner och frakter vid försäljning genom läkemedelsförråd, medicinlådor och kommissionärer. Eftersom reparationer och underhåll förekommit stötvis och även avskrivningarna till stor del företagits med starka variationer, har det ansetts nödvändigt att på något

sätt utjämna dessa kostnader. Detta har skett genom att de sammanlagda beloppen i stället för de verkliga kostnaderna fördelats på varje apotek. Reparationer och underhåll har fördelats efter omsättningen, avskrivningar efter inventariernas anskaffningsvärde.

Icke heller de resultat som härefter erhållits är helt jämförbara ens för apotek av samma storleksordning. Korrigeringarnas belopp är nämligen icke exakt beräknade och även andra faktorer, för vilka korrigering ej skett, torde i viss utsträckning ha påverkat resultaten. Vidare skulle en fullständig jämförbarhet förutsätta, att den redovisade varukostnaden överensstämmer med den verkliga. Detta antagande är emellertid icke realistiskt, eftersom inventeringar i regel ej företagits och den angivna varukostnaden därför ej kan kontrolleras. Hur stora avvikelserna kan vara mellan redovisad och verklig varukostnad är det svårt att uttala sig om. På grund av apotekens olika struktur beträffande försäljningens sammansättning, olika andel sjukhusleveranser m. m. kan den verkliga varukostnaden i ytterlighetsfallen variera mellan ungefär 55 och 70 procent av omsättningen. Om den redovisade varuförbrukningen skulle ha korrigerats, måste man ha tagit hänsyn till varje enskilt apoteks försäljningsstruktur. Vid den tidpunkt, då undersökningen genomfördes, fanns emellertid ej uppgifter härom sammanställda, varför sådan korrigering ej kunnat göras.

Eftersom varorna representerar den största kostnadsposten — vilken enligt vad som framgått ovan är osäker — kan slutsatser ur materialet i vissa avseenden dras endast med försiktighet.

De korrigerade driftsresultaten före innehavarersättning visar i förhållande till omsättningen en mycket stor spridning såsom framgår av tabell 21.

Tabell 21. Fördelningen av de verkliga driftsresultaten (före ersättning till innehavaren) i relation till omsättningen. (Apotek med distriktslaboratorium ingår ej)

Verkligt driftsresultat *före* innehavarersättning, % av omsättningen	Antal apotek	
20,0—22,4	1	
17,5—19,9	4	
15,0—17,4	14	
12,5—14,9	28	
10,0—12,4	49	
7,5— 9,9	78	
5,0— 7,4	64	
2,5— 4,9	62	
+ 0 — 2,4	39	339
— 0 — 2,4	27	
2,5— 4,9	14	
5,0— 7,4	6	
7,5— 9,9	5	52
Summa		391

Tabellen visar, att de verkliga driftsresultaten i förhållande till omsättningen varierar mellan överskott om mer än 20 procent till underskott om närmare 10 procent. I tabellen har hänsyn ej tagits till ersättning till innehavaren. Eftersom kostnaderna för dennes arbetsinsats har en mindre relativ betydelse vid större omsättning bör även resultaten *efter* avdrag av innehavarersättningen jämföras. Detta har gjorts i tabell 22.

Spridningen är något mindre i jämförelse med vad fallet är beträffande driftsresultaten före innehavarersättning. Driftsresultaten efter innehavarersättningen varierar nämligen från överskott om över 10 procent av omsättningen till underskott om mer än 15 procent samtidigt som antalet apotek med underskott ökar från 52 till 174. Tabellerna är tillkomna för att visa spridningen i resultaten, däremot icke det antal apotek som ger överskott respektive underskott. Att vissa apotek lämnar underskott sedan samtliga kost-

Tabell 22. Fördelning av verkligt driftsresultat efter avdrag av innehavarersättning i relation till omsättningen. (Apotek med distriktslaboratorium ingår ej)

Verkligt driftsresultat *efter* innehavarersättning, % av omsättningen	Antal apotek	
10,0—12,4	6	
7,5— 9,9	22	
5,0— 7,4	49	
2,5— 4,9	76	
+ 0 — 2,4	64	217
— 0 — 2,4	55	
2,5— 4,9	48	
5,0— 7,4	37	
7,5— 9,9	14	
10,0—12,4	16	
12,5—14,9	3	
15,0—17,4	1	174
Summa		391

nader jämte innehavarens ersättning medräknats är helt i sin ordning, eftersom priserna skall vara avvägda så, att apoteksväsendet totalt går jämnt ihop. Detta innebär, att ungefär två tredjedelar av apoteken under normala förhållanden icke ger överskott, sedan samtliga kostnader och innehavarens ersättning medräknats. År 1956 var priserna sådana, att kollektivet totalt gav ett underskott om 3,5 miljoner kronor, d. v. s. drygt en procent av omsättningen, varför detta år en ännu större andel av apoteken än två tredjedelar gav underskott vid det angivna beräkningssättet. Att enligt tabellen endast knappt hälften av apoteken uppvisade underskott beror främst på att vissa apotek ej belastats med samtliga kostnader. Detta gäller de fall då korrigeringar gjorts för särskilt kostnadskrävande funktioner, varigenom resultaten sålunda blivit höjda. Ej heller har sådana kollektiva kostnader påförts som ej kunnat direkt hänföras till respektive apotek.

I det föregående har ingen hänsyn tagits till omsättningsstorleken, vilket emellertid bör göras, eftersom denna påverkar resultaten. I tabell 23 har därför för olika storleksgrupper av apotek angivits genomsnittligt resultat per apotek både före och efter innehavarersättning, dels i absoluta tal, dels i procent av omsättningen. Dessutom har angivits de gränser inom vilka de procentuella överskotten varierar. Den tidigare konstaterade stora spridningen i relativa resultat gällde alla apotek tagna tillsammans, men även när man

Tabell 23. Jämförelse mellan apotekens omsättning och resultatet dels före, dels efter innehavarersättning. (Apotek med distriktslaboratorium ingår ej)

Omsättning 1 000-tal kr	Antal apotek	Verkligt driftsresultat *före* inneh.-ers.			Verkligt driftsresultat *efter* inneh.-ers.		
		Genomsnitt per apotek	% av oms.	Spridning inom gruppen mellan	Genomsnitt per apotek	% av oms.	Spridning inom gruppen mellan
— 200	34	14 964	8,9	+ 19,1— —1,7	— 4 623	— 2,7	+ 5,8— —12,8
200— 250	32	14 818	6,6	+ 20,5— —5,2	— 6 080	— 2,7	+ 9,4— —14,5
250— 300	40	15 919	5,8	+ 17,4— —9,2	— 5 867	— 2,1	+ 9,0— —15,9
300— 400	36	27 817	8,0	+ 18,4— —5,2	4 157	1,2	+11,0— —10,8
400— 500	53	27 218	6,1	+ 14,1— —6,1	2 018	0,5	+ 8,3— —10,9
500— 600	42	26 342	4,8	+ 15,9— —1,4	— 721	— 0,1	+10,4— — 5,8
600—1 000	83	37 251	4,7	+ 14,3— —9,2	5 654	0,7	+10,1— —12,2
1 000—	71	100 692	7,2	+ 15,1— —5,2	57 764	4,2	+11,3— — 7,4
Summa	391	39 414	6,2	+ 20,5— —9,2	10 768	1,7	+11,3— —15,9

betraktar varje storleksgrupp för sig är spridningarna nästan lika kraftiga. En del av variationerna kan säkerligen förklaras av sådana strukturolikheter som icke utjämnats. Det synes dock ofrånkomligt, att en betydande del av olikheterna i driftsresultat måste bero på olikheter i den ekonomiska skötseln av apoteken.

I det föregående har den relativa spridningen studerats. Spridningen i absoluta tal framgår av tabell 24, som är en dubbelsidig frekvenstabell, där på ena sidan apoteken uppdelats i grupper efter omsättningen, medan apoteken inom en omsättningsgrupp i sin tur är uppdelade i grupper efter resultatets absoluta storlek. Av tabellen fram-

Tabell 24. Jämförelse mellan apotekens omsättning och driftsresultatet. (Apotek med distriktslaboratorium ingår ej)

Oms. 1 000-tal kr	Driftsresultat *före* inneh.-ers. 1 000-tal kr													S:a apotek
	Underskott				Överskott									
	60 —90	40 —60	20 —40	0 —20	0 —20	20 —40	40 —60	60 —80	80 —100	100 —140	140 —180	180 —220	220 —320	
100— 200				2	20	12								34
200— 300			1	12	29	25	5							72
300— 400				4	8	13	9	2						36
400— 500			3	3	13	15	18	1						53
500— 600				8	10	11	8	4	1					42
600—1 000	3	1	5	5	10	16	14	18	10	1				83
1 000—1 500	1	1		3	1	5	4	7	8	17	4			51
1 500—2 400				1				1	2	7	4	3	2	20
S:a apotek	4	2	9	38	91	97	58	33	21	25	8	3	2	391

går, att spridningen i absoluta tal är större för stora apotek och att detta även medför, att de största underskotten förekommer bland stora apotek.

Resultaten varierar inom så vida gränser, att skillnaderna inte mer än till en liten del kan ha sin förklaring i att uppgifterna om varukostnaden ej baserats på inventeringar.

För att få underlag för frågans bedömning har kommittén på två olika sätt undersökt förhållandena. Det ena sättet har varit att jämföra skillnaden mellan bästa och sämsta resultat inom de olika storleksgrupperna med det redovisade lagrets genomsnittliga storlek inom respektive grupp (tabell 25).

Jämförelsen mellan å ena sidan skillnaderna mellan bästa och sämsta resultat och å andra sidan lagerstorlekarna inom respektive grupp ger omedelbart vid handen, att de nämnda skillnaderna är så stora i förhållande till lagren, att de inte mer än obetydligt kan förklaras av under året inträffade förändringar i lagerreservens storlek. Härvid bör observeras, att de angivna lagervärdena avser de efter nedskrivning redovisade beloppen, varför de verkliga lagren var något större.

Det andra sättet att undersöka hur mycket frånvaron av inventeringar kan ha påverkat skillnaden mellan bästa och sämsta resultat inom grupperna har varit att för ett antal av de apotek som uppvisat de bästa respektive de sämsta resultaten inom varje grupp beräkna vederbörande apoteks verkliga varukostnad. Undersökningen har givit vid handen, att skillnaden mellan bästa och sämsta resultat i allmänhet blev något mindre, sedan varukostnaden korrige-

Tabell 25. Skillnad mellan bästa och sämsta resultat jämte det redovisade lagrets genomsnittliga storlek hos respektive grupper av apotek

1 000-tal kronor		
Omsättning	Skillnad mellan bästa och sämsta resultat inom gruppen	Redovisat lager genomsnitt per apotek
100— 200	35	27
200— 300	78	38
300— 400	83	46
400— 500	90	61
500— 600	92	73
600—1 000	219	96
1 000—1 500	252	130
1 500—2 400	331	176

rats, men att ändringen har liten betydelse. **Detta framgår av tabell 26.**

Den stora spridningen i resultaten kan visas även på det sätt som skett i diagram 1, där de enskilda apoteken prickats in med hänsyn till dels omsättning, dels driftsresultatet före innehavarersättning.

Innehavarersättningen har på liknande sätt prickats in på diagram 2.

Såsom framgår vid en jämförelse mellan diagrammen är spridningen i innehavarersättningarna i motsats till driftsresultaten liten, när apoteken ordnas efter omsättningsstorlek. Detta framgår även av tabell 27, som visar apoteken i storleksgrupper med innehavarersättningen i frekvensgrupper. En mera oenhetlig bild visas, om apoteken

Tabell 26. Skillnad mellan apotek med bästa och med sämsta resultat inom olika storleksgrupper, dels med redovisad, dels med korrigerad varukostnad

1 000-tal kronor			
Omsättning	Skillnad mellan apotek med bästa och med sämsta driftsresultat före innehavarersättning.		Ökning eller minskning av spännvidden
	med redovisad varukostnad	med beräknad verkl. varukostnad	
100— 200	35	36	+ 1
200— 300	78	52	— 26
300— 400	83	62	— 21
400— 500	90	74	— 16
500— 600	92	88	— 4
600—1 000	219	195	— 24
1 000—1 500	252	217	— 35
1 500—2 400	331	330	— 1

Anm.: Den beräknade verkliga varukostnaden har baserats på apotekarsocietetens stickprovsundersökningar angående den genomsnittliga procentuella varukostnaden vid dels leveranser över sjukhusapotek, dels andra sjukhusleveranser, dels ock övrig försäljning.

Diagram 1. Driftsresultat före innehavarersättning hos apoteken år 1956. (Apotek med distriktslaboratorium ingår ej)

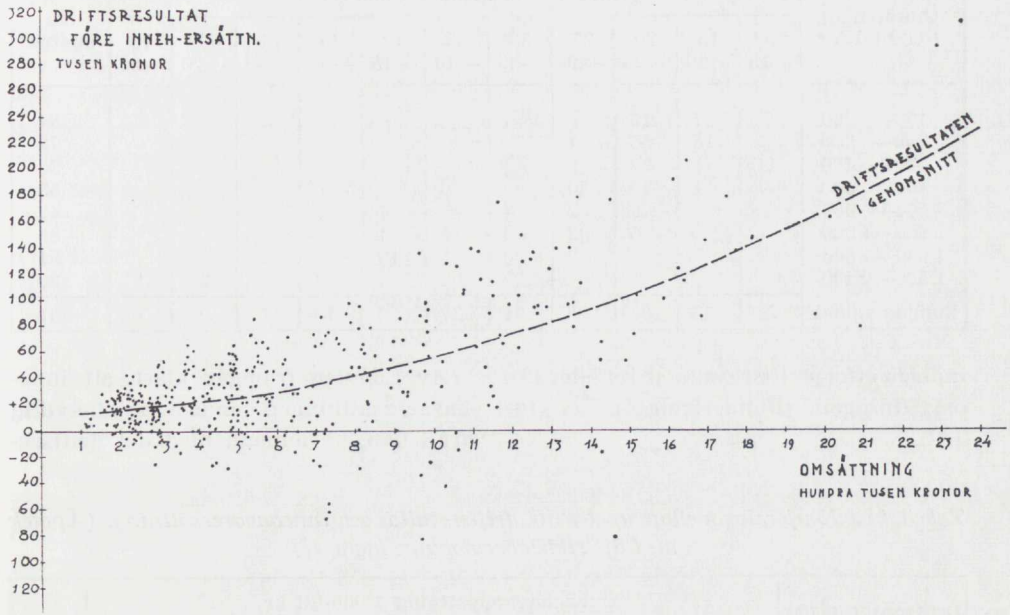
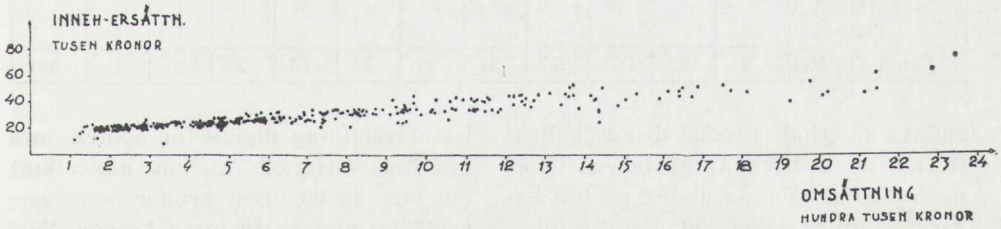


Diagram 2. Innehavarersättning hos apoteken år 1956. (Apotek med distriktslaboratorium ingår ej)



Tabell 27. Jämförelse mellan apotekens omsättning och innehavarersättning. (Apotek med distriktslaboratorium ingår ej)

Omsättning 1 000-tal kr	Innehavarersättning 1 000-tal kr											S:a apotek
	—15	15 —20	20 —25	25 —30	30 —35	35 —40	40 —45	45 —50	50 —60	60 —70	70 —80	
100— 200	1	17	16									34
200— 300		15	56	1								72
300— 400	1		27	8								36
400— 500		1	22	30								53
500— 600			6	32	4							42
600—1 000			6	22	39	14	1	1				83
1 000—1 500				2	8	13	19	6	3			51
1 500—2 400							4	9	4	2	1	20
Summa apotek	2	33	133	95	51	27	24	16	7	2	1	391

indelas efter driftsresultatet i stället för omsättningen. Detta framgår av tabell 28.

Av tabellen framgår klart, att innehavarersättningen endast i obetydlig grad hänger samman med det driftsre-

Tabell 28. Jämförelse mellan apotekens driftsresultat och innehavarersättning. (Apotek med distriktslaboratorium ingår ej)

Driftsresultat *före* innehav.-ers. 1 000-tal kr		Innehavarersättning 1 000-tal kr											S:a apotek
		—15	15 —20	20 —25	25 —30	30 —35	35 —40	40 —45	45 —50	50 —60	60 —70	70 —80	
under-skott	60— 90			2	2								4
	40— 60			1		1							2
	20— 40		2	4	2	1							9
	0— 20	1	10	14	10	2		1					38
	0— 20	1	19	49	19	3							91
över-skott	20— 40		2	53	25	13	4						97
	40— 60			10	31	11	5		1				58
	60— 80				4	16	8	5					33
	80—100				2	4	8	4	1	2			21
	100—120						1	7	3				11
	120—140						1	6	7				14
	140—180							1	3	4			8
	180—220								1	1	1		3
	220—320										1	1	2
Summa apotek		2	33	133	95	51	27	24	16	7	2	1	391

sultat som erhålles sedan den av kollektivet betalda delen av apotekens löner medräknats. Sålunda utgick en innehavarersättning mellan 20 och 25 tusen kronor för såväl apotek med mer än 60 tusen kronor i underskott som apotek med över 40 tusen kronor i överskott. Mellan 25 och 30 tusen kronor i innehavarersättning utgick för apotek vars resultat varierade mellan underskott om mer än 60 tusen kronor och överskott om mer än 80 tusen kronor. Nästan lika stor var skillnaden mellan sämsta respektive bästa resultat bland de apotek där innehavarersättning utgick med mellan 30 och 35 tusen kronor.

2. Resultatutvecklingen vid vissa apotek åren 1952—1956

Som angavs i föregående avsnitt kan en helt tillförlitlig bedömning av apotekens resultat icke göras för ett enstaka år, därför att inventeringar ej företagits och varukostnaden av detta skäl är osäker. En säkrare bild erhålles, om apoteken studeras under några år, varvid man bör kunna anta, att eventuella förändringar i dold reserv ej entydigt gått i samma riktning. Om apoteket ett visst år redovisat större varukostnad än den verkliga — t. ex. genom att lagrets värde ökat utan att det bokförda värdet ändrats — torde detta ett annat år delvis ha kompenserats genom en utveckling i motsatt riktning.

Den senaste fem-årsperiod som kunde ifrågakomma var åren 1952—1956. Sedan apotekarsocieteten på kommitténs förfrågan i brev meddelat, att uppgifter över de verkliga driftsresultaten på de olika apoteken ej fanns sammanställda för de nämnda åren, ansåg sig kommittén nödsakad att begränsa undersökningen till ett urval av apotek.

Till utgångspunkt för undersökningen har tagits det förhållandet, att apotek med lika driftsbetingelser borde ge i stort sett samma ekonomiska resultat. Rörelseresultatens variation olika apotek emellan borde därför visa i vad mån apoteksinnehavaren-företagsledarens skötsel av apoteket har avgörande inflytande på det ekonomiska utfallet. Det verkliga rörelseresultatets utveckling under ett antal år jämförd med utvecklingen av den behållna inkomsten under samma tid borde kunna ge besked om i vad mån avgiftssystemet — representerat av den behållna inkomsten — återverkade på apotekens skötsel.

Samtliga apotek inom fem valda omsättningsgrupper ordnades efter omsättningens storlek år 1952, varefter sådana apotek avskildes vars förhållanden i strukturhänseende avvek från flertalets. Sålunda medtogs ej apotek som hade filialapotek, sjukhusapotek eller distriktslaboratorium, ej heller apotek vars försäljning till sjukhus eller genom medicinlådor och läkemedelsförråd i högre grad avvek från det för gruppen typiska. Inom var och en av grupperna förekommer en högsta avvikelse av± 10 procent från gruppens medelomsättning. Omsättningsutvecklingen för de följande åren (1953—1956) har därefter granskats, varvid apotek som visat större avvikelse från medelomsättningen respektive år, bortsorterats ur materialet. De fem grupperna har sålunda begränsats till att endast omfatta apotek med ungefär lika omsättningsstorlek och någorlunda lika omsättningsutveckling. Visserligen är avvikelserna beträffande denna senare i några fall större än vad som för en helt rättvisande jämförelse skulle vara önskvärt, men grupperna innehåller dock de apotek som i respektive storleksgrupper ansetts bäst jämförbara. Vid urvalet fick olikheter i fråga om omsättningsutvecklingen vägas mot avvikelser beträffande andra förhållanden, t. ex. andel sjukhusleveranser. Varje grupp består av omkring 10 apotek, vilka — så långt det av tillgängligt material är möjligt att bedöma — är jämförbara i för apoteksdriften väsentliga avseenden.

De sålunda utvalda apoteken uppvisade emellertid fortfarande vissa olikheter som måste utjämnas innan en rättvisande jämförelse kunde göras. Eftersom de olika apoteken inom varje grupp tillhör olika dyrorter omräknades lönekostnaderna, räknade såsom medellöner, efter en enhetlig dyrortsberäkning, nämligen till 3-ort. Vidare utjämnades hyreskostnaderna så att alla apotek inom respektive grupp belastades med samma relativa hyreskostnader. Frakt- och provisionskostnader för medicin-

lådor, läkemedelsförråd etc. har på samma sätt utjämnats inom grupperna. Så skedde slutligen även med avskrivningarna på inventarier.

Med iakttagande av nyssnämnda utjämningsregler har rörelseresultaten framräknats.

Undersökningen, vars resultat redovisas i tabellerna 29 t. o. m. 33, visar hur ett antal apoteksinnehavare resultatmässigt skött någorlunda jämförbara apotek. De olikheter mellan apoteken i respektive grupp, vilka fortfarande kan finnas trots de gjorda korrigeringarna, kommer att behandlas i det följande.

Under åren 1952—1954 gällde den äldre medicinaltaxan, om vilken man vet att den hade stora brister. Exempelvis extemporeberedningar täckte icke sina kostnader, varför resultaten kan ha påverkats, i den mån apoteken i sin försäljning hade olika andel härav. Vad speciellt dessa beredningar beträffar har emellertid kommittén för år 1956 — då den nya taxan med relativt högre marginal på extemporeberedningar gällde — gjort en undersökning av sambandet mellan extemporeandel och resultat — redovisad på sid. 98 — och därvid icke kunnat konstatera att försäljningsandelen av dylika beredningar hade någon nämnvärd betydelse för resultatet. Bland andra faktorer som kan ha inverkat i viss utsträckning kan nämnas: 1) omsättningsutvecklingen, som för en del apotek visar något större avvikelser från genomsnittet, 2) expeditionernas genomsnittliga storlek (medelinköpen per kund), 3) konkurrenssituationen, som är olika på orter med flera respektive ett enda apotek, vilket kan medföra olika grad av service och därmed kostnader, 4) olika anspråk på service från läkare, sjukhus och även allmänhet, 5) olikheter i personalens effektivitet på grund av varierande arbetsförmåga m. m., 6) kvarstående verkningar av det sätt, på vilket föregående innehavare skött apoteket, 7) sådana olikheter i fråga om variationer i arbetsbelastningen under dagen, vars verkningar inte helt kan neutraliseras genom deltidsanställd personal.

Det är sålunda möjligt att godtagbara förklaringar finns till en del av de varierande resultaten apoteken emellan. Kommittén har därför begärt att apotekarsocieteten skulle granska de i undersökningen ingående företagen med hänsyn till deras struktur m. m., men societeten har icke ansett sig ha möjlighet härtill.

Gruppen 1 omfattar apotek med en genomsnittlig omsättning år 1956 av 218 000 kronor och tillhör den kategori vilken enligt den inom apotekskollektivet för närvarande använda terminologin brukar betecknas såsom icke bärkraftiga apotek. De verkliga rörelseresultaten före innehavarersättning visar därför relativt små överskott eller i vissa fall underskott. Resultatutvecklingen under femårsperioden är för vart och ett apotek ganska jämn och visar inga särskilt anmärkningsvärda omkastningar. De språng som här och var kan iakttagas torde hänga samman med frånvaron av lagerinventeringar. Helhetsintrycket är eljest, att de apotek, som ger goda resultat, gör så under hela perioden och att de som ger dåliga, genomgående gör detta. Mest markant visas detta av apoteken 1 d och 1 e, vilka för övrigt ligger varandra så nära omsättningsmässigt, att skillnaden totalt under de fem åren endast uppgår till 2 000 kronor.

Medan rörelseresultaten för apoteken var för sig är ganska jämna, är de högst olika apoteken emellan. Totalresultatet under perioden varierar från ett underskott på 29 400 kronor till ett överskott på 81 300 kronor, alltså en skillnad

Tabell 29. Jämförelse mellan fiktiv rörelsevinst, verkligt rörelseresultat och innehavarersättning i 1000-tal kronor vid vissa apotek under åren 1952—1956

Grupp 1. Genomsnittsomsättning 1952 164 000 kronor, 1956 218 000 kronor

Apotek	1952				1953				1954				1955			
	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.
1 a	150,6	21,6	13,8	19,5	165,1	21,2	2,8	19,0	180,6	24,5	5,6	19,9	199,9	33,5	18,2	20,8
1 b	152,0	28,4	8,8	19,8	166,3	32,5	11,9	20,0	172,9	31,2	10,4	19,9	194,6	37,2	15,0	20,5
1 c	159,2	34,3	14,1	20,3	168,7	34,8	10,5	20,2	181,6	33,6	10,3	20,1	181,7	38,1	16,7	20,6
1 d	162,7	33,6	14,0	20,3	169,0	42,4	21,9	19,6	183,0	21,3	2,3	18,5	187,1	34,3	18,8	20,2
1 e	162,9	20,9	— 3,1	18,9	167,3	18,1	— 9,8	17,1	177,1	20,7	— 6,0	18,3	187,3	17,1	— 9,6	16,5
1 f	170,6	25,5	9,6	19,1	174,0	25,0	1,1	18,9	179,6	30,4	5,5	19,8	206,8	42,6	12,6	21,0
1 g	170,8	21,2	2,2	19,5	162,5	24,6	7,1	19,9	157,0	9,2	— 12,0	9,2	178,5	23,8	6,4	19,8
1 h	170,0	29,4	6,4	19,9	179,3	35,2	9,1	20,3	184,8	35,6	10,1	20,3	198,8	41,3	11,6	20,9
1 i	173,9	22,5	10,0	19,2	179,7	25,9	8,5	19,3	186,4	29,0	5,4	17,1	200,9	16,4	— 6,4	16,0

Apotek	1956				Omsättning totalt 1952—1956	Fiktiv rörelsevinst 1952—1956			Verkligt rörelseresultat 1952—1956			Innehavarersättning 1952—1956		
	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.		Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen	Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen	Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen
1 a	214,3	30,8	9,5	20,6	910,4	131,7	26,3	14,5	50,0	10,0	5,5	99,8	20,0	10,7
1 b	226,3	49,6	20,8	21,7	912,0	178,8	35,8	19,6	66,9	13,4	7,3	101,9	20,4	11,2
1 c	211,0	47,2	20,9	21,5	902,2	187,9	37,6	20,8	72,6	14,5	8,0	102,7	20,5	11,4
1 d	203,0	50,0	24,4	21,8	904,8	181,5	36,3	20,1	81,3	16,3	9,0	100,3	20,1	11,1
1 e	211,5	24,7	— 0,9	19,2	906,1	101,5	20,3	11,2	— 29,4	— 5,9	— 3,2	89,9	18,0	9,9
1 f	247,9	50,0	19,8	21,8	978,8	173,4	34,7	17,7	48,5	9,7	5,0	100,6	20,1	10,3
1 g	199,8	24,3	— 8,7	19,9	868,5	103,1	20,6	11,9	— 5,0	— 1,0	— 0,6	88,3	17,7	10,2
1 h	218,5	38,7	0,9	20,6	951,4	180,1	36,0	18,9	38,0	7,6	4,0	102,0	20,4	10,7
1 i	229,3	30,5	3,8	19,8	970,3	124,3	24,9	12,8	21,3	4,3	2,3	91,4	18,3	9,4

Med fiktiv rörelsevinst (före ersättning till innehavaren) avses det fiktiva rörelseresultat som lägges till grund för avgiftsberäkningen och vari hänsyn icke tagits till den stora del av apotekens lönekostnader som utbetalas centralt av kollektivet och som alltså icke belastats de enskilda apoteken.

Med verkligt rörelseresultat (före ersättning till innehavaren) avses resultatet sedan de enskilda apoteken belastats med alla på dem fallande kostnader, beräknade efter för alla apotek enhetliga grunder.

Tabell 30. Jämförelse mellan fiktiv rörelsevinst, verkligt rörelseresultat och innehavarersättning i 1000-tal kronor vid vissa apotek under åren 1952—1956

Grupp 2. Genomsnittsomsättning 1952 219 000 kronor, 1956 311 000 kronor

Apotek	1952				1953				1954				1955			
	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.
2 a	203,6	16,0	— 6,7	17,2	224,3	20,7	— 17,0	18,5	233,7	29,8	— 7,4	20,1	268,7	34,2	— 4,7	20,5
2 b	207,6	42,5	15,5	21,2	217,0	26,6	— 7,9	19,4	232,4	41,3	7,3	20,9	261,8	42,5	— 1,6	21,0
2 c	213,1	30,6	9,0	20,7	226,6	31,6	1,0	20,6	234,3	31,0	0,7	20,6	276,8	44,8	11,5	22,0
2 d	214,6	25,7	4,0	19,6	242,6	33,2	5,2	20,1	267,0	36,7	9,0	20,8	280,0	42,8	9,9	21,4
2 e	224,8	24,1	— 3,2	19,4	239,3	31,7	2,9	19,9	258,5	41,8	10,0	20,9	260,7	44,8	12,0	21,2
2 f	225,0	47,0	16,8	22,0	241,0	54,9	18,6	22,6	236,0	40,2	1,3	21,1	268,0	53,5	15,8	22,5
2 g	226,0	52,5	24,8	22,3	235,3	49,1	17,7	21,7	274,8	48,4	6,3	22,0	288,3	63,3	32,5	23,5
2 h	240,2	37,5	15,3	20,8	265,9	52,2	23,6	22,0	270,6	52,9	23,6	22,4	294,7	52,6	23,2	22,4

Apotek	1956				Omsättning totalt 1952—1956	Fiktiv rörelsevinst 1952—1956			Verkligt rörelseresultat 1952—1956			Innehavarersättning 1952—1956		
	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.		Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen	Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen	Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen
2 a	290,5	25,3	— 25,3	19,6	1 220,7	125,9	25,2	10,3	— 61,1	— 12,2	— 5,0	96,1	19,2	7,9
2 b	310,4	58,6	9,2	22,6	1 229,2	211,6	42,3	17,2	22,4	4,5	1,8	105,2	21,0	8,6
2 c	331,0	61,0	21,0	24,6	1 281,8	199,0	39,8	15,5	43,2	8,6	3,4	108,5	21,7	8,5
2 d	292,1	52,6	15,6	22,4	1 296,3	191,1	38,2	14,7	3,7	8,7	3,4	104,2	20,8	8,0
2 e	291,5	59,8	19,5	22,6	1 274,7	202,2	40,4	15,9	41,2	8,3	3,2	104,1	20,8	8,2
2 f	270,9	51,8	8,3	22,3	1 241,0	247,5	49,5	19,9	60,9	12,2	4,9	110,6	22,1	8,9
2 g	351,3	82,0	47,5	23,3	1 375,6	295,4	59,1	21,5	128,8	25,8	9,4	112,7	22,5	8,2
2 h	346,1	73,7	40,3	24,5	1 417,4	268,9	53,8	19,0	126,1	25,2	8,9	112,0	22,4	7,9

Med fiktiv rörelsevinst (före ersättning till innehavaren) avses det fiktiva rörelseresultat som lägges till grund för avgiftsberäkningen och vari hänsyn icke tagits till den stora del av apotekens lönekostnader som utbetalas centralt av kollektivet och som alltså icke belastats de enskilda apoteken.

Med verkligt rörelseresultat (före ersättning till innehavaren) avses resultatet sedan de enskilda apoteken belastats med alla på dem fallande kostnader, beräknade efter för alla apotek enhetliga grunder.

Tabell 31. Jämförelse mellan fiktiv rörelsevinst, verkligt rörelseresultat och innehavarersättning i 1000-tal kronor vid vissa apotek under åren 1952—1956

Grupp 3. Genomsnittsomsättning 1952 323 000 kronor, 1956 464 000 kronor

Apotek	1952				1953				1954				1955			
	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.
3 a	312,9	47,2	14,1	21,9	363,3	60,7	20,5	22,8	377,8	70,7	21,5	23,8	409,0	70,8	17,7	23,8
3 b	347,0	69,5	23,8	24,3	368,1	59,5	13,7	23,1	377,9	66,4	16,8	23,8	420,6	44,2	— 12,1	21,5
3 c	321,0	67,6	40,8	23,8	338,0	80,9	50,8	24,9	353,2	82,8	48,6	25,4	375,3	88,8	55,6	26,0
3 d	306,6	41,2	19,1	21,9	298,8	33,9	— 14,9	20,9	315,5	26,2	— 25,1	19,5	378,5	56,2	13,9	23,5
3 e	332,9	59,8	13,7	23,5	340,9	62,6	9,4	23,4	363,1	64,2	8,9	23,5	406,2	73,0	16,9	24,4
3 f	303,1	48,6	9,7	22,0	309,7	39,8	5,2	20,7	331,6	57,9	20,3	22,5	371,7	45,1	3,7	21,3
3 g	336,0	73,2	32,0	24,3	360,3	54,0	3,5	22,1	375,1	69,6	27,9	23,7	443,6	76,1	31,2	24,4
3 h	310,1	55,9	25,3	23,0	336,2	55,5	14,5	22,7	372,2	68,0	25,8	23,9	429,1	34,4	— 16,4	20,6
3 i	340,0	66,2	27,1	23,5	354,6	74,3	34,0	24,2	363,6	62,2	18,8	23,0	416,5	82,2	43,1	25,0

Apotek	1956				Omsättning totalt 1952—1956	Fiktiv rörelsevinst 1952—1956			Verkligt rörelseresultat 1952—1956			Innehavarersättning 1952—1956		
	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.		Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen	Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen	Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen
3 a	489,0	76,9	10,6	24,4	1 952,0	326,3	65,3	16,7	84,4	16,9	4,3	116,8	23,4	6,0
3 b	497,0	69,9	3,0	24,1	2 010,8	309,4	61,9	15,4	45,2	9,0	2,3	116,9	23,4	5,8
3 c	412,5	91,3	49,2	26,8	1 800,1	411,5	82,3	22,9	244,9	49,0	13,6	126,9	25,4	7,1
3 d	417,8	63,8	6,1	24,2	1 717,2	221,4	44,3	12,9	— 14,8	— 3,0	— 0,9	109,9	22,0	6,4
3 e	465,8	117,1	45,1	28,5	1 909,0	376,7	75,3	19,7	94,1	18,8	4,9	123,4	24,7	6,5
3 f	434,0	61,8	2,1	22,9	1 750,0	253,2	50,6	14,5	41,1	8,2	2,3	109,5	21,9	6,3
3 g	477,7	97,3	42,8	26,5	1 992,7	370,2	74,0	18,6	137,3	27,5	6,9	121,1	24,2	6,1
3 h	497,6	54,2	— 13,0	22,5	1 945,2	268,1	53,6	13,8	36,2	7,2	1,9	112,7	22,5	5,8
3 i	487,5	96,5	36,3	26,4	1 962,2	379,5	75,9	19,3	159,3	31,9	8,1	122,1	24,4	6,2

Med fiktiv rörelsevinst (före ersättning till innehavaren) avses det fiktiva rörelseresultat som lägges till grund för avgiftsberäkningen och vari hänsyn icke tagits till den stora del av apotekens lönekostnader som utbetalas centralt av kollektivet och som alltså icke belastats de enskilda apoteken.

Med verkligt rörelseresultat (före ersättning till innehavaren) avses resultatet sedan de enskilda apoteken belastats med alla på dem fallande kostnader, beräknade efter för alla apotek enhetliga grunder.

Tabell 32. Jämförelse mellan fiktiv rörelsevinst, verkligt rörelseresultat och innehavarersättning i 1000-tal kronor vid vissa apotek under åren 1952—1956

Grupp 4. Genomsnittsomsättning 1952 462 000 kronor, 1956 622 000 kronor

Apotek	1952				1953				1954				1955			
	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.
4 a	480,8	112,8	62,8	28,9	487,2	113,5	37,1	28,5	529,0	126,3	49,3	29,5	559,9	132,2	55,2	30,0
4 b	480,4	69,6	20,6	24,5	483,4	85,3	— 14,9	25,3	477,0	59,0	— 8,0	23,0	500,8	70,8	6,9	24,2
4 c	491,9	80,1	15,0	26,1	619,1	113,1	32,7	28,8	514,0	108,8	2,8	28,6	546,7	90,4	6,2	26,5
4 d	456,5	77,9	32,3	24,9	459,8	47,4	— 0,6	21,5	450,1	44,8	— 13,6	21,2	505,0	53,7	— 1,7	22,1
4 e	463,1	35,6	— 31,7	22,0	471,2	44,7	— 18,5	22,3	452,7	53,8	— 10,5	23,2	522,7	71,9	— 5,3	25,0
4 f	482,2	87,3	11,8	26,4	524,0	97,5	9,2	26,9	541,6	95,4	15,4	26,7	555,4	102,7	34,0	27,0
4 g	432,3	93,6	18,3	27,0	452,1	59,6	— 17,3	23,1	502,8	78,7	13,7	25,0	570,3	112,2	34,0	28,2
4 h	428,8	86,0	23,9	26,2	454,0	76,9	8,2	24,8	491,8	106,1	11,2	27,7	551,6	111,2	35,4	28,1
4 i	491,5	69,3	— 1,3	24,7	480,4	81,3	6,0	25,3	504,3	105,5	24,8	27,6	572,8	141,4	57,3	30,7
4 k	411,5	55,0	13,2	23,4	413,2	58,0	2,1	23,3	407,0	48,3	— 9,8	22,3	503,1	91,0	31,9	26,6

Apotek	1956				Omsättning totalt 1952—1956	Fiktiv rörelsevinst 1952—1956			Verkligt rörelseresultat 1952—1956			Innehavarersättning 1952—1956		
	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.		Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen	Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen	Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen
4 a	636,1	163,9	77,4	32,9	2 693,0	648,7	129,7	24,1	281,8	56,4	10,5	149,7	29,9	5,6
4 b	586,6	95,8	20,2	26,8	2 528,2	380,5	76,1	15,1	24,8	5,0	1,0	123,9	24,8	4,9
4 c	642,5	159,1	56,4	32,8	2 814,1	551,4	110,3	19,6	113,1	22,6	4,0	142,8	28,6	5,1
4 d	553,6	67,6	6,3	23,5	2 533,0	291,3	58,3	11,5	22,6	4,5	0,9	113,3	22,7	4,5
4 e	592,6	79,6	— 18,2	25,8	2 502,3	285,7	57,1	11,4	— 84,3	— 16,9	— 3,4	118,3	23,7	4,7
4 f	599,7	73,3	— 6,8	24,5	2 702,9	456,1	91,2	16,9	63,5	12,7	2,4	131,4	26,3	4,9
4 g	659,7	132,0	36,7	30,0	2 617,1	476,1	95,2	18,2	85,4	17,1	3,3	133,2	26,6	5,1
4 h	703,4	186,6	92,0	34,9	2 629,6	566,7	113,3	21,6	171,0	34,1	6,5	141,7	28,3	5,4
4 i	660,2	129,3	37,0	29,8	2 709,1	526,8	105,4	19,4	123,9	24,8	4,6	138,0	27,6	5,1
4 k	581,9	123,7	51,7	29,6	2 316,7	375,9	75,2	16,2	89,1	17,8	3,8	125,2	25,0	5,4

Med fiktiv rörelsevinst (före ersättning till innehavaren) avses det fiktiva rörelseresultat som lägges till grund för avgiftsberäkningen och vari hänsyn icke tagits till den stora del av apotekens lönekostnader som utbetalas centralt av kollektivet och som alltså icke belastats de enskilda apoteken.

Med verkligt rörelseresultat (före ersättning till innehavaren) avses resultatet sedan de enskilda apoteken belastats med alla på dem fallande kostnader, beräknade efter för alla apotek enhetliga grunder.

Tabell 33. Jämförelse mellan fiktiv rörelsevinst, verkligt rörelseresultat och innehavarersättning i 1000-tal kronor vid vissa apotek under åren 1952—1956

Grupp 5. Genomsnittsomsättning 1952 730 000 kronor, 1956 1 003 000 kronor

Apotek	1952				1953				1954				1955			
	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.
5 a	678,3	103,3	18,0	28,2	734,7	132,2	43,6	30,3	781,2	120,4	36,0	29,0	849,8	153,8	61,8	32,0
5 b	705,4	55,8	2,4	23,7	734,1	143,1	66,3	31,9	753,0	84,7	4,4	26,0	861,1	79,8	— 12,4	25,5
5 c	736,8	99,7	29,1	27,8	821,4	141,8	49,4	31,3	807,0	99,6	— 5,3	27,1	816,4	113,1	9,1	28,3
5 d	736,0	153,8	81,3	33,3	791,7	181,4	91,5	35,3	847,5	177,9	81,8	34,1	902,8	211,5	120,3	37,2
5 e	744,7	152,6	78,2	33,1	773,2	162,6	80,9	33,4	803,2	171,5	86,0	33,6	897,4	205,4	122,0	36,6
5 f	747,5	135,3	61,9	31,4	829,2	191,8	113,1	36,3	815,0	183,3	100,3	34,6	883,0	210,4	119,5	37,1
5 g	758,3	71,0	26,6	25,2	798,3	90,6	— 16,5	26,2	824,9	80,7	— 20,4	25,2	916,8	83,4	— 27,8	25,5

Apotek	1956				Omsättning totalt 1952—1956	Fiktiv rörelsevinst 1952—1956			Verkligt rörelseresultat 1952—1956			Innehavarersättning 1952—1956		
	Omsättning	Fiktiv rörelsevinst	Verkligt rörelseresultat	Innehavarers.		Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen	Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen	Totalt	Genomsnitt	I % av omsättningen
5 a	1 029,0	252,0	147,4	40,8	4 073,0	761,6	152,3	18,7	306,8	61,4	7,5	160,2	32,0	3,9
5 b	944,1	73,8	— 50,5	24,9	3 998,0	437,2	87,4	10,9	10,3	2,1	0,3	131,9	26,4	3,3
5 c	914,3	147,0	36,0	31,3	4 095,8	601,2	120,2	14,7	118,2	23,6	2,9	145,3	29,2	3,6
5 d	1 098,0	266,8	155,3	42,1	4 376,0	991,4	198,3	22,7	530,2	106,0	12,1	182,0	36,4	4,2
5 e	921,9	161,2	38,8	32,6	4 140,4	853,3	170,7	20,6	406,0	81,2	9,8	169,3	33,9	4,1
5 f	1 063,7	251,7	150,5	40,8	4 338,4	972,6	194,5	22,4	541,6	108,3	12,5	180,2	36,0	4,2
5 g	1 049,0	156,6	13,2	32,2	4 347,3	482,4	96,5	11,1	— 25,0	— 5,0	— 0,6	134,2	26,8	3,1

Med fiktiv rörelsevinst (före ersättning till innehavaren) avses det fiktiva rörelseresultat som lägges till grund för avgiftsberäkningen och vari hänsyn icke tagits till den stora del av apotekens lönekostnader som utbetalas centralt av kollektivet och som alltså icke belastats de enskilda apoteken.

Med verkligt rörelseresultat (före ersättning till innehavaren) avses resultatet sedan de enskilda apoteken belastats med alla på dem fallande kostnader, beräknade efter för alla apotek enhetliga grunder.

mellan sämsta och bästa resultat inom gruppen på 110 700 kronor. Resultaten för de övriga apoteken inom gruppen visar en ganska jämn spridning mellan dessa ytterligheter. Kommittén har icke kunnat finna att några strukturella eller andra olikheter i betingelserna skulle kunna förklara detta.

Innehavarersättningen för varje apotek visar en helt annan bild. Den varierar under femårsperioden mellan lägst 88 300 kronor och högst 102 700 kronor, dvs. inom en ram på 14 400 kronor. Den högsta ersättningen har ej tillförts innehavaren av apoteket med det bästa resultatet. Denne kommer först på femte plats och får under perioden en sammanlagd ersättning som är 1 700 kronor lägre än innehavaren av ett apotek med ett rörelseresultat som är 43 300 kronor sämre (apoteket 1 h) än hans eget. Som anmärkningsvärt eller snarare typiskt för avgiftssystemet må vidare framhållas, att innehavaren av apoteket 1 d, vilken under femårsperioden åstadkommit ett resultat som är 110 700 kronor bättre än vad innehavaren av apoteket 1 e presterat, tillförts endast 10 400 kronor mera i ersättning än vad innehavaren av sistnämnda apotek erhållit.

Gruppen 2 utgöres av apotek med omkring 310 000 kronor i omsättning år 1956. Resultatutvecklingen för varje apotek visar i stort sett samma bild som gruppen 1. Vissa apotek ger genomgående goda resultat, andra genomgående mindre goda eller dåliga. Rörelseresultaten visar ungefär samma spridning apoteken emellan som i föregående grupp, men klyftan mellan sämsta och bästa resultat totalt under femårsperioden har vidgats till sammanlagt 189 900 kronor och sträcker sig från ett underskott på 61 100 kronor (apoteket 2 a) till ett överskott på 128 800 kronor (apoteket 2 g). Skillnaden i totalt behållen inkomst uppgår emellertid endast till 16 600 kronor. Som anmärkningsvärt må framhållas, att innehavarna av flera apotek i gruppen 1 (ex. apoteken 1 b, 1 c och 1 d), som på sina apotek åstadkommit bättre resultat absolut sett än flera apotek i gruppen 2 (ex. apoteken 2 b, 2 c och 2 d) tillföres mindre ersättning än apoteken i gruppen 2.

Apoteken inom *gruppen 3* hade genomsnittligt 464 000 kronor i omsättning år 1956. Gruppen ger samma resultatmässiga bild som de båda föregående grupperna, men skillnaden mellan sämsta (apoteket 3 d) och bästa resultat (apotek 3 c) har vuxit till 259 700 kronor totalt för fem-årsperioden. Skillnaden i ersättning totalt stannar emellertid vid 17 400 kronor. Anmärkningsvärt är att apoteket 3 d — trots ett resultat som är 55 900 kronor sämre — får en något större ersättning än apoteket 3 f. Samma förhållande gäller apoteken 3 a och 3 b samt 3 e och 3 i I det sistnämnda fallet ger ett 65 200 kronor sämre totalresultat en ersättning som är 1 300 kronor större. Om jämförelsen utsträckes till gruppen 1 visar det sig att apoteket 1 d i sistnämnda grupp ger ett totalresultat som är 96 100 kronor bättre än apoteket 3 d i gruppen 3, men trots detta får innehavaren av sistnämnda apotek en total ersättning som är 9 600 kronor större än vad innehavaren av apoteket i gruppen 1 får.

Omsättningen för år 1956 inom *gruppen 4* är i genomsnitt omkring 622 000 kronor. Bilden från de tidigare grupperna av en relativt jämn resultatutveckling för varje apotek men med stora resultatmässiga variationer apoteken emellan står kvar. Skillnaden mellan sämsta (apoteket 4 e) och bästa resultat (apoteket 4 a) stiger emellertid till 366 100 kronor totalt, medan skillnaden i innehavarersättning under hela perioden stannar vid 31 400 kronor.

Här kan man återigen iakttaga, att ett större apotek trots dåligt resultat (apoteket 4 e — underskott 84 300 kronor) ger betydligt högre innehavarersättning än ett litet apotek med gott resultat (apoteket 1 d — överskott 81 300 kronor).

Gruppen 5, vars genomsnittliga omsättning år 1956 uppgick till omkring 1 000 000 kronor, bekräftar tidigare iakttagelser. Avståndet mellan ytterlighetsresultaten har emellertid ökat till sammanlagt 566 600 kronor under perioden och skillnaden mellan högsta och lägsta behållna inkomst totalt har ökat till 50 100 kronor.

Slutligen bör observeras hur föga den fiktiva rörelsevinsten i vissa fall ansluter sig till det verkliga rörelseresultatet. Apoteket 5 g visar ett totalt underskott under femårsperioden på 25 000 kronor men en motsvarande fiktiv rörelsevinst på icke mindre än 482 400 kronor. Apoteket 1 d ger ett totalt överskott under perioden på 81 300 kronor, medan den fiktiva rörelsevinsten endast uppgår till 173 900 kronor.

Det bör framhållas att de fiktiva rörelsevinsterna ger sken av god skötsel av apoteken. En apoteksinnehavare, som ser sitt apotek ge en fiktiv rörelsevinst på 96 500 kronor — genomsnitt för apoteket 5 g under femårsperioden — utgörande 11,1 procent av omsättningen, torde känna sig relativt nöjd med resultatet, men anser däremot sannolikt, att den inkomst han får behålla — 26 800 kronor — är blygsam i förhållande till rörelsevinsten. Om han däremot finge klart för sig, att det verkliga resultatet icke är en vinst på 96 500 kronor utan ett underskott på 5 000 kronor, innan innehavarersättningen inräknats, skulle han säkert se frågan på ett annat sätt.

Intressant är att notera vilken ringa utdelning i form av ökad ersättning, som resultatförbättringar medfört för innehavarna.

Utöver de här behandlade fem grupperna av apotek har kommittén för samma period undersökt resultaten hos de 27 apotek som år 1955 hade över 1,5 miljoner kronors omsättning. Praktiskt taget samma tendenser som konstaterats i det material, som refererats i det föregående, återfanns även i denna undersökning. Det har därför icke ansetts vara nödvändigt att i detalj redogöra för resultaten. Det är för övrigt svårt att lämna en detaljerad redogörelse för de största apoteken i detta avseende utan att angiva sådana uppgifter som skulle kunna avslöja deras identitet.

3. Analys av vissa kostnader under år 1956 för samtliga apotek

Den relativa storleken av såväl lönekostnader som varukostnader varierar inom vida gränser olika apotek emellan. Flera faktorer kan tänkas inverka härvidlag. Omsättningsstorleken kan inverka på lönekostnadsprocentens storlek genom att innehavarens ersättning icke ingår i lönekostnaderna. Hur dessa i övrigt har beräknats framgår av en i bilaga 5 (sid. 279) gjord kommentar. På de minsta apoteken med endast en eller ett par anställda utgör apoteksinnehavarens personliga arbetsinsats en relativt sett mycket större del av den totala arbetsinsatsen på apoteket, än vad som är fallet på stora apotek med många anställda. Detta bör medföra en tendens till lägre lönekostnader på de små apoteken än på de större. Å andra sidan bör det större apoteket medge ett bättre kapacitetsutnyttjande i fråga om den anställda arbetskraften, än vad som är möjligt på det mindre apoteket. Storleksfaktorn har väsentlig betydelse vid jämförelse av driftsresultaten. Detta gäller oavsett om innehavarersättningen räknas bland

Tabell 34. Varukostnader, lönekostnader m. m. år 1956 i procent av omsättningen för samtliga apotek (utom apotek med distriktslaboratorium) fördelade med hänsyn till apotekens omsättningsstorlek

Omsättning 1 000-tal kronor	Antal apotek	I procent av omsättningen				
		Varukostnader	Lönekostnader	Lönekostnader + innehavarersättning	Varukostnader + lönekostnader	Varukostn. + lönekostn. + inneh. ersättning
100— 150	5	61,1	25,3	38,6	86,4	99,7
150— 200	29	62,6	19,2	30,6	81,8	93,2
200— 250	32	63,0	22,8	32,1	85,8	95,1
250— 300	40	62,4	24,3	32,2	86,7	94,6
300— 350	21	64,0	23,1	30,0	87,1	94,0
350— 400	15	61,5	22,0	28,7	83,5	90,2
400— 450	30	62,6	24,7	30,5	87,3	93,1
450— 500	23	62,6	24,1	29,6	86,7	92,2
500— 600	42	63,5	25,3	30,2	88,8	93,7
600— 700	21	63,7	26,2	30,6	89,9	94,3
700— 800	22	63,9	26,3	30,4	90,2	94,3
800— 900	20	63,3	25,1	29,0	88,4	92,3
900—1 000	20	62,8	25,6	29,3	88,4	92,1
1 000—1 100	11	64,0	23,8	27,3	87,8	91,3
1 100—1 200	15	64,1	23,8	27,2	87,9	91,3
1 200—1 300	11	62,8	23,0	26,4	85,8	89,2
1 300—1 400	8	61,6	24,8	28,1	86,4	89,7
1 400—1 500	6	64,5	26,3	29,1	90,8	93,6
över 1 500	20	64,3	22,6	25,3	86,9	89,6
Summa	391					
Vägt genomsnitt		63,4	24,3	28,8	87,7	92,2

kostnaderna eller ej. För att underlätta jämförelserna har apoteken i det följande indelats i storleksklasser.

Tabell 34 visar hur apotekens varu- och lönekostnader år 1956, uttryckta i procent av omsättningen, fördelade sig på apotek av olika omsättningsstorlek. Beträffande varukostnadsprocenten kan man icke draga några säkra slutsatser, eftersom — i avsaknad av lagerinventeringar — inga som helst garantier föreligger för att de för år 1956 redovisade varukostnaderna motsvarar den verkliga varuförbrukningen.

Eftersom den relativa betydelsen av apoteksinnehavarens ersättning minskar med apotekets storlek, har — för att en mera rättvisande jämförelse mellan olika storleksgrupper av apotek skall kunna göras — innehavarersättning och löner sammanslagits i en särskild kolumn. Därjämte redovisas varukostnader jämte dels lönekostnader, dels lönekostnader och innehavarersättning i särskilda kolumner.

Som framgår av tabellen kan något påtagligt samband mellan omsättningsstorlek och lönekostnadsprocent icke sägas föreligga.

Däremot avtager innehavarersättningens procentuella betydelse vid ökad omsättning, vilket kan utläsas om man jämför den kolumn som visar lönekostnaden — vilken ej mera konsekvent förändras i relation till omsättningen — med den kolumn som innehåller lö-

Tabell 35. Fördelning av lönekostnader och varukostnader år 1956 uttryckta i procent av omsättningen (apotek med distriktslaboratorium ingår ej)

Lönekostnader i procent av omsättningen							Redovisade varukostnader i procent av omsättningen						
Procent	Antal apotek						Procent	Antal apotek					
	Andel sjukhusleveranser procent				S:a	därav apotek med filial-apotek		Andel sjukhusleveranser procent				S:a	
	0	—9,9	10,0—19,9	20,0—				0	—9,9	10,0—19,9	20,0—		
36,0—36,9	1	—	—	—	1	—	76,0—76,9	1	—	—	—	1	
35,0—35,9	1	—	—	—	1	1	75,0—75,9	—	—	—	—	—	
34,0—34,9	1	—	—	—	1	—	74,0—74,9	—	1	—	—	1	
33,0—33,9	—	1	—	—	1	1	73,0—73,9	—	—	1	—	1	
32,0—32,9	5	—	2	—	7	1	72,0—72,9	—	—	—	—	—	
31,0—31,9	1	7	—	—	8	2	71,0—71,9	3	—	—	1	4	
30,0—30,9	9	6	1	1	17	3	70,0—70,9	1	1	—	3	5	
29,0—29,9	8	4	1	2	15	8	69,0—69,9	—	—	—	3	3	
28,0—28,9	7	9	5	3	24	8	68,0—68,9	1	4	3	9	17	
27,0—27,9	11	11	8	—	30	13	67,0—67,9	7	3	2	3	15	
26,0—26,9	10	12	5	1	28	8	66,0—66,9	1	5	3	6	15	
25,0—25,9	7	16	8	8	39	12	65,0—65,9	12	24	9	8	53	
24,0—24,9	7	22	5	3	37	4	64,0—64,9	12	15	5	8	40	
23,0—23,9	8	13	4	4	29	8	63,0—63,9	10	18	22	4	54	
22,0—22,9	8	12	8	2	30	3	62,0—62,9	15	24	10	4	53	
21,0—21,9	3	9	7	5	24	2	61,0—61,9	8	21	5	1	35	
20,0—20,9	6	11	3	3	23	1	60,0—60,9	9	17	2	—	28	
19,0—19,9	4	11	2	7	24	6	59,0—59,9	8	15	1	1	25	
18,0—18,9	1	5	4	8	18	—	58,0—58,9	4	9	—	—	13	
17,0—17,9	2	2	1	1	6	—	57,0—57,9	2	4	—	—	6	
16,0—16,9	2	4	—	2	8	—	56,0—56,9	7	2	1	—	10	
15,0—15,9	2	5	1	—	8	—	55,0—55,9	3	2	1	—	6	
14,0—14,9	1	5	—	—	6	—	54,0—54,9	1	2	—	—	3	
13,0—13,9	1	1	—	1	3	—	53,0—53,9	2	—	—	—	2	
12,0—12,9	1	—	—	—	1	—	— — — —						
11,0—11,9	—	—	—	—	—	—	47,0—47,9	1	—	—	—	1	
10,0—10,9	—	—	—	—	—	—							
9,0— 9,9	1	1	—	—	2	—							
	108	167	65	51	391	81		108	167	65	51	391	
Vägt genomsnitt . .	26,2	24,6	24,1	22,2	24,3	26,0		62,0	62,4	63,7	66,1	63,4	
Median . . .	26,0	24,2	24,5	21,7	24,3	26,6		62,6	62,4	63,5	66,2	63,2	

nekostnad plus innehavarersättning, där en sjunkande tendens vid stigande omsättning finns.

En faktor, som bör ha betydelse för varu- och lönekostnadernas relativa storlek är hur stor del sjukhusleveranser, som ingår i omsättningen. En stor andel dylika leveranser drar givetvis upp varukostnadsprocenten, eftersom de är rabatterade. Motsatsen gäller i fråga om lönekostnadsprocenten, vilken kan antagas sjunka med ökande andel sjukhusleveranser, då dylika leveranser sannolikt kräver mindre arbete i förhållande till omsättningen än annan försäljning. Kommittén har försökt utröna, i vad mån förekomsten av sjukhusleveranser kan inverka på löne- och varukostnadernas relativa storlek. Hithörande siffror har därför sammanställts i tabell 35 i en frekvensfördelning beträffande samtliga apotek utom apotek med

distriktslaboratorium. Apoteken har indelats i fyra grupper, beroende på hur stor del av deras omsättning som utgjordes av sjukhusleveranser. Av sammanställningen framgår, att apotek med stor andel dylika leveranser år 1956 genomsnittligt hade lägre procentuella lönekostnader och högre procentuella varukostnader än apotek med små eller inga sjukhusleveranser. Spridningen mellan apoteken i fråga om procentsatserna är för apotek med stor respektive medelstor andel sjukhusleveranser visserligen något mindre än för övriga apotek, men den är dock även där så pass stor, att man i samtliga grupper får intryck av betydande oenhetlighet.

Ett förhållande som bör återspeglas i lönekostnadsprocentens storlek är i vad mån de enskilda apotekens omsättning är uppdelad på flera enheter (moderapotek och filialapotek). En jämförelse mellan lönekostnadsprocentens fördelning på de apotek som har filialapotek jämfört med övriga apotek visar, att lönekostnadsprocenten för den förstnämnda kategorien ligger något högre. Medan den genomsnittliga lönekostnaden för samtliga apotek utgör 24,3 procent av omsättningen är motsvarande siffra för apotek med filialapotek sålunda 26,0 procent. Tabell 35 visar emellertid en mycket stor variationsvidd för lönekostnadsprocenten även beträffande apotek med filialapotek. Denna varierar nämligen från lägst 19 till högst 36 procent av omsättningen. Spridningsbilden för apotek med filialapotek avviker därför icke i någon högre grad från den bild som övriga apotek utvisar. Av de aktuella apoteken har 20 stycken en relativ lönekostnad, som ligger under genomsnittet för samtliga apotek.

En annan omständighet, som inverkar på storleken av den relativa lönekostnaden, är natt- och helgdagsexpediering. 12 av apoteken utan distriktslaboratorium var år 1956 fasta nattapotek. Även i fråga om dessa apotek är de relativa lönekostnaderna högre än för övriga apotek och löneprocenten varierar mellan lägst 22 och högst 37 procent.

Tabell 36. Frekvensfördelning för summan av apotekens lönekostnader och innehavarersättning år 1956 uttryckta i procent av omsättningen

Procent	Antal apotek
45,0—45,9	1
42,0—42,9	2
41,0—41,9	3
40,0—40,9	2
39,0—39,9	1
38,0—38,9	11
37,0—37,9	6
36,0—36,9	11
35,0—35,9	16
34,0—34,9	21
33,0—33,9	28
32,0—32,9	22
31,0—31,9	31
30,0—30,9	34
29,0—29,9	44
28,0—28,9	31
27,0—27,9	30
26,0—26,9	27
25,0—25,9	15
24,0—24,9	18
23,0—23,9	14
22,0—22,9	9
21,0—21,9	8
20,0—20,9	3
19,0—19,9	4
	391
Vägt genomsnitt	28,8 %
Median	29,1 %

Tabell 35 visar en lägsta lönekostnadsprocent på 10 och en högsta på 37 procent. Även om man bortser från ytterlighetsfallen är skillnaderna mycket stora. Om man exempelvis utgår från lönekostnadsprocenten 20, är det 76 av apoteken som uppvisar lönekostnader understigande detta tal. Icke mindre än 172 av de övriga apoteken ligger på en lönekostnadsprocent om 25 och däröver, dvs. lönekostnader

som är minst 25 procent större relativt sett än vad de 76 förstnämnda apoteken har. Om dessa fortfarande tages till jämförelse, uppvisar 36 andra apotek relativa lönekostnader som är minst 50 procent större (löneprocent 30 och däröver).

För att kontrollera huruvida de procentuella lönekostnadernas stora spridning till en del skulle kunna förklaras av att innehavarens ersättning ej medräknats bland lönerna har summan av apotekens lönekostnader och innehavarersättning uttryckt i procent av omsättningen förts samman i en frekvensfördelning i tabell 36. Av denna framgår, att spridningen även med detta beräkningssätt år 1956 var praktiskt taget lika stor som om enbart lönerna räknades.

Tabell 37. Frekvensfördelning för summan av apotekens lönekostnader och varukostnader år 1956 uttryckta i procent av omsättningen

Procent	Antal apotek
104,0—104,9	1
103,0—103,9	1
102,0—102,9	—
101,0—101,9	2
100,0—100,9	1
99,0— 99,9	2
98,0— 98,9	4
97,0— 97,9	3
96,0— 96,9	8
95,0— 95,9	7
94,0— 94,9	11
93,0— 93,9	16
92,0— 92,9	15
91,0— 91,9	19
90,0— 90,9	23
89,0— 89,9	28
88,0— 88,9	23
87,0— 87,9	32
86,0— 86,9	35
85,0— 85,9	24
84,0— 84,9	27
83,0— 83,9	29
82,0— 82,9	19
81,0— 81,9	15
80,0— 80,9	11
79,0— 79,9	9
78,0— 78,9	7
77,0— 77,9	6
76,0— 76,9	4
75,0— 75,9	2
74,0— 74,9	4
73,0— 73,9	2
72,0— 72,9	1
	391
Vägt genomsnitt.....	87,7 %
Median.....	87,0 %

Eftersom en högre procentuell varukostnad — t. ex. på grund av stora sjukhusleveranser — bör motsvaras av lägre lönekostnadsprocent, har varu- och lönekostnader slagits samman och redovisas i tabell 37 i en frekvensfördelning. Även i detta fall blir spridningen påfallande stor.

Sammanfattningsvis anser sig kommittén kunna konstatera, att apoteken sinsemellan uppvisar mycket betydande skillnader i lönekostnadshänseende. Till en del kan dessa skillnader förklaras av apotekens olika struktur men till väsentlig del kan de dock knappast bero på annat än skillnader i skötseln av apoteken.

4. Den resultatmässiga betydelsen av vissa strukturolikheter mellan apoteken

Bland de mera framträdande strukturolikheter som kan föreligga apoteken emellan märkes *skillnader i fråga om försäljningens sammansättning*, dvs. hur denna är fördelad på standardförpackningar, extemporeberedningar och lösviktsvaror, samt i hur stor utsträckning sjukhusleveranser förekommer.

Det kan icke utan vidare avgöras i vad mån skillnader i försäljningens sammansättning kan ha betydelse för driftsresultatet. Detta blir beroende av prissättningen, främst i fråga om de båda huvudvarugrupperna extemporeberedningar respektive standardförpackningar. Från och med år 1955 beräknas apotekens pålägg på i huvudsak följande sätt. För sådana standardför-

packningar som icke är fria handelsvaror lägges till respektive förpackningsinköpspris dels ett enhetligt belopp — örespålägg — dels ett belopp som utgör en viss procentsats — f. n. 25 — av inköpspriset. Totala pålägget är dock maximerat på sådant sätt att det ej får överstiga en viss procentsats — f. n. 80. För fria handelsvaror är de av apoteken tillämpade priserna i regel anpassade till motsvarande priser i annan detaljhandel. För kemikalier och droger, vilka antingen kan säljas separat eller också såsom beståndsdelar i beredningar, framställda på apotek, förfares på följande sätt. Till ett s. k. normalinköpspris göres pålägg både i relation till värdet och till kvantiteten. Härigenom erhållna priser finns för olika kvantiteter införda i medicinaltaxan. Härtill kommer avgifter för varje expeditionstillfälle och även — om det gäller beredningar — varje vara. Särskild ersättning uttages för arbetskostnader i samband med framställningen av beredningar. De här berörda påläggen är beräknade att genomsnittligt täcka de med respektive varugrupper förenade kostnaderna.

Av detaljhandelns och därmed även apotekens kostnader kan vissa hänföras till de sålda varornas värde, medan andra sammanhänger med antalet expeditioner eller förpackningar. I apotekens prissättning tillämpas — i motsats till vad som hittills i regel förekommit i annan detaljhandel — degressiva marginaler som i möjligaste mån är anpassade efter försäljningskostnaderna. Härigenom har man så långt det varit praktiskt möjligt försökt uppnå att varje vara skall täcka de kostnader den förorsakar. Emellertid kommer kostnaderna i de enskilda fallen likväl icke att bli *exakt* täckta genom påläggen.

Vidare kan variationer mellan apoteken tänkas beträffande kostnaderna för fullgörande av lika prestationer, t. ex. försäljning av samma vara. Även om försäljningen hade samma struktur, skulle därför de kostnader, som hela varugrupperna tillsammantagna förorsakar, skilja något mellan apoteken, varigenom i vissa fall övertäckning och i andra fall undertäckning kan uppstå. Detta strider icke mot tanken bakom prissättningen, ty enligt denna skall respektive varugrupper jämnt bära sina kostnader, när samtliga apotek medtas, varav följer att överskott respektive underskott kan uppstå i enskilda fall.

Om en felavvägning av priserna skulle uppkomma på grund av kostnadsförskjutningar, uppstår skilda driftsbetingelser hos apoteken, allt eftersom proportionen mellan varugrupperna växlar. Detta kan emellertid i huvudsak rättas till genom ändring av prissättningen. Vid en dylik ändring kommer dock att kvarstå dels sådana i det föregående nämnda skillnader mellan apoteken som kan bero på olika kostnadsförhållanden, dels sådana skillnader som beror på att varugrupperna är olika sammansatta på skilda apotek. De relativa skillnaderna som icke kan vara av större betydelse kommer emellertid huvudsakligen att stå sig över längre tid — samma apotek ligger t. ex. bättre än genomsnittet både före och efter prisändringen — varigenom hänsyn kan tas till dem redan då apoteket sökes. I huvvudsak bör man alltså på längre sikt kunna bortse från eventuella skillnader i driftsbetingelserna, orsakade av prissättningen.

Kommittén har dock — eftersom den viktigaste undersökningen avser ett enstaka år — ansett sig böra undersöka, i vad mån det faktiskt förelåg skilda driftsbetingelser under det ifrågavarande året, orsakade av variationer i försäljningens sammansättning.

Att tillverkningen av extemporeberedningar har en i förhållande till apote-

Tabell 38. Fördelningen av antalet apotek andelen extemporeberedningar i försäljningen. (Apotek med distriktslaboratorium ingår ej)

Extemporeförsäljning, % av hela oms.	Antal apotek
2,5— 4,9	7
5,0— 7,4	40
7,5— 9,9	99
10,0—12,4	95
12,5—14,9	98
15,0—17,4	34
17,5—19,9	13
20,0—22,4	4
Summa	390
Vägt genomsnitt.....	10,7 %
Median.....	11,2 %

kens storlek högst varierande omfattning hos olika apotek, framgår av tabell 38, som visar försäljningen av dessa beredningar i relation till respektive apoteks totala omsättning.

Andelen extemporeberedningar varierade från lägst 2,7 procent till högst 21,8 procent och utgjorde genomsnittligt för alla apotek 10,7 procent. Medianen var 11,2 procent, vilket anger, att de högre procentsatserna återfinnes hos de mindre apoteken. Detta framgår även av tabell 39 som visar genomsnittlig extemporeandel samt driftsresultat i procent av omsättningen för apotek i olika storleksgrupper.

En överskådligare bild av sambandet mellan extemporeandel och driftsresultat erhålles om man använder en dubbelsidig frekvenstabell. Detta har gjorts i tabell 40. I denna har på varje rad sammanförts apotek med likartad extemporeandel, och dessa har i sin tur uppdelats på grupper med hänsyn till driftsresultatets relativa storlek.

En närmare analys av hur olika stor andel extemporeberedningar kan ha påverkat resultaten bör dock ej göras för alla apotek sammanslagna, eftersom apotekens storlek påverkar resultatet, och driftsresultaten sålunda ej är helt jämförbara inom olika storleksklasser. Detta gäller oavsett om innehavarersättningen medtas bland kostnaderna eller ej. På grund av det anförda har jämförelser mellan andel extempore och driftsresultat i procent av omsättningen gjorts för var och en av de i tabell 39 upptagna storleksgrupperna för sig. Som mått vid jämförelsen har använts den s. k. korrelationskoefficienten. Denna är ett relationstal som kan variera mellan + 1,0 och — 1,0, varvid + 1,0 betecknar fullständig samvariation (ökar det ena, så ökar det andra undantagslöst i

Tabell 39. Jämförelse mellan den genomsnittliga andelen försäljning av extemporeberedningar å ena sidan och överskottens storlek å andra sidan hos grupper av olika stora apotek. (Apotek med distriktslaboratorium ingår ej)

Omsättning 1 000-tal kronor	Antal apotek	Genomsnittlig omsättning inom gruppen kronor	Genomsnittl. extemporeomsättning kronor	Extemporeomsättning i % av hela omsättningen	Driftsres. före inneh.-ers. i % av hela omsättningen
— 200	34	168 704	20 059	11,9	8,9
200— 250	32	224 537	30 303	13,5	6,6
250— 300	40	274 426	35 148	12,8	5,8
300— 400	36	346 739	40 380	11,6	8,0
400— 500	53	447 301	52 308	11,7	6,1
500— 600	42	550 675	60 635	11,0	4,8
600—1 000	83	793 253	82 703	10,4	4,7
1 000—	70	1 368 284	136 802	10,0	7,4
	390	631 293	67 361	10,7	6,2

Tabell 40. Extemporeandelen jämförd med relativa driftsresultaten hos samtliga apotek utom apotek med distriktslaboratorium

Extempore-andel, % av oms.	Driftsresultat före innehavarersättning, % av omsättningen													S:a apotek
	Överskott									Underskott				
	20,0 —22,4	17,5 —19,9	15,0 —17,4	12,5 —14,9	10,0 —12,4	7,5 —9,9	5,0 —7,4	2,5 —4,9	0 —2,4	0 —2,4	2,5 —4,9	5,0 —7,4	7,5 —9,9	
2,5— 4,9				2	1		2		1			1		7
5,0— 7,4		1	5	1	5	9	10	4	1	4				40
7,5— 9,9			2	3	13	20	16	14	13	7	5	2	4	99
10,0—12,4		1	3	7	11	17	17	16	8	9	5	1		95
12,5—14,9		1	3	6	11	21	15	16	13	8	2	1	1	98
15,0—17,4	1			5	7	5	4	8	2		1	1		34
17,5—19,9			1	4	1	5	2							13
20,0—22,4		1					1	1			1			4
S:a apotek	1	4	14	28	49	77	67	59	38	28	14	6	5	390

samma proportion), medan —1,0 betecknar fullständig motvariation (ökar det ena, så *minskar* det andra undantagslöst i samma proportion). Talet 0 betyder att inget proportionellt samband alls föreligger.

Sambandet mellan andel extemporeberedningar och driftsresultat år 1956 i de olika storleksgrupperna framgår av tabell 41.

Undersökningen visar, att det fanns en tendens till att driftsresultaten var bättre ju större andelen extemporeberedningar var, men tendensen i fråga var så svag, att man kan bortse från den. Det har icke varit nödvändigt att göra en motsvarande undersökning beträffande standardförpackningar, eftersom den skulle visa det omvända förhållandet mot den ovan refererade. Sammanfattningsvis kan därför sägas, att ingenting tyder på att skillnader i försäljningens sammansättning har någon mera märkbar betydelse för driftsresultatet och att prissättningen i huvudsak varit riktigt avvägd.

Skillnader i försäljningens inriktning skulle, på samma sätt som i fråga om variationer i dess sammansättning, kunna tänkas medföra skiftande driftsbetingelser. I huvudsak hänför sig dessa till att flertalet apotek har större eller mindre försäljning till sjukhus och andra vårdinrättningar, samlad i benämningen sjukhusleveranser. Dessa sjukhusleveranser är efter centrala förhandlingar för alla apotek rabatterade med en viss differentiering. Rabatterna avses kompenserade av de — i förhållande till omsättningen — lägre kostnader, som dessa leveranser drar i jämförelse med annan försäljning. En felavvägning av rabattsatserna skulle få till följd en täckning, som avvek från den för den övriga försäljningen gällande. Andelen sjukhusleveranser skulle i ett dylikt läge kunna påverka driftsresultatet i positiv

Tabell 41. Sambandet mellan andel extemporeberedningar och driftsresultatet år 1956

Apotekens storlek omsättning 1 000-tal kronor	Antal apotek	Korrelation inom gruppen
— 200	34	—0,02
200— 250	32	+0,04
250— 300	40	+0,10
300— 400	53	+0,16
400— 500	36	—0,02
500— 600	42	+0,01
600—1 000	83	+0,11
1 000—	70	+0,07
Samtliga	390	+0,08

Tabell 42. Jämförelse mellan sjukhusleveransernas och det korrigerade överskottets relativa storlek under år 1956 hos samtliga apotek utom apotek med sjukhusapotek eller distriktslaboratorium

Grupp	Antal apotek inom gruppen	Apotekens genomsnittliga totalomsättning inom respektive grupp kronor	Sjukhusleveranser			Driftsresultat före innehavarers.		
			Andel av totalomsättningen inom gruppen			Genomsnitt kronor	% av omsättningen. Genomsnitt	Spridning inom gruppen %
			Spridning inom gruppen %	Genomsnitt för gruppen %	Genomsnitt i värde kronor			
1	7	953 225	35—53,5	42,8	408 415	44 392	4,6	—8,7— +13,4
2	7	697 583	30—34,99	33,1	230 716	33 899	4,9	—0,2— +10,1
3	14	1 049 376	25—29,99	28,3	297 095	58 009	5,5	—2,5— +12,2
4	13	869 002	20—24,99	21,9	190 206	38 855	4,5	—5,2— +12,4
5	27	867 815	15—19,99	17,3	149 722	58 629	6,8	—4,2— +12,7
6	38	698 573	10—14,99	12,4	86 861	37 939	5,4	—8,7— +15,5
7	72	569 029	5— 9,99	7,1	40 145	38 126	6,7	—5,7— +20,5
8	95	544 420	0— 4,99	2,2	12 168	37 316	6,9	—3,2— +19,1
S:a	273	660 113	0—53,5	12,5	82 401	40 952	6,2	—8,7— +20,5
9	108	476 880	Apotek utan sjukhusleveranser			27 410	5,7	—9,2— +17,7

eller negativ riktning. Även i detta fall är det dock endast fråga om riktig prisavvägning för att andelen sjukhusleveranser skall sakna betydelse för driftsresultatet. En nödvändig rättelse av eventuellt felaktiga rabattsatser bör icke vara svår att åstadkomma. Man bör sålunda på längre sikt kunna bortse från sjukhusleveranserna såsom grund för olikheter i driftsbetingelserna. Kommittén har dock ansett sig böra undersöka det faktiska förhållandet under år 1956. Resultatet av denna undersökning framgår av tabellerna 42—46.

Tabell 43. Andelen sjukhusleveranser jämförd med relativa driftsresultaten hos samtliga apotek utom apotek med distriktslaboratorium eller sjukhusapotek

Andel sjukhusleveranser, % av oms.	Driftsresultat före innehavarersättning, % av omsättningen													S:a apotek
	Överskott									Underskott				
	20,0 —22,4	17,5 —19,9	15,0 —17,4	12,5 —14,9	10,0 —12,4	7,5 —9,9	5,0 —7,4	2,5 —4,9	0 —2,4	0 —2,4	2,5 —4,9	5,0 —7,4	7,5 —9,9	
0		1	6	9	15	17	12	14	17	6	5	3	3	108
0,1— 2,4		1	1	5	7	14	7	8	8	3	2			56
2,5— 4,9		1	2	2	5	5	11	7	2	3	1			39
5,0— 7,4	1			2	9	11	6	8	3	1	1			42
7,5— 9,9		1	4	3	1	4	5	4	2	4	1	1		30
10,0—12,4				1	1	3	5	5	2	2			1	20
12,5—14,9			1	1		6	4	4			1	1		18
15,0—19,9				3	6	4	3	5	3	2	1			27
20,0—24,9					1	4	2	3	1	1		1		13
25,0—29,9					1	3	4	3		2	1			14
30,0—34,9					1	2	1		1	2				7
35,0—54,9				1	1	2	1				1		1	7
S:a apotek	1	4	14	27	48	75	61	61	39	26	14	6	5	381

Tabell 44. Omsättningsstorlekens inverkan på det korrigerade överskottet hos apotek dels med, dels utan sjukhusleveranser under år 1956. (I materialet ingår icke apotek med distriktslaboratorium eller sjukhusapotek)

Grupp	Omsättning 1 000-tal kronor	Apotek med sjukhusleveranser				Apotek utan sjukhusleveranser		
		Antal	Genomsnittlig omsättning inom gruppen kronor	Sjukhusleveranser % av omsättningen	Driftsres. före inneh.-ers. i % av omsättningen	Antal	Genomsnittlig omsättning inom gruppen kronor	Driftsres. före inneh.-ers. i % av omsättningen
a	— 200	22	171 635	5,1	8,2	12	163 333	10,2
b	200— 250	17	226 893	3,8	7,2	15	221 867	5,9
c	250— 300	16	278 095	5,2	6,1	24	271 980	5,6
d	300— 400	27	343 539	9,2	9,0	9	356 342	5,3
e	400— 500	40	445 626	8,4	6,4	13	452 422	5,3
f	500— 600	30	552 933	12,3	4,8	12	545 031	4,8
g	600—1 000	70	793 949	13,5	4,9	13	789 504	3,3
h	1 000—	51	1 350 257	14,6	7,2	10	1 379 504	7,7
	Totalt	273	660 113	12,5	6,3	108	476 880	5,7

Av tabell 42 framgår att de apotek som hade största andelen sjukhusleveranser (gruppen 1) uppvisade det i förhållande till omsättningen sämsta resultatet, 4,6 procent. De apotek, som hade minsta andelen sjukhusleveranser (gruppen 8), hade det bästa resultatet, 6,9 procent. Det bör dock observeras att hänsyn här icke kunnat tas till storleksfaktorns eventuella inverkan.

Sambandet har på annat sätt åskådliggjorts i tabell 43. I denna dubbelsidiga frekvenstabell har på varje rad sammanförts apotek med likartad andel sjukhusleveranser och dessa apotek har i sin tur uppdelats på grupper efter driftsresultatets relativa storlek. Styrkan på sambandet diskuteras längre fram i detta avsnitt, där även ett siffermässigt mått härpå anges.

I de i det föregående gjorda jämförelserna har hänsyn emellertid icke tagits till den eventuella inverkan på driftsresultatet som apotekens omsättningsstorlek tillsammans med andelen sjukhusleveranser kan ha. Materialet har bearbetats även med hänsyn härtill och sammanställts i tabell 44.

Siffermaterialet ger ej belägg för att något samband mellan andel sjukhusleveranser och driftsresultat skulle föreligga. Gruppen a visar sålunda bättre resultat för apotek utan sjukhusleveranser än för apotek med dylika, medan grupperna b, c, d och e visar det omvända förhållandet o. s. v.

Sambandet mellan andelen sjukhusleveranser och driftsresultatet i relation till omsättningen har även undersökts genom en beräkning utförd på samma sätt som den i det föregående redovisade undersökningen angående sambandet mellan andel extempore och det relativa driftsresultatet. De 381 apoteken — apotek med distriktslaboratorium eller sjukhusapotek ingick ej — indelades därvid i storleksgrupper för att storleksfaktorns betydelse skulle elimineras och samvariationen undersöktes inom varje grupp. Korrelationskoefficienterna inom de olika storleksgrupperna framgår av tabell 45.

Som framgår av tabellen uppvisar de olika grupperna sinsemellan skilda resultat, och sambandet varierade mellan + 0,16 och — 0,21. Denna oenhetlighet tyder i och för sig på att något klart samband mellan sjukhusleveranserna och det relativa driftsresultatet ej föreligger år 1956 utan att resultaten till stor del varit beroende av hur de enskilda apotekarna fullgjort leveranserna ekonomiskt. Räknas alla de 381 apoteken samtidigt erhålles talet — 0,04 vilket betyder, att praktiskt taget inget samband förelåg.

Av det anförda kan man draga den slutsatsen, att sjukhusleveranserna lämnade praktiskt taget samma relativa överskott som försäljning till allmänheten och att det för bedömningen av överskottens storlek knappast kan ha någon betydelse, huruvida stora, små eller inga sjukhusleveranser förekom. Något avvikande resultat erhålles emellertid, om endast de apotek som hade sjukhusleveranser medtages. I tabell 46 visas sambandet mellan andel sjukhusleveranser och driftsresultat för enbart de 273 apotek som hade dylika leveranser.

Tendensen är även här så oenhetlig att den styrker det tidigare gjorda antagandet om att andra faktorer än sjukhusleveranserna bestämt resultaten. Materialet visar dock en svag tendens till att rabatteringen skulle vara så avvägd, att de större sjukhusleveranserna år 1956 gav ett överskott som i förhållande till försäljningsvärdet var något lägre än de mindre sjukhusleveransernas. Om sjukhusleveranserna är avsedda att ge samma överskott som övrig försäljning kan man anse, att överskotten skall stå i relation till försäljningspriset, men det kan även vara befogat, att de står i relation till den insats som apoteken utför vid distributionen. Under förutsättning att sjukhusleveranserna anses böra ge samma överskott som övrig försäljning, får detta anses vara ytterlighetsståndpunkterna. Det redovisade materialet tyder på att rabatteringen var så avvägd, att sjukhusleveranserna medförde ett överskott, som låg mellan de angivna gränserna.

Vid bedömningen av frågan om sjukhusleveransernas lönsamhet, måste man — liksom beträffande redovisningen i övrigt — ta hänsyn till den i strukturhänseende snedvridande verkan som det nuvarande avgiftssystemet har därigenom, att jämförbara apotek kan ha

Tabell 45. Sambandet mellan andel sjukhusleveranser och driftsresultatet år 1956

(Samtliga apotek — utom apotek med distriktslaboratorium eller sjukhusapotek — ingår, även de vars andel sjukhusleveranser utgjorde 0 procent.)

Apotekens storlek, omsättning 1 000-tal kronor	Antal apotek	Korrelation inom gruppen
— 200	34	— 0,21
200— 300	72	+ 0,16
300— 400	36	— 0,04
400— 500	53	+ 0,05
500— 600	42	+ 0,15
600—1 000	83	— 0,06
1 000—	61	— 0,15
Samtliga	381	— 0,04

Tabell 46. Sambandet mellan andel sjukhusleveranser och driftsresultatet år 1956

(Apotek utan sjukhusleveranser samt apotek med distriktslaboratorium eller sjukhusapotek ingår ej.)

Apotekens storlek, omsättning 1 000-tal kronor	Antal apotek	Korrelation inom gruppen
— 200	22	— 0,17
200— 300	33	+ 0,20
300— 400	27	— 0,27
400— 500	40	+ 0,02
500— 600	30	+ 0,20
600—1 000	70	— 0,18
1 000—	51	— 0,12
Samtliga	273	— 0,10

mycket stora olikheter på kostnadssidan utan att apotekarens inkomst i nämnvärd grad påverkas härav. De i det föregående av kommitténs undersökningar dragna slutsatserna är därför helt giltiga endast under den förutsättningen, att någon av avgiftssystemet orsakad snedvridande effekt icke skulle föreligga. Det bör observeras att resultaten av de här refererade undersökningarna även kan ha påverkats av andra faktorer på i princip samma sätt som anförts vid den i punkt 2 i det föregående redovisade undersökningen.

5. Sammanfattning av utredningsresultaten

De redovisade undersökningarna ger vid handen, att den nuvarande resultatredovisningens fiktiva rörelsevinster ger en missvisande bild av de enskilda apotekens verkliga företagsekonomiska resultat, att detta resultat varierar inom vida gränser bland apotek av samma storlek samt att den ersättning i form av s. k. behållen inkomst som kommer innehavarna till del, till ringa del är beroende av hur vederbörande ekonomiskt sköter sitt apotek.

Det *nuvarande redovisningssystemet* har icke givit möjlighet för apoteksinnehavarna att få reda på det verkliga rörelseresultatet. Åtskilliga apoteksinnehavare har säkerligen trott att deras apotek givit god avkastning, när dessa i själva verket gått med förlust. Inom apotekarsocieteten — som handhar den ekonomiska ledningen av apoteken — har man först för år 1957 gjort sammanställningar som visar de enskilda apotekens verkliga rörelseresultat och har sålunda tidigare ej haft tillräckligt underlag för en kritisk granskning av resultatredovisningarna.

De stora *resultatmässiga variationerna* apoteken emellan torde till stor del icke kunna förklaras på annat sätt än som utslag av mer eller mindre effektiv företagsledning. Spännvidden mellan de dåliga och de goda resultaten visar att en god företagsledning har mycket stor värdemässig betydelse även inom apoteksrörelsen. Undersökningen av fem grupper apotek under åren 1952—1956 visar — sammanslaget för hela perioden — genomgående en spännvidd mellan de sämsta och de bästa resultaten inom respektive grupp, på omkring 13 procent av omsättningen, motsvarande inemot hälften av de kostnader som i första hand är påverkbara. Då rörelseresultaten till väsentlig del måste vara uttryck för företagsledningens grad av effektivitet, bör det därför finnas ett sammanlagt stort utrymme för rationalisering och kostnadsbesparingar inom apoteksrörelsen.

De nyssnämnda stora variationerna mellan apotekens rörelseresultat har till stor del sin grund i avgiftssystemet, varför en kritik av förhållandena i första hand får riktas mot detta. Det har tidigare framhållits, att resultatredovisningen ger mycket små möjligheter för apoteksinnehavarna att bedöma i vad mån apoteket ger gott eller dåligt resultat. Ovetskap härom torde i stor utsträckning vara orsak till att behövliga åtgärder ej vidtagits. Av än större betydelse torde dock den omständigheten vara, att även om apoteksinnehavaren lyckas ernå förbättrade resultat, så får han tack vare avgiftssystemets konstruktion för egen del endast en obetydlig ökning av inkomsten.

Apoteksinnehavarna har sålunda ett ytterst *ringa ekonomiskt intresse* av en minskning av kostnaderna, vilket torde förklara varför det hos olika apotek med till synes likartade förutsättningar i fråga om driften, föreligger stora skillnader — 50 à 60 procent är inte ovanligt — i fråga om lönekostnaderna. (Se tabell 35, sid. 93.) Minskning av antalet anställda på apoteken genom ratio-

Tabell 47. Tabell utvisande apotekens fördelning efter marginalavgiftens storlek (dvs den avgift som procentuellt utgår på den sista kronan i den fiktiva rörelsevinsten) samt de olika gruppernas sammanlagda respektive genomsnittliga intäkter år 1956

Procentuell avgift utgående på den sista kronan i den fiktiva rörelsevinsten	Antal apotek inom respektive grupp		Apotekens sammanlagda intäkter inom respektive grupp 1 000-tal kronor	Apotekens genomsnittliga intäkter inom respektive grupp 1 000-tal kronor
0	2		453	227
10	—		—	—
30	2		301	150
50	3		757	252
70	9	16	2 209	245
90	217		82 527	380
91	179	396	210 603	1 177
Summa		412	296 850	721

nalisering eller genom ökning av den egna arbetsinsatsen ger nämligen — med nuvarande avgiftssystem och central betalning av huvuddelen av vissa löner — ytterst ringa ökning av inkomsten för apoteksinnehavaren. Följande exempel åskådliggör detta.

Innehavaren av ett större apotek finner att han genom förbättrad organisation, bättre personalanvändning och ökad personlig arbetsinsats kan minska personalen med en leg. apotekare med en total lön på omkring 25 000 kronor per år. Med nuvarande system belastas apoteket endast med 7 200 kronor härav, medan resten utgår centralt från kollektivet. Rörelsevinsten kommer endast att förbättras med 7 200 kronor. Härav får apoteksinnehavaren — då 91 procent av resultatförbättringen skall inbetalas i förhöjd avgift — endast behålla 9 procent. Hans inkomst ökas sålunda endast med 648 kronor per år, och åtgärden, som i detta exempel medfört en besparing för apoteksrörelsen på 25 000 kronor, ger honom för egen del endast omkring 2 ½ procent av det inbesparade beloppet.

Det anförda exemplet är i stor utsträckning även tillämpligt på de mindre apoteken. Lönekostnadsbesparingar medför något olika resultat beroende på vilken kategori av anställda som berörs, men ger med nuvarande system ytterst liten andel till apoteksinnehavaren och sällan mera än 4—5 procent av totalbesparingen. Kostnadsbesparingar av annat slag — såsom exempelvis genom rationellare inköp — ger något mera, men utom för de allra minsta apoteken aldrig över 10 procent. Omvänt betraktat medför systemet emellertid stora risker i form av slöseri på kostnadssidan därigenom, att apoteksinnehavaren belastas med så ringa del av en uppkommande kostnadsökning.

Tabell 47 visar hur marginalavgiften, dvs. den procentuella avgiften på sista kronan i den fiktiva rörelsevinsten, föll på apoteken under år 1956. Som synes av tabellen var det endast 16 av de 412 apoteken som fick mindre än 90 procents marginalavgift, dvs. fick behålla mera än 10 procent av gjorda besparingar i form av ökad behållen inkomst. De 396 apoteken fick i regel

behålla högst 2,5—5 procent av inbesparade lönekostnader och högst 10 procent av övriga besparingar.

Sammanfattningsvis får kommittén uttala:

a. Den redovisning från de enskilda apoteken, som det nuvarande avgiftssystemet grundats på, är som resultatredovisning missvisande och ger därför icke möjlighet till en reell bedömning av de enskilda apotekens ekonomiska skötsel.

b. Den nuvarande resultatredovisningen kan kompletteras med uppgifter om de centralt betalda utgifterna och i sålunda kompletterat skick ge en i stora drag riktig bild av det verkliga ekonomiska utfallet på de enskilda apoteken. Detta har dock icke skett förrän för år 1957, och de verkliga rörelseresultaten har därför tidigare ej varit kända, vare sig av den enskilde apoteksinnehavaren eller av apotekskollektivets ledning.

c. Det nuvarande avgiftssystemets tillämpning innebär att omsättningen till väsentlig del bestämmer storleken av innehavarens behållna inkomster, medan dessa endast i mindre utsträckning påverkas av hur vederbörande innehavare ur kostnadssynpunkt sköter sitt apotek.

d. Det förhållandet att apoteksinnehavaren ej fått en riktig bild av det ekonomiska utfallet av sin apoteksrörelse samt att mycket obetydliga möjligheter föreligger att genom ökad arbetsinsats och effektiv företagsledning i högre grad påverka inkomsten hämmar intresset för rationalisering och kostnadsbesparingar.

C. Tidigare förslag till reformering av avgiftssystemet

Det nuvarande avgiftssystemet har under årens lopp rönt kritik från skilda håll och ändringsförslag har framförts vid flera tillfällen. Redan år 1941 — då systemet började tillämpas — diskuterades sålunda förslag till ett helt nytt avgiftssystem, framlagt av försäkringsmatematikern, dåvarande fil. lic. F. Malmqvist. Ett flertal kommittéer inom apotekarorganisationerna har därefter sysslat med frågan. År 1952 framlade dessa organisationer förslag till ett nytt avgiftssystem, vilket ingick bland de förslag till rationaliseringsåtgärder inom apoteksväsendet, som apotekarkåren presenterade som motförslag till det av 1946 års läkemedelsutredning förordade statliga apoteksmonopolet. 1946 års läkemedelsutredning skisserade vidare ett nytt avgiftssystem i sitt betänkande. I olika sammanhang har dessutom danska förslag till avgiftssystem diskuterats såsom alternativ. Slutligen framlade apotekare A. Wadström år 1953 ett förslag till nytt avgiftssystem (Svensk farmacevtisk tidskrift nr 27/1953).

Malmqvists förslag

Grundtanken i förslaget var att man skulle fastställa en generell omkostnadsram för apoteksrörelsen, inom vilken ram samtliga apotek hade att röra sig. Från beloppet för bruttoförsäljningen skulle apotekarna få draga beräknade varukostnader och inköpskostnader enligt vissa fastställda regler. Skillnaden mellan bruttoförsäljningen och nämnda kostnader skulle utgöra allmän avgift. I kostnaderna skulle inräknas en fast ersättning till innehavaren på 10 000 kronor. I den mån denne kunde driva apoteket med lägre kostnader än den fastställda kostnadsramen skulle kostnadsskillnaden komma honom till godo. Innehavarens behållna inkomst skulle följaktligen bestå i dels 10 000 kronor som fast ersättning och dels det belopp därutöver med vilket han kun-

de nedbringa kostnaderna under den fastställda ramen.

Som varukostnad skulle godkännas summan av 30 procent av omsättningen i »ren receptur» — varmed man synes ha menat extempore och lösvikt i receptur — och 60 procent av övrig omsättning. Beträffande omkostnaderna kan nämnas, att hyra skulle få avdragas med det verkliga beloppet, avskrivningarna beräknas till 5 procent av inventarievärdet, räntan fastställas efter vissa beräkningsgrunder, varjämte löner och övriga omkostnader skulle få ha en viss storlek i förhållande till försäljningsmarginalen, dvs. skillnaden mellan bruttoomsättningen och den beräknade varukostnaden. Relationstalet för godkända övriga omkostnader var differentierat och utgjorde för belopp upp till 100 000 kronor försäljningsmarginal 45 procent för att därefter sjunka.

Av apotekarorganisationerna år 1951 diskuterat förslag

Detta förslag är endast en variant av 1941 års avgiftssystem. En principiell skillnad ligger dock däri, att man räknar med en fast grundlön till apoteksinnehavaren, till vilken lägges ersättning efter i stort sett samma normer som för närvarande.

Leg. apotekare A. Wadströms förslag 1953

Detta system avviker väsentligt från övriga system i det att avgifterna baserats på inköpen respektive omsättningen.

För »normalapotek» skulle en grundavgift utgå bestående av:

a) 12 procent på inköpen av apoteksvaror,

b) 4 procent på inköpen av fria handelsvaror,

c) progressiv procentsats på omsättningen, kallad licensavgift,

d) 2,5 procent på omsättningen, vilket i förslaget uppdelats i 0,5 procent som omkostnadsavgift och 2 procent som personalavgift.

Förslaget synes bygga på den förutsättningen, att löneandelar liksom nu betalas centralt utan debitering av respektive apotek. Även vissa andra kostnader förutsättes skola betalas centralt, t. ex. hyror och provisioner för försäljning via medicinlådor m. m.

I speciella fall skulle utöver grundavgiften kunna utgå särskild tilläggsavgift.

Filialapoteken skulle behandlas som självständiga apotek och distriktslaboratorierörelsen betraktas som en rörelse vid sidan av själva apoteksrörelsen eftersom den ansågs böra gå jämnt ihop och därför ej vara avgiftsbelagd. För sjukhusleveranser skulle avgiften beräknas i förhållande till beräknad vinst, varvid det förutsattes, att denna del av rörelsen bokföringsmässigt skulle skiljas från den övriga delen.

Apotekarens ersättning skulle enligt systemet bestå i den del av rörelsenettot som återstår, sedan de angivna avgifterna erlagts.

Grundtanken med förslaget var att öka stimulansen till ekonomisk skötsel av apoteken och att därvid speciellt höja intresset för ökning av omsättningen inom den icke monopoliserade delen av rörelsen.

1946 års läkemedelsutrednings förslag

Förslaget (SOU 1951: 34, sid. 307—308) — som endast skisserats — innebar att avgiften helt skulle knytas till omsättningen i stället för, som för närvarande, till rörelsevinsten. En viss grundomsättning skulle vara avgiftsfri och därefter skulle med jämna intervaller avgift utgå efter en progressiv skala, som blev relativt hög på toppomsättningen, särskilt för de stora apoteken. Innehavaren skulle därefter helt

få behålla den återstående vinsten och varje kostnadsbesparing skulle komma honom själv hundraprocentigt till godo. Några ytterligare detaljer om utformningen angavs icke.

Apotekarorganisationernas förslag av år 1952

Med anledning av att 1946 års läkemedelsutredning förordade ett förstatligande av apoteksväsendet ingav apoteksinnehavarnas organisationer — som avstyrkte förstatligandet — den 25 april 1952 ett förslag till rationaliseringsåtgärder inom apoteksväsendet. Häri ingick även ett helt nytt avgiftssystem, som i korthet innebar följande.

De enskilda apotekens resultatredovisning skulle ändras så att densamma återgav det verkliga ekonomiska utfallet vid varje apotek, dock korrigerat så att differenser i fråga om kostnader på grund av olikheter i personalens åldersfördelning jämnades ut. Korrigeringen tänktes ske genom att lönekostnaderna — vari pensionskostnaderna ej inräknades — beräknades efter medellöner för de olika personalgrupperna. Den sålunda framkomna rörelsevinsten skulle läggas till grund för beräkningen av en del av den behållna inkomsten för varje apoteksinnehavare. Därtill skulle varje innehavare erhålla en fast index- och dyrortsreglerad lön. Systemet kan uttryckas i följande formel

$$B = K + \frac{P}{100} \times R$$

där B = behållen inkomst
K = dyrorts- och indexreglerad fast lön
P = procenttal
R = rörelsevinst

Benämningen avgiftssystem är något oegentlig, eftersom formeln ger den behållna inkomsten och endast indirekt avgifterna, vilka skulle utgöra återstoden av rörelsevinsten sedan den behållna inkomsten frångragits.

Den fasta lönen tänktes kunna variera så att den sattes högre för innehavare av apotek med särskilt ogynnsamma kostnadsförhållanden. Man nämnde som exempel nattapotek, apotek med distriktslaboratorium samt små apotek med små filialapotek.

Procenttalet tänktes lika för alla apotek. Härigenom skulle innehavarna av större apotek, som normalt bör ge större rörelsevinst, tillföras en högre ersättning än innehavarna av små apotek. Man skulle på så sätt ersätta innehavarna av de större apoteken för det ökade ansvar, som följde med den större rörelsen.

Nuvarande danska avgiftssystem

(Danska apotekslagen av den 11 juni 1954, §§ 46—54.)

Det nya avgiftssystem, som fastställts i 1954 års danska apotekslag och trätt i kraft från och med den 1 januari 1957 innebär följande.

Apoteken skall såsom avgift betala

dels en grundavgift, utgörande 5 procent på den del av nettoomsättningen (bruttoomsättning med avdrag för rabatter), som överstiger 150 000 kronor — i allmänhet utgår man därvid från ett genomsnitt av omsättningen för åren 1948—50;

dels en omsättningsavgift om 4 procent å den del av bruttoomsättningen som återstår sedan denna minskats med

a) försäljning till andra apotek,
b) försäljning av vissa läkemedel med särskilt låg prissättning,
c) 150 000 kronor samt
d) 3 gånger apotekets givna rabatter och 3 gånger utgifter för inkassering;

dels ock en nettoavgift, beräknad på apotekets överskott med tillägg för ut-

gifter för inventarier och reparationer samt erhållna subventioner men med avdrag för amortering samt grund- och omsättningsavgift. Nettoavgiften utgår på enligt nyssnämnda grunder beräknade belopp överstigande 20 000 kronor enligt följande

20 000—30 000	kronor	30 %
30 000—50 000	»	40 %
över 50 000	»	50 %

Subvention kan utgå i de fall ett apoteks nettoomsättning är mindre än hälften av apotekens genomsnittliga. Från en särskild fond, apotekarfonden, erhålles därvid ett tillskott på 10 procent av den uppkomna skillnaden. Skulle härigenom apotekets överskott överstiga 18 000 kronor, sker avdrag med hälften av denna skillnad. I de fall apotekets hyra utgjort en högre procent på nettoomsättningen än apotekens i genomsnitt, utgår ersättning från fonden med hälften av denna merutgift.

Förslag till nytt avgiftssystem i Norge

De norska apoteken erlägger liksom de svenska avgifter — de norska till statskassan — men i motsats till vad som gäller i Sverige betalas ej någon del av apotekens löner ur avgiftsmedlen. Sedan år 1911 finns en fond, apoteksavgiftsfonden, som praktiskt taget oavbrutet ökat och den 1 juli 1957 uppgick till 44 miljoner norska kronor. Då bestämmelserna om avgift och apoteksavgiftsfonden infördes, uttalades att medlen bl. a. skulle användas för utbildning av farmaceutisk personal och till etablering av försäljningsställen för läkemedel på sådana platser där dylik försäljning ansågs nödvändig ur social synpunkt men ett tillräckligt ekonomiskt underlag ej fanns.

Några fasta regler hur medlen i apoteksavgiftsfonden skall disponeras finns ej, utan stortinget beslutar om medlens användning. För närvarande betalar apoteken avgift i förhållande till sin omsättning. Dispens från erläggande av avgift kan lämnas i de fall då apotekarens inkomst kunde bli alltför låg. Från fonden betalades under budgetåret 1956/57 cirka 300 000 kronor i driftsbidrag till apotek, cirka 1 miljon kronor i pension och understöd till apotekare och personal samt statsbidrag med cirka 1,4 miljoner kronor till förbilligande av vissa läkemedel, t. ex. insulin.

Den år 1954 tillsatta, ännu arbetande *norska apoteksutredningen* avlämnade i början av år 1958 sitt första betänkande, vilket bl. a. innehåller förslag till nytt avgiftssystem. Förslaget innebär följande:

1. Avgift beräknas dels på basis av apotekens omsättning, bruttoavgift, dels på basis av apotekens nettovinst, nettoavgift.
2. Båda avgifterna beräknas per kalenderår och förfaller till betalning före utgången av det år som de avser.
3. Bruttoavgiften beräknas på basis av apotekens bruttoomsättning (hela det belopp som inflyter vid försäljning av varor) med avdrag av de belopp som inkommer vid:
   försäljning av varor till andra apotek,
   försäljning av vissa läkemedel som säljes med reducerad marginal,
   allmän omsättningsavgift,
   viss tilläggsavgift för sprit och vin, kosmetikaavgift.
4. De första 300 000 kronorna av den avgiftspliktiga omsättningen är avgiftsfria. På resten av den avgiftspliktiga omsättningen betalas 5 procent i avgift.
5. Nettoavgift efter följande skala skall beräknas på nettoöverskottet, vari inkluderas bidrag enligt punkterna 6 och 7:

under 25 000 kronor ingen nettoavgift,
25 000—30 000 kronor 20 procent avgift,
30 000—40 000 kronor 40 procent avgift,
40 000—50 000 kronor 50 procent avgift,
över 50 000 kronor 75 procent avgift.

6. Apotek, vars hyra föregående år har utgjort en högre procent av apotekets avgiftspliktiga omsättning än genomsnittsprocenten för samtliga apotek, får i bidrag hälften av denna merutgift.
7. Apotek, vars avgiftspliktiga omsättning under ett kalenderår är mindre än 60 procent av samtliga apoteks genomsnittliga omsättning under föregående kalenderår, får ett bidrag om 10 procent av det belopp med vilket omsättningen understiger 60 procent av genomsnittsomsättningen. Om ett dylikt bidrag bringar apotekets nettovinst upp till ett belopp som är högre än anställd föreståndares högsta lön, reduceras bidraget med 50 procent av den del av beloppet som går utöver föreståndares högsta lön.
8. Apotek, vars nettovinst inte ger innehavaren en rimlig inkomst, skall efter ansökan och efter tillstyrkan av det under punkt 9 nämnda rådet kunna beviljas bidrag eller dispens från att lämna avgift.
9. Kungl. Maj:t eller departementschefen fastställer bestämda regler för apotekens redovisning, dvs vilka utgifts- och intäktsposter som skall redovisas. Kungl. Maj:t utser ett råd om fem personer, varav en efter förslag från Norges Apotekerforening. Rådet avgör enligt ovannämnda regler vilka överskott som skall läggas till grund för beräkning av nettoavgift.
10. De procentsatser för beräkning av avgift och bidrag, som är nämnda under punkterna 4, 5 och 7, skall varje år fastställas av stortinget.

Kommitténs synpunkter

Av de relaterade förslagen torde det av 1946 års läkemedelsutredning skisserade systemet samt apotekarorganisationernas år 1952 framlagda förslag främst vara av intresse.

De båda förslagen är till konstruktionen väsentligt olika men lika därigenom att båda avsåg att ge apoteksinnehavarna ökat intresse för kostnadsbesparingar. Det förstnämnda ger den till omsättningen knutna *avgift* som apoteksinnehavaren skall betala till kollektivet — det som återstår av rörelsevinsten sedan avgiften erlagts utgör därefter innehavarens behållna inkomst. Apotekarorganisationernas förslag däremot utmynnar i en formel, som ger *innehavarens ersättning.* I sistnämnda förslag är alltså innehavarnas ersättning det primära — avgiften till kollektivet blir det som återstår av rörelsevinsten.

1946 års läkemedelsutrednings förslag skulle — såsom utredningen framhåller —

»ge innehavaren ett helt och odelat intresse av apotekets ekonomiska drift. Varje besparing skulle komma honom själv hundraprocentigt tillgodo. Om en rationaliseringsåtgärd eller en pressning av inköpspriset gåve honom ökade intäkter, behövde han ej avstå någon del av dessa till kollektivet.»

Förslaget är emellertid på det sätt som det skisserats icke genomförbart. De mycket stora skillnaderna i omsättning apoteken emellan gör det icke möjligt att använda sig av ett system, som enbart bygger på avgift på omsättningen och låter apoteksinnehavaren helt be-

hålla den därefter uppkommande vinsten. Eftersom grundförutsättningarna för och möjligheterna till besparingar står i nära relation till omsättningens storlek, skulle det av utredningen skisserade systemet leda till uppenbara orättvisor och alltför markerade inkomstolikheter. Utredningen har själv observerat denna konsekvens. Utan att antyda på vilket sätt de angivna problemen skulle kunna lösas framhåller man endast att det ej bör vara omöjligt att konstruera ett system, vilket i huvudsak använder omsättningen som norm för avgifternas beräkning.

Apotekarorganisationerna uppställer för sitt förslag följande målsättning:

»Apotekens funktion av dels en social institution och dels en affärsrörelse motiverar, att innehavarna erhålla såväl en garanterad lön som andel av rörelsens avkastning. Den enskilde innehavarens behållna inkomst bör stå i rimlig proportion till hans prestationer. Apoteksinnehavarnas gemensamma andel av överskottet måste alltså genom avgiftssystemet fördelas så, att de enskildas prestationer bli så stora som möjligt.

Avgiftssystemet bör alltså vara så avvägt, att innehavarna animeras att sköta icke bara de dem förelagda statiska uppgifterna tillfredsställande utan även de mera dynamiska på ett ekonomiskt sätt.

På grund av det speciella privilegiesystemet och därmed förknippade befordringsprinciper och till följd av läkemedelshandelns speciella förhållanden böra emellertid verkningarna på det enskilda apoteksföretaget av olikheter i ekonomiskt hänseende vid apotekets tillträde och av därefter inträffande allmänna ekonomiska förändringar begränsas på annat sätt, än som sker i vanliga affärsföretag. Sålunda bör

1) spridningen i de behållna inkomsterna icke överstiga den gängse i andra jämförbara akademiska yrken med mera än vad som motsvarar apoteksinnehavarnas speciella företagarprestation,
2) långtidsförändringarnas och konjunkturförändringarnas inverkan på innehavarnas ekonomi begränsas,
3) lokala förändringar ifråga om enskilda apoteks bärighet icke drabba innehavaren lika starkt som i företag där innehavaren kan skapa reservfonder,
4) den allmänna standarden å apoteken icke bliva lidande.

Ett idealiskt avgiftssystem skulle sålunda ge innehavaren dels en fast lön, dels en inkomst baserad på rörelsens storlek och dels en inkomst i förhållande till den personliga insatsen i apotekets skötsel.»

Det centrala i systemet utgöres av rörelsevinsten som på ett väsentligt bättre sätt än för närvarande skulle ansluta sig till de verkliga rörelseresultaten. Lönekostnaderna skulle beräknas som medellöner, i vilka icke pensionskostnader men däremot av kollektivet betalda löneandelar skulle ingå. Även vissa andra korrigeringar föreslogs, varför resultaten i stort sett skulle tjäna som rättvisande jämförelsegrund apoteken emellan.

Det föreslagna fasta beloppet skulle få karaktär av garanterad minimiinkomst. En dylik torde få anses befogad, speciellt med tanke på förutsättningarna vid de minsta apoteken, då det givetvis icke helt kan uteslutas, att omständigheter utanför apoteksinnehavarens kontroll kan orsaka så dåligt rörelseresultat, att innehavarens ersättning eljest skulle bli orimligt låg.

Det är diskutabelt, huruvida den fasta delen av ersättningen bör vara dyrorts- och indexreglerad, vilket apotekarorganisationernas förslag innebär. Såsom detta utformats kan man nämligen beräkna, att den fasta delen av ersättningen i utgångsläget skulle komma att utgöra mindre än två tredjedelar genomsnittligt sett av totalinkomsten. Systemet avser att stimulera till kostnadsbesparing och rationalisering och detta skulle leda till förbättrade resultat, vilket skulle medföra ökad total inkomst men minskad andel i form av fast ersättning. Den fasta delen av ersättningen skulle sålunda icke bli liktydig med normal inkomst för en apoteksinneha-

vare utan bli den garanterade minimiinkomst, vilken endast i rena undantagsfall verkligen skulle bli aktuell.

Den rörliga delen av ersättningen skulle utgöras av en för alla apotek lika stor procentsats av rörelsevinsten. I förslaget angives ej något visst procenttal härför. Det framhålles endast att detta bör överstiga 10 procent. På grund av vad som i övrigt anförts i förslaget kan man emellertid sluta sig till, att 15 à 20 procent torde svara mot förslagsställarnas intentioner.

I jämförelse med den nu gällande ordningen innebär sålunda apotekarorganisationernas förslag en väsentlig förbättring.

Det av 1946 års läkemedelsutredning skisserade avgiftssystemet innebär att kostnadsbesparingar och rationaliseringsvinster till 100 procent skulle tillfalla apoteksinnehavaren. Apotekarorganisationernas förslag ger — som nyss visats — till resultat, att 15 à 20 procent av besparingar och rationaliseringsvinster skulle stanna hos apoteksinnehavaren som ökad inkomst. De båda förslagen återspeglar sålunda väsentligt olika uppfattningar om hur starkt besparingsincitamentet i systemet bör göras. I allmänhet torde härom kunna sägas, att ju starkare besparingsincitamentet göres desto större besparingar leder det till. Om besparingsutrymmet är mycket stort, är det dock tänkbart att ett starkt besparingsincitament — d. v. s. om besparingarna helt eller till större delen kommer den sparande till godo — kan ge en lägre effekt. De mera lättåtkomliga besparingarna och rationaliseringsvinsterna kan då vara tillräckliga för att tillfredsställa inkomstkraven varigenom hela det tillgängliga besparingsutrymmet icke blir tillvarataget. Det kan sålunda icke utan vidare anses klart, att ett avgiftssystem, enligt vilket besparingar och rationaliseringsvinster helt tillfaller apoteksinnehavaren, ger det bästa resultatet.

I allmänhet går rationaliseringsvinster till större delen vidare och kommer den slutlige konsumenten till godo i form av lägre pris eller bättre service. Detsamma bör även gälla apoteken, varför det även av denna anledning kan ifrågasättas, huruvida besparingar och rationaliseringsvinster helt eller till större delen skall få tillfalla apoteksinnehavarna.

En förutsättning för att kunna åstadkomma kostnadsbesparingar och rationalisering är att dessa möjligheter icke i full utsträckning tillvaratagits tidigare. Ju sämre den ekonomiska skötseln har varit, desto större är besparingsmöjligheterna. Eftersom apoteksinnehavarnas inkomster i realiteten icke i högre grad gjorts beroende av hur de ekonomiskt skött sina apotek, torde det knappast kunna anses rimligt, att de skulle få tillgodogöra sig hela eller större delen av de besparingar och rationaliseringsvinster, som de skapat förutsättningar för genom tidigare mindre god ekonomisk skötsel.

Kommittén har sålunda kommit till den uppfattningen att ett på bästa sätt verkande avgiftssystem icke bör tillföra apoteksinnehavarna hela vinsten av de kostnadsbesparingar och rationaliseringsåtgärder som kan åstadkommas i de enskilda apotekens drift. Det finns ytterligare skäl som talar härför. I samband med att de av kommittén företagna undersökningarna refererats i det föregående har påpekats att apotekens driftsresultat kan influeras även av sådana — för apoteksinnehavaren opåverkbara — faktorer som man svårligen kan direkt korrigera för. När sådana faktorer uppträder, skulle apoteksinnehavaren få vidkännas en mot hela kostnadsökningen svarande inkomstminskning, om förändringar av rörelse-

vinsten helt skulle påverka innehavarersättningen. Om däremot endast en del av den till innehavaren utgående rörliga ersättningen påverkas av ändringar i rörelsevinsten, vilket apotekarkåren föreslog, blir apoteksinnehavarnas inkomster i mindre grad influerade av tillfälliga, slumpmässigt verkande faktorer.

Kommittén anser icke att den rörliga delen av ersättningen bör beräknas efter en fast, för alla apotek lika stor procentsats av rörelsevinsten. Apotekarorganisationernas motiv härför var, att man därigenom skulle tillförsäkra innehavarna en gradering i inkomsten motsvarande rörelsens storlek. Principen torde i och för sig vara oantastlig, men förslaget synes leda till en viss övervärdering av driftsansvaret för de stora apoteken. Därtill kommer att förutsättningarna för besparingar och rationaliseringsåtgärder är väsentligt mindre på småapoteken än på de större apoteken. På det mindre apoteket kan större besparingar i huvudsak endast åstadkommas genom en ökad personlig arbetsinsats av innehavaren, medan det större apoteket kan ge möjlighet till stora besparingsvinster genom rent organisatoriska åtgärder. Enligt kommitténs uppfattning är det icke riktigt att värdera de båda slagen av besparingar lika, vilket blir följden av apotekarorganisationernas förslag om en enhetlig procentsats. Skall man kunna vidmakthålla samma besparingsintresse på både små och stora apotek, synes den ökade personliga arbetsinsatsen på det lilla apoteket böra premieras bättre relativt sett än de rent administrativa besparingsåtgärderna på det stora apoteket, särskilt som besparingsutrymmet i absoluta tal är väsentligt mindre på det lilla apoteket.

Sammanfattningsvis vill kommittén om apotekarorganisationernas förslag uttala den meningen, att detta i princip innebär en god utgångspunkt för en diskussion om avgiftssystemet.

D. Kommitténs överväganden och förslag

1. Principiella överväganden

De skäl som från början motiverade införandet av ett avgiftssystem har efter hand accentuerats och torde nu få anses så starka, att något alternativ knappast gives. 1946 års läkemedelsutredning har i sitt betänkande (SOU 1951: 34, sid. 171) anfört följande härom.

»Det har, såsom inledningsvis framhållits, ansetts nödvändigt att hålla samma priser på läkemedel över hela landet. Apotek ha i vissa fall inrättats på orter, där ett behov bedömts föreligga, men där folkmängden varit för liten för att ekonomiskt kunna bära upp en apoteksrörelse. Det har ej heller ansetts vara riktigt, att den i utbildningshänseende homogena kåren av innehavare och anställda farmacevter skulle beredas väsentligt olikartade ekonomiska villkor betingade av de enskilda apotekens sinsemellan växlande bärighet. Vidare har det på goda grunder kunnat urgeras, att innehavarna av de större apoteken på sin tid tillgodogjorde sig inkomster, som voro oskäligt stora och väl kunde tåla en reducering.»

Kommittén vill för sin del understryka, att det vid enhetlig prissättning på grund av den i hög grad varierande omsättningen oundvikligen kommer att finnas starkt varierande ekonomiska resultat för de olika apoteken. Eftersom kommittén icke ansett sig böra föreslå någon ändring av apoteksväsendets nuvarande driftsform annat än i vissa administrativa avseenden, följer att en utjämning av de enskilda apotekens rörelseresultat är ofrånkomlig även i fortsättningen. En dylik utjämning kan knappast ske på annat sätt än genom ett system med avgifter respektive driftsbidrag.

Genom avgiftssystemet måste icke endast en sådan utjämning av rörelsere-

sultaten åstadkommas, att innehavarna av de minsta apoteken tillförsäkras rimlig ersättning, utan dessutom måste medel för vissa av apotekens kostnader tagas in avgiftsvägen, i varje fall kostnaderna för en gemensam administration och för de centrala organ, till vilka det befinnes rationellt att överföra vissa av apotekens arbetsuppgifter.

Det nuvarande avgiftssystemet fyller icke — varken från det allmännas eller apoteksinnehavarnas sida — de krav som man rimligen bör ställa. I det föregående har visats att systemet i vissa avseenden har betydande negativa verkningar i fråga om de enskilda apotekens ekonomiska skötsel. De av kommittén företagna undersökningarna avseende år 1956 — redovisade i avsnitt B — tyder med hänsyn till den stora spridningen på att avgiftssystemet i många fall väsentligt dragit upp lönekostnaderna och att rationaliseringar med åtföljande kostnadsbesparingar därför bör kunna göras. Besparingsmöjligheter föreligger även beträffande varukostnaderna. Ett nytt avgiftssystem, som ger innehavaren en rimlig del av genomförda besparingar, bör resultera i ökat prismedvetande och bättre tillvaratagande av de besparingsmöjligheter, som apotekens nuvarande inköpsstruktur inrymmer. Varukostnaderna uppgick under år 1956 till omkring 175 miljoner kronor. En besparing på 1 à 2 procent skulle totalt betyda ett årligt inbesparat belopp på 2 à 3 miljoner kronor. Utformningen av det avgiftssystem som skall gälla inom apoteksväsendet är sålunda en fråga av stor samhällsekonomisk betydelse.

För att åstadkomma rationell drift av de enskilda apoteken måste företagsledarna i betydligt högre grad än nu ekomiskt stimuleras härtill, dels på kort sikt genom tillräckligt ekonomiskt vederlag för ökade rationaliserings- och arbetsinsatser, dels ock på längre sikt genom befordringsprinciper, som även premierar god ekonomisk drift av tilldelat apotek.

Det incitament till besparingar, som avgiftssystemet bör inrymma, får dock icke leda till att säkerhetskrav och service eftersättes. En sådan avvägning att fulla garantier skapas häremot är dock icke möjlig vare sig vid det nuvarande eller vid något annat system. Betryggande garantier bör — liksom hittills — upprätthållas genom erforderliga föreskrifter och övervakning av dessa från tillsynsmyndigheten.

Avgiftssystemet bör lätt kunna anpassas efter skiftande konjunkturförhållanden och driftsbetingelser. En stel konstruktion torde nämligen kunna förutsättas leda till att — exempelvis vid en stigande omsättningsutveckling med relativt minskande kostnader — apoteksinnehavarna tillföres icke avsedda konjunkturvinster, medan å andra sidan en motsatt konjunkturutveckling kan medföra oförvållade inkomstminskningar för innehavarna. Självfallet bör avgiftssystemet vara enkelt, så att det inte fordras en kostnadskrävande administrationsapparat. Det bör ej heller förorsaka den enskilde apoteksinnehavaren onödiga besvär och kostnader.

Utöver dessa anspråk måste emellertid den enskilde apoteksinnehavaren kunna kräva, att avgiftssystemet tar behörig hänsyn till de mera väsentliga skillnader i driftsbetingelser, som kan föreligga i de enskilda fallen och vilka den enskilde apoteksinnehavaren ej kan påverka. Därjämte torde det vara rimligt med garantier för viss minimiinkomst. Vidare bör förutsättningarna för inkomstutfallet göras sådana, att inkomsten även följer den grad av ansvar, som sammanhänger med apoteksrörelsens storlek.

För att ett avgiftssystem, som upp-

fyller nyssnämnda fordringar, skall kunna konstrueras, måste vissa grundläggande förutsättningar finnas eller skapas. Den nu redovisade, fiktiva rörelsevinsten, som är i hög grad missvisande, kan därvid icke läggas till grund för ett sådant avgiftssystem, som här avses. En första förutsättning är alltså en omläggning av resultatredovisningen. Denna måste förutsättas utvisa respektive apoteks verkliga rörelseresultat. Detta innebär i första hand att varje apotek belastas med de verkliga kostnaderna och ej som i nuvarande system endast med en del av dessa. En annan förutsättning för en riktig resultatredovisning är årliga inventeringar av varulagren. Slutligen torde gälla, att en tillförlitlig redovisning förutsätter förbättrade kontrollmöjligheter icke endast beträffande kostnaderna utan även i fråga om intäkterna.

En förutsättning för att samma avgiftssystem skall kunna användas för samtliga apotek är att distriktslaboratorieverksamheten avskiljes från apoteksdriften. Kommittén har av andra skäl (Kap. VII) föreslagit detta. Här må endast anföras, att den sammanvävning av mer eller mindre industriell tillverkning och detaljhandel, som skett genom skapandet av distriktslaboratorierna, gör det omöjligt att tillfredsställande särskilja kostnaderna för de båda verksamhetsgrenarna. Om det av kommittén föreslagna frånskiljandet av sagda tillverkning från den direkta apoteksdriften icke genomföres, torde avgiftsfrågan för apoteken med distriktslaboratorium kunna lösas endast genom att dessa behandlas skilda från övriga apotek.

2. Underlag för avgiftsberäkningen

Allmänt

Det nuvarande avgiftssystemets fiktiva rörelsevinst utgör icke ett lämpligt underlag för ett avgiftssystem. Det torde stå klart, att någon annan faktor än driftsresultatet såsom huvudsaklig grund för ett avgiftssystem knappast kan tänkas. Nettomarginalen, d. v. s. driftsresultatet, beror i varje enskilt fall av varukostnadernas och övriga kostnaders storlek. Kostnaderna beror i sin tur dels på driftsbetingelserna och dels på driftsledningen. Lika driftsbetingelser apotek emellan ger förutsättning för i huvudsak lika kostnader, och driftsresultatet beror då till sist på driftsledningen. Apoteksdriften sker emellertid under skiftande betingelser. Om ett avgiftssystem skall kunna baseras på driftsresultaten, måste därför mera väsentliga olikheter i driftsbetingelserna i möjligaste mån kompenseras. Såsom i det följande visas kan detta ske i tillfredsställande utsträckning.

De viktigaste förhållanden som bestämmer skillnaderna i driftsbetingelser apoteken emellan kan sammanföras i följande tre grupper:

1) Omsättningsstorlek.

2) Strukturolikheter i fråga om försäljningens sammansättning, inriktning och organisation.

3) Olikheter i driftskostnader, som icke kan påverkas av apoteksinnehavaren.

Omsättningsstorleken och därav betingade förutsättningar för driften står i stort sett i bestämd relation till varandra. Varierande omsättningsstorlek bör därför icke hindra användande av driftsresultaten såsom grund för ett avgiftssystem.

De *strukturolikheter* som föreligger mellan olika apotek kan sammanföras i följande grupper:

a) Skillnader i försäljningens sammansättning, exempelvis större eller mindre andel extemporeberedning.

b) Olikheter i fråga om leveranser till sjukhus och andra vårdinrättningar.

c) Skillnader i företagsform, d. v. s. om driften hänför sig till endast ett apotek eller är uppdelad på flera enheter.

d) Olikheter i distributionens sammansättning, exempelvis om större eller mindre del av försäljningen sker genom läkemedelsförråd och kommissionärer eller medelst medicinlådor.

Enligt den utredning som redovisats i avsnittet B 4 (sid. 95 ff.) har variationer i försäljningens sammansättning ingen påtaglig betydelse för driftsresultatet. Även om så skulle ha varit fallet kan detta emellertid ändras genom kalkylgrunderna i medicinaltaxan, vilken i princip skall vara så avvägd, att de olika varugrupperna ger lika kostnadstäckning. Man behöver alltså i detta sammanhang icke räkna med att variationer i försäljningens sammansättning skall förorsaka större skillnader i driftsbetingelserna.

Samma sak gäller i fråga om förekomsten av sjukhusleveranser. Den undersökning som redovisats i avsnittet B 4 (sid. 98 ff.) visar sålunda, att sjukhusleveranserna för år 1956 — sjukhusapoteken undantagna — gav samma relativa netto som annan försäljning. Det förutsättes att detta förhållande även i fortsättningen bibehålles genom lämplig avvägning av rabatteringen. Den omständigheten att apoteken har större eller mindre andel sjukhusleveranser bör sålunda icke medföra någon skillnad av betydelse i driftsbetingelserna.

Om en apoteksrörelse är koncentrerad till en enhet eller uppdelad på flera, är det klart att kostnadsolikheter föreligger. En rörelse som är uppdelad på två enheter har givetvis större kostnader på grund av viss ofrånkomlig dubblering av organisation m. m. än om samma försäljning vore koncentrerad till en enhet. Kostnadsolikheterna kan emellertid förhållandevis nära beräknas och kan därför kompenseras. På samma sätt drar försäljning genom läkemedelsförråd och kommissionärer eller medelst medicinlådor vissa merkostnader jämfört med annan försäljning, främst frakt och provisionskostnader. Kostnaderna är emellertid direkt mätbara eller lätta att beräkna, varför det icke föreligger svårigheter att eliminera dessa skillnader.

Vissa *olikheter i driftskostnaderna* kan apoteksinnehavaren obetydligt eller icke alls påverka. Härigenom kan skilda betingelser föreligga apoteken emellan. Dessa kan hänföras till följande grupper:

a) Lönekostnadsolikheter, exempelvis på grund av dyrortsgruppering, personalens sammansättning i olika åldersgrupper etc.

b) Kostnader på grund av speciella av myndigheterna ålagda uppgifter, exempelvis utsträckt öppethållande, natt- och helgdagsexpediering samt utbildning av apotekselever.

I fråga om dessa olikheter i driftskostnaderna gäller att samtliga antingen är direkt mätbara eller kan med nöjaktig noggrannhet beräknas. Det blir härigenom möjligt att i huvudsak neutralisera verkningarna av dem i de driftsresultat som skall läggas till grund för avgiftsberäkningen.

Utöver de i det föregående behandlade förhållandena kan resultaten påverkas av ytterligare faktorer. Några exempel på dylika har lämnats på sid. 84 i samband med kommentarerna till en av kommitténs undersökningar. Sådana faktorers verkningar kan inte beräknas men har dock viss inverkan på resultaten. Utöver de nämnda exemplen finns det förhållanden som mera plötsligt och oförutsett medför kastningar i apote-

kens resultat, exempelvis byte av läkare på orten och genomgripande trafikomläggningar.

Eftersom kommittén förutsätter, att sökande till apotek erhåller tillgång till uppgifter angående vederbörande apoteks resultat m. m., får den sökande i förväg kännedom om apotekets ifråga förutsättningar. Av denna anledning behöver man inte i avgiftssystemet ta någon hänsyn till sådana individuella faktorer på apoteken som har en kontinuerlig och någorlunda konstant inverkan på resultaten. Apoteken kommer oundvikligen som hittills att framstå som olika goda befordringsobjekt. En tillämpning av det av kommittén föreslagna avgiftssystemet kommer att medföra ändringar i jämförelse med nuvarande förhållanden beträffande vissa enskilda apoteks värde ur befordringssynpunkt, eftersom innehavarersättningen vid ett avgiftssystem enligt kommitténs förslag blir närmare knuten till det verkliga resultatet än vad som gäller för närvarande.

Sammanfattningsvis kan sägas, att apoteken sinsemellan uppvisar vissa skillnader i fråga om driftsbetingelser. Dessa kan emellertid i stort sett beräknas, varigenom korrigerade, huvudsakligen jämförbara driftsresultat kan erhållas. I dessa har man då fått ett tillfredsställande underlag för ett så långt möjligt rättvisande avgiftssystem inom ramen för den gällande privilegieordningen.

Regler för beräkning av driftsresultaten

För att driftsresultaten skall kunna användas som underlag för avgiftsberäkningen måste de grundas på apotekens verkliga kostnader samt beräknas efter enhetliga regler och med utjämning och korrigering så långt möjligt för skillnader i driftsbetingelserna. En given förutsättning för att redovisningen skall kunna återge respektive apoteks verkliga resultat är därvid som förut nämnts att årliga lagerinventeringar företages. För att säkerställa enhetlighet i redovisningen måste vidare vissa regler gälla för främst lagernedskrivningar, avskrivningar på inventarier, behandling av kostnader för reparationer och underhållsarbeten samt ränteberäkning.

Från apotekarnas sida har tidigare hävdats att *lagerinventeringar* på grund av det stora varusortimentet skulle bli alltför arbets- och kostnadskrävande, om de skulle genomföras varje år. Enligt kommitténs uppfattning bör emellertid inventeringarna kunna utföras till rimliga kostnader, om man tillämpar en rationell arbetsordning. Inventeringsarbetet torde för övrigt utgöra exempel på områden där betydelsefulla ytterligare insatser kan göras av kollektivets ledning i form av utarbetande av arbetsbesparande metoder, blanketter etc. Det bör i sammanhanget erinras om att årliga lagerinventeringar utföres inom detaljhandelsbranscher, vilka lagerför ett avsevärt större varusortiment än apoteken, exempelvis järnhandeln och färghandeln. Inventeringen bör ske till återanskaffningsvärden.

Vad därefter angår *lagernedskrivningar* i resultatberäkningen synes dylika böra medgivas inom vissa gränser. Apoteksinnehavarna torde nämligen böra ges möjligheter att reservera vissa likvida medel för väntade större utgifter, exempelvis mera omfattande reparationsarbeten. Den samlade nedskrivningen av varulagren bör dock icke utan medgivande av den av kommittén föreslagna apoteksnämnden få överstiga 10 procent av återanskaffningsvärdet. I resultatberäkningen bör lagrets nedskrivna värde få användas inom denna gräns. Särskild uppgift om det efter inventе-

ring fastställda återanskaffningsvärdet skall därjämte lämnas, så att kontroll kan ske av nedskrivningens storlek.

Beträffande *avskrivningar på inventarier* synes den regeln kunna användas, att som omkostnader må avföras anskaffningsvärden intill av skattemyndigheterna medgivna belopp och i övrigt medgivas en årlig avskrivning på 7 procent av anskaffningsvärdena. Avskrivningar får givetvis icke göras längre än vad bokföringsvärdena medger. Den föreslagna procentsatsen bör — generellt eller för enskilda fall — kunna ändras, om så erfordras, och det torde få ankomma på kollektivets ledning att föreslå apoteksnämnden erforderliga ändringar. Det kan nämnas, att de under år 1956 företagna avskrivningarna på inventarier uppgick till genomsnittligt 4,1 procent av anskaffningsvärdena.

Vissa problem uppstår i fråga om kostnader för *reparationer och underhållsarbeten*. En apoteksinnehavare som underlåter att vidtaga dylika arbeten håller kortsiktigt kostnaderna nere och får därigenom bättre driftsresultat och högre innehavarersättning. Förr eller senare måste emellertid arbetet utföras, men ju längre dröjsmålet blir desto högre blir kostnaderna. Eftersättande av underhållsarbeten får alltså anses vara dålig ekonomi ur hela apoteksrörelsens synpunkt. Direkt drabbas emellertid den apoteksinnehavare som övertar ett genom uteblivet underhåll nedslitet apotek. Det vore sålunda betydelsefullt, om garantier mot underlåtenhet att vidtaga nödiga reparationer och underhållsarbeten kunde skapas. Kommittén har därför övervägt att föreslå regler, som genom obligatorisk avsättning av medel för dylika ändamål skulle säkerställa, att apoteken hölls i gott skick. Det har dock visat sig att stora praktiska olägenheter skulle följa med ett dylikt förfaringssätt. Kommittén har därför stannat för ett bibehållande av nuvarande ordning i denna fråga, vilken innebär att medicinalstyrelsen genom apoteksinspektörerna övervakar att apoteken hålles i tillfredsställande skick Kostnader för reparationer och underhållsarbeten bör sålunda liksom hittills få föras som omkostnader.

I vissa fall kan det befinnas nödvändigt med *större ombyggnadsarbeten* för att åstadkomma rationella och tidsenliga apotekslokaler. I dylika fall bör apotekskollektivet emellertid stå för ombyggnadskostnaden och samtidigt övertaga det mellan fastighetsägare och apoteksinnehavare gällande hyreskontraktet. Ombyggnadskostnaden bör därvid fördelas på ett lämpligt antal år och debiteras apoteksinnehavaren i form av förhöjd hyra. Härigenom vinnes att kostnader, som möjliggör en bättre driftsekonomi på lång sikt, fördelas över ett större antal år och icke endast belastar apoteksinnehavaren utan även dennes efterföljare, som likaledes drar nytta av ombyggnaden.

Enligt nuvarande regler får apoteksinnehavare innan avgift betalas avdraga den faktiska utgiften för *räntor*, varjämte han efter vissa regler tillgodoräknas ränta på eget kapital. Genom att apotekaren på detta sätt automatiskt får avdraga räntekostnaden blir hans personliga intresse ringa för att söka erhålla lån till så fördelaktig ränta som möjligt, likaså att insätta större del eget kapital. För att i stället animera apotekaren att ordna kapitalanskaffningen på gynnsammaste villkor samt öka den egna kapitalinsatsen föreslår kommittén att ränta på i apoteksrörelse investerat kapital beräknas efter samma räntesats, oavsett i vilken utsträckning kapitalet är eget eller upplånat. Regler för beräkning av egen kapitalinsats samt räntesatsens storlek bör fastställas av

apoteksnämnden med beaktande av förändringarna i det officiella diskontot.

Apotekens *lönekostnader* som representerar den största omkostnadsposten måste — huvudsakligen på grund av den enhetliga prissättningen och personalens sammansättning i olika åldersoch dyrortsgrupper — påföras efter enhetliga grunder, för att driftsresultaten skall bli jämförbara. De bör därför beräknas efter medellöner, räknade som vägda genomsnittslöner för varje personalkategori för sig. Lönerna för den farmacevtiska personalen — leg. apotekare och farm. kandidater respektive receptarier — och den tekniska personalen — tekniska biträden och laboratoriebiträden — bör således bli föremål för sådan utjämning. Tekniska biträden och laboratoriebiträden som erhåller lön enligt de tre lägsta löneklasserna i nuvarande avtal bör därvid behandlas som en särskild grupp. Endast för övrig personal, såsom städerskor och varubud, bör någon utjämning av de faktiska lönekostnaderna ej ske. Dessa lönekostnader är så pass obetydliga relativt sett, att en utjämning icke skulle få märkbar inverkan på slutresultaten. Eftersom de driftsresultat, som skall läggas till grund för avgiftsberäkningen, skall återspegla det verkliga utfallet vid ett vart apotek, måste även pensionskostnaderna belastas apoteken. Medellöner jämte de pensionskostnader som skall belastas apoteken bör beräknas och fastställas omedelbart före ingången av det år varunder de skall gälla. Förändringar i fördelningen på olika dyrortsgrupper, respektive åldersklasser, som kan inträffa, beräknas få så liten inverkan att man icke behöver ändra debiteringen härför under löpande år. För under året inträffade generella löneförändringar bör emellertid omräkning företagas. Retroaktiva lönehöjningar bör dock ej påföras apoteken.

Nyssnämnda regler för beräkning av lönekostnaderna måste kompletteras med regler för speciella förhållanden i enskilda fall. Sålunda bör kostnader för anställd som är ledig på grund av havandeskap eller sjukdom ersättas av kollektivet. Om vid avtalsförhandlingar överenskommelse om ändring av tillämpade principer träffas, måste frågan underställas apoteksnämnden för godkännande, innan tillämpning sker. Vidare bör vid de apotek, där innehavaren vid den aktuella tidpunkten är ensam farmacevt, kostnaden för vikarie vid innehavarens sjukdom och semester ersättas. Även för andra särskilda tillfällen kan detta ske efter prövning. Tillämpningsnormer härför bör fastställas av apoteksnämnden.

För att driftsresultaten skall bli så långt möjligt jämförbara måste korrigeringar ske för *merkostnader på grund av speciella förhållanden,* nämligen om apoteksdriften är delad på två eller flera enheter, om distribution förekommer genom läkemedelsförråd, kommissionärer eller medelst medicinlådor samt om natt- och helgdagsexpediering, förlängt öppethållande och utbildning av apotekselever förekommer.

Beträffande de merkostnader, som följer med nyssnämnda speciella förhållanden, föreligger inga noggrannare utredningar och kommittén har ej heller ansett det nödvändigt att företaga dylika, eftersom dessa i vilket fall som helst kommer att vara inaktuella vid den tidpunkt, då ett genomförande av kommitténs förslag kan komma ifråga. Det förutsättes sålunda, att behövliga utredningar i detta avseende ombesörjes av apotekskollektivet för att i god tid kunna föreläggas apoteksnämnden.

Vissa av merkostnaderna är individuellt direkt mätbara, nämligen frakt- och provisionskostnader. I övriga fall måste generella regler användas, baserade

på beräknade genomsnittskostnader. Det finns emellertid ytterligare en del faktorer som man knappast kan korrigera för. Härigenom blir det givetvis icke möjligt att åstadkomma hundraprocentigt »rättvisa» resultat. Kvarstående kostnadsolikheter som icke kan utjämnas eller korrigeras torde emellertid få räknas till sådana ofrånkomliga skillnader, som måste förekomma vid den säregna företagsform, som apoteken utgör.

Hyreskostnaderna kan variera mycket mellan lika stora apotek beroende främst på lokalernas läge och beskaffenhet. I de fall då apotekslokalernas läge kan anses vara likartat beror skillnaden i hyreskostnadens höjd ofta på om lokalerna är inrymda i gammal eller ny fastighet. I de fall då lokalerna är inrymda i ny fastighet — och hyran är hög — är lokalerna ur arbetsteknisk synpunkt ofta bättre än i de fall då lokalerna finns i gammal fastighet med låg hyra. En hög hyra kan därför kompenseras av en lägre arbetskostnad, och eftersom lönerna är den helt dominerande kostnadsposten, kommer denna att väga mycket tungt. Det skulle därför icke vara lämpligt att utjämna hyreskostnaderna i dylika fall, då summan av löner och hyror ger en helt annan bild än hyrorna enbart. Vidare har apoteksinnehavaren vissa möjligheter att påverka hyreskostnaden genom att ta i anspråk större eller mindre utrymmen eller söka välja mindre kostsamt läge. Kommittén har övervägt, huruvida hyreskostnaden helt eller delvis borde utjämnas men kommit fram till att någon utjämning icke bör förekomma. Ej heller bör hyreskostnader — såsom för närvarande sker i Danmark och nyligen föreslagits i Norge av den ännu arbetande apoteksutredningen — över en viss nivå helt eller delvis bestridas av kollektiva medel.

Kommittén har här angivit de speciella omständigheter som bör föranleda utjämning av kostnader eller korrigering av merkostnader efter regler som fastställes av apoteksnämnden. Skulle skäl för ytterligare utjämning eller korrigering uppkomma bör apoteksnämnden besluta, huruvida och i vad mån detta skall medgivas.

Resultatredovisningens administration

Apotekens definitiva resultatredovisning bör liksom hittills grundas på årliga deklarationer från apoteksinnehavarna. Nödvändiga detaljföreskrifter i detta hänseende liksom i fråga om löpande rapportering under året bör utfärdas av apoteksnämnden. Erforderlig bearbetning av redovisningarna och beräkning av avgiftsunderlaget sker genom apotekskollektivets försorg.

En korrekt resultatredovisning kräver icke endast enhetliga och relativt detaljerade regler för redovisningen, utan även kontroll. Denna bör i mån av behov kunna ske dels genom granskning på ort och ställe av ett apoteks hela redovisning och dels genom löpande detaljgranskning av vissa poster i samtliga apoteks resultatredovisning.

Kollektivets övervakning skall ha positivt syfte och inrymma studier av arbetsmetoder och planläggning. Granskningen av apotekens skötsel bör icke inskränkas till fall med mindre goda resultat, utan bör även gälla apotek som visar särskilt goda resultat, så att samtliga apotek kan få del av sådana uppslag, rön och erfarenheter, som visat sig leda till förbättring av resultaten.

Den löpande kontrollen bör innebära granskning av exempelvis varu- och lönekostnader, för att man på detta sätt skall kunna uppmärksamma eventuellt varusvinn och oekonomisk personalanvändning. Anmärkningsvärda förhållanden bör bli föremål för närmare

undersökning, så att källorna till felaktigheterna eller de olämpliga dispositionerna i driften kan upptäckas och bristerna avhjälpas.

Den viktigaste faktorn i resultatredovisningen är försäljningsinkomsterna. En tillfredsställande kontroll av dessa finns för närvarande ej. Det synes därför kommittén angeläget, att det så långt möjligt skapas garantier för en korrekt redovisning av de enskilda apotekens försäljning. Dylika garantier torde i viss utsträckning kunna åstadkommas genom bestämmelser om att apoteken skall vara skyldiga att hålla sig med kassaapparater samt underkasta sig den kontroll över försäljningens registrering och redovisning, som kassaapparaterna ger möjlighet till. Apoteksnämnden bör utfärda erforderliga föreskrifter och inkomstkontroller. Apoteken har redan kassaapparater av ett eller annat slag, varför de anordningar för kontroll av kontantredovisningen, som kollektivet bör kräva, sålunda i regel icke innebär någon extra kostnad för apoteksinnehavarna.

3. Avgiftssystemets konstruktion

Allmänt

Genom att driftsresultaten beräknats och korrigerats på sätt som sagts i föregående avsnitt åstadkommes ett tillfredsställande underlag för avgiftsberäkningen. I fråga om själva avgiftssystemet har i det föregående redogjorts för de krav, som enligt kommitténs mening bör ställas på ett godtagbart system. Därvid framhölls bland annat, att systemet bör ge apoteksinnehavarna tillräcklig ekonomisk stimulans till rationell och kostnadsbesparande drift utan eftersättande av säkerhetskraven.

För att uppfylla detta önskemål måste apoteksinnehavarnas behållna inkomst helt eller delvis göras beroende av driftsresultatet. Vid bedömning av frågan ligger det visserligen nära till hands att, eftersom den i sig själv är av rent ekonomisk natur, lägga uteslutande ekonomiska synpunkter på densamma och sålunda göra inkomsten helt beroende av driftsutfallet. Kommittén anser emellertid att man icke alltför ensidigt bör värdera apoteksinnehavarnas insatser efter företagsekonomiska grunder. Apoteksinnehavaren måste vara god fackman inom det farmacevtiska området och det är därför knappast rimligt att göra hela hans ersättning beroende av hur apoteket skötes i ekonomiskt hänseende. En del av denna ersättning bör med hänsyn härtill vara fast och till sin storlek oberoende av det ekonomiska utfallet. Återstoden av ersättningen bör däremot göras rörlig och helt sammanhängande med driftsresultatet. Avvägningen mellan rörlig och fast del blir beroende av hur starkt besparingsincitament, som bör eftersträvas och omvänt hur pass starkt mildrande effekt man önskar att systemet skall ha, när det gäller speciella kostnadsförändringar, som innehavaren inte kan påverka och för vilka man svårligen kan göra några korrigeringar.

Det avgiftssystem som kommittén med utgångspunkt från det sagda vill föreslå, innebär att apotekets avgift blir lika med det korrigerade driftsresultatet minskat med den ersättning, som tillkommer apoteksinnehavaren. Detta kan uttryckas genom formeln

$$A = D - \left(F + \frac{R \cdot D}{100}\right)$$

där A = avgiften
D = korrigerat driftsresultat,
F = fast ersättning och
R = procenttal för rörlig ersättning

I praktiken blir innehavarens ersättning det primära i formeln, eftersom avgiften är det som återstår av driftsöverskottet på respektive apotek, sedan

innehavaren erhållit sin ersättning. Skulle överskottet icke räcka till för den på dylikt sätt beräknade ersättningen, måste mellanskillnaden tillskjutas av kollektivet. Avgiften blir sålunda det sekundära i systemet och benämningen avgiftssystem är därför något oegentlig. Begreppet bibehålles emellertid för att anknyta till den hittills använda terminologin.

Rörlig ersättning

Det nuvarande avgiftssystemet innebär att apoteksinnehavarna, utom i några få fall, erhåller högst 10 procent och beträffande den helt dominerande omkostnadsposten, nämligen lönerna endast 2,5 till 5 procent av genomförda kostnadsbesparingar. Kritiken mot systemet har framförallt grundat sig på denna omständighet, eftersom den obetydliga ekonomiska stimulansen till kostnadsbesparande drift medför stor risk för att de enskilda apoteken drives oekonomiskt, främst med avseende på personalanvändningen. Kommitténs i avsnittet B ovan redovisade undersökningar tyder för övrigt på att så är fallet. För att avgiftssystemets rörliga ersättning till innehavarna skall få avsedd verkan, d. v. s. stimulera till så ekonomisk drift som möjligt, är det tydligt att denna ersättning måste sättas betydligt högre i förhållande till driftsresultatet än i nuvarande system. En del av detta syfte skulle redan vid nu gällande procentsatser kunna ernås genom att apoteken belastades med medellöner i stället för att som i nuvarande system huvuddelen av lönerna belastas kollektivet. Härigenom skulle besparingsincitamentet beträffande lönerna ökas från nuvarande 2,5—5 procent till vad som för närvarande gäller för andra kostnader, nämligen 9—10 procent.

I apotekarorganisationernas år 1952 framlagda förslag — refererat i avsnitt C sid. 106 — har man räknat med en rörlig ersättning, vilken skulle uppgå till samma procentsats för alla apotek oavsett omsättning. Enligt förslaget synes detta procenttal ligga mellan 15 och 20 procent av driftsresultatet. Denna procentsats skulle visserligen medföra en betydande förbättring jämfört med nuvarande förhållanden totalt sett, men förslaget blir icke tillfredsställande för de mindre apoteken, där besparingsmöjligheterna främst ligger i en ökad personlig arbetsinsats från innehavarens sida. För de större apoteken däremot, vid vilka besparingsutrymmet är väsentligt större såväl absolut som relativt sett och vid vilka besparingar i större utsträckning kan vinnas genom rent organisatoriska åtgärder, är en procentsats för rörlig ersättning på 15 à 20 procent lämpligare. Skillnaderna i besparingsutrymme samt olikheterna beträffande arten av besparingsåtgärder nödvändiggör därför att den rörliga ersättningen differentieras efter apotekens storlek. Om innehavarna av de minsta apoteken skall få rimlig ersättning för utförda besparingsåtgärder och stimulans till så ekonomisk drift som möjligt, synes procentsatsen för den rörliga ersättningen för dessa böra vara väsentligt större än vad apotekarnas organisationer föreslagit.

Ett system med rörlig ersättning enligt en skala, differentierad på så sätt, att innehavarna av de mindre apoteken erhåller sådan ersättning med en högre procentsats än innehavarna av de större apoteken blir — vid en för alla apotek lika stor fast ersättning — förmånligare för innehavarna av de mindre apoteken än ett system med en för alla enhetlig procentsats för den rörliga ersättningen. Däremot blir ett system med enhetlig procentsats förmånligare för innehavarna av de större apoteken. Det anförda framgår av tabell 48, som är en bear-

Tabell 48. Innehavarersättningens storlek för små, medelstora respektive stora apotek vid avgiftssystem med rörlig ersättning dels enligt differentierad skala såsom i bilaga 5, dels enligt en för alla lika procentsats

Apotek nr	Omsättningsgränser, 1 000-tal kronor	Genomsnitt per apotek				
		Fast ersättning 19 000 kr för alla				
		Alternativ A 1			Alternativ A 2	
		Rörlig ersättnig diff. skala 30—20 %		Summa innehavarersättning kr	Rörlig ersättning: enhetlig procentsats 23,48 % för alla kr	Summa innehavarersättning
		%-sats	kr			
Små apotek 1—30.....	113— 158	30,0—29,5	5 062	24 062	3 999	22 999
Medelstora apotek 217—240...	552— 617	24,8—24,3	6 450	25 450	6 168	25 168
Stora apotek 362—391...	1 345—2 354	20,9—20,0	24 905	43 905	28 698	47 698
Samtliga 1—391.....	113—2 354	23,48	9,891	28 891	9 891	28 891

betning av vissa delar av det material som redovisas i bilaga 5, sid. 279.

Frågan om den rörliga ersättningens storlek måste emellertid även beaktas från den utgångspunkten att vissa tröskelproblem kan uppkomma i fråga om kostnaderna. Detta kan i första hand bli fallet vid ett mindre apotek då en ökad försäljning nödvändiggör anställande av ytterligare en befattningshavare, men försäljningsökningen icke är så stor att dennes hela arbetskraft kan utnyttjas. Sett enbart från denna synpunkt borde procenttalet ej sättas för högt för de minsta apoteken. Det bör emellertid beaktas att ofrånkomliga, tillkommande kostnader i regel endast utgör en del av den totalkostnad, som i övrigt är påverkbar från innehavarens sida. Apoteksnämnden bör dock ha sin uppmärksamhet riktad på denna fråga och vidtaga lämpliga åtgärder, för den händelse problemet skulle få större räckvidd än vad som för närvarande kan bedömas.

Under hänvisning till det sagda anser kommittén att till innehavarna av de minsta apoteken borde utgå en rörlig ersättning med 30 procent av driftsresultatet, medan den rörliga ersättningen för de största apoteken borde sättas till 20 procent. Mellan dessa båda gränser — högst 30 och lägst 20 procent — borde den rörliga ersättningen variera med hänsyn till apotekens storlek, mätt i deras omsättning.

De angivna procentsatserna behöver icke vara helt fixerade vid den praktiska tillämpningen utan bör kunna tillåtas variera något mellan skilda år såsom närmare kommer att utvecklas i det följande. Den angivna procentskalan 30—20 bör därför betraktas som riktvärden. Procentsatserna för den rörliga ersättningen bör icke understiga en skala om 25—15 procent respektive icke överstiga en skala om 35—25 procent. För att övergången från nuvarande förhållanden — där besparingsincitamentet beträffande lönekostnaderna genom-

snittligt utgör 4 à 5 procent — icke skall bli alltför häftig bör den nedre skalan, d. v. s. 25—15 procent, användas till en början, varjämte särskilda regler bör gälla under en övergångstid. Sedan erfarenheter av systemet erhållits, bör den av kommittén föreslagna apoteksnämnden överväga, huruvida höjning av procentsatserna bör företas eller ej.

Differentieringen av den rörliga ersättningen kan givetvis knytas till någon annan faktor än omsättningen, exempelvis driftsresultatet. Besparingsmöjligheterna hänger dock så intimt samman med omsättningsstorleken, att en differentiering på denna grund måste anses vara den lämpligaste.

Differentieringen kan utformas på olika sätt. Den kan exempelvis ske i anslutning till vissa fastställda omsättningsgränser så att alla apotek med en årsomsättning understigande 200 000 kronor tillerkännes 30 procent, apotek med en omsättning mellan 200 000 och 250 000 kronor 29 procent o. s. v. Denna metod har emellertid den nackdelen, att man skulle vara nödsakad att varje år beräkna nya gränser för de olika procenttalen, eftersom omsättningen ändras från år till år. Detta årliga omräkningsförfarande bör undvikas, vilket kan ske med följande metod, som är generellt användbar oavsett omsättningsutvecklingen.

Om man utgår från att de minsta apoteken i rörlig ersättning alltid skall ha den högsta procentsatsen och de största apoteken alltid den lägsta, med en proportionell differentiering däremellan, bör detta gälla oavsett det aktuella omsättningsläget. Utifrån dessa grunder kan apoteken indelas efter om-

Tabell 49. Exempel på den rörliga ersättningens differentiering efter apotekens omsättning

Indelning år 1956, om systemet då hade tillämpats				Den rörliga ersättningens storlek i procent av överskottet
Grupp nr	Antal apotek inom gruppen	Omsättningen inom gruppen		
		lägst	högst	
1	5	—	147 341	30,0
2	5	151 632	158 305	29,9
3	5	158 860	167 930	29,8
4	5	168 666	174 832	29,7
5	5	177 871	180 651	29,6
49	4	513 698	515 050	25,2
50	4	515 717	525 206	25,1
51	4	525 837	533 667	25,0
52	4	534 518	541 440	24,9
53	4	551 786	554 793	24,8
97	4	1 658 803	1 698 825	20,4
98	4	1 716 703	1 793 655	20,3
99	4	1 818 051	1 982 364	20,2
100	4	2 009 432	2 131 681	20,1
101	4	2 287 139	—	20,0
	412			

Anm.: De första 8 grupperna omfattar vardera 5 apotek, medan de övriga 93 grupperna vardera omfattar 4 apotek. För apotek med distriktslaboratorium har försäljningen till andra apotek (vilket ungefär motsvarar tillverkningen på laboratoriet) borträknats från apotekets omsättning.

sättningsstorlek i lika många grupper som det antal olika procentsatser för den rörliga ersättningen, vilka man tänker begagna sig av. Därvid skulle gruppen med de minsta apoteken tillerkännas den högsta procentsatsen, nästa grupp med de därefter i omsättningsstorlek kommande apoteken den näst högsta procentsatsen o. s. v.

Utföres differentieringen med hela procenttal (20, 21, 22, 23 o. s. v. till och med 30 procent), kan det emellertid inträffa, att ett apotek med endast några kronor lägre årsomsättning än ett annat får en hel procent av överskottet mera i rörlig ersättning. Konsekvenser av denna art kan göras ekonomiskt betydelselösa, om differentieringen sker i intervaller om en tiondels procent i stället för hela procenttal. Man erhåller då 101 procentsatser att gruppera apoteken efter. I tabell 49 visas exempel på hur en dylik differentiering skulle ske med utgångspunkt från 1956 års förhållanden. En differentiering av den rörliga ersättningen enligt en skala om 30—20 procent skulle vid 1956 års förhållanden innebära, att den rörliga ersättningen genomsnittligt skulle uppgå till 23,5 procent. Genomsnittet blir lägre än 25 procent, emedan de större apoteken — med lägre procenttal — har större överskott och därför väger tyngre. I en skala om 25—15 procent kommer det vägda genomsnittet att utgöra 18,5 procent.

Som tidigare anförts bör till dess erfarenhet av systemets verkningar vunnits den nedre skalan om 25—15 procent för den rörliga ersättningen tillämpas, d. v. s. i genomsnitt 18,5 procent. Detta, som sålunda innebär ett avsteg från vad kommittén anser vara lämpligt som mål på längre sikt, kan uppnås genom två alternativa tillvägagångssätt. Det ena är att driftsresultaten beräknas efter i princip de linjer som kommittén rekommenderat, men att de fasta ersättningarna höjs med belopp som avväges på sådant sätt, att de rörliga ersättningarna vid oförändrad totalinkomst kommer att bli genomsnittligt 18,5 procent av driftsresultaten. Detta förfaringssätt har emellertid den nackdelen, att inkomsterna blir omfördelade på ett sätt som avviker från den av kommittén avsedda fördelningen.

Det andra alternativet som tillsvidare skulle kunna medge användningen av den lägre procentskalan är att apotekens driftsresultat redovisningsmässigt får bli något högre än de faktiska genom att kollektivet får svara för en begränsad del av kostnaderna. Resultaten kan härigenom avvägas så, att den rörliga ersättningen kan beräknas bli av samma storlek som kommittén tidigare föreslagit. Härigenom skulle den angivna relationen mellan fast och rörlig del kunna bibehållas.

Kommittén har varit tveksam i valet mellan de här angivna alternativen. Starka principiella invändningar kan resas mot en redovisningsmetod, enligt vilken icke alla kostnader påföres apoteken. Största nackdelen med det nuvarande avgiftssystemet är utan tvivel att apoteken redovisar fiktiva rörelsevinster som ger sken av bättre resultat än de verkliga. Något av detta förhållande skulle vid det här diskuterade alternativet kvarstå, ehuru i väsentligt mindre utsträckning. Enligt apotekarkårens förslag år 1952 skulle pensionskostnaderna ej belastas apoteken utan som hittills kollektivet. Genom att alla kostnader ej belastades apoteken skulle — som för närvarande — fiktiva rörelseöverskott uppstå. Eftersom de samlade överskotten i detta fall skulle bli större än när alla kostnader medtages, skulle — vid den föreslagna omläggningen av avgiftssystemet — procentsatserna för apoteksinnehavarnas rörliga ersättning bli lägre

än om alla kostnader belastades apoteken. Pensionskostnaderna är av den storleksordningen, att de med utgångspunkt från 1956 års förhållanden skulle påverka överskotten uppåt så mycket, att procentsatsen för den rörliga ersättningen måste sänkas med cirka 6 procentenheter, om denna ersättning skall bli av samma storleksordning beloppsmässigt som vid en debitering av pensionskostnaderna på apoteken. Pensionskostnaderna bör emellertid principiellt belasta apoteken som en del av de beräknade medellönerna. Det bör i detta sammanhang framhållas, att några administrativa fördelar totalt sett ej kan vinnas genom att man avstår från att belasta apoteken med pensionskostnaderna. Dessa kan nämligen ingå som en del av de beräknade medellöner, som skall påföras apoteken.

Vid sina överväganden har kommittén funnit, att man genom att låta kollektivet svara för en mindre del av apotekens kostnader kan ernå den önskvärda avvägningen. Rörlig ersättning i ingångsskedet efter en skala om 25—15 procent ger en riktig avvägning om man låter apoteken belastas med 92 procent i stället för 100 procent av lönekostnaderna. Härigenom ökar apotekens överskott med belopp, motsvarande 8 procent av lönerna. Då för närvarande i genomsnitt endast 45 procent av de direkta lönekostnaderna påföres apoteken, medan 55 procent bestrides av kollektivet, innebär en metod som medför att 92 procent av lönekostnaderna påföres respektive apotek en väsentlig förbättring av nuvarande förhållanden, även om man därigenom icke uppnår det som princip eftersträvade målet, att samtliga kostnader påföres de enskilda apoteken för att därigenom ernå ökat intresse för kostnadsbesparingar.

Om icke de totala lönekostnaderna utan endast 92 procent härav belastas apoteken, skulle vid 1956 års förhållanden antalet underskottsapotek — sedan de gottskrivits för driftsbidrag — reduceras till ungefär 25. Vid påföring av samtliga lönekostnader beräknades detta antal till 50. Underskottsapoteken skulle i båda fallen vara tämligen jämnt fördelade över skilda storleksklasser. Samtidigt som incitamentet till rationalisering något försvagas vid en överföring på kollektivet av viss del av lönekostnaderna, erhåller man en ökning av det antal apoteksinnehavare som får rörlig ersättning och därmed hos dessa ett ökat intresse för besparingar. Med hänsyn härtill och då kommittén är angelägen om att så stora garantier som möjligt skall skapas för att det föreslagna avgiftssystemet skall kunna införas smidigt, är kommittén beredd att — om ock efter viss tvekan — förorda, att den lägre procentskalan om 25—15 procent införes i kombination med att apotekens driftsresultat redovisas större än de verkliga därigenom, att endast 92 procent av de totala lönekostnaderna — efter vissa utjämningar, för vilka redogörelse lämnats i särskild ordning — belastas apoteken.

När större erfarenhet av det nya avgiftssystemet vunnits, må det ankomma på apoteksnämnden att överväga om lönekostnaderna i större eller full utsträckning bör påföras apoteken. En sådan prövning är befogad även av den anledningen, att omsättnings- och kostnadsutvecklingen inom kort kan komma att medföra så stora ändringar i de ekonomiska förhållandena för apoteken, att en översyn av avgiftssystemets faktorer kan bli erforderlig.

Förutsättningen för att rörlig ersättning skall utgå är att driftsresultatet på apoteket blir positivt, d. v. s. att apoteket lämnar överskott. För de allra minsta apoteken kan överskottet emellertid förutsättas bli så litet, att inne-

havaren icke tillföres någon nämnvärd rörlig inkomstdel eller eventuellt — om rörelsen ger underskott — icke får någon rörlig inkomstdel alls. På sätt som föreslås i det följande bör dessa apotek tillföras driftsbidrag, som bör inräknas i driftsresultatet, så att man även för flertalet av de minsta apoteken bör kunna räkna med överskott. Om nämligen ett apotek icke ger något som helst överskott utan dess förutsättningar är sådana, att apoteket även vid god skötsel måste lämna underskott, kommer innehavaren icke att ha något ekonomiskt intresse av att förbättra resultatet. I dylika fall får han för egen del icke behålla någon del av genomförda resultatförbättringar, så länge dessa endast består i minskning av underskottet. Först då resultatet förbättras, så att rörelsen ger överskott, får han del av resultatförbättringen och då endast på den del som utgör överskott. Genom att driftsbidraget inräknas i driftsresultatet kommer även de minsta apoteken att praktiskt taget genomgående ge överskott och man uppnår då att innehavaren får del av genomförd besparing, så att besparingsintresset stimuleras även vid dessa apotek.

Ovan föreslagna regler för beräkning av apoteksinnehavarnas rörliga del av ersättningen kan sammanfattas på följande sätt:

a) Den rörliga ersättningen beräknas på det korrigerade driftsresultatet, i förekommande fall inklusive driftsbidrag. Rörlig ersättning utgår endast om driftsresultatet (inklusive eventuellt driftsbidrag) är positivt, d. v. s. om överskott föreligger.

b) Den rörliga ersättningen utgår med ett procenttal, varierande efter apotekens inbördes omsättningsstorlek. På längre sikt föreslås procentsatsen variera från 30 procent för de minsta apoteken till 20 procent för de största apoteken. Till dess erfarenhet av systemets verkningar vunnits bör emellertid en skala om 25—15 procent tillämpas.

c) Differentieringen efter omsättningsstorlek mellan högsta och lägsta procenttal skall ske med intervall om en tiondels procent efter årlig indelning av apoteken i 101 storleksgrupper efter omsättningen.

Fast ersättning och garantiinkomst

I det föregående har anförts vikten av att apoteksinnehavarna ges största möjliga ekonomiska stimulans till rationell drift av apoteken. En riktig avvägning av den rörliga delen av ersättningen är därför så betydelsefull, att den måste göras till en primär fråga. Den fasta ersättningen måste sålunda fastställas med utgångspunkt från den rörliga ersättningens storlek. Eftersom den rörliga ersättningen på längre sikt anses böra utgå med lägst 20 och högst 30 procent kommer den fasta delen dock att utgöra en så relativt stor del av inkomsten, att den kommer att fylla en viktig funktion som utjämnande faktor, såväl i fråga om storleksskillnader apoteken emellan som sådana kvarstående olikheter i driftsbetingelserna, vilka icke helt kan elimineras genom korrigeringar.

Av skäl som närmare utvecklats i avsnitt C, sid. 109 ff., där bland annat apotekarorganisationernas förslag i frågan granskats, anser kommittén att den fasta ersättningen bör utgå med ett för alla apotek lika stort belopp. Någon gradering av den fasta ersättningens storlek i förhållande till rörelsens storlek blir icke nödvändig, därför att en anpassning av inkomsten automatiskt följer med den rörliga ersättningen.

Med utgångspunkt från 1956 års förhållanden och vid oförändrad totalinkomst för apoteksinnehavarna blir —

om den rörliga ersättningen beräknas på föreslaget sätt — den fasta ersättningen 19 000 kronor per apotek.

Det har tidigare framhållits att apotekarna bör tillförsäkras garantier för en viss minimiinkomst. Det ligger nära till hands att tänka sig att den fasta ersättningen även skulle kunna fylla en dylik funktion. Kommittén är emellertid av den uppfattningen att storleken på den fasta ersättningen helt skall bestämmas med hänsyn till den rörliga ersättningen. Detta utesluter icke att den fasta ersättningen kan ges karaktär av garanterad minimiinkomst, eftersom den ju under alla omständigheter kommer att tillfalla apoteksinnehavaren. Vid 1956 års förhållanden — där den fasta ersättningen till sin storlek sammanföll med innehavarersättningen vid de minsta apoteken — borde exempelvis detta mycket väl ha kunnat ske. Sedermera har emellertid apoteksinnehavarnas ersättning på de mindre apoteken efter tillstyrkan av kommittén väsentligt höjts — från år 1956 till år 1957 med i genomsnitt ungefär sex tusen kronor — varför garantiinkomsten bör tillmätas med hänsyn tagen härtill. Kommittén har redan vid konstruktionen av det system som i bilaga 5, sid. 279, angivits som kommitténs förslag tillämpat på 1956 års förhållanden till en del tagit hänsyn till den ökning av ersättningen som innehavarna av de mindre apoteken erhållit efter år 1956. Detta framgår därav, att enligt kommitténs förslag innehavarersättningarna på de mindre apoteken genomsnittligt översteg de faktiskt utgående inkomsterna. De gjorda beräkningarna är baserade på en skala för den rörliga ersättningen om 30—20 procent, vilken kommittén angivit som riktpunkt. Emellertid bör såsom i annat sammanhang angivits, i varje fall innan tillräckliga erfarenheter angående systemets verkningar vunnits, en skala om 25—15 procent användas.

Garantiinkomsten bör ej vara hög i förhållande till det fasta beloppet för att så många som möjligt av apoteksinnehavarna i realiteten skall få rörlig ersättning och därmed ett besparingsintresse. Det bör i detta sammanhang påpekas, att ett högt procenttal för den rörliga ersättningen lättare än ett lågt ger apoteksinnehavarna rörlig ersättning som överstiger skillnaden mellan garantiinkomst och fast inkomst. Det är därför synnerligen viktigt för innehavarna av de små apoteken att relativt höga procenttal gäller för den rörliga ersättningen. Tabell 50 klargör detta.

Tabell 50. Erforderlig storlek på driftsresultatet för att innehavarersättningarna skall överstiga garantiinkomsten och därmed rörlig ersättning i realiteten utgå

Förutsättningar: Garantiinkomst: 22 000 kr
Fast ersättning: 19 000 »
Garanterad »rörlig ersättning»: 3 000 »

Procentsatsen för rörlig ersättning %	Det korrigerade driftsresultatets erforderliga storlek (inkl. eventuellt driftsbidrag) kr
30	10 000
25	12 000
23,5	12 766
20	15 000
18,5	16 216
15	20 000

Den fasta och rörliga ersättningen borde sammanlagt vid 1957 års förhållanden ha uppgått till genomsnittligt 25 000 kronor för de mindre apoteken, vilket belopp även borde vara garantiinkomst.

4. Praktisk tillämpning

Allmänt

Det nuvarande avgiftssystemet fungerar på så sätt att man på grundval av

prognoser beträffande omsättnings- och kostnadsutveckling söker förutse det kommande årets totalresultat för hela apoteksväsendet. Prognoserna kan, om så bedömes erforderligt, föranleda framställning till Kungl. Maj:t om prisändringar. På grundval av det beräknade totalresultatet fastställes preliminära, månadsvisa avgiftsuttag, men de definitiva avgifterna fastställes först då årsresultatet föreligger, varvid avräkning mot de preliminära avgifterna sker. Vid den definitiva avgiftsberäkningen kan hos Kungl. Maj:t sådan ändring av grunderna för avgiftsberäkningen begäras, att apoteksinnehavarna tillföres den inkomst som bedömes skälig, även om årsresultatet icke ger utrymme härför. I dylikt fall erhålles erforderligt tillskott ur fonden för reglering av läkemedelspriserna, vilken alltså fungerar såsom en reserv för kollektivet. I praktiken innebär detta, att apoteksinnehavarnas totala inkomst bestämmes oberoende av kollektivets ekonomiska resultat. Endast den inbördes fördelningen av totalinkomsten innehavarna emellan blir till viss — såsom tidigare påpekats — obetydlig del beroende av de enskilda apotekens verkliga driftsresultat.

Även kommitténs förslag förutsätter vid den praktiska tillämpningen prognoser beträffande omsättnings- och kostnadsutveckling.

Apoteksrörelsen skall i sin helhet gå jämnt ihop. Totalöverskottet skall sålunda på längre sikt motsvara summan av apoteksinnehavarnas totalinkomst och de medel som kollektivet centralt behöver. Liksom beträffande nuvarande system måste i det av kommittén föreslagna ingå åtgärder för att genom prissättningen styra överskottets storlek. Exakt anpassning av priserna kan dock ej ske och det förutsättes därför att fonden för reglering av läkemedelspriserna — vilken i fortsättningen föreslås bli benämnd *prisregleringsfonden* — alltjämt begagnas som resultat- och likviditetsreserv. Denna utväg bör emellertid tillgripas i så ringa utsträckning som möjligt, varför prisändringar i mindre omfattning kan behöva vidtagas oftare än en gång om året. Mera genomgripande taxeomläggningar medför emellertid ett betydande administrativt arbete för apoteken och bör därför inte förekomma alltför ofta. För att prisanpassningen skall kunna ske smidigt synes det nödvändigt att apoteksnämnden får befogenhet att besluta om sådana prisändringar som i princip icke rubbar relationen i fråga om kostnadstäckning mellan respektive varugrupper.

Med den form för apoteksdrift, som det nya såväl som det gamla systemet förutsätter, och där apoteken i viss utsträckning är enskilda företag, måste apoteksinnehavarna liksom andra enskilda affärsmän räkna med vissa ojämnheter i betingelserna. Å andra sidan medför anspråken på garanterad inkomst och därmed följande inkomstutjämning en reglering, inom vars ram jämkningar bör kunna företagas. I första hand bör de jämkningar som blir erforderliga med anledning av ett nytt avgiftssystems införande företas under en övergångsperiod. Man måste alltid vara beredd att taga hänsyn till sådana omständigheter inom apotekens ekonomi, som apotekarna inte kan råda över men som ändock påverkar deras inkomster. Som exempel på dylika yttre omständigheter kan anföras, att åtgärder kan komma att vidtagas från statsmakternas sida, avsedda att nedbringa kostnaderna för läkemedelsrabatteringen. Detta skulle kunna medföra minskad omsättning på apoteken och sjunkande överskott, eftersom apotekens fasta kostnader icke skulle kunna anpassas helt till en sjunkande omsättning. På motsva-

rande sätt kan det bli nödvändigt att ta hänsyn till omsättningsstegringar beroende på fortsatt ökning av läkemedelskonsumtionen, i vilket fall överskotten ökar på grund av att de fasta kostnaderna ej ökar i takt med omsättningen.

Det är viktigt att incitamentet till rationalisering bibehålles i minst oförändrad omfattning, då jämkningar i systemet skall företagas. I den rörliga delen bör därför procenttalet icke ändras nedåt. Viktigt är att den fasta inkomstandelen avväges i förhållande till den garanterade inkomsten på ett sådant sätt att även på flertalet mindre apotek inkomsterna överstiger den garanterade inkomsten, varigenom innehavarna även av dessa apotek får ett direkt besparingsintresse. De ändringar beträffande fast och rörlig ersättning som kan komma ifråga, kan beräknas bli förhållandevis små. En skala om 30—20 procent bör som tidigare framhållits vara riktpunkt för den rörliga ersättningen. Procentsatserna för den rörliga ersättningen bör icke understiga en skala om 25—15 respektive icke överstiga en skala om 35—25. Till en början bör den lägre skalan användas, varefter apoteksnämnden, sedan erfarenhet angående systemets verkningar vunnits, bör ägna uppmärksamhet åt frågan om och när en höjning av procentsatserna bör ske.

Tillämpningen bör ske på ett sådant sätt att man icke genom utnyttjande av prisregleringsfonden prissättningsvägen påverkar apoteksinnehavarnas inkomster. En sådan påverkan kan i första hand ske genom att stegringar i varukostnaderna och höjningar av de allmänna omkostnaderna icke får slå igenom i läkemedelskostnaderna. Det kan också ske på det omvända sättet att högre priser tillämpas och högre kostnader debiteras apoteken än de verkliga, varigenom mera medel tillföres kollektivet. En viss möjlighet till rörlighet måste dock finnas, med hänsyn till att en exakt beräkning av apotekens resultatutfall icke kan verkställas. De marginaler som skall tillämpas bör dock om möjligt icke överstiga 1 procent på apotekens omsättning, vilket vid 1956 års omsättning motsvarar en summa av omkring 2,8 miljoner. Av detta marginalbelopp skulle högst en fjärdedel komma att påverka apoteksinnehavarnas inkomster, utgörande cirka 5 procent av dessa. I den mån större belopp tillföres fonden, bör överskjutande belopp snarast möjligt återföras till apoteken genom sänkningar av vissa priser eller hela prisnivån. Fonden skall således i första hand vara en buffert för små belopp i förhållande till omsättningen, och kostnadsökningar respektive -minskningar måste i princip slå igenom i apotekens prisnivå.

Det torde kunna inträffa att lönestegringar kommer att gälla retroaktivt, varigenom en fullständig kostnadsutjämning genom prisändring icke blir möjlig. I dylika lägen bör täckning erhållas genom utnyttjande av fonden, som alltså får svara för den retroaktiva lönestegringen.

Praktiska skäl talar för att den av kommittén föreslagna apoteksnämnden — med den insikt den kommer att ha i berörda förhållanden — bör äga befogenhet att besluta beträffande eventuella ändringar av beräkningsgrunderna för fast och rörlig ersättning samt garanterad inkomst, ävensom beträffande andra jämkningar i systemet, exempelvis i fall av retroaktiva lönekostnadsstegringar. På nämnden bör även ankomma att utfärda de närmare tillämpningsföreskrifter, som blir erforderliga. Avgiftssystemets rent tekniska administration bör liksom nu ombesörjas inom kollektivets ledning på sätt som apoteksnämnden bestämmer.

Kommittén föreslår i annat sammanhang att apoteksnämnden bör bemyndigas att på sätt Kungl. Maj:t föreskriver besluta om prisändringar. Däremot bör det ankomma på Kungl. Maj:t att på förslag av nämnden fastställa prisregleringsfondens storlek och tillåtna variation. Det nu gällande riktbeloppet — 15 milj. kronor — är vid nuvarande förhållanden och penningvärde enligt kommitténs uppfattning lämpligt avvägt. Av fondens belopp finns i runt tal 5 milj. kronor kontinuerligt hos kollektivet, huvudsakligen i form av finansieringskredit för utbetalning av löneandelar till apotekens personal. Apotekens månatliga provisoriska avgifter behöver nämligen betalas till kollektivet först den 25 i följande månad, varigenom apoteken i realiteten för närvarande erhåller en månads kredit beträffande drygt hälften av lönerna. Hänsyn bör i framtiden tas till dylika förhållanden vid beräkningen av ränta på det investerade kapitalet på apoteken. Eftersom sålunda cirka 5 milj. kronor icke kan betraktas som reserv i vedertagen mening, återstår av riktbeloppet 10 milj. kronor. För apoteksväsendet synes oförutsedda underskott av denna storlek icke behöva uppstå, varför 15 milj. kronor bör vara tillräckligt som riktvärde.

Avgifter

Kommitténs förslag förutsätter att — liksom för närvarande — preliminära avgifter uttages för täckning av kollektivets löpande utgifter, eftersom de definitiva avgifterna kan fastställas först när årsresultaten föreligger.

De preliminära avgifterna bör för ett vart apotek sammanlagt under året så nära som möjligt motsvara den blivande definitiva avgiften, men därjämte bör de för var och en av årets månader utgå med belopp, som i möjligaste mån ansluter sig till de aktuella, varierande månadsresultaten. I motsatt fall kan likviditetssvårigheter inträffa för den enskilde apotekaren. Det av apotekskollektivet nu tillämpade systemet för uttagande av preliminära avgifter synes fungera tillfredsställande i nyssnämnda hänseende. Förfaringssättet kan med obetydliga modifikationer mycket väl användas även vid ett genomförande av det av kommittén föreslagna avgiftssystemet. Kommittén föreslår därför att de preliminära avgifterna i princip beräknas på följande sätt.

Till grund för beräkningen lägges respektive apoteks definitiva avgifter närmast föregående år samt omsättningen för samma år. I framtiden kan det för ett stort antal apotek komma att röra sig om negativa avgifter, eftersom driftsresultatet icke täcker ersättningen till innehavaren. Närmast föregående års definitiva avgifter samt omsättning räknas om till medelavgift, respektive medelomsättning per månad, så att man får fram den mot den definitiva medelavgiften per månad svarande månadsomsättningen. Om den aktuella månadsomsättningen är större än föregående års medelomsättning, bör den preliminära avgiften kunna höjas i förhållande till medelavgiften, och är omsättningen mindre, bör den preliminära avgiften kunna sänkas. Man utgår därvid från bruttomarginalen (skillnaden mellan omsättning och varukostnad) för den del av den aktuella månadsomsättningen som över- eller understiger föregående års månadsmedeltal. På denna bruttomarginal beräknas avgift efter den för apoteket ifråga aktuella avgiftsprocenten.

Kommittén förutsätter att individuella jämkningar i fråga om uttagande av de preliminära avgifterna skall kunna förekomma liksom för närvarande. Apoteksnämnden bör äga befogenhet att besluta i hithörande frågor.

Apotekens definitiva avgifter kan beräknas först när årsresultaten föreligger. Eftersom de preliminära avgifterna icke kan beräknas komma att helt överensstämma med den definitiva avgiften, måste slutavräkning ske.

Driftsbidrag

Såsom tidigare framhållits måste man alltid räkna med att driftsresultaten vid de mindre apoteken genomsnittligt sett icke kommer att räcka till för att ge innehavarna skälig ersättning, utan medel måste genom avgiftssystemet tillskjutas från överskotten på de större apoteken. Avgiftssystemets utformning ger innehavaren av ett mindre apotek ett tillskott från kollektivet — negativ avgift — så att han erhåller skälig ersättning, även om apotekets överskott ej räcker till. För att han även skall kunna tillförsäkras del av gjorda besparingar kräves emellertid att apoteket ger ett överskott före innehavarersättningen, då rörlig ersättning eljest icke utgår. Det synes betydelsefullt att detta möjliggöres även i fråga om de mindre apoteken så att besparingsmöjligheterna också här tillvaratages. Detta kan ske genom att särskilda driftsbidrag tillgodoräknas de mindre apoteken vid beräkningen av deras driftsresultat. Det blir här fråga om rent bokföringsmässiga bidrag, avsedda att skapa ett positivt underlag för inkomstberäkningen och de bör sålunda ej förväxlas med de i verkligheten utgående bidragen, de negativa avgifterna.

Driftsbidragen bör — eftersom de avses kompensera det bristande omsättningsunderlaget — anknytas till omsättningsstorleken. För att bidragen inte skall motverka avgiftssystemets syfte måste de nämligen utmätas på något annat sätt än individuellt. Ett system som medger tillvaratagande av besparingsincitamentet bör skapas, varför driftsbidragen bör fastställas efter generella grunder. Kommittén föreslår att driftsbidrag skall utgå med de belopp som av tabell 51 framgår för vissa omsättningstal. Den av kommittén föreslagna apoteksnämnden bör övervaka, att driftsbidragen i framtiden blir lämpligt avvägda.

Tabell 51. Exempel på föreslagna driftsbidrag vid några olika omsättningstal

Omsättning, kr	Driftsbidrag, kr
100 000	5 000
200 000	4 750
250 000	4 500
300 000	4 000
350 000	3 250
400 000	2 500
450 000	1 500
500 000	0

Anm: Siffrorna för bidragen överensstämmer icke med de bidrag som finns angivna i bilaga 5. Dessa senare har nämligen beräknats på särskilt sätt.

Övrigt

Kollektivets ledning och apoteksnämnden bör vid sin bedömning av apotekens resultat ha möjlighet att efter mera generella grunder jämföra driftsresultaten sinsemellan. Man kan skaffa sig hjälpmedel härför exempelvis genom att räkna fram de genomsnittliga driftsresultaten för olika omsättningsstorlekar samt de genomsnittliga innehavarersättningarna för samma omsättningstal. Skillnaderna mellan driftsresultat och innehavarersättning, beräknade på detta sätt, kan sägas representera de belopp, vilka borde kunna förväntas som »normala» för inleverans till kollektivet vid respektive omsättningsstorlek. Medan man för de större apoteken sålunda erhåller ett mått på vad som kunde kallas »normala» positiva avgifter, ger beräkningen för de mindre apoteken i stället de genomsnittliga »normala» negativa avgifterna. De på dylikt

sätt beräknade beloppen framgår för vissa omsättningstal av tabell 52. I bilaga 5, sid. 279, har beräknade genomsnittliga skillnader införts i kol. 14. Vid fastställandet av beloppen i bilagans tabell har emellertid hänsyn tagits även till andra faktorer, varför de ej helt överensstämmer med de i tabell 52 angivna.

Tabell 52. Exempel på belopp för utjämning av storleksfaktorn vid analys av apotekens resultat

»Typ» av apotek	Omsättning 1 000-tal kr	Tillägg till driftsresultaten efter innehavarersättning kr	För inleverans till kollektivet normala belopp kr
»Underskotts-apotek»	100	4 172	
	200	4 054	
	300	3 262	
	400	1 796	
	486	0	0
»Överskotts-apotek»	500		346
	600		3 163
	800		10 820
	1 000		21 177
	1 200		34 232
	1 400		49 982
	2 000		113 448
	2 500		184 889

Enligt kommitténs uppfattning ligger en av de mest framträdande bristerna i den nuvarande resultatredovisningen däri, att denna icke möjliggör en reell bedömning av de olika apotekens verkliga driftsresultat. Apotekskollektivets ledning har först på sistone skaffat sig möjligheter att avgöra i vad mån ett enskilt apoteks driftsresultat är bra eller dåligt relativt sett. Den enskilde apoteksinnehavaren har ännu mindre förutsättningar att bedöma sitt rörelseresultat i relation till andra apoteksinnehavares. En av grundförutsättningarna för en effektiv ledning av apotekskollektivet är att dylika jämförelsegrunder skapas. Om apotekskollektivet skall kunna utöva en verkligt ledande funktion, måste det skaffa sig kunskap om de brister som kan förefinnas i de enskilda apotekens skötsel. Ledningen måste därjämte ha möjlighet att bedöma hos vilka av kollektivets medlemmar värdefulla erfarenheter och uppslag kan erhållas, så att dessa kan delges övriga medlemmar av kollektivet. Detta blir möjligt endast genom att de enskilda apotekens driftsresultat följes och bedömes mot varandra efter objektiva grunder. De ovan angivna jämförelsegrunderna kan fylla en dylik funktion och tjäna som mätare på de resultat man i de enskilda fallen normalt bör kunna kräva.

5. Ekonomiska verkningar för apoteksinnehavarna av kommitténs förslag

För att kontrollera utfallet av det för användning på längre sikt gjorda förslaget till avgiftssystem har kommittén applicerat detta på 1956 års resultat. I bilaga 5, sid. 279, redovisas bland annat resultaten för samtliga apotek utom apotek med distriktslaboratorium samt den faktiska inkomst som erhållits i varje särskilt fall. Till jämförelse har dessutom angivits de inkomster, som skulle ha tillfallit apoteksinnehavarna vid en tillämpning av kommitténs förslag på 1956 års resultat, dels vid detta års oförändrade driftsresultat och dels vid vissa tänkta förbättringar av detsamma. De tänkta resultatförbättringarna gäller två alternativ, varav det ena avser en minskning av lönekostnaderna med 10 procent och en minskning av varukostnaderna med 2 procent, medan det andra avser samma minskning i fråga om varukostnaderna men en 20-procentig minskning av lönekostnaderna.

Vad först angår tillämpningen av kommitténs förslag på 1956 års oförändrade driftsresultat skulle vid an-

Tabell 53. Tablå över de inkomstförändringar för apoteksinnehavarna, som skulle inträffa vid en tillämpning av kommitténs som riktpunkt på längre sikt avgivna förslag till avgiftssystem (fast ersättning 19 000 kr, rörlig ersättning 30—20 procent) på 1956 års oförändrade resultat

Inkomstförändringarna uttryckta i				Apotekens fördelning på olika inkomstklasser		
% av 1956 års inkomster		kronor		Apoteksinnehavarens behållna inkomst av apoteksrörelsen	Antal apotek vars innehavare får vidstående inkomster av apoteksrörelsen	
Höjning (+) eller minskning (—) jämfört med de under år 1956 erhållna inkomsterna	Antal apotek	Höjning (+) eller minskning (—) jämfört med de under år 1956 erhållna inkomsterna	Antal apotek	kronor	1956 års faktiska behållna inkomster	Enligt kommitténs förslag tillämpat på 1956 års oförändrade resultat
+ 40 och däröver	8			Mindre än 19 000	11	—
+ 35— 39,99	7			19 000—19 999	24	59
+ 30— 34,99	14	+ 12 000 o. däröver	3	20 000—24 999	133	93
+ 25— 29,99	21	+ 10 000— 11 999	4	25 000—29 999	95	97
+ 20— 24,99	18	+ 8 000— 9 999	16	30 000—34 999	50	67
+ 15— 19,99	33	+ 6 000— 7 999	27	35 000—39 999	28	34
+ 10— 14,99	42	+ 4 000— 5 999	46	40 000—44 999	24	17
+ 5— 9,99	43	+ 2 000— 3 999	66	45 000—49 999	16	13
0—+4,99	34	0—+1 999	58	50 000—54 999	7	2
Summa	220	Summa	220	55 000—59 999	—	6
				60 000—64 999	2	1
0——4,99	30	0——1 999	48	65 000—69 999	—	—
— 5— 9,99	39	— 2 000— 3 999	39	70 000—74 999	1	—
—10— 14,99	29	— 4 000— 5 999	31	75 000—79 999		1
—15— 19,99	17	— 6 000— 7 999	25	80 000—84 999		1
—20— 24,99	24	— 8 000— 9 999	15	85 000—89 999		
—25— 29,99	15	—10 000— 11 999	7	90 000—94 999		
—30— 34,99	11	—12 000— 13 999	3	95 000—99 999		
—35— 39,99	2	—14 000 o. däröver	3	100 000 och däröver		
— 40 och däröver	4					
Summa	171	Summa	171			
Summa	391		391	Summa	391	391

vändning av de komponenter som i det föregående föreslagits som riktpunkt för användning på längre sikt — fast ersättning om 19 000 kronor och rörlig ersättning efter en differentierad skala från 30 procent av driftsresultatet för de minsta apoteken ned till 20 procent för de största — apoteksinnehavarna sammanlagt erhålla cirka 96 000 kronor mera i ersättning än vad som faktiskt utgick under år 1956. Skillnaden, vilken måste anses negligerbar i sammanhanget, beror på att kommittén av praktiska skäl velat bibehålla så jämna tal som möjligt i beräkningsreglerna. Den skulle eljest lätt kunna elimineras genom en sänkning av den fasta ersättningen från 19 000 till 18 760 kronor.

I de enskilda fallen finner man förändringar både uppåt och nedåt jämfört med 1956 års faktiska innehavarersättningar. Detta är självklart, eftersom det föreslagna systemet just syftar till att ge utslag i förhållande till driftsresultaten. Tabell 53 åskådliggör omfattning och spridning härav. En del av skillnaderna beror på att innehavarna av de mindre apoteken enligt kommit-

téns förslag genomsnittligt erhåller något högre ersättning än vad som faktiskt utgick år 1956. Såsom tidigare anförts har vid systemets konstruktion hänsyn tagits till att ifrågavarande innehavare senare erhållit höjda inkomster.

De i tabell 53 angivna inkomstjämförelserna är icke realistiska. De grundar sig på en tillämpning av kommitténs förslag på 1956 års oförändrade driftsresultat, d. v. s. resultat som icke influerats av någon större ekonomisk uppmuntran för innehavarna till en effektivare ekonomisk drift. Det av kommittén föreslagna avgiftssystemet avser att göra apoteksinnehavarnas inkomster i större utsträckning beroende av deras prestationer. Om detta system tillämpas på resultat som tillkommit utan dylik stimulans till god driftsekonomi, blir givetvis omkastningar i inkomstförhållanden den naturliga konsekvensen. Dessa inkomstförändringar, som redovisas i tabellen, har därför huvudsakligen teoretiskt intresse. I verkligheten kan man räkna med att driftsresultaten — främst mindre goda sådana — förbättras efter ett genomförande av det föreslagna systemet. Den slutliga bilden av apoteksinnehavarnas inkomstförhållanden vid ett genomfört avgiftssystem enligt kommitténs förslag kommer därför att te sig helt annorlunda än vad tabellen visar.

Kommittén har även försökt skapa sig en bild av hur utvecklingen av apotekens driftsresultat och därmed hur innehavarnas inkomster kan komma att gestalta sig vid ett genomförande av förslaget. Innehavarinkomsterna skulle med kommitténs förslag komma att bli annorlunda än de nuvarande, dels emedan de på ett bättre sätt än vad som för närvarande gäller skulle komma att ansluta sig till driftsresultaten, dels emedan driftsresultaten kan förutsättas bli ändrade på grund av det besparingsincitament som skulle ligga i ett avgiftssystem enligt kommitténs förslag. De kostnadsposter som främst kommer ifråga för besparingsåtgärder torde vara lönekostnaderna och varukostnaderna. I avsnitt B 3 har kommittén redogjort för en analys av dessa kostnader enligt 1956 års redovisning. Kommittén har undersökt hur en lönekostnadsbesparing på 10 procent och en två-procentig minskning av varukostnaderna — enligt alternativ 1 i bilaga 5, sid. 279, — skulle komma att inverka både på driftsresultat och innehavarersättning. Därvid har hänsyn icke kunnat tagas till variationer i besparingsmöjligheter utan det har genomgående räknats med en 10-procentig besparing i fråga om lönekostnaderna och 2 procent på varukostnaderna.

Hur de sålunda beräknade besparingarna vid ett genomförande av kommitténs förslag till avgiftssystem skulle inverka på apotekens driftsresultat samt på apoteksinnehavarnas behållna inkomster redovisas i kolumnerna 18 och 19 i bilaga 5, sid. 279. Inkomsterna kan bli helt olika de i uppställningen angivna beroende på storleken av besparingarna. Totalt skulle — vid det gjorda antagandet om besparingarna — apotekens driftsresultat förbättras med drygt 9 miljoner kronor och apoteksinnehavarnas behållna inkomster med drygt 2 miljoner kronor. De inkomständringar för de enskilda apoteksinnehavarna som skulle bli en följd av besparingarna framgår av tabell 54.

Kommittén har i det föregående förordat, att under den första tiden ett på visst sätt modifierat förslag bör tillämpas. Den fasta ersättningen skulle vara lika stor, dvs. 19 000 kronor med 1956 års siffror. Däremot skulle procentsatsen för den rörliga ersättningen vara lägre, nämligen 25—15 procent, men i gengäld skulle rörelsevinsterna få fik-

Tabell 54. Tablå över de inkomstförändringar för apoteksinnehavarna, som skulle inträffa vid en tillämpning av kommitténs som riktpunkt på längre sikt avgivna förslag till avgiftssystem (fast ersättning 19 000 kr, rörlig ersättning 30—20 procent) på 1956 års resultat, förbättrade genom kostnadsbesparingar enligt alt. 1

Inkomstförändringarna uttryckta i				Apotekens fördelning på olika inkomstklasser		
% av 1956 års inkomster		kronor			Antal apotek vars innehavare får vidstående inkomster av apoteksrörelsen	
Höjning (+) eller minskning (—) jämfört med de under år 1956 erhållna inkomsterna	Antal apotek	Höjning (+) eller minskning (—) jämfört med de under år 1956 erhållna inkomsterna	Antal apotek	Apoteksinnehavarens behållna inkomst av apoteksrörelsen kronor	1956 års faktiska behållna inkomster	Enligt kommitténs förslag tillämpat på 1956 års resultat, förbättrade enl. alt. 1
+ 60 och däröver	3			Mindre än 19 000	11	—
+ 55— 59,99	1			19 000—19 999	24	17
+ 50— 54,99	4	+ 20 000 o. däröver	5	20 000—24 999	133	60
+ 45— 49,99	9	+ 18 000— 19 999	2	25 000—29 999	95	106
+ 40— 44,99	14	+ 16 000— 17 999	1	30 000—34 999	50	68
+ 35— 39,99	30	+ 14 000— 15 999	11	35 000—39 999	28	50
+ 30— 34,99	39	+ 12 000— 13 999	8	40 000—44 999	24	33
+ 25— 29,99	51	+ 10 000— 11 999	30	45 000—49 999	16	16
+ 20— 24,99	48	+ 8 000— 9 999	50	50 000—54 999	7	17
+ 15— 19,99	41	+ 6 000— 7 999	65	55 000—59 999	—	10
+ 10— 14,99	42	+ 4 000— 5 999	71	60 000—64 999	2	6
+ 5— 9,99	32	+ 2 000— 3 999	62	65 000—69 999	—	4
0— +4,99	27	0— +1 999	36	70 000—74 999	1	1
Summa	341	Summa	341	75 000—79 999		1
				80 000—84 999		—
0— —4,99	17	0— —1 999	26	85 000—89 999		—
— 5— 9,99	14	— 2 000— 3 999	11	90 000—94 999		1
— 10— 14,99	7	— 4 000— 5 999	6	95 000—99 999		1
— 15— 19,99	2	— 6 000— 7 999	5	100 000 och däröver		—
— 20— 24,99	6	— 8 000 o. däröver	2			
— 25 och däröver	4					
Summa	50	Summa	50			
Summa	391		391	Summa	391	391

tivt redovisas något större, varigenom de absoluta beloppen i genomsnitt skulle bli oförändrade. Genom detta system skulle övergången från det nuvarande avgiftssystemet till det av kommittén för användning på längre sikt föreslagna bli mjukare. Detta framgår av tabell 55, jämförd med tabell 53. Antalet apotek med stora ökningar respektive minskningar av innehavarersättningarna blir vid tillämpning av det modifierade förslaget mindre än vid tillämpning av det som riktpunkt på längre sikt givna förslaget.

6. Övergångsbestämmelser

Förberedelser för övergången till det nya avgiftssystemet

Det av kommittén föreslagna avgiftssystemet kommer att kräva vissa förberedande åtgärder innan det kan införas. Eftersom systemet i så hög grad bygger på apotekens verkliga driftsresultat, är det nödvändigt att man får en tillförlit-

Tabell 55. Tablå över de inkomstförändringar för apoteksinnehavarna som skulle inträffa vid en tillämpning av kommitténs förslag till nytt avgiftssystem (fast ersättning 19 000, rörlig ersättning 25—15 procent) på 1956 års oförändrade resultat

% av 1956 års inkomster		kronor		Apoteksinnehavarens behållna inkomst av apoteksrörelsen	Antal apotek vars innehavare får vidstående inkomster av apoteksrörelsen	
Höjning (+) eller minskning (—) jämfört med de under år 1956 erhållna inkomsterna	Antal apotek	Höjning (+) eller minskning (—) jämfört med de under år 1956 erhållna inkomsterna	Antal apotek	kronor	1956 års faktiska behållna inkomster	Enligt kommitténs förslag (fast ers. 19 000, rörl. ers. 25-15 procent) tillämpat på 1956 års oförändrade resultat
+ 40 och däröver	4			Mindre än 19 000	11	—
+ 35 — 39,99	1			19 000—19 999	24	28
+ 30 — 34,99	9	+ 12 000 o. däröver	—	20 000—24 999	133	115
+ 25 — 29,99	23	+ 10 000 — 11 999	2	25 000—29 999	95	108
+ 20 — 24,99	20	+ 8 000 — 9 999	4	30 000—34 999	50	71
+ 15 — 19,99	31	+ 6 000 — 7 999	19	35 000—39 999	28	33
+ 10 — 14,99	42	+ 4 000 — 5 999	47	40 000—44 999	24	18
+ 5 — 9,99	48	+ 2 000 — 3 999	81	45 000—49 999	16	9
0 — + 4,99	41	0 — + 1 999	66	50 000—54 999	7	6
Summa	219	Summa	219	55 000—59 999	—	1
				60 000—64 999	2	—
0 — — 4,99	42	0 — — 1 999	59	65 000—69 999	—	1
— 5 — 9,99	45	— 2 000 — 3 999	44	70 000—74 999	1	1
— 10 — 14,99	31	— 4 000 — 5 999	36	75 000—79 999		
— 15 — 19,99	24	— 6 000 — 7 999	19	80 000—84 999		
— 20 — 24,99	13	— 8 000 — 9 999	7	85 000—89 999		
— 25 — 29,99	10	— 10 000 — 11 999	2	90 000—94 999		
— 30 — 34,99	4	— 12 000 — 13 999	4	95 000—99 999		
— 35 — 39,99	1	— 14 000 o. däröver	1	100 000 o. däröver		
— 40 och däröver	2					
Summa	172	Summa	172			
Summa	391	Summa	391	Summa	391	391

lig utgångspunkt för resultatredovisningen i form av inventerade lagervärden. Under förutsättning att det föreslagna avgiftssystemet införes vid årsskiftet 1960—1961 har detta säkerställts genom en mellan kommittén och apotekarsocieteten träffad överenskommelse om att samtliga apotek skall inventera sina varulager fr. o. m. årsskiftet 1957—1958.

I god tid före avgiftssystemets ikraftträdande måste utredning företagas beträffande storleken av de korrigeringsposter, som skall gälla för resultatberäkningen, nämligen för hållande av filialapotek, eventuellt även läkemedelsförråd, för natt- och helgdagsexpediering och förlängt öppethållande samt för utbildning av apotekselever. Det förutsättes att apotekarsocieteten verkställer dessa utredningar och att apoteksnämnden fattar erforderliga beslut härom, innan det nya avgiftssystemet skall börja tillämpas. Detsamma gäller beträffande beräkning av medellöner och pensionskostnader.

Vissa frågor som sammanhänger med avgiftssystemet bör ytterligare utredas

och prövas, vilket dock till en del kan ske efter det att ett nytt avgiftssystem börjat tillämpas. Bland de frågor som bör prövas kan nämnas frågan om hur kontrollen av apotekens inflytande medel lämpligen bör ordnas och huruvida löneandelar till apotekens personal även fortsättningsvis bör utbetalas såväl av apoteken som av kollektivets centrala lönekontor. Vad den senare frågan beträffar synes det i varje fall vara irrationellt att löner betalas från två håll, då hela löneutbetalningen skulle kunna klaras med den kapacitet som kräves på ena hållet. Om central löneutbetalning även fortsättningsvis kommer att äga rum, måste apoteken givetvis belastas för de utbetalda lönerna, sedan utjämning till medellöner skett. I apotekens preliminära avgifter måste i så fall särskilda avgifter för kollektivets löneutbetalning ingå.

Vissa av de förberedelser som måste vidtagas förutsätter prövning och beslut av apoteksnämnden — bl. a. prognos beträffande omsättning och kostnader samt fastställande av fast och rörlig ersättning — varför nämnden bör träda i funktion förslagsvis ett halvt år före avgiftssystemets införande.

Övergångsersättning eller övergångssystem

Såsom tidigare visats kan i vissa fall ganska betydande ändringar av apoteksinnehavarnas inkomster uppstå, om kommitténs förslag beträffande avgiftssystemet omedelbart genomföres, eftersom inkomsten enligt detta knytes närmare det verkliga rörelseresultatet än för närvarande. Inkomständringar som innebär sänkningar kan vara svåra att bära för den enskilde. Därför bör övergången till ett nytt avgiftssystem kompletteras med temporära bestämmelser som ger dessa apoteksinnehavare möjlighet att successivt anpassa kostnaderna till de nya förutsättningarna.

Övergången kan underlättas antingen på så sätt, att de apoteksinnehavare som skulle få sänkta inkomster, kunde erhålla viss form av *övergångsersättning* eller också så, att avgiftssystemet successivt infördes genom att ett särskilt *övergångssystem* tillämpades. Vad de nämnda alternativen innebär kommer att närmare belysas i det följande.

Vid alternativet med *övergångsersättning* bör övergångstiden — då särskild ersättning utgår till dem som får minskade inkomster — begränsas till fyra år. Under denna tid torde en anpassning av kostnaderna kunna ske. Övergångsersättningen bör för varje apotek anknytas till den inkomstminskning, som kan uppkomma, jämfört med medelinkomsten under den närmast föregående treårsperioden. Vid fastställandet av medelinkomsten under treårsperioden måste hänsyn tagas till eventuell förekomst av extra avskrivningar och annat, som kan ha påverkat redovisad rörelsevinst och därmed inkomsten uppåt eller nedåt.

Övergångsersättningen synes under första året böra utgå med 80 procent av inkomstminskningen, under andra året med 60 procent och under tredje året med 40 procent och under fjärde året med 20 procent för att från och med femte året helt upphöra. Detta innebär exempelvis att en apoteksinnehavare som haft en medelinkomst under den närmast föregående treårsperioden på 40 000 kronor men under första året med det nya avgiftssystemet endast erhåller 34 000 kronor, i övergångsersättning skulle erhålla 80 procent av 6 000, d. v. s. 4 800 kronor. Den reella inkomstminskningen stannar följaktligen vid 1 200 kronor. På samma sätt bör eventuella ersättningar beräknas under de följande åren efter de

sjunkande procentsatserna. Som jämförelsetal bör hela tiden räknas medelinkomsten under de närmaste tre åren före det nya avgiftssystemets införande. För den innehavare, som haft privilegium på apoteket under kortare tid än tre år, måste medelinkomsten beräknas endast för den tid han haft detta, för så vitt icke apoteksnämnden finner särskilda skäl föreligga att medge annan ersättning.

Om apotek byter innehavare under övergångsperioden, bör någon övergångsersättning icke utgå till den nye innehavaren, eftersom denne måste förutsättas ha varit medveten om de ekonomiska betingelser som gäller för det apotek han sökt.

De apoteksinnehavare som med det nya avgiftssystemet får högre inkomst under övergångstiden än jämförelseinkomsten, bör få behålla denna ograverad.

Medel för övergångsersättningar bör kunna tillföras kollektivet genom de väntade rationaliseringsvinsterna. Priserna på apotekens varor bör därför under första året sättas utan hänsyn till den väntade rationaliseringseffekten.

Det andra alternativet, *övergångssystem,* skulle innebära en successiv överbryggning — likaså under en fyraårsperiod — mellan nuvarande system och det av kommittén föreslagna.

Det nu gällande avgiftssystemet kännetecknas bland annat av att kollektivet svarar för en viss del av de enskilda apotekens lönekostnader genom att vissa löneandelar för farmacevtisk och teknisk personal utbetalas centralt av kollektiva medel. I genomsnitt erlägger kollektivet härigenom ungefär 55 procent av apotekens totala lönekostnader. För vissa apotek blir den löneandel som betalas centralt större och för andra mindre än det nämnda genomsnittet beroende på personalens sammansättning. Sålunda betalar apoteken för närvarande för farmacevtisk personal endast omkring en tredjedel av lönerna, för teknisk personal omkring hälften och för städerskor med flera hela lönen.

Enligt kommitténs förslag bör alla lönekostnader i princip belastas apoteken, varvid dock en utjämning av lönerna ifråga om dyrorter och åldersklasser m. m. i regel bör ske. Till dess verkningarna av det nya avgiftssystemet kan överblickas, har emellertid ett avsteg från den principiella linjen förordats. Detta innebär — som framgått av sid. 124 — att totala lönekostnaderna tills vidare icke skall belastas apoteken. Kollektivet skall tills vidare svara för 8 procent av respektive apoteks totala lönekostnad. Härigenom kommer apoteken, intill dess apoteksnämnden annorlunda beslutar, att belastas med 92 procent av sina lönekostnader.

Det lönebelopp som sålunda i samband med det nya avgiftssystemets införande skall överföras på apoteken utgör skillnaden mellan den del av lönekostnaderna som apoteken nu betalar — genomsnittligt 45 procent — och 92 procent av apotekens totala lönekostnad. Om denna skillnad successivt förs över, bör det — liksom vid det tidigare nämnda alternativet med övergångsersättning — vara tillräckligt med en övergångsperiod om fyra år. Sålunda bör under första övergångsåret överföras en femtedel av skillnaden mellan 92 procent av respektive apoteks totala lönekostnad, utjämnad enligt särskilda regler, och den andel som apoteken i utgångsläget svarar för och som genomsnittligt för apoteken uppgår till 45 procent. Under andra övergångsåret skulle två femtedelar föras över o. s. v. Det femte året skulle apoteken sålunda belastas med 92 procent av lönekost-

naderna. Nedanstående exempel visar hur denna överföring av lönekostnaderna skulle ske.

År	Apotekets andel av lönerna, procent	Vid total lönekostnad av 200 000 kr	
		Betalas av kollektivet	Betalas av apoteket
Nuvarande andel (år 0)	45,0	110 000	90 000
Första övergångsåret	54,4	91 200	108 800
Andra »	63,8	72 400	127 600
Tredje »	73,2	53 600	146 400
Fjärde »	82,6	34 800	165 200
Femte året	92,0	16 000	184 000

Den gradvisa överföringen av kostnader från kollektivet till apoteket medför att apotekens fiktiva rörelsevinster successivt minskas och närmas de verkliga resultaten.

Om underlaget för beräkning av apoteksinnehavarnas rörliga ersättning successivt minskas, måste under övergångstiden en motsvarande förändring ske beträffande storleken av procentsatserna för den rörliga ersättningen. Relationen mellan fast och rörlig ersättning bör däremot icke ändras i förhållande till vad kommittén föreslagit böra gälla i avgiftssystemets slutliga utformning. Vid ett övergångssystem enligt här diskuterade linjer skulle procentsatsen därför börja på en lägre nivå och successivt höjas för att under det femte året efter införandet av det nya avgiftssystemet variera från 25 procent för de minsta till 15 procent för de största apoteken. En skala om 30—20 procent för den rörliga ersättningen bör enligt kommitténs förslag därefter utgöra den slutliga riktpunkten.

Vid den storlek som kommittén föreslagit i fråga om den fasta delen av apoteksinnehavarnas ersättningar skulle — vid en successiv överföring av lönekostnaderna upp till 92 procent — den rörliga delen i utgångsläget enligt beräkningar på 1956 års material genomsnittligt uppgå till ungefär 8 procent av den fiktiva rörelsevinsten. Denna procentsats bör därefter under övergångsperioden successivt anpassas till den nämnda skalan om 25—15 procent.

De minsta apotekens procentsatser för den rörliga ersättningen bör sålunda fram till femte året öka med sammanlagt 17 procentenheter och de största apotekens med 7 procentenheter för att nå upp till skalan 25—15 procent. Procentsatsens genomsnittliga storlek samt de procentsatser som skulle gälla för de minsta respektive de största apoteken under övergångstiden framgår av följande sammanställning.

År	Procentsatsens storlek		
	Genomsnittligt	Högst	Lägst
0	7,97	8,0	8,0
1	9,01	9,6	8,6
2	10,37	11,5	9,6
3	12,21	14,4	11,0
4	14,73	18,5	12,6
5	18,50	25,0	15,0

Dessa liksom åtskilliga andra av de beräkningar som kommittén gjort angående avgiftssystemet grundar sig på uppgifter från samtliga apotek utom sådana som har distriktslaboratorium. Dessa senare har ej medtagits i analyserna, emedan kommittén i redovisningen för år 1956 ej kunnat skilja ut den del av resultat och kostnader som hänföres till distriktslaboratoriedelen. Numera är möjligheterna härför större genom att särskild resultatredovisning från och med år 1957 finns för dessa

laboratorier. De procentsatser som här angivits beträffande den rörliga ersättningen får därför ses som en principlösning. Innan systemet sättes i kraft bör ny omräkning på basis av ett senare års material göras, vilket i annat sammanhang förutsatts av kommittén, bland annat med hänsyn till att uppgifterna angående varukostnaderna måste betraktas som osäkra i 1956 års material, emedan inventeringar endast i mindre utsträckning företagits.

Om ingen rationaliseringseffekt inträder, kommer de apoteksinnehavare, som år 1956 hade svaga driftsresultat och därför enligt kommitténs förslag till avgiftssystem skulle få sänkta inkomster, att enligt övergångssystemet få en gradvis sänkning av inkomsterna. I regel skulle på motsvarande sätt en gradvis höjning ske för dem som hade goda resultat. Detta är emellertid ett teoretiskt betraktelsesätt i syfte att studera den renodlade effekten av övergångssystemet. I praktiken kommer rationaliseringar och på andra sätt ändrade förhållanden att påverka resultaten och därmed inkomsterna, varför de här nämnda successiva anpassningarna av inkomsterna uppåt eller nedåt icke kommer att ha sin motsvarighet i verkligheten.

Valet mellan alternativen. Valet mellan de två alternativen blir beroende av de värderingar som görs beträffande de första årens rationaliseringsvinster. Om det slutliga systemet genast införes och endast övergångsersättning under viss tid förekommer, får apoteksinnehavarna redan från början i full utsträckning ersättning i form av högre inkomster för rationaliseringar, genomförda under de första åren. Om däremot övergångssystemet tillämpas, får de under det första året endast tillgodogöra sig en del av den andel i rationaliseringsvinsten som kommittén ansett vara skälig. I och för sig finns därför motiv som talar för att det slutliga systemet omedelbart införes, varigenom fullt incitament till rationalisering kan föreligga redan under första året och innehavarna erhålla kompensation i avsedd utsträckning härför, medan garanti i form av övergångsersättning skapas för de apoteksinnehavare som skulle få sänkta inkomster. Å andra sidan skulle genom ett övergångssystem större garantier skapas för att det föreslagna avgiftssystemet kan genomföras smidigt.

I valet mellan de två alternativen — övergångsersättning respektive övergångssystem — har kommittén varit tveksam. Genom övergångssystemet får vissa apoteksinnehavare mindre inkomster än de skulle ha fått om det slutliga avgiftssystemet omedelbart införts, varjämte rationaliseringseffekten och därmed åtföljande förväntade kostnadssänkningar ej genast skulle få full kraft och konsumenterna sålunda ej heller komma i omedelbart åtnjutande härav genom sänkta läkemedelspriser. Emellertid kan det från samhällets synpunkt vara lämpligare att eliminera risker för alltför tvära omkastningar i samband med införandet av ett nytt avgiftssystem, och kommittén har därför ansett sig böra *förorda alternativet med övergångssystem.*

Det förutsättes såsom förut nämnts att erforderliga korrigeringar av driftsresultaten för strukturolikheter apoteken emellan skall utredas och fastställas före det nya systemets införande. Sannolikt kommer dock vissa ojämnheter att kvarstå. Under en övergångstid bör sådana olikheter som i större utsträckning beror på annat än den individuella skötseln av apoteken så långt möjligt utjämnas. Övergångssystemet får därför även anses motiverat av förekomsten av dylika, ej utjämnade olikheter. Denna utjämning bör ha slutförts, innan övergångstiden upphör.

KAPITEL VI

Sjukhusens läkemedelsförsörjning

A. Bakgrunden till nuvarande förhållanden

Före år 1935 fanns inga uttryckliga bestämmelser om i vad mån sjukhusen själva fick bereda läkemedel. Frågan upptogs till behandling av apotekssakkunniga av år 1931. År 1935 utfärdade medicinalstyrelsen en cirkulärskrivelse till sjukvårdsinrättningarna, varvid man ställde sig restriktivt beträffande beredandet av läkemedel på sjukhus. Sommaren 1936 uppstod på ett sjukhus en allvarlig olycka, vilken medförde att flera patienter dog genom förgiftning efter användning av läkemedel. Det blev visserligen inte fullt utrett, varför olyckan uppstått, men händelsen medförde, att debatten om sjukhusens läkemedelsförsörjning aktualiserades. Kungl. Maj:t gav år 1937 medicinalstyrelsen i uppdrag att verkställa utredning och framlägga förslag till kungörelse i frågan. Det anförda utgör bakgrunden till Kungl. Maj:ts kungörelse av den 8 april 1938 angående läkemedelsförsörjningen på sjukvårdsinrättningarna, vari vissa ändringar företagits år 1940.

B. Organisationen för sjukhusens läkemedelsförsörjning

1. Grundläggande bestämmelser

Kungl. Maj:ts kungörelse av år 1938 föreskriver, att för läkemedelsförsörjningen på sjukvårdsinrättningarna skall finnas en organisation enligt något av följande fyra alternativ:

a) sjukhusapotek jämte förråd på sjukhusets avdelningar, s. k. avdelningsförråd, vid de inrättningar där Kungl. Maj:t finner, att särskilt sjukhusapotek bör anordnas,

b) centralförråd jämte avdelningsförråd vid inrättningar som är uppdelade på avdelningar men vid vilka sjukhusapotek ej anses erforderligt,

c) sjukhusförråd vid sådana mindre sjukvårdsinrättningar som ej är uppdelade på avdelningar samt

d) enbart avdelningsförråd efter särskilt tillstånd av medicinalstyrelsen.

2. Sjukhusapotek

Sjukhusapotek skall utgöra del av självständigt apotek i orten och i regel föreståsav leg. apotekare. I tillämpliga delar gäller för sjukhusapotek samma bestämmelser som för andra apoteksinrättningar.

Initiativ till inrättande av sjukhusapotek kan tas av sjukhuset, medicinalstyrelsen eller apoteksinnehavare som har sjukhusleveranser av den storleksordning att dess fullgörande bedömes bäst kunna ske genom sjukhusapotek.

Endast de största sjukhusen har sjukhusapotek. Den 1 januari 1958 fanns 15 sjukhusapotek. Av dessa utgöres ett av det statliga militärapoteket som samtidigt är sjukhusapotek vid Karolinska sjukhuset. De övriga 14 sjukhusapoteken är filialer till något av de till apotekskollektivet anslutna apoteken, varvid

sjukhusen mot viss ersättning tillhandahåller lokaler m. m. Försäljning till allmänhet förekommer i princip icke från sjukhusapoteken.

Sjukhusapoteks personal utgöres av samma personalgrupper som på de allmänna apoteken. Såsom föreståndare för sjukhusapotek förordnar medicinalstyrelsen årsvis en leg. apotekare. Förordnandet sker efter förslag av innehavaren av det apotek, under vilket sjukhusapoteket lyder. Däremot har sjukhusen för närvarande ej tillfälle att medverka vid tillsättandet.

På sjukhusapoteken får beredas samma läkemedel som på allmänt apotek, men vissa beredningar utföres i praktiken för sjukhusapotekets räkning på moderapoteket. Råvaror skall passera moderapoteket för identitetsprövning samt dessutom renhetsprov, för den händelse föreskrivet prov icke har utförts av AKL. Inköp av farmacevtiska specialiteter torde i regel gå till så, att sjukhusapotekets föreståndare beställer varorna direkt hos droghandel eller i vissa fall hos fabrikant, varefter leveranserna går direkt till sjukhusapoteket, medan fakturorna däremot betalas av moderapoteket.

Sjukhusapotek distribuerar varorna till sjukhusets på avdelningarna befintliga förråd. Äganderätten till varorna övergår från apotek till sjukhus vid överföringen till avdelningsförråden. Varor som icke förbrukats på sjukhusavdelning kan returneras från avdelningsförråd till sjukhusapotek och hålles där — om de fortfarande är gångbara — avskilda från sjukhusapotekets eget lager för att vid senare rekvisition distribueras till andra avdelningar.

3. Centralförråd

I motsats till vad fallet är med sjukhusapotek ingår centralförråd i sjukhusets egen organisation. Det förestås av en sjuksköterska med viss tilläggsutbildning. Denna utgöres av en kurs i apoteksgöromål, som anordnas av medicinalstyrelsen och omfattar en tid av ungefär en månad. De viktigaste ämnena i kursen är författningskunskap och galenisk farmaci.

På centralförråd får endast ett mindre antal beredningar utföras. Förrådet står under överinseende av tillsynsläkare som minst en gång i månaden skall företa inspektion beträffande förvaring, signering och utlämnande av läkemedlen. Dessutom skall person med farmacevtisk examen minst en gång varje kvartal inspektera förrådet beträffande förvaring, beredning, signering och prövning av läkemedel.

Vissa bestämmelser finns beträffande läkemedels förvaring på förråden. Läkemedlen indelas i grupper, vilka skall förvaras skilda från varandra. Därvid sker indelningen först i två huvudgrupper, varav den ena omfattar gifter. Vardera huvudgruppen indelas därutöver i tre undergrupper efter läkemedlens användningssätt. Samtliga läkemedel skall vara ordnade på överskådligt sätt och förvarade under lås.

Utlämning av läkemedel från centralförråd får ske endast mot recept eller läkares skriftliga rekvisition.

Äganderätten till varorna övergår från apotek till sjukhus i och med leveransen till centralförråd. Detaljdistributionen till avdelningarna sker genom sjukhusets försorg. Returer från avdelningarna kan sammanföras med centralförrådets eget lager för eventuell distribution till andra avdelningar.

Till några av de större centralförråden har farmacevtiskt utbildad person knutits utan att formellt ingå i organisationen. Sjukhusen har därvid anlitat vederbörande närmast som konsult för att tillsammans med någon läkare granska inkomna rekvisitioner och handlägga

frågor rörande läkemedelsvanorna. I samtliga fall utom ett torde konsulten vara leg. apotekare, som tjänstgör på centralförrådet ett antal timmar per vecka. I vissa fall har ersättning härför utgått från sjukhuset, medan i andra det levererande apoteket tillhandahållit konsulten som service. I ett fall förekommer det att centralförrådet förestås av en farmacie kandidat med deltidstjänstgöring.

4. Avdelnings- respektive sjukhusförråd

På avdelnings- och sjukhusförråd får endast vissa enkla beredningar utföras. Beträffande tillsyn över förråden samt förvaring av läkemedel gäller samma bestämmelser som för centralförråd.

Från förråd får endast avdelningssköterska eller assistentsköterska utdela läkemedel till patienter.

C. Sjukhusleveransernas omfattning

Vara som helt eller till övervägande del användes som läkemedel och ej utgör gift av första klassen är enligt apoteksvarustadgan att anse som apoteksvara och får säljas till förbrukare endast genom apotek. Läkemedel innehållande första klassens gift är däremot för närvarande formellt ej apoteksvara, men enligt giftstadgan får även dylikt läkemedel säljas till förbrukare endast över apotek.

För infusionslösningar finns i särskild kungörelse visst undantag från apoteksvarustadgan, innebärande att fabrikant efter medicinalstyrelsens tillstånd kan få sälja dylika lösningar direkt till sjukvårdsinrättning utan förmedling av apotek. Vidare får några andra varugrupper som gränsar till apoteksvaruområdet och som tillhandahålles av apotek säljas till sjukhus även av andra. Detta gäller främst bakteriologiska preparat, sprit för sjukvårdsändamål samt sådana varor som på apotek kallas fria handelsvaror, d. v. s. sjukvårdsartiklar m. m. Nu gällande definition av begreppet läkemedel omfattar icke sådana preparat som är avsedda att påvisa sjukdom. Detta innebär att flertalet av de diagnostiska preparaten — som ej är gifter av första klassen — för närvarande icke behöver distribueras till sjukhus över apotek. 1946 års läkemedelsutredning framlade i sitt andra betänkande (SOU 1955: 44) förslag om ändrad definition av begreppet läkemedel, medförande bl. a. att de diagnostiska preparaten skulle bli apoteksvaror.

Sjukhusen har sålunda möjlighet att köpa de berörda varugrupperna antingen från apotek eller från andra säljare. Kommittén har inte undersökt i hur hög grad sjukhusen köper varorna ifråga från andra än apotek. I många fall torde det förhållandet att sjukhusen är hänvisade att från apotek köpa den väsentliga delen av det som kan räknas till läkemedel och angränsande varor ha lett till att man mer eller mindre vanemässigt köpt även de varor som finns inom den fria sektorn från samma ställe. Det kan emellertid även tänkas att sjukhusen bedömt det såsom organisatoriskt eller prismässigt fördelaktigt att köpa de fria varorna tillsammans med de övriga. Apoteken har möjlighet att genom prissättningen på de fria varorna konkurrera med övrig handel.

Apotekskollektivets totala leveranser till sjukhus uppgick år 1956 till 37,2 miljoner kronor, motsvarande 13,3 procent av kollektivets totala omsättning, sedan distriktslaboratoriernas försäljning till andra apotek frånräknats. De i ovan nämnda summa ingående 14 sjukhusapotekens omsättning uppgick till 10,3 miljoner kronor, d. v. s. 3,7 procent av kollektivets totala omsättning. Det minsta sjukhusapotekets omsättning un-

dersteg 300 tusen kronor. Fem hade en omsättning mellan 300 tusen och 500 tusen kronor, fyra hade mellan 500 tusen och en miljon kronor och fyra hade en omsättning mellan en och en och en halv miljon kronor.

Sjukhusapotekens andel i moderapotekets totala omsättning, vari i förekommande fall ingår försäljning från distriktslaboratorium samt övriga sjukhusleveranser, understeg i två fall 20 procent, utgjorde i fem fall mellan 20 och 40 procent, i sex fall mellan 40 och 60 procent samt översteg i ett fall 60 procent.

De sjukhusleveranser, som ej skett via sjukhusapotek, uppgick år 1956 till 26,9 miljoner kronor, d. v. s. 9,6 procent av kollektivets omsättning och fördelade sig på 826 sjukvårdsinrättningar. De största leveranserna under år 1956 till en och samma inrättning uppgick till belopp som var nästan dubbelt så stora som det minsta sjukhusapotekets omsättning, medan de minsta leveranserna understeg 1 000 kronor. Fördelningen av leveranserna på olika stora köpare framgår av tabell 56. Uppdelningen i storleksklasser har gjorts efter rabattgränserna.

Sjukhusleveransernas andel i respektive apoteks totala omsättning — apotek med sjukhusapotek eller distriktslaboratorium har ej medtagits — understeg hos 167 apotek 10 procent, utgjorde hos 65 apotek mellan 10 och 20 procent, hos 27 mellan 20 och 30 procent och översteg i 14 fall 30 procent. Den högsta andelen var 53,5 procent.

Tabell 56. Sjukhusleveranser år 1956

Sjukhusleveransernas storlek, 1000-tal kr	Antal sjukvårdsinrättningar	Total försäljning (nettopris) 1000-tal kr
<3	244	279
3— 60	456	7 007
60—120	63	5 331
120—240	41	7 094
>240	22	7 205
Summa	826	26 916

D. Prissättningen vid sjukhusleveranser

Vid apotekens försäljning till sjukhus tillämpas särskild prissättning, vilket generellt innebär att priserna till sjukhus är lägre än priserna till allmänheten för samma vara. Tekniskt är detta ordnat antingen genom lägre pålägg på apotekens inköpspris eller genom särskild rabatt på priset till allmänheten. Prissättningen är något olika vid leverans över sjukhusapotek å ena sidan och övriga sjukhusleveranser å den andra. I det följande återges utdrag ur de centrala avtal som upprättats mellan apotekarsocieteten och sjukhusen angående prissättningen vid leverans till sjukhus.

Leverans över sjukhusapotek

»Prissättningen sker enligt följande grunder:

1. Fria handelsvaror

I den mån köparen inköper dessa varor från säljaren utan tillämpning av anbudsförfarande skall följande prissättning gälla:

a) *Fria handelsvaror i lös vikt*

I första hand tillämpas priserna i en av köparens och säljarens organisationer godtagen prisförteckning — nettoprislista — i vilken priserna skola vara beräknade såsom apotekets inköpspris (dagspris + frakt) med 20 % tillägg. Nettoprislistan skall revideras minst en gång årligen. Vid expedition av annan mängd än sådan för vilken pris finnes angivet i listan, beräknas priset i direkt proportion till listans pris. Vid varje expedition tillkommer ett expeditionstillägg av 15 öre.

För vara, som icke är upptagen i nettoprislistan, tillämpas i här avsedda fall apotekens handelsvarutaxa (expeditionstillägg av 15 öre uttages).

För vara, som icke är upptagen i nettoprislistan eller i handelsvarutaxan, skall

utförsäljningspriset utgöra säljarens inköpspris (dagspris + frakt) med 20 % tillägg. Expeditionstillägg av 15 öre uttages.

b) *Fria handelsvaror, konsumentförpackade*

Handelsvarutaxans eller av tillverkare (grossist) angivet riktpris debiteras med 7 % rabatt.

c) *Vissa röntgenkontrastmedel*

Röntgenkontrastmedel, som icke utgöra apoteksvaror, levereras till apotekets inköpspris (dagspris + frakt) med 15 % tillägg.

2. *Eter av alla slag*

Priset skall utgöras av säljarens inköpspris (dagspris + frakt) med 15 % tillägg.

3. *Standardförpackningar*

Standardförpackningar taxeras enligt medicinaltaxan; bruksfärdig del av multipelförpackning debiteras till proportionellt pris med tillägg av expeditionsavgift.

Vid större förbrukning av viss specialitet av vilken enskild avdelning icke lämpligen kan inköpa i handeln förekommande sjukhusförpackning, tillhandahåller säljaren del av sådan förpackning, varvid expedierad del debiteras å löpande månads räkning. Priset beräknas i proportion till priset för hel förpackning, med tillägg av fastställda dispenserings- och expeditionsavgifter. Dispenseringsavgift utgår dock ej om expeditionen avser bruksfärdig del av den stora förpackningen. Vid utgången av sjätte månaden näst efter förpackningens brytande debiteras eventuellt återstående delförpackningar till enahanda pris. Dylik debitering sker å särskild faktura.

Förteckning å brutna specialiteter, även upptagande förpackningsstorlekar, återfinnes som bil. 2 vid detta kontrakt och skall revideras minst en gång årligen.

4. *Övriga varor*

Övriga varor taxeras enligt medicinaltaxan.»

På summan av den totala årsförsäljningen — varvid dock sådana fria handelsvaror som sålts enligt anbudsförfarande ej inräknas — utgår särskild rabatt enligt följande:

på	de första	120 000	kronorna	av	årssumman	utgår	1 %	rabatt
»	nästa	120 000	»	»	»	»	2 %	»
»	»	240 000	»	»	»	»	3 %	»
»	»	480 000	»	»	»	»	5 %	»
»	återstoden			»	»	»	7 %	»

Av sjukhusen lämnade naturaförmåner i form av tillhandahållna lokaler, värme, vatten m. m. ersättes huvudsakligen med kostnadsbidrag, men därjämte torde även rabattförmånerna delvis inrymma ersättning härför.

Övriga sjukhusleveranser

»Prissättningen sker enligt följande grunder:

1. *Fria handelsvaror*

I den mån köparen inköper dessa varor från säljaren utan tillämpning av anbudsförfarande skall följande prissättning gälla:

a) *Fria handelsvaror i lös vikt*

I första hand tillämpas priserna i en av köparens och säljarens organisationer godtagen prisförteckning — nettoprislista — i vilken priserna skola vara beräknade såsom apotekets inköpspris (dagspris + frakt) med 20 % tillägg. Nettoprislistan skall revideras minst en gång årligen. Vid expedition av annan mängd än sådan, för vilken pris finnes angivet i listan, beräknas priset i direkt proportion till listans pris. Vid varje expedition tillkommer ett expeditionstillägg av 15 öre.

För vara, som icke är upptagen i nettoprislistan, tillämpas i här avsedda fall apotekens handelsvarutaxa (expeditionstillägg av 15 öre uttages).

För vara, som icke är upptagen i nettoprislistan eller i handelsvarutaxan, skall utförsäljningspriset utgöra säljarens inköpspris (dagspris + frakt) med 20 % tillägg. Expeditionstillägg av 15 öre uttages.

b) *Fria handelsvaror, konsumentförpackade*

Handelsvarutaxans eller av tillverkare (grossist) angivet riktpris debiteras med 7 % rabatt.

c) *Vissa röntgenkontrastmedel*

Röntgenkontrastmedel, som icke utgöra apoteksvaror, levereras till apotekets inköpspris (dagspris + frakt) med 15 % tillägg.

2. *Eter av alla slag*

Priset skall utgöras av säljarens inköpspris (dagspris + frakt) med 15 % tillägg.

3. *Standardförpackningar*

Standardförpackningar taxeras enligt medicinaltaxan. Ingå i en och samma expedition mera än en förpackning av samma slag, skall dock beträffande förpackning med ett styckepris av minst 2 kronor följande prissättning (klumptaxering) tillämpas. (Fn = priset för n förpackningar, F = förpackningens ordinarie styckepris):

i handköp: $Fn = F \cdot n - (n - 1) \cdot 0{,}60$ kronor

i receptur: då signatur skall åsättas varje delförpackning

$Fn = F \cdot n - (n - 1) \cdot 0{,}30 + 0{,}50$ kronor

i övriga fall

$Fn = F \cdot n - (n - 1) \cdot 0{,}60 + 0{,}50$ kronor

4. *Övriga varor*

Övriga varor taxeras enligt medicinaltaxan.»

Särskild rabatt på den totala årsförsäljningen — varvid dock sådana fria handelsvaror som sålts enligt anbudsförfarande ej inräknas — utgår enligt följande:

på	de första	3 000	kronorna	av	årssumman	utgår icke	rabatt
»	nästa	57 000	kronor	»	»	» 1 %	»
»	»	60 000	»	»	»	» 2 %	»
»	»	120 000	»	»	»	» 3 %	»
»	återstoden			»	»	» 4 %	»

E. Fördelning av sjukhusleveranserna mellan olika apotek

Apotekarsocietetens kretsstyrelser fastställer i allmänhet vilket apotek inom kretsens område som får utföra leveranserna till ett visst sjukhus. Beslut härom har träffats av apotekarsocietetens fullmäktige och beslutet ingår i en serie, som kallas bindande beslut, vilka apoteksinnehavarna måste följa. Beslutet lyder i det avsnitt som här avses på följande sätt:

»Det tillkommer vederbörande krets att bestämma från vilket eller vilka apotek inom kretsen anbud enligt gällande leveransavtal få avgivas.»

Av ordet anbud i kontraktsformulären får man intrycket, att flera apotek skulle kunna vara med och konkurrera om leveranserna. Detta är icke fallet, utan begreppet torde ha levt kvar från äldre förhållanden, då anbud gavs och apoteken i vissa fall alternerade med sjukhusleveranserna.

Några fasta normer beträffande fördelningen av sjukhusleveranser mellan apoteken finns ej. Dock synes principiellt en innehavare under sin privilegietid ha fått behålla leveranserna till ett visst sjukhus, under förutsättning att de fullgjorts utan anmärkning.

F. Sjukhusleveransernas betydelse för apotekens ekonomi

Kommittén har för sina bedömningar beträffande avgiftssystemet företagit vissa beräkningar angående sjukhusleveransernas lönsamhet. Undersökningen ifråga som redovisas på sid. 98 ff. visade, att apotekens driftsresultat ställt i relation till vederbörande apoteks hela omsättning år 1956 ej var märkbart beroende av huruvida stor, liten eller ingen andel sjukhusleveranser förelåg. Denna undersökning tyder på att sjukhusleveranserna år 1956 gav ett bidrag till apotekens samkostnader som i förhållande till försäljningens storlek var lika med det bidrag som kom från den övriga delen av försäljningen. Det är helt naturligt att dessa beräkningar endast gäller genomsnittligt, varför det i de enskilda fallen får antagas ha förelegat en annan grad av täckning, där bidraget varit antingen större eller mindre än den allmänna delens försäljning, allt räknat i relation till totala omsättningen.

Kommittén har dessutom företagit en

Tabell 57. Sjukhusleveransernas lönsamhet år 1956

Apotekens storlek (sjukhusleveranser ingår ej) tkr	Apotek med sjukhusapotek							Apotek med andra sjukhusleveranser än sådana som gått över sjukhusapotek (i de fall de överstigit 100 tkr)							Apotek utan sjukhusleveranser			
	Antal inom gruppen	Genomsnitt per apotek						Antal inom gruppen	Genomsnitt per apotek						Antal inom gruppen	Genomsnitt per apotek		
		Hela oms. (sjukhuslev. och övrig förs.) tkr	Därav			Driftsresultat inkl. inneh.-ersättning			Hela oms. (sjukhuslev. och övrig förs.) tkr	Därav			Driftsresultat inkl. inneh.-ersättning			Hela oms. tkr	Driftsresultat inkl. inneh.-ersättning	
			Sjukhuslev.		Övrig förs. tkr					Sjukhuslev.		Övrig förs. tkr						
			tkr	% av hela oms.		tkr	% av övrig förs.			tkr	% av hela oms.		tkr	% av övrig förs.			tkr	% av oms.
200— 300	—	—	—	—	—	—	—	4	439	195	44,5	243	31	12,9	39	253	14	5,7
300— 400	—	—	—	—	—	—	—	2	575	239	41,5	336	52	15,5	9	356	19	5,3
400— 500	1	1 186	744	62,7	442	36	8,1	5	616	165	26,8	451	20	4,5	13	452	24	5,3
500— 600	1	1 193	675	56,6	518	97	18,7	5	771	194	25,2	576	29	5,0	12	545	26	4,8
600— 700	—	—	—	—	—	—	—	16	874	215	24,6	660	41	6,2	3	668	23	3,4
700— 800	2	1 169	441	37,7	729	83	11,4	6	956	203	21,2	753	58	7,7	5	725	— 24	— 3,3
800— 900	3	1 754	911	51,9	843	143	16,9	11	1 136	272	24,0	863	62	7,2	1	839	23	2,7
900—1 000	1	2 295	1 349	58,8	946	293	31,0	3	1 248	294	23,6	954	128	13,4	4	949	92	9,7
1 000—1 200	2	1 851	829	44,8	1 022	59	5,7	11	1 330	242	18,2	1 087	91	8,3	2	1 097	64	5,8
1 200—1 400	—	—	—	—	—	—	—	5	1 583	293	18,5	1 290	115	8,9	5	1 289	126	9,7
1 400—1 600	—	—	—	—	—	—	—	1	1 747	297	17,0	1 450	178	12,3	1	1 421	56	3,9
1 600—1 800	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1 631	123	7,6
1 800—2 000	—	—	—	—	—	—	—	1	1 982	121	6,1	1 862	89	4,8	—	—	—	—
2 000—2 200	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2 107	129	6,1
	10	1 598	804	50,3	794	114	14,3	70	1 030	231	22,4	799	63	7,8	96	516	29	5,6

annan undersökning, som närmast får ses som ett komplement till den nyss refererade och avser att ge en uppfattning, huruvida sjukhusleveranserna lämnar något överskott över sina särkostnader. I undersökningen ingår icke apotek som har distriktslaboratorium. Av övriga apotek har tre grupper medtagits. Den första gruppen är apotek med sjukhusapotek. Nästa grupp är apotek som har sjukhusleveranser som kan anses vara så pass stora att de bör ha någon väsentlig betydelse i fråga om apotekens ekonomi. Såsom en gräns härför har tagits 100 tusen kronor, varför de apotek som år 1956 hade sjukhusleveranser överstigande detta belopp finns med i en särskild grupp. Däremot finns icke de apotek som hade sjukhusleveranser understigande 100 tusen kronor med i undersökningen. Den tredje gruppen utgöres av de apotek som saknade sjukhusleveranser.

I tabell 57 redovisas de tre grupperna apotek uppdelade med hänsyn till storleken av den försäljning som icke utgöres av sjukhusleveranser. Av sammanställningen framgår att apoteken med sjukhusapotek har så gott som genomgående avsevärt högre överskott i procent av *övrig försäljning* än vad apoteken utan sjukhusleveranser har i motsvarande storleksklasser. En jämförelse mellan apotek med sjukhusleveranser överstigande 100 tusen kronor och apotek utan sjukhusleveranser visar att i nio storleksklasser har apoteken med sjukhusleveranser större överskott än apoteken utan sjukhusleveranser, medan det omvända förhållandet gäller i två fall. I tre fall kan någon jämförelse ej göras, eftersom apotek ej förekommer i samma klass hos de båda grupperna.

I enskilda fall kan resultaten påverkas av att inventering i allmänhet ej förekommit, varför uppgifterna om varukostnaden är osäker. Vidare är det stor spridning i siffermaterialet och antalet apotek i vissa grupper litet, varför försiktighet måste iakttagas vid bedömningen, men i huvudsak tyder materialet på att sjukhusleveranserna givit bidrag utöver sina särkostnader. Undersökningens resultat får närmast ses som en bekräftelse på det som erhölls vid den i avsnittet om avgiftssystemet refererade undersökningen.

G. Sjukhusapotekens ställning

I ett flertal andra länder har sjukhusapoteksväsendet utvecklat sig så, att sjukhusen kunnat inrätta egna sjukhusapotek. Detta gäller bl. a. Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Italien, Norge, Schweiz, Storbritannien, USA och Österrike.

Vad speciellt de övriga nordiska länderna beträffar kan följande anföras. I Finland föreligger sedan år 1949 generell rätt för sjukhus att köpa apoteksvaror direkt från fabrik och droghandel. År 1957 fanns där 26 sjukhusapotek, vilka i regel drevs av sjukhusen ifråga. I Danmark har sedan länge möjlighet funnits för sjukhusen att inrätta egna sjukhusapotek, och samtliga nu befintliga sjukhusapotek ägs av sjukhusen. I Norge finns sedan år 1950 motsvarande möjlighet, vilket har utnyttjats i de två fall, där sjukhusapotek förekommer. Den år 1954 tillsatta, ännu arbetande norska apoteksutredningen har i början av år 1958 framlagt ett delbetänkande, vari bland annat föreslagits, att sjukhusapotek kan vara antingen självständiga eller också filialapotek och att därvid de självständiga sjukhusapoteken skall vara »offentlige», varmed avses att de skall drivas av staten eller kommunal samfällighet, vilket i regel torde medföra, att de kommer att inrättas av sjukhusen, medan ifrågavarande filialapotek även

kan tillhöra vanligt apotek. Utredningens majoritet anför:

»Når det gjelder sykehusapotek, mener flertallet at selvstendige sykehusapotek i alle tilfelle bør være offentlige. Når et sykehus er så stort at det er berettiget med et eget apotek, vil i alminnelighet sykehuset være et offentlig sykehus, og det er da rimelig at det blir sykehuseieren som får adgang til å opprette apoteket. Det kan tenkes mindre sykehus som av praktiske hensyn ønsker å ha apotek i huset uten at det er grunn til å opprette et selvstendig apotek. I slike tilfelle bør sykehusapoteket opprettes som filial av et annet apotek, offentlig eller privat. Det kan vanskelig fastsettes bestemmelser om at det skal være filial av et offentlig apotek, for det kan vel tenkes at det ikke finnes noe offentlig apotek som ligger slik til at det er praktisk at dette blir moderapotek for nevnte sykehusapotek.»

Förslag om ändrat huvudmannaskap för sjukhusapoteken har vid olika tillfällen diskuterats. Frågan aktualiserades främst genom *medicinalstyrelsens* yttrande den 1 mars 1951, vari styrelsen avstyrkte ett förslag om direktförsäljning från fabrikant till sjukhus av infusionslösningar, men framkastade tanken på att sjukhusen skulle kunna inrätta egna sjukhusapotek.

Som avslutning på sitt yttrande anförde medicinalstyrelsen följande:

»Även om styrelsen bestämt måste hävda, att inom det område, som sjukvård och läkemedelshantering representera, ekonomiska vinster icke må göras på säkerhetens bekostnad, är styrelsen självfallet intresserad av varje annan strävan att nedbringa kostnaderna för den av samhället tillhandahållna sjukvården. Styrelsen är sålunda beredd att i positiv anda pröva varje förslag i detta ämne. I samband härmed anser sig styrelsen icke böra underlåta att påvisa den möjlighet till förbilligande av sjukvårdsinrättningarnas läkemedelskostnader, som sannolikt skulle kunna uppkomma genom en förändring av huvudmannaskapet för de till vissa sjukhus anknutna sjukhusapoteken. Dylikt apotek utgör nu administrativt och ekonomiskt del av självständigt apotek i den ort, där vederbörande sjukvårdsinrättning är belägen, även om sjukvårdsinrättningen tillhandahåller lokaler därför och vissa andra förmåner.

Intet synes i organisatoriskt avseende tala emot vidtagande av en sådan förändring, att sjukhusapoteket helt införlivades med sjukvårdsinrättningen. Personal och varukostnader m. m. för sjukhusapoteket finge då belasta sjukvårdsinrättningen, men möjligheterna till direkta köp från bl. a. läkemedelsindustrin vore därmed också öppna. En dylik förändring skulle emellertid medföra, att beträffande inköpta farmaceutiska specialiteter kontrollen och säkerheten bleve desamma i jämförelse med vad som nu gäller i dessa hänseenden för sådana specialiteter, medan de ekonomiska vinsterna skulle utsträckas till att gälla icke endast infusionslösningar utan även övriga läkemedel.

Detta blir i än högre grad fallet när sjukhusapoteksorganisationen vuxit i den omfattning, som motsvarar sjukhusens läkemedelsbehov. Styrelsen anser det dock nödvändigt, att en eventuell förändring av sjukhusapotekens ställning föregås av utredning av bland annat de ekonomiska konsekvenserna härav.»

Medicinalstyrelsen har senare i samma ärende vidhållit och understrukit dessa synpunkter våren 1952 i ett förnyat yttrande i samma angelägenhet.

1946 års läkemedelsutredning hade sökt en lösning av landets läkemedelsförsörjning genom förstatligande av apoteken. I den tänkta organisationen föreslogs statliga sjukhusapotek. Medicinalstyrelsen fann i sitt remissvar anledning att ytterligare utveckla sitt tidigare förslag:

»*Medicinalstyrelsens syn på sjukhusapoteken.* LU har med sin inställning icke haft anledning att närmare ingå på frågan om sjukhusapotekens ställning, som under senare tid blivit särskilt aktuell. Dessa apoteks dubbelställning av dels avläggare av enskilt apotek och dels sjukhusinstitutioner med uppgift att å ena sidan samarbeta med sitt moderapotek och å den andra tillhandagå sjukhuset med läkemedel och farmaceutisk sakkunskap har i särskilt sammanhang upptagits till belysning. Medicinalstyrelsen har därvid föreslagit till övervägande en sådan ändring, att sjukhusapoteken skulle ingå i sjukhusens förvaltning. — — — — — —

Den långt gående standardisering av läkemedelsurvalet, som är möjlig att tillämpa vid ett sjukhus — vida större än den, som kan vara möjlig inom den s. k. öppna vården — talar bestämt till förmån för en sådan förändring. Lärdomarna från sjukhusarbetet bli, såsom bland andra medlemmen av styrelsens vetenskapliga råd, professor Th. Stenström, i sitt i bilaga 8 vid arbetsgruppens VPM ingående yttrande uttalat, normgivande för läkarens sätt att handla även under hans senare verksamhet ute i samhällsarbetet. Medicinalstyrelsen ser här en väg för en naturlig och betryggande utveckling av läkemedelsstandardiseringen. Den odelade anknytningen till sjukhuset av sjukhusapotekaren skulle innebära en utökning av sjukhusets expertis och ge vidgade samrådsmöjligheter för de här verksamma läkarna beträffande läkemedelsval, prisfrågor m. m.»

Medicinalstyrelsen har således tre gånger i olika sammanhang framfört förslag om sjukhusapotek i sjukhusens egen regi.

Svenska läkarsällskapet yttrade i sin remiss på 1946 års läkemedelsutrednings betänkande bl. a. följande:

»*Sjukhusapoteken.* Dessa intaga en nyckelställning inom läkemedelsområdet, även om deras direkta ekonomiska betydelse räknad i förhållande till apotekskollektivets totalomsättning är liten.

De kvalificerade farmacevtiska uppgifterna förskjutas alltmera till vissa centrala organ. Även den slutna sjukvårdens läkemedelsfrågor kräva specialisering och centralisering. Härigenom få sjukhusapoteken en betydelsefull ställning. Uppgifterna ställa höga krav på sjukhusapotekarens kompetens. Han blir bland annat härigenom och genom sin dagliga kontakt med sjukhusens läkare en värdefull tillgång för sjukvårdsinrättningen och kan på ett betydelsefullt sätt bidraga till att rationella linjer inom farmakoterapi kunna göra sig gällande. Detta gäller icke minst med hänsyn till att den inställning de unga läkarna förvärva under sina utbildningsår på sjukhusen, innan de komma ut i självständig verksamhet, blir normgivande för deras handlingssätt, när de sedermera övergått i den öppna vården. En utbyggnad av sjukhusapoteksorganisationen i lämpliga former innebär således ett betydelsefullt medel att främja rationell terapi och utgör en väg för en naturlig och betryggande utveckling av läkemedelsstandardiseringen.

Läkaresällskapet anser i motsats till utredningen att sjukhusapotekens huvudmannaskap bör överföras till landsting respektive städer, som icke deltaga i landsting. Härigenom öppnas en möjlighet för direktförsäljning från producenten till konsumenten — sjukhuset — vilket på ett radikalt sätt skulle lösa åtskilliga svårbemästrade organisatoriska problem. Anordningen skulle dessutom innebära en — i vissa fall mycket betydande — besparing av läkemedelskostnaderna för den slutna vården.»

Svenska stadsförbundets styrelse uttalade i sitt remissyttrande över 1946 års läkemedelsutrednings första betänkande bl. a. följande:

»Delegationen vill därför påyrka, att sjukvårdens huvudmän medgivas rätt att genom *självständiga sjukhusapotek* i egen regi handhava läkemedelsförsörjningen vid sina sjukvårdsinrättningar på sätt sker i andra länder. Denna fråga har varit aktuell hos vissa sjukvårdshuvudmän sedan lång tid tillbaka och bör enligt sjukvårdsdelegationens uppfattning snarast bli föremål för ställningstagande från statsmakternas sida, oavsett vilket system för apoteksrörelsen som framdeles skall genomföras. De skäl som av läkemedelsutredningen framhållits mot fristående sjukhusapotek kunna av sjukvårdsdelegationen icke godtagas. Delegationen kan icke inse, att anordnande av kommunala sjukhusapotek skulle behöva åstadkomma sådan splittring av läkemedelsförsörjningens organisation att eventuella ekonomiska fördelar av ett centralt apoteksföretag därigenom äventyrades. Ej heller torde upphandlingen av läkemedel för sjukhusens behov behöva innebära några svårigheter, då denna kan ordnas genom gemensam inköpscentral, därest så skulle erfordras med hänsyn till kvantitetsbestämmelser o. dyl. Läkemedelsutredningens farhågor för att den affärsmässigt betingade läkemedelsreklamen skulle få möjlighet att rikta sig direkt till sjukvårdsinrättningarna, vilket ur det allmännas synpunkt kunde få icke önskvärda konsekvenser, torde vara överdrivna. Erforderliga åtgärder häremot synes kunna vidtagas i samma ordning som inom ett statligt apoteksmonopol.»

Svenska landstingsförbundets styrelse accepterade läkemedelsutredningens förslag om förstatligande av apoteken, men en reservation anfördes, i vilken bl. a. anfördes:

»Slutligen bör önskemålet om tillskapande av särskilda i sjukhusens egen regi drivna sjukhusapotek tillgodoses.»

Hittills anförda yttranden har samtliga stött tanken på sjukhusapotek i sjukhusens regi.

Apotekarsocieteten och Sveriges apotekarförbund anförde i remissyttrandet över läkemedelsutredningens första betänkande bl. a. följande:

»Beträffande en apotekstyp, nämligen sjukhusapoteken, äro vi emellertid redan nu av den uppfattningen att de böra få en annan form. Det nuvarande samröret i ekonomiskt avseende mellan sjukhusens huvudmän och apoteken bör avvecklas. Sjukhusapoteken böra vara självständiga apotek eller i ekonomiskt hänseende från sjukhusen helt fristående filialapotek. Naturligtvis bör sjukhusapotek, som alltid måste vara beläget i omedelbar anslutning till sjukhuset, kunna utnyttja lokaler, ångcentral m. m. som tillhöra sjukhuset, men dessa nyttigheter böra av apoteket ersättas enligt gängse marknadspriser och icke som nu med diverse rabatter. Vi anse även att apotek, avsedda att betjäna större sjukhus i samma utsträckning som nuvarande sjukhusapotek, böra kunna försälja läkemedel till poliklinikpatienter och, där så befinnes lämpligt, även till allmänheten. Apoteksorganisationerna hava föreslagit inrättande av ett apotek av sådan typ i Nacka. Det måste emellertid betonas, att det föreligger så avsevärda olikheter i fråga om lagerhållning och personalbehov vid rena sjukhusapotek och vid apotek med försäljning till allmänheten, att fråga om ändring av sjukhusapoteks karaktär måste avgöras från fall till fall.»

Föreningen Sveriges Droghandlare anförde i sitt remissvar över 1946 års läkemedelsutrednings betänkande följande:

»För den händelse sjukhusapotek inrättas vid ett större antal sjukhus, böra de bli självständiga enheter och måste bära sin andel av apoteksväsendets samlade kostnader.»

Stadsförbundets styrelse har i skrivelse till läkemedelskommittén den 25 maj 1957 anfört bl. a.:

»Frågan om sjukhusapotekens ställning i allmänhet och huvudmannaskap i synnerhet har under senare år varit föremål för överväganden i olika sammanhang. För sjukvårdsdelegationens del har frågan fått förnyad aktualitet till följd av de förhandlingar, vilka fördes i slutet av år 1954 och i början av år 1955 mellan delegationen och Svenska landstingsförbundet, å ena, samt apotekarsocieteten, å andra sidan, angående normalkontrakt för apotekens leveranser av läkemedel m. m. till sjukvårdsinrättningar m. fl., vilka förhandlingar resulterade i att mellan parterna träffades överenskommelse om bl. a. normalkontrakt för leverans av läkemedel m. m. genom sjukhusapotek.

— — — — — — — — — — — — — —

Sjukvårdsdelegationen vidhåller bestämt den uppfattning, för vilken delegationen givit uttryck i sitt ovannämnda yttrande över 1946 års läkemedelsutrednings betänkande samt instämmer i allt väsentligt vad medicinalstyrelsen anfört i fråga om huvudmannaskapet beträffande sjukhusapoteken. Härtill må följande synpunkter fogas. Det synes delegationen ofrånkomligt, att huvudmännen skola äga rätt att ordna läkemedelsförsörjningen vid sjukhusen på det ur organisatoriska och ekonomiska synpunkter lämpligaste sättet. Genom den snabba utvecklingsprocess, som för närvarande försiggår inom hela sjukhusväsendet, är behovet av sådan frihet trängande. Huvudmannen nödgas i dag genomföra ett byggnadsprogram för ett sjukhus utan möjlighet att på ett helt tillfredsställande sätt lösa apoteksfrågan med hänsyn till rådande organisation. Det nuvarande systemet utgör sålunda ett hinder mot att ett sjukhus på ett ur dess speciella synpunkter lämpligt sätt vidgar sjukhusapotekets arbetsprogram. Nya växande arbetsuppgifter, som bäst skulle kunna omhänderhavas av sjukhusets eget apotek, fordrar nu ofta en dubbelorganisation för inköp, lagring och distribution. För sjukhuset är det av särskild vikt att apotekaren vid apoteken kan beredas möjlighet att medverka för uppgifter inom sjukvården utan att komma i konflikt

med säljarens (apotekskollektivets) intressen. Sjukhusapotekarens ställning inom sjukvården har på ett framsynt sätt belysts av docenten G. Lindgren i Nordisk Medicin.

Mot en utbrytning av sjukhusapoteken ur apotekskollektivet anföres bl. a. det skälet, att en dylik förändring skulle medföra en förhöjning av allmänhetens kostnader för läkemedel. Det torde vara riktigt att sjukhushuvudmännens inköp av läkemedel utgör en icke oväsentlig del av hela apotekskollektivets försäljning och följaktligen påverkar prissättningen. Sjukvårdsdelegationen hävdar emellertid bestämt den uppfattningen, att sjukhushuvudmännen saknar anledning och i varje fall att i denna form subventionera allmänhetens läkemedelsinköp.»

I samband med remissyttrandena över 1946 års läkemedelsutrednings första betänkande förekom ett par uttalanden även i frågan, huruvida sjukhusapoteken borde vara öppna för försäljning till allmänheten. Sålunda anförde en *arbetsgrupp inom medicinalstyrelsen* i en VPM, som fanns fogad till styrelsens yttrande:

»En specialfråga i sammanhanget blir, huruvida de vid sjukhuset vårdade s. k. poliklinikpatienterna skola äga att utnyttja sjukhusapoteket för uttag av sina läkemedel samt om sjukhusapoteket bör vara tillgängligt även för allmänheten utanför sjukhuset. Några principiella hinder torde icke böra uppställas för ett sådant utnyttjande av sjukhusapoteken. Huruvida i de särskilda fallen tillräckliga lokalresurser finnas tillgängliga för att vidtaga en sådan anordning eller om det eljest kan visa sig lämpligt, låter sig nu icke bedöma. Frågan om en förändrad ställning för sjukhusapoteken har icke berörts av LU. Då däri dock inrymmas möjligheter till såväl att direkt förbilliga läkemedlen som öka standardiseringen därav, synes frågan bort ha ägt intresse för LU.»

Svenska stadsförbundets styrelse anförde:

»Läkemedelsutredningen har vidare föreslagit en utvidgning av sjukhusapotekens verksamhet i så måtto, att *läkemedelsförsäljning till poliklinikpatienter och utskrivna sjuka* blir möjlig. Sjukvårdsdelegationen vill i anslutning härtill framhålla, att planer på sådan öppen försäljning vid sjukhusapotek redan föreligga men att nuvarande bestämmelser synas lägga hinder i vägen härför vid de sjukhus, där lokalernas belägenhet och utrymme skulle kunna göra detta möjligt. Emellertid är denna fråga i realiteten icke särskilt betydelsefull, enär för närvarande endast 13 sjukhusapotek finnas i hela landet och läkemedelsutredningen icke föreslår en större ökning än till 14. Dessa apotek ligga för övrigt med få undantag inom städerna, där de poliklinikbesökande ändock har relativt god tillgång till närbelägna apotek. Förslaget i denna del tillstyrkes dock.»

H. Kommitténs överväganden och förslag

1. Frågans tidigare behandling

Frågan om sjukhusens läkemedelsförsörjning har diskuterats i olika sammanhang och från olika utgångspunkter. Den behandlades således av 1946 års läkemedelsutredning, men studerades även i den av medicinalstyrelsen tillsatta medicinaltaxekommittén, som i sitt betänkande av den 6 maj 1954 framlade förslag till nya grunder för prissättningen på läkemedel och som i sin utredning härom även ägnade uppmärksamhet åt lönsamheten under olika betingelser för leverans av läkemedel till sjukhus. Medicinalstyrelsen har dessutom upptagit frågan till behandling i samband med framställningar om rätt för sjukhusen att inköpa vissa läkemedel direkt från fabrik, varjämte styrelsen i yttrande över 1946 års läkemedelsutredning aktualiserade frågan om rätt för sjukhusen att i egen regi driva sjukhusapotek. Även svenska läkarsällskapet upptog frågan om självständiga sjukhusapotek i sitt remissyttrande över läkemedelsutredningens betänkande. Krav om självständiga sjukhusapotek framställdes dessutom i yttrande över läkemedelsutredningens betänkande av såväl svenska stadsförbundet som inom

landstingsförbundets styrelse. Slutligen har svenska stadsförbundets styrelse i en särskild skrivelse av den 25 maj 1957 till kommittén ånyo aktualiserat frågan och begärt att förslag framlägges som möjliggör för sjukhusen att i egen regi anordna sjukhusapotek.

De krav på förändringar i fråga om sjukhusens läkemedelsförsörjning som framkommit, har dels gällt rätt för sjukhus att göra inköp av apoteksvaror direkt från läkemedelsindustrien och dels möjligheten att inrätta sjukhusapotek i sjukhusens regi. Dessa apotek skulle ha samma ställning som självständiga apotek men icke ingå i apotekskollektivet och således icke, på det sätt som övriga apotek gör, bidraga med de vinster respektive erhålla täckning för de förluster som — huvudsakligen på grund av varierande omsättningsstorlek och därmed följande kostnadsolikheter — orsakas av den enhetliga prissättningen på apoteken.

2. Olika synpunkter på sjukhusens läkemedelsförsörjning

Frågan om sjukhusens läkemedelsförsörjning får ses ur olika synpunkter. De främsta är säkerhetsskäl samt ekonomiska och organisatoriska skäl. När det gäller säkerhetsfrågorna bör man kunna bortse från dessa i detta sammanhang. Säkerhetskraven bör nämligen kunna tillgodoses oavsett vilken form för sjukhusens läkemedelsförsörjning som väljes.

Det har framhållits att sjukhusen skulle vinna vissa organisatoriska fördelar om de kunde få driva sjukhusapotek i egen regi eller göra inköp direkt från droghandeln och läkemedelsindustrien. Då sjukhusen i regel har egen inköps- och distributionsorganisation för andra sjukvårdsförnödenheter, skulle denna organisation kunna fullgöra båda funktionerna med kostnadsbesparingar som följd. Även andra uppgifter skulle kunna sammankopplas med sjukhusapoteket, t. ex. central sterilisering och vissa laboratorieuppgifter. Ett av de viktigaste skäl som anförts, har varit att sjukhusapotekaren, om han vore anställd på sjukhuset, genom sin dagliga kontakt med sjukhusets läkare på ett värdefullt sätt kunde påverka läkemedelsvanorna i positiv riktning. Å andra sidan har påvisats att den nuvarande ordningen innebär att ett mycket intimt samarbete äger rum mellan de apotek som har sjukhusapotek eller sjukhusleveranser i annan form och sjukhusen samt de där verksamma läkarna. Ett liknande samarbete med sjukhusapoteken som förmedlare äger enligt uppgift rum mellan sjukhusen och apoteksväsendets centralt drivna laboratorier och avdelningar. Ett bevis på att detta samarbete givit resultat skulle vara, att sjukhusens läkemedelsförbrukning från år 1950 till år 1957 värdemässigt stigit med endast cirka 50 procent, medan den sammanlagda omsättningen på rikets apotek under samma tid steg med ungefär 115 procent. Även om den från och med år 1955 gällande läkemedelsrabatteringen och den av andra skäl hastigare expanderande läkemedelskonsumtionen utanför sjukhusen försvårar jämförelser, synes det dock som om sjukhusens kostnadsökning för läkemedelsförbrukningen under de nämnda åren varit förhållandevis rimlig. Det är inte uteslutet, att detta till en del kan bero på ett nära samarbete mellan apotek och sjukhus för en standardisering och ett förbilligande av läkemedelsförbrukningen inom den slutna sjukvården.

I fråga om de ekonomiska synpunkterna sönderfaller frågan om sjukhusleveranserna i två delar. Den ena delen av frågan är principiell och gäller om det överskott eller underskott som uppstår på dessa leveranser, oavsett om de

sker från apotek direkt till sjukhus, över sjukhusapotek eller — vid en förändring av de nuvarande formerna — genom fristående, i sjukhusens regi drivna apotek, skall ingå i kollektivet för en resultatutjämning på samma sätt som samtliga övriga apotek, som driver försäljning enbart till allmänheten.

I realiteten har man emellertid genom rabattgivning på sjukhusleveranserna redan frångått principen om att sjukhusens inköp på samma sätt som större respektive mindre apotek genom en lika prissättning skall bidraga till en utjämning i kostnader och resultat. Vid de avtal som träffats — i ett tidigare skede individuellt mellan respektive apotek och sjukhus och under senare år genom riksavtal — har man nämligen sökt avpassa rabatterna till sjukhusen så, att dessa skall erhålla gottgörelse för de kostnadsbesparingar, som de i egenskap av större köpare åstadkommer hos apoteken. Dessa kostnadsbesparingar består dels i att de apotek, som har sjukhusleveranser, får ett större omsättningsunderlag för täckning av sina fasta kostnader och dels i att apoteken genom köpens storlek får mindre rörliga kostnader per försäljningsenhet. De rabatter och prisnedsättningar samt bonusvillkor som tillämpas ger dock endast i mindre utsträckning stimulans till större inköp per gång.

Genom de för sjukhusleveranserna tillämpade pris-, rabatt- och bonusbestämmelserna elimineras till större delen de merinkomster som — om motsvarande försäljning skedde direkt till allmänheten — skulle uppstå främst på de större sjukhusleveranserna.

Den andra delen av spörsmålet om sjukhusleveransernas ekonomi utgöres av frågan om resultatet av dessa leveranser sedda ur samhällsekonomisk synpunkt. Det är mycket möjligt att vissa sjukhus i egen regi skulle kunna driva sjukhusapotek även av mindre storleksordning ekonomiskt, medan förlusten av motsvarande försäljning på det enskilda apoteket skulle bli större än sjukhusets vinst, beroende på en av omsättningsminskningen förorsakad ökning av de fasta kostnaderna. I andra fall kan däremot kostnadsökningen eller intäktsminskningen bli obetydlig för apoteket men vinsten betydande för sjukhuset. Sett från samhällsekonomisk synpunkt bör därför — vid övervägande om ändring i nuvarande ordning — avgörande vikt fästas vid det totala resultatet, d. v. s. om vid en förändring reell vinst totalt sett uppstår. Detta innebär att i sjukhusens regi drivna sjukhusapotek bör kunna få upprättas endast då de har samma förutsättningar att drivas ekonomiskt som ett apotek med försäljning endast direkt till allmänheten.

3. Förslag

Sjukhusens samlade inköp från apoteken fördelar sig dels på ett mindre antal sjukhus med mycket stora inköp och dels på ett större antal sjukhus med relativt små inköp. Av de undersökningar kommittén verkställt, framgår tydligt att nettoresultaten på apotek med begränsade sjukhusleveranser eller mindre sjukhusapotek, i förhållande till apotek utan något slag av sjukhusleveranser icke företer några större olikheter om driftsresultatet slås ut enbart på försäljningen till allmänheten. Däremot visar de apotek som har sjukhusleveranser eller sjukhusapotek över en viss storleksordning — trots att högre rabatter ges till dessa sjukhus — väsentligt bättre resultat om driftsresultatet mätes på samma sätt.

Av det anförda framgår närmast att den för sjukhusen viktigaste frågan synes vara, huruvida dessa, då en viss läkemedelsförbrukning uppnåtts, bör få rätt att i egen regi driva apotek. Kom-

mittén har funnit, att detta bör få ske under vissa förutsättningar. Från apotekskollektivet bör således endast få avskiljas sådan försäljning som är ekonomiskt försvarbar och som till lägre kostnader kan drivas av sjukhusen själva. Sjukhusapotek bör dock ej få avskiljas, om detta medför mindre vinst för sjukhuset än den förlust som kan uppstå för apotekskollektivet.

Den individuella skötseln av ett apotek är givetvis utslagsgivande för det ekonomiska resultatet. En viss storlek på försäljningen och andra grundläggande förutsättningar måste emellertid finnas för att rörelsen skall bli bärkraftig. Med utgångspunkt härifrån vill kommittén föreslå att apotek bör kunna få drivas av sjukhus under förutsättning att det får en storleksordning, som motsvaras av bärighetsgränsen för apotek med försäljning enbart till allmänheten. En gräns som utgår från dessa förutsättningar garanterar att ett avskiljande från apotekskollektivet av vissa sjukhusleveranser sker på ett sådant sätt, att resultatet för kollektivet icke påverkas i större omfattning än som avsetts.

De nuvarande sjukhusleveranserna har i ekonomiskt avseende varierande betydelse för de olika apoteken. För leveranser under en viss storleksordning torde rabattgivningen motsvara den minskning i de rörliga kostnaderna som i allmänhet erhålles. De fasta kostnaderna kan emellertid vid ett frånskiljande av sjukhusleveranserna påverkas i högre grad för det enskilda apoteket än som motsvaras av rabattgivningen vid relativt begränsade sjukhusleveranser. Det är möjligt, att motsvarande fasta kostnader vid upprättande av sjukhusapotek i sjukhusens regi skulle kunna bli lägre och medföra att lönsamhetsgränsen för sjukhusen, på grund av samordningen inom sjukhuset med andra arbetsuppgifter, skulle — sett enbart ur sjukhusets synpunkt — motivera att även mindre sjukhusapotek överföres i sjukhusens regi.

För att inkomster och kostnader inom kollektivet icke skall påverkas i större utsträckning, bör den ovan nämnda bärighetsgränsen utgå från det självständiga apotekets ekonomi, innebärande att, även om det för sjukhuset skulle vara ekonomiskt fördelaktigt — sett enbart ur sjukhusets synpunkt — att driva egen apoteksrörelse, sådan icke skall få upprättas annat än under förutsättning att sjukhusets läkemedelsförbrukning motsvarar omsättningen vid ovan nämnda bärighetsgräns. Därmed skulle apotek i sjukhusregi kunna tillkomma i de fall ekonomiska förutsättningar föreligger att driva sådan rörelse så att det totala resultatet, med hänsynstagande till det som förloras i apotekskollektivet, motsvaras av minst lika stora besparingar inom de sjukhus som får rätt att driva sjukhusapotek. Kommittén har genom sina undersökningar av apotekens ekonomi funnit, att denna bärighetsgräns ligger vid en omsättningssumma i 1956 års prisnivå av mellan 700 000 och 800 000 kronor och vill därför föreslå, att sjukhusapotek skall få inrättas i de fall vederbörande sjukhus' inköp nämnda år uppgick till 800 000 kronor i orabatterad prisnivå, vilket för år 1956 beräknas motsvara sjukhusinköp efter avdrag för rabatter för en summa av 700 000 kronor.

Av det ovan sagda följer, att den ifrågasatta rätten för sjukhusen att inköpa läkemedel direkt från industri och droghandel icke bör gälla annat än i de fall apotek i sjukhusregi kommer till stånd. Övriga sjukhusleveranser bör således ske genom apotekskollektivet och baseras på avtal med tillämpande av särskilda villkor. Den rätt att inköpa vissa läkemedel efter särskilt tillstånd av medicinalstyrelsen, som för närvarande

finnes, bör dock fortfarande medges alla sjukhus och bör beträffande speciella varor kunna utvidgas, likaledes efter medicinalstyrelsens tillstånd. Därvid bör det förutsättas att, om det av 1946 års läkemedelsutredning framlagda förslaget till ändrade definitioner på läkemedel genomföres, varigenom diagnostiska preparat skulle bli läkemedel och därigenom apoteksvaror, sjukhusen bör medges rätt att i likhet med vad för närvarande kan ske, inköpa dessa varor direkt från grosshandel och tillverkare.

Om således å ena sidan de nuvarande handelsvägarna för vissa varor till sjukhusen icke bör ändras på grund av de föreslagna ändrade definitionerna på läkemedel, bör å andra sidan en förändring i sjukhusapotekens ställning icke få medföra, att vederbörande sjukhus öppnar försäljning till andra sjukhus, hemgående patienter, poliklinikbesökare, personal eller direkt till allmänheten, vilket ytterligare skulle kunna påverka apotekskollektivets ställning. Därjämte skulle dylik verksamhet ha en från sjukhusapotekens egentliga uppgift så avvikande karaktär, att en sammanblandning av de olika funktionerna skulle medföra en särskilt kostnadskrävande organisation. En absolut förutsättning för fristående sjukhusapotek bör sålunda vara, att dessa icke får utnyttjas för annat än den egna sjukvårdsinrättningens försörjning.

Vad slutligen angår de tidigare omnämnda möjligheterna till samarbete mellan sjukhusapoteken och apoteksväsendets centrala laboratorier och avdelningar, förutsätter kommittén att dessa kommer att bestå även i de fall huvudmannaskapet ändras. Därvid får givetvis ersättning lämnas för tjänster som sjukhusens egna apotek tar i anspråk från apoteksväsendet.

Tillstånd för sjukhusinrättning att för sin läkemedelsförsörjning inrätta självständigt sjukhusapotek bör meddelas av Kungl. Maj:t efter medicinalstyrelsens och apoteksnämndens hörande. I samband därmed bör fastställas vad som är att hänföra till sjukhusapotekets verksamhetsområde.

Ett genomförande av kommitténs förslag i fråga om sjukhusleveranserna skulle innebära, att för närvarande 6 stycken sjukhusapotek kan överföras i sjukhusens regi. För apotekskollektivet skulle detta betyda, att en omsättning som för år 1956 utgjorde 6,7 milj. kronor eller 2,4 procent av den totala försäljningen icke kommer att ingå i den kollektiva apoteksrörelsen. Eftersom det skulle röra sig om apotek som ligger över den genomsnittliga bärighetsgränsen, inträder på grund härav — sedan hänsyn tagits till den nuvarande rabattgivningen — en nettominskning av apotekskollektivets inkomster. Med utgångspunkt från 1956 års redovisning kan denna summa beräknas uppgå till mellan 300 000 och 600 000 kronor. I förhållande till kollektivets totala försäljning utgör detta mellan 0,1 och 0,2 procent.

4. Övergångsbestämmelser vid ändrat huvudmannaskap för sjukhusapotek

Även om ett avskiljande av sjukhusapotek på ovannämnda grunder totalt sett skulle betyda föga för apotekskollektivet, kommer detta att få en mycket större betydelse för det enskilda apoteket, vilket framgår av uppgifterna i tab. 57 på sid. 146. I vissa fall är omsättningen på sjukhusapoteket större än moderapotekets övriga försäljning och det ekonomiska resultatet i hög grad beroende av sjukhusleveranserna. Den enskilde apoteksinnehavarens inkomster skulle därför sjunka högst väsentligt, om försäljningen genom sjukhusapoteket skulle bortfalla.

Ett lösbrytande av ett sjukhusapotek från dess moderapotek bör därför om möjligt icke ske annat än vid innehavareskifte. Kommittén förutsätter därför att ett ingrepp av detta slag, som i det enskilda fallet mera väsentligt ändrar de förutsättningar under vilka ett apoteksprivilegium sökts och erhållits, i princip endast företages vid innehavarebyte. Om avskiljande av ett sjukhusapotek vid annan tidpunkt skulle komma ifråga, bör det förutsättas, att särskild överenskommelse härom skall träffas med den berörda apoteksinnehavaren.

5. Inom kollektivet kvarstående sjukhusapotek

I det föregående har anförts att en kostnadskrävande dubbelorganisation kan väntas uppstå om sjukhusapotek utöver sin egentliga funktion att förse sjukhuset med läkemedel även skulle sälja till hemgående patienter, poliklinikbesökare m. m. Det anförda gäller i princip, oavsett om sjukhusapotek drives av sjukhus eller inom apotekskollektivet. Emellertid kan situationen vara något olika för sjukhusapotek i sjukhusens regi och för andra sjukhusapotek. Inom kollektivet drivet sjukhusapotek — vilket alltså är filial under apotek som säljer till allmänheten — skulle lättare under exempelvis några timmar per dag kunna expediera till hemgående patienter, poliklinikbesökare etc. utan att därigenom en bestående extra organisation skapas, eftersom personal i vissa fall torde kunna utlånas från moderapoteket. Det kunde eventuellt vara lämpligt att inskränka sjukhusapotekets expedition till att avse exempelvis standardförpackningar, medan recept avseende extemporeberedningar kunde tas om hand för expediering på moderapoteket, om kunden så önskar. Några definitiva generella regler angående sjukhusapoteks eventuella tillgänglighet för hemgående patienter, poliklinikbesökare m. m. bör icke uppställas. Frågan är nämligen aktuell på så få platser att en bedömning av för- och nackdelar lämpligen göres i varje enskilt fall. Om det av kommittén föreslagna avgiftssystemet införes, kommer apoteksinnehavarna att bli mera intresserade av att ge organisationen den ekonomiskt lämpligaste utformningen. Därför bör man icke behöva befara att en på detta sätt öppnad möjlighet till begränsad expedition skall ha några ekonomiskt snedvridande verkningar. Försäljning till här berörda kategorier bör dock få ske endast om Kungl. Maj:t lämnat tillstånd härtill. I detta sammanhang bör observeras att i de fall då lokala förhållanden särskilt talar för försäljning till allmänhet i en mera vidgad omfattning än vad som berörts i det föregående, den möjligheten kan tänkas, att apotek eller filialapotek anlägges i anslutning till sjukhus. Samma inrättning skulle sålunda både förse sjukhuset med läkemedel och sälja till allmänhet.

Såvitt kommittén kunnat finna existerar icke i dagens läge något större behov att öka antalet sjukhusapotek. Inrättande av ytterligare sjukhusapotek torde kunna diskuteras endast i några få fall. Medicinalstyrelsen och den av kommittén föreslagna apoteksnämnden bör emellertid ha sin uppmärksamhet riktad på denna fråga.

KAPITEL VII

Industriell läkemedelstillverkning

A. Den enskilda läkemedelsindustrien

1. Uppkomst och utveckling

Läkemedelsindustriens uppkomst är av sent datum. Ursprungligen ägde all läkemedelstillverkning rum på apotek, varvid de bruksfärdiga läkemedlen till största delen bereddes av växtdroger. Omkring år 1800 började man emellertid komma underfund med de kemiska egenskaperna hos en del av de såsom läkemedel använda naturprodukterna. Senare kunde man med kemiens hjälp framställa läkemedelssubstanser, som i vissa fall visade sig överlägsna de av naturen alstrade produkterna. På detta sätt uppstod efterhand förutsättningarna för tillverkning av läkemedel i industriell skala. De ledande färgämnesindustrierna i England, Frankrike, Schweiz, Tyskland och USA upptog i slutet av 1800-talet läkemedelstillverkning, samtidigt som andra läkemedelsfabriker utvecklade sig på basis av tidigare bedriven apoteks- och droghandelsrörelse.

Till en början framställde industrien kemiska substanser, som sedan på apoteken bearbetades vidare till färdiga läkemedel i form av pulver, piller, mixturer m. m. Snart började emellertid industrien att själv producera läkemedlen i för patienten användbar form. På detta sätt har den numera dominerande grupp av läkemedel som kallas farmacevtiska specialiteter tillkommit.

Initiativen till tillverkning i större skala i Sverige togs av apoteksinnehavare, vilket kan ha berott på att klara bestämmelser saknades beträffande rätt för andra än apoteksinnehavare att tillverka läkemedel. De två äldsta ännu existerande läkemedelsföretagen har sålunda sitt ursprung från apotek. Genombrottet för läkemedelsindustrien kom i Sverige först ett gott stycke in på 1900-talet, formellt främjat av 1913 års apoteksvarustadga, som reglerar tillverkningen av apoteksvaror och binder den endast med vissa föreskrifter angående ledarens kompetens.

Ett utmärkande drag hos läkemedelsindustrien i vårt land är att densamma från början uteslutande uppbyggts med inriktning på läkemedel, varefter man senare tagit upp tillverkning av varor på angränsande områden. I motsats härtill har de utländska industrierna i regel sin huvudsakliga verksamhet som kemisk industri, där läkemedelstillverkningen utgör blott en mindre del, ofta formellt avskild till särskilt dotterföretag. Den inhemska läkemedelsindustrien expanderade särskilt kraftigt under andra världskriget, vilket delvis berodde på att importen av färdiga preparat var begränsad men främst på att svårigheterna att erhålla vissa utländska råvaror gjorde det nödvändigt att bearbeta framställningsmetoderna för ett flertal produkter.

2. Vissa bestämmelser om fabriksmässig tillverkning av läkemedel

De viktigaste bestämmelserna angående fabriksmässig tillverkning av apoteksvaror återfinnes i apoteksvarustadgan. Rätt att för avsalu tillverka apoteksvara tillkommer förutom apoteksföreståndare envar, som därom gör skriftlig anmälan till vissa myndigheter. Vid anmälan skall fogas intyg, att vederbörande själv äger skicklighet att bedriva sådan rörelse eller anställt föreståndare med erforderlig kompetens. Kungl. Maj:t kan besluta om särskild inspektion och kontroll av här avsedd tillverkning.

Tillverkningen av farmacevtiska specialiteter är underkastad särskilda bestämmelser i specialitetskungörelsen. Beträffande de läkemedel som antingen utgör gift av första klassen eller innehåller dylikt gift, finns bestämmelser i giftstadgan, innebärande bl. a. att särskilt tillstånd för tillverkning av sådana läkemedel erfordras.

Kontrollen över läkemedelsindustrien sker huvudsakligen genom granskning av de färdigställda varorna, de farmacevtiska specialiteterna. Bruksfärdiga läkemedel som räknas som apoteksvara eller första klassens gift får säljas endast efter medicinalstyrelsens tillstånd. Detta sker i princip först efter det att styrelsen a) kontrollerat uppgifterna om varans sammansättning samt godkänt b) den farmacevtiska ändamålsenligheten, c) den medicinska ändamålsenligheten, d) priset till apotek och e) den reklam fabrikanten ämnar föra för varan. Dessutom förekommer en fortlöpande efterkontroll av marknadsförda preparat. Förpackningar inköps stickprovsvis i marknaden, varefter varan underkastas analys. Även beträffande pris och reklam förekommer viss övervakning.

I Sverige medges beträffande läkemedel icke patent på den färdigställda varan. Däremot kan den framställningsmetod som användes patenteras, om den icke tidigare är känd. Detta innebär, att tillverkaren kan fritt framställa läkemedel, om han kan finna annan tillverkningsmetod än den patenterade.

1946 års läkemedelsutredning framlade i sitt andra betänkande (SOU 1955: 44) förslag — vilket icke slutgiltigt behandlats av statsmakterna — om bl. a. ändrade bestämmelser beträffande tillverkningen. Utredningen förordade nyetableringstillstånd och att kravet på analys före registrering skulle mildras och större vikt i gengäld läggas vid efterkontrollerna. Vid fabrikerna skulle antingen kontrollanter kunna anställas, vilka skulle vara auktoriserade av myndighet och övervaka tillverkningen, eller också skulle denna övervakning kunna ske genom läkemedelsinspektör.

3. Nuvarande struktur

I den officiella industristatistiken klassificeras industrierna efter sin huvudsakliga inriktning. Som läkemedelsfabriker räknas därför de företag som i huvudsak tillverkar läkemedel. Om företagen ifråga dessutom framställer andra produkter, t. ex. växtskyddsmedel, ingår även dessa i läkemedelsfabrikernas i det följande redovisade tillverkningsvärde. Å andra sidan kommer läkemedelstillverkningen i denna del av statistiken ej med från de företag, där den är en mindre del av tillverkningen. De angivna begränsningarna måste hållas i minnet, när de i det följande lämnade uppgifterna ur den officiella industristatistiken studeras.

För år 1955 redovisades under gruppen läkemedelsfabriker 21 arbetsställen med ett sammanlagt salutillverkningsvärde, d. v. s. värde av tillverkade färdigfabrikat uttryckt i försäljningspris, av 111 miljoner kronor. Totala antalet

svenska tillverkare av farmacevtiska specialiteter var år 1955 36 st. (1957 40 st). Bland dessa ingick de för år 1955 i industristatistiken som läkemedelsfabrikanter inräknade företagen med 21 arbetsställen. Beträffande övriga företag har kommittén icke några strukturuppgifter tillgängliga.

Följande sammanställning visar tillverkningen hos de i den officiella statistiken — SOS Industri åren fr. o. m. 1942 t. o. m. 1955 — såsom läkemedelsfabriker redovisade företagen för vissa av åren 1942—1955.

År	Läkemedelsfabrikernas salutillverkningsvärde, d. v. s. värde av tillverkade färdigfabrikat uttryckt i försäljningspris, milj. kronor
1942	22,1
1944	30,9
1946	40,6
1948	43,0
1950	55,9
1951	74,3
1952	91,3
1953	98,9
1954	107,4
1955	111,0

Antalet anställda under samma år hos företagen ifråga framgår av följande sammanställning:

År	Antal arbetsställen	Antal anställda		
		totalt	därav	
			arbetare	förv.-personal[1]
1942	14	905	563	342
1944	16	1 156	714	442
1946	14	1 438	856	582
1948	15	1 490	831	659
1950	18	1 566	852	714
1951	15	1 675	908	767
1952	18	2 067	977	1 090
1953	19	2 041	1 031	1 010
1954	20	2 127	1 097	1 030
1955	21	2 268	1 122	1 146

Av sammanställningen kan man utläsa, att antalet anställda under de 13 åren ökat väsentligt och år 1955 var 2½ gånger så stor som år 1942 och vidare att andelen förvaltningspersonal under samma tid stigit från att ha varit mindre än 40 procent av totalantalet anställda till att vara 50 procent. Denna ändrade relation beror delvis på att personalen för forskning och utvecklingsarbete — som ingår i gruppen förvaltningspersonal — ökat starkare än arbetarantalet.

Förvaltningspersonalen hos de redovisade läkemedelsfabrikerna var år 1955 sammansatt på följande sätt:

Kategori	Antal anställda
Företagsledare och övrig chefspersonal	116
Teknisk driftspersonal[1]	376
Arbetsbefäl	104
Kontorspersonal	445
Resande	50
Övriga	55
Summa	1146

[1] Häri ingår personal för forskning.

År 1955 var arbetsställena fördelade på följande sätt med hänsyn till antalet arbetare:

Antal arbetare	Antal arbetsställen
10 och mindre	9
11— 25	3
26— 50	2
51—100	2
101—200	4
201—500	1
Summa	21

Eftersom hälften av företagen har högst 10 arbetare, medan ett fåtal av dem är betydligt större, kan man draga den slutsatsen, att en väsentlig del av tillverkningen ligger hos några få av företagen. Kommittén har därför begränsat en ytterligare analys till att avse de 6—7 största läkemedelsindustriföretagen.

De sex största läkemedelsfabrikerna är i bokstavsordning Astra med dotterföretagen Hässle och Draco samt Ferrosan, Kabi, Leo, Pharmacia och Vitrum.

AB Bofors framställer vid sin kemiska avdelning vissa läkemedel. En läkemedelstillverkning som blott är en mindre del av en koncerns verksamhet på det sätt som förekommer vid Bofors är som inledningsvis nämnts vanlig i utlandet.

Kommittén har genom Läkemedelsindustriföreningen — till vilken Astra med Hässle samt Ferrosan, Kabi, Leo, Pharmacia och Vitrum är anslutna — erhållit vissa uppgifter beträffande samtliga medlemsföretag med undantag av Leo, men eftersom de av föreningen lämnade omsättningsuppgifterna ej är jämförbara med de tidigare återgivna värdena, kan ej säkert anges, hur stor del av samtliga läkemedelsfabrikers omsättning som företagen ifråga representerar.

För de fem läkemedelstillverkare som kommittén enligt vad som angivits i det föregående erhållit uppgifter om genom Läkemedelsindustriföreningen var *försäljningen på den svenska marknaden* jämte den andel därav som sålts genom apotek under åren 1950—1956:

År	Fem av de största svenska läkemedelstillverkarnas försäljning på den svenska marknaden		
	uttryckt i apotekens resp. annan detaljhandels inköpspris enligt industriföretagens beräkningar, milj. kronor	uttryckt i grosshandelns inköpspris enligt kommitténs beräkningar, milj. kronor	därav försålt genom apotek, procent
1950	52,8	45	84,1
1952	68,9	59	80,5
1954	75,0	65	79,4
1956	98,2	85	82,5

För ett par av företagen, vilka vid sidan av sin tillverkande funktion är agenter för ett eller annat utländskt industriföretag, har även den försäljning som ägt rum på grund av agentskapet medräknats. Totalt torde det emellertid i dessa fall röra sig om relativt obetydliga belopp, sammanlagt uppskattningsvis fem procent av de i tabellen angivna värdena.

I de av företagen lämnade uppgifterna har försäljningen redovisats i grosshandelspriser. För att man skall erhålla en mera rättvisande bild vid jämförelse med exporten och vid beräkningen av vissa kostnader har de av företagen lämnade värdena på den inhemska försäljningen — uttryckta i grosshandelns försäljningspris — av kommittén omräknats till att även avse industriens försäljningspris till grosshandel genom att en genomsnittlig grosshandelsmarginal om 14 procent frånräknats.

Att varor säljs utanför apotek tyder på att läkemedelsfabrikerna ej tillverkar enbart läkemedel utan även varor inom angränsande områden.

Intäkter från utlandet omfattar värdet av s. k. fysisk export (varuutförsel), hemtagen inkomst från utländska dotterföretag samt royalty för tillverkning utom landet. De sammanslagna intäkterna från utlandet utgjorde för de fem företagen under åren 1950—1956:

År	Intäkter från utlandet, d. v. s. varuutförsel, inkomst från utländska dotterföretag samt royalty från utlandet, milj. kronor	Andel i totala intäkterna d. v. s. försäljning på svenska marknaden (uttryckt i grosshandelns inköpspriser) plus intäkter från utlandet, procent
1950	9,7	18
1952	23,2	28
1954	35,7	35
1956	49,5	37

På grund av ofullständigheter i materialet — emedan icke alla företag lämnat fullständig redovisning — är det tyvärr omöjligt att avgöra hur stor del av den sammanlagda summan som hänför sig till var och en av de angivna kategorierna. Av det tillhandahållna materialet ser det dock ut som om andelen intäkter från utländska dotterbolag ökat, medan exportförsäljningens andel minskat. Att på basis av det tillhandahållna, ofullständiga materialet ge absoluta värden är dock omöjligt. Beloppen för royalty var i förhållande till intäkterna från utländska dotterföretag obetydliga men det är troligt att de framdeles kommer att öka i förhållande till den fysiska exporten. Med den internationella karaktär, som läkemedelsmarknaden numera har, är det nämligen allt vanligare, att företag inom branschen överlämnar sina patenträttigheter och tillhandahåller tekniska erfarenheter till licenstagare i annat land.

Av sammanställningen i det föregående framgår, att av de totala intäkterna andelen intäkter från utlandet har ökat under 1950-talet och uppgår till mer än en tredjedel.

Företagsstorleken mätt i antalet anställda framgår av tabell 58.

Tabell 58. Sammanställning över antalet anställda i de största läkemedelsfabrikerna åren 1952—1956 enligt företagens årsredovisningar

	1952			1954			1956		
	arb.	övr. anst.	totalt	arb.	övr. anst.	totalt	arb.	övr. anst.	totalt
Astra	288	179	467	358	232	590	399	305	704
Ferrosan	127	103	230	121	105	226	122	161	283
Kabi	202	203	405	192	194	386	173	194	367
Leo	107	113	220	121	111	232	127	120	247
Pharmacia	136	162	298	131	188	319	153	203	356
Vitrum[1]	118	177	295	130	189	319	130	191	321
Summa	978	937	1 915	1 053	1 019	2 072	1 104	1 174	2 278

Källa: Svenska aktiebolag, åren 1953/1954, 1955/1956 och 1957/1958.

[1] Droghandelsdelen ingår. I denna sysselsattes år 1954 cirka 160 personer.

4. Vissa av läkemedelsindustriens kostnader

I diskussionen kring läkemedelsindustriens kostnader har uppmärksamheten särskilt fästs vid utgifterna för reklam och för information till läkare m. fl. samt för forskningsverksamhet. 1946 års läkemedelsutredning behandlade i sitt första betänkande (SOU 1951: 34 sid. 248 ff) dessa frågor och granskade därvid särskilt de angivna kostnaderna i relation till omsättningen. Kommittén har genom Läkemedelsindustriföreningen erhållit tillgång till motsvarande uppgifter för senare år beträffande de större läkemedelsindustriföretagen utom Leo.

Reklamkostnaderna — vari ingår kostnader för annonser, teckningar, klichéer, reklamtryck, presentartiklar o. d. i enlighet med den indelning som 1946 års läkemedelsutredning tillämpade — avser huvudsakligen reklam inom landet men vissa kostnader för exporten ingår även i de angivna summorna. Det har inte varit möjligt att med ledning av för kommittén tillgängligt material beräkna hur mycket av reklamkostnaderna som hänför sig till den inhem-

ska försäljningen respektive till exporten. Från industrihåll har emellertid anförts, att reklamkostnaderna i stort sett fördelar sig ungefär proportionellt mot omsättningen i båda fallen. Utlandsinkomster i form av royalties är visserligen rena nettoinkomster, men aktiv export från Sverige kräver relativt sett större reklaminsatser än försäljningen på den svenska marknaden. Det har därför ansetts riktigt att — såsom skett i tabell 59 — ställa reklamkostnaderna i relation till det sammanlagda beloppet av den inhemska försäljningen och intäkterna från utlandet.

Tabell 59. Reklamkostnaderna hos fem av de största läkemedelstillverkarna åren 1950—1956

År	Reklamkostnader	
	i milj. kronor	i procent av summan av försäljningen inom landet i grosshandelns inköpspris och intäkterna från utlandet
1950	1,3	2,4
1952	1,8	2,2
1954	2,2	2,2
1956	3,7	2,8

Kostnaderna för *kataloger och kontaktmän* har kommittén ansett sig böra redovisa särskilt. Katalogernas utformning är sådan att de måste anses avsedda att även ha direkt säljande effekt. En del av kostnaderna synes därför böra betraktas som reklamkostnader.

Kontaktmännens arbete torde huvudsakligen bestå i att lämna läkarna information beträffande läkemedel, främst nya sådana. Verksamheten går dock slutligen ut på att öka försäljningen och det kan förutsättas att, efter hand som konkurrensen mellan industriföretagen hårdnar, den kommersiella delen av kontaktmännens arbete blir mera betonad.

Redovisade kostnader för kataloger och kontaktmän gäller till övervägande del den svenska marknaden. I vissa fall inrymmes dock även dylika kostnader avseende de norska och finska marknaderna. Det vore därför riktigast att ställa läkemedelsindustriens kostnader för kataloger och kontaktmän i relation till en något högre omsättning än den inhemska. Uppgift om ifrågavarande exportförsäljning är emellertid ej tillgänglig och i tabell 60 har de nämnda kostnaderna därför satts i relation till den inhemska försäljningen.

Tabell 60. Kostnaderna för katalog och kontaktmän hos fem av de största läkemedelstillverkarna åren 1950—1956

År	Kostnader för kataloger och kontaktmän	
	i milj. kronor	i procent av försäljningsvärdet i grosshandelns inköpspris för de varor som säljes genom apotek
1950	0,8	2,1
1952	1,4	2,9
1954	1,6	3,1
1956	2,3	3,3

I en av kommittén år 1954 för annat ändamål företagen enkät till landets provinsialläkare berördes även läkarnas inställning till den bearbetning dessa blev föremål för från industriens sida. De inkomna svaren visade, att cirka 65 procent av provinsialläkarna syntes vara positiva och cirka 25 procent negativa till läkemedelsindustriens reklam och övrig bearbetning, medan 10 procent ej tog ställning.

Kostnaderna för *forsknings- och utvecklingsarbete* omfattar löner för personal, arvoden till konsulter och kostnader för lokaler, förbrukningsmaterial, facklitteratur m. m. Forskningen indelas i målforskning och grundforskning. Målforskning förekommer inom varje större läkemedelsindustriföretag. Den kan bestå i farmacevtiskt utveck-

Tabell 61. Kostnaderna för forsknings- och utvecklingsarbete hos fem av de största läkemedelstillverkarna åren 1950—1956

År	Kostnader för forsknings- och utvecklingsarbete	
	i milj. kronor	i procent av summan av försäljning inom landet i grosshandelns inköpspris och intäkter från utlandet
1950	3,8	6,9
1952	5,2	6,3
1954	5,9	5,9
1956	8,4	6,3

lingsarbete, där man ägnar sig åt kvalificerade arbetsuppgifter för att få fram bättre tillverkningsmetoder och ökad hållbarhet på preparaten. Målforskningen inom det kemiska området strävar bl. a. efter att förbättra gamla och att utarbeta nya syntesmetoder, som gör det möjligt att framställa substanser, varav tillverkningen eljest kommit att bli reserverad för annat företag på grund av metodpatent.

Även biologisk forskning av målforskningskaraktär sker inom industrien. Denna har ofta relativt kortsiktig uppläggning och avser lösandet av sådana frågeställningar som toxicitetsproblem, resorptionsförhållanden o. s. v. I vissa fall måste den dock tagas upp i betydande omfattning med insats av såväl farmakologisk, fysiologisk som biokemisk sakkunskap. Klinisk forskning jämte ytterligare biologisk forskning bedrives utanför industriernas laboratorier men i samverkan med dessa.

Grundforskning på förut nämnda områden förekommer även men med hänsyn till att industriens verksamhet i första hand måste vara inriktad på nära liggande, praktiska arbetsuppgifter, blir denna form av forskning relativt begränsad.

Forskningskostnaderna bör ställas i relation till hela försäljningen, eftersom denna »drar nytta» av forskningen genom att uppslag som framkommer exploateras även utanför läkemedelsområdet och även avser exportförsäljning. En sammanställning av här ifrågavarande kostnader ges i tabell 61.

5. Läkemedelsprisnivån

Kommittén beslöt i ett tidigt skede av utredningsarbetet att söka erhålla en jämförelse mellan de svenska läkemedelspriserna och grannländernas.

Efter en preliminär undersökning genom apotekarsocieteten år 1954 gjordes genom denna en ny undersökning våren 1957, vilken huvudsakligen avsåg specialiteter. De specialiteter, varom prisuppgifter skulle inhämtas, utvaldes på följande sätt. På basis av uppgifter från ett antal svenska apotek beräknades vilka specialiteter som var de omsättningsmässigt största. Med ledning av danska och norska specialitetsförteckningar utvaldes därefter ett 25-tal för jämförelse lämpade läkemedel. Utöver specialiteterna medtogs även tre apoteksberedningar.

Samtliga priser avser den 1 april 1957. Uppgift erhölls om dels apotekens utförsäljningspriser, vari i förekommande fall skulle ingå kostnader för emballage, expeditionsavgift samt andra pålägg, dels ock apotekens inköpspriser, d. v. s. droghandelns försäljningspriser. Vid jämförelse mellan ländernas läkemedelspriser bör följande observeras. Expeditionsavgiften i receptur är i Sverige 50 öre, i Norge 20 öre och i Danmark för specialiteter 15 öre i respektive lands valuta, varjämte i Danmark vid expedition av apoteksberedningar en expeditionsavgift på 85 öre utgår, såväl i handköp som receptur. Insulin och leverpreparat prissättes i Danmark med endast 10 procent pålägg. I Danmark ingår i priset för Albyl, Neurol och Neurol comp embal-

Tabell 62. Jämförelse mellan vissa läkemedelspriser år 1957 i Danmark, Norge och Sverige. Priserna är uttryckta i svenskt mynt

Preparatets eller — i de fall synonymer jämförts — preparatens namn	Beredningsform och i vissa fall styrka	Fabrikant(er)			Förpackningsstorlek	Apotekens inköpspriser						Apotekens utförsäljningspriser inkl. emballage och för receptbelagda varor expeditionsavgift					
						öre i svenskt mynt			rangordning			öre i svenskt mynt			rangordning		
		Danmark	Norge	Sverige		Danmark	Norge	Sverige	Da	No	Sv	Danmark	Norge	Sverige	Da	No	Sv
Farm. specialiteter																	
Albyl	tabl.	Leo	Farm. Ind.	Leo	20	63	33	—	2	1	—	100	65	—	2	1	—
					40	—	65	—	2	3	1		123		3	2	1
					50	77	—	74				[1]156		135			
					100	115	137	—	1	2	—	[4]238	242	—	1	2	—
Algesal	salva	Latema	Nyco	Latema	40	232	155	227	3	1	2	409	271	345	3	1	2
Bellergal	drag.	← Sandoz →			25	266	220	320	2	1	3	417	401	510	2	1	3
					100	997	824	1 120	2	1	3	1 454	1 283	1 510	2	1	3
					250	2 408	1 840	2 324	3	1	2	3 511	2 751	3 015	3	1	2
Cedilanid	drag.	← Sandoz →			40	327	235	327	2 3	1	2 3	524	419	520	3	1	2
					250	1 665	1 323	1 644	3	1	2	2 399	2 006	2 165	3	1	2
					500	2 952	2 411	2 932	3	1	2	4 188	3 578	3 775	3	1	2
Chloromycetin-palmitat	susp.	← Parke, Davis & Co →			60	900	914	1 287	1	2	3	1 428	1 417	1 720	2	1	3
Deltacortril-Prednisolon 5 mg	tabl.	Organon	← Pfizer →		20	1 945	1 746	1 950	2	1	3	2 998	2 617	2 550	3	2	1
					100	9 186	7 956	9 230	2	1	3	13 857	11 581	11 650	3	1	2
Digitoxin-Digitrin	tabl.	← Astra →			25	126	90	170	2	1	3	238	184	325	2	1	3
					100	417	267	519	2	1	3	703	470	760	2	1	3
					250	1 026	578	1 113	2	1	3	1 618	929	1 500	3	1	2
Dispril (Disprin)	tabl.	—	Reckitt & Colman		32	—	101	—	—	1	—	—	188	—	—	1	—
					40	—	—	167	—	—	1	—	—	270	—	—	1
					500	—	1 276	832	—	2	1	—	1 923	1 100	—	2	1
Hepapyl-Hepaforte	granulat	Roskilde Med. Co	← Astra →		125	1 041	—	—	1	—	—	1 145	—	—	1	—	—
					150	—	520	494	—	2	1	—	831	680	—	2	1
					250	2 008	—	—	1	—	—	2 209	—	—	1	—	—
					300	—	990	955	—	2	1	—	1 511	1 255	—	2	1
					800	—	2 454	2 312	—	2	1	—	3 625	2 950	—	2	1

Hibanal-Hibernal	tabl.	—	Lund-	Leo	50	—	416	420	—	1	2	—	694	635	—	2	1
	10 mg		beck		500	—	3 658	3 665	—	1	2	—	5 378	4 690	—	2	1
	25 mg				50	—	622	645	—	1	2	—	994	915	—	2	1
					500	—	5 487	5 500	—	1	2	—	8 017	6 985	—	2	1
	100 mg				50	—	1 865	1 935	—	1	2	—	2 790	2 530	—	2	1
					100	—	16 464	16 500	—	1	2	—	23 870	20 735	—	2	1
Hydrocortone	salva	←——— Merck ———→			5	688	560	700	2	1	3	1 112	904	985	3	1	2
	1 %				30	2 789	3 134	3 000	1	3	2	4 262	4 619	3 860	2	3	1
					100	8 926	10 341	8 300	2	3	1	13 466	15 025	10 485	2	3	1
Insulin	lösn. f. inj.	Novo	Apot.	Vitrum	10	247	177	283	2	1	3	[5]271	195	415	2	1	3
	40 IE		Lab.		5 × 10	1 190	887	1 370	2	1	3	[5]1 309	976	1 775	2	1	3
Largactil	tabl.	←—— May & Baker ——→			50	312	416	420	1	2	3	547	694	635	1	3	2
	10 mg				500	2 901	3 658	3 665	1	2	3	4 429	5 378	4 690	1	3	2
	25 mg				50	510	622	645	1	2	3	844	994	915	1	3	2
					500	4 589	5 490	5 500	1	2	3	6 962	8 021	6 985	1	3	2
Meprobamat-	tabl.	Nordex	—	Draco	50	822	—	992	1	—	2	1 313	—	1 350	1	—	2
Meproban					100	1 592	—	1 952	1	—	2	2 466	—	2 550	1	—	2
					500	6 650	—	7 352	1	—	2	10 052	—	9 300	2	—	1
Meprobamat-	tabl.	←——— Lederle ———→			25	491	586	510	1	3	2	814	940	750	2	3	1
Miltown					50	—	969	995	—	1	2	—	1 496	1 355	—	2	1
					100	1 988	—	—	1	—	—	3 061	—	—	1	—	—
					500	8 554	8 205	9 952	2	1	3	12 909	11 942	12 550	3	1	2
Neurol	tabl.	Leo	—	Leo	50	141	—	90	2	—	1	[1]245	—	160	2	—	1
					100	223	—	165	2	—	1	[1]387	—	265	2	—	1
Neurol comp.	tabl.	Leo	—	Leo	50	147	—	105	2	—	1	[1]268	—	240	2	—	1
					100	223	—	190	2	—	1	[1]409	—	350	2	—	1
Probecillin	tabl.	—	←——Astra——→		10	—	719	1 012	—	1	2	—	1 135	1 375	—	1	2
	250 000 IE																
Saridon	tabl.	←——— Roche ———→			10	—	76	85	—	1	2	—	155	205	—	1	2
					20	156	148	155	3	1	2	275	278	305	1	2	3
					50	368	354	375	2	1	3	606	607	580	2	3	1
					250	1 692	1 533	1 685	3	1	2	2 529	2 310	2 215	3	2	1
Selsun	susp.	←——— Abbott ———→			60	413	427	—	1	2	—	688	712	—	1	2	—
					120	744	719	680	3	2	1	1 183	1 135	910	3	2	1
Serpasil	tabl.	←————Ciba————→			50	143	105	144	2	1	3	268	206	290	2	1	3
	0,1 mg				100	—	177	280	—	1	2	—	325	460	—	1	2
					250	502	412	592	2	1	3	833	690	850	2	1	3
					1 000	1 703	1 323	1 880	2	1	3	2 633	2 006	2 460	3	1	2

Preparatets eller — i de fall synonymer jämförts — preparatens namn	Beredningsform och i vissa fall styrka	Fabrikant(er)			Förpackningsstorlek	Apotekens inköpspriser						Apotekens utförsäljningspriser inkl. emballage och för receptbelagda varor expeditionsavgift					
						öre i svenskt mynt			rangordning			öre i svenskt mynt			rangordning		
		Danmark	Norge	Sverige		Danmark	Norge	Sverige	Da	No	Sv	Danmark	Norge	Sverige	Da	No	Sv
Farm. specialiteter																	
Serpasil	tabl. 0,25 mg	←———	Ciba	———→	40	190	141	192	2	1	3	350	264	350	2 3	1	2 3
					100	—	286	462	—	1	2	—	499	690	—	1	2
					200	751	528	840	2	1	3	1 205	857	1 160	3	1	2
					1 000	3 325	2 342	3 792	2	1	3	5 065	3 477	4 850	3	1	2
Tetracyclin-Tetracyn	drag. 50 mg 250 mg	←—	Pfizer	—→	25	1 049	933	1 070	2	1	3	1 651	1 442	1 450	3	1	2
					100	—	3 419	3 890	—	1	2	—	5 031	4 975	—	2	1
					8	1 536	1 366	1 360	3	2	1	2 384	2 067	1 810	3	2	1
					16	2 797	2 545	2 560	3	1	2	4 273	3 770	3 310	3	2	1
					100	16 587	14 765	14 750	3	2	1	24 958	21 344	18 550	3	2	1
Zinkprotamininsulin	lösn. f. inj.	Novo	Apot. Lab.	Vitrum	10	263	197	322	2	1	3	[5]290	217	465	2	1	3
					5×10	1 294	985	1 565	2	1	3	[5]1 424	1 084	2 015	2	1	3
Apoteksberedningar																	
Magnecyl	tabl.				20								69				
					25							[2]123		50	2		1
					40								137				
					50							[3]164		90	2		1
					100							[4]238	249	150	2	3	1
Magnecyl c. codein	tabl.				20							[2]160	—	80	2	—	1
					50							[3]275	—	225	2	—	1
					100							[4]431	—	340	2	—	1
Pentymal	tabl.				10							[1]100	90	110	2	1	3
					50							[2]179	206	200	1	3	2
					100							[2]257	304	300	1	3	2
					200							[3]431	—	480	1	—	2

[1] emb. återtages m. 19 öre.
[2] » » » 22 »
[3] » » » 26 »
[4] » » » 30 »
[5] 10 procents pålägg.

lage, som återtages till debiterat pris, vilket även gäller apoteksberedningarna.

I tabell 62, vars siffror utarbetats av apotekarsocieteten, återges priserna omräknade till svenska kronor. Utom varornas namn finns i tabellen uppgift om förpackningsstorlek och för specialiteterna dessutom fabrikantens namn. Såväl apotekens inköpspriser som försäljningspriser finns angivna för respektive land. Dessutom har vid sidan av priskolumnerna särskilt utmärkts ordningen mellan respektive länder i prishänseende. Siffran 1 betyder därvid att priserna i det ifrågavarande landet — på det sätt de erhållits genom direkt omräkning av växelkurserna — var lägst.

Genom att underlag saknats för att väga priserna med förbrukningstal får undersökningen närmast ses som prisexempel. Den antyder dock en tendens till att såväl apotekens inköpspriser som deras utförsäljningspriser — uttryckta i svenska kronor — var lägre i Norge än i Danmark och Sverige. Emellertid bör observeras att det är vanskligt att draga några slutsatser ur en beräkning grundad på jämförelse av priserna endast via växelkurserna.

6. Tidigare förslag

De tidigare utredningarna på området har ägnat förhållandevis litet utrymme åt läkemedelsindustrien, och några förslag om genomgripande åtgärder har ej framförts beträffande denna del av läkemedelsbranschen. I detta fall kan bortses från sådana mera specialbetonade utredningar som avsett kontroll av de farmacevtiska specialiteterna.

1946 års läkemedelsutredning ställde sig beträffande läkemedelsindustrien närmast avvaktande. Efter att ha sammanfattande refererat yttrandena över den riksdagsmotion som föregick utredningens tillsättande — enligt vilka betänkligheterna mot ett eventuellt förstatligande av industrien bottnade i farhågor för att forskningsarbetet och exporten icke skulle omhuldas på samma sätt av ett statligt företag — anförde utredningen:

»En annan beaktansvärd synpunkt är enligt läkemedelsutredningens åsikt att de svenska fabrikerna genom sin konkurrens inbördes och med utländska tillverkare kunna tillförsäkra apoteken ett gynnsamt läge som köpare.

Inför svårigheten att bedöma utvecklingsgången vad läkemedelsindustrien beträffar — svårare här än i fråga om droghandeln — tala enligt läkemedelsutredningens uppfattning goda skäl för att icke begränsa industriens handlingsfrihet samt att tillsvidare avvakta följderna av en omläggning av apotekens ställning och verksamhet. Skulle, sedan köparnas efterfrågan centraliserats och anordnats efter affärsmässiga riktlinjer, en priskartell komma till stånd på säljaresidan, har apoteksbolaget förutsättningar att upptaga egen tillverkning i industriell skala av sådana specialiteter, vilkas pris genom kartelleringen fastställas på en för hög nivå.»

I remissyttrandena över läkemedelsutredningens betänkande framfördes icke från något håll direkta krav om förstatligande, men länsstyrelsen i Stockholms län uttalade, att vid en överarbetning av utredningens betänkande uppmärksamhet borde ägnas även åt läkemedelsindustrien. Däremot varnade flera remissinstanser för förstatligande av detta led.

7. Kommitténs överväganden och förslag

Den redovisning som lämnats i det föregående visar, att den svenska läkemedelsindustrien utvecklats mycket kraftigt under de senaste decennierna. Visserligen har läkemedelskonsumtionen stigit avsevärt under denna tid, men den svenska industrien har väl följt med i den utveckling som skett. Den har också utan tullskydd med gott resultat mött den internationella konkurrensen på den svenska marknaden.

Även på den internationella marknaden har den svenska läkemedelsindustrien väl hävdat sin ställning och uppnått en icke obetydlig export samt genom tillverkning i dotterföretag eller genom licensgivning kunnat introducera i Sverige utexperimenterade preparat på den internationella marknaden. Under år 1956 uppgick exportinkomster och från utlandet hemtagna andra intäkter hos fem av de största läkemedelsindustrierna till 37 procent av deras totala omsättning.

Av stor betydelse för utvecklingen synes ha varit den forskning och det utvecklingsarbete som bedrivits inom industrien.

Under den uppbyggnads- och utvecklingsperiod som lett fram till den nuvarande standarden på den svenska läkemedelsindustrien synes den fria konkurrensen mellan företagen ha varit av stor betydelse. Kommittén finner det angeläget att förutsättningarna härför bibehålles. Detta innebär att kommittén icke finner det önskvärt med en koncentration till exempelvis ett enda företag. En sådan utveckling skulle säkerligen icke vara gagnelig med hänsyn till den dynamiska funktion som industrien måste ha. Utvecklingen mot en monopolsituation är således icke önskvärd, vare sig i form av ett företag ägt av det allmänna eller en koncentration till ett enskilt monopol. Framförallt förutsättningarna för forsknings- och utvecklingsarbetet bör därvid observeras.

I allmänhet torde man kunna räkna med att forskning bedrives aktivare under konkurrens. Den dynamiska uppgift, som läkemedelsindustrien har, nödvändiggör att nya och bättre läkemedel kontinuerligt skapas, varför forskning är oundgängligen nödvändig. Genom sin existens och de spår forskningen sätter i vetenskapliga publikationer ger den även en god plattform för svensk läkemedelsindustri och svensk medicinsk forskning att komma i kontakt med utländska forskare och forskningscentra.

Det forskningsarbete, som bedrives inom läkemedelsindustrien, kan också komma till resultat, som kan tillämpas och nyttiggöras på andra områden än enbart för tillverkning av läkemedel. Detta kan även komma att verka befrämjande på den del av tillverkningen inom företaget, som inriktas på läkemedel.

För att uppnå bästa möjliga effekt av forskningen bör företagen ha tillfälle att fritt ta chanser, samtidigt som man måste vara beredd på de risker som detta kan medföra i så måtto, att kostnader nedlagda på vissa forskningsprojekt icke alltid ger någon utdelning i form av nya preparat.

Från läkemedelsindustriens sida hävdas att det är speciellt viktigt att forskningskostnaderna kan slås ut på en så stor tillverkad kvantitet som möjligt. Den svenska marknaden anses vara alltför liten för att ensam utgöra ett tillräckligt underlag, varför man för att upprätthålla konkurrenskraften behöver exportera.

Det som anförts i det föregående leder till slutsatsen att den nuvarande ordningen med konkurrerande tillverkare bör bestå. Det är emellertid ytterst viktigt att garantier finns för att den fria konkurrensen blir bestående i framtiden och att den inte elimineras genom konkurrensbegränsningar av olika slag eller genom monopol.

Mot en sådan utveckling ligger en garanti däri, att den inhemska läkemedelsindustrien har att utan tullskydd konkurrera med den utländska på den svenska marknaden. Härtill kommer en ytterligare konkurrens, om kommitténs förslag realiseras beträffande den på

apotekens s. k. distriktslaboratorier bedrivna tillverkningen. Även distributionens utformning har betydelse för industriföretagens inbördes konkurrensförhållanden. Kommittén behandlar distributionsfrågorna i kapitel VIII.

Kommittén återkommer i annat sammanhang till frågan om den enskilda läkemedelsindustriens möjligheter att tillverka s. k. officinella läkemedel.

B. ACO-verksamheten

1. Bakgrunden till ACO-verksamhetens uppkomst

Det har av ålder funnits ett principiellt förbud för apotekare att inköpa apoteksberedningar från annat håll än apotek, vilket föranletts av att erforderliga garantier för beredningarnas fullgoda beskaffenhet ansetts kunna vinnas endast på denna väg. Apoteken har sålunda varit ålagda att framställa de beredningar, för vilka framställningsmetod angivits i farmakopén. Detta s. k. hemmaberedningstvång medförde en tillverkning i små kvantiteter även av de läkemedel som med fördel skulle ha kunnat tillverkas i större mängd per gång. Härigenom fördröjdes en rationalisering av tillverkningen, vilken från skilda håll kritiserades såsom irrationell.

Apotekssakkunniga av år 1931 ägnade frågan om centralisering av viss del av apotekens läkemedelstillverkning ingående behandling, vilket resulterade i ett förslag om inrättande av ett centrallaboratorium för framställning av apoteksberedningar. Detta laboratorium skulle vara knutet till en av de sakkunniga föreslagen statlig läkemedelsgrosshandel med ensamförsäljningsrätt till apoteken beträffande apoteksvaror. Apotekssakkunnigas förslag om inrättande av ett centrallaboratorium blev icke förverkligat, och apotekens läkemedelstillverkning bedrevs även under det närmast följande tiotalet år efter i princip samma linjer som tidigare. Vissa apotek började dock att i ökad omfattning sälja beredningar till andra apotek, men sådana beredningar inköptes — med myndigheternas kännedom — i viss utsträckning även från droghandel.

Redan före år 1920 började dylika preparat i konsumentförpackning att ingå i apoteksförsäljningen. Genom 1934 års specialitetskungörelse blev sådana preparats beteckning officiellt farmacevtiska specialiteter. En successiv förskjutning i apotekens varusortiment från apoteksberedningar till specialiteter ägde därefter rum. Det var förmodligen under trycket av denna utveckling som man från apotekarhåll vidtog vissa åtgärder i syfte att rationalisera apoteksdriften, särskilt beträffande tillverkningen men även beträffande varukontrollen. De antydda åtgärderna var i huvudsak följande.

År 1939 startade apotekarsocieteten apotekens kompositionslaboratorium (ACO-laboratoriet). Detta skulle bl. a. verka för standardisering av förpackningsmaterial för apoteksberedda preparat. År 1945 beslöts, att central tillverkning av apoteksberedda läkemedel skulle — för omkringliggande apotek enligt en indelning i distrikt — ske vid 25 apotek med s. k. distriktslaboratorium. ACO-laboratoriet skulle fungera som administrativt organ. År 1946 startade verksamheten, och apoteken informerades om att man avsåg att avlasta de enskilda apoteken arbetet med tillverkning av i första hand ampuller, tabletter, dragéer samt tjocka, torra och flytande extrakter. Efter apotekarsocietetens omorganisation år 1954 ingår ACO-laboratoriet i societetens planeringsavdelning.

År 1947 utfärdade medicinalstyrelsen den s. k. utrustningskungörelsen (kun-

görelse med föreskrifter i anledning av införandet av ny upplaga av svenska farmakopén) med bestämmelser bl. a. om apotekens rätt att köpa beredningar. Genom kungörelsen lättades formellt förbudet för apoteken att inköpa apoteksberedningar från annat håll än apotek på så sätt, att vissa apotek — för närvarande de apotek som har distriktslaboratorium — skulle kunna från annan tillverkare än apotek få anskaffa sådana beredningar för att efter analys sälja dem antingen i egen detaljförsäljning eller också till andra apotek för dessas detaljförsäljning. Emellertid skärptes förhållandena i realiteten, eftersom de i praktiken tidigare förekommande inköpen av beredningar från annat håll upphörde.

2. Verksamhetens omfattning

Den sammanlagda tillverkningens värde

Maximalt möjlig tillverkning. Det framstår som ganska klart att det knappast skulle vara rationellt att till distriktslaboratorierna centralisera all den tillverkning av lagringsbara läkemedel som apoteken måste utföra. Detta gäller t. ex. för preparat som har åtgång endast på enstaka apotek eller blandningar som är enkla att utföra och skrymmande eller tunga i förhållande till sitt värde. En hel del exempel skulle kunna dras fram främst beträffande enkla lösningar, syruper, salvor och pulverblandningar, där kostnadsbesparingen vid en central tillverkning icke skulle uppväga nackdelarna i form av högre distributionskostnader.

Kommittén har inte företagit några undersökningar av hur stor del av apotekens beredningar som skulle kunna utföras på distriktslaboratorierna, då en sådan undersökning ej varit nödvändig för bedömningen av de frågor som kommittén haft att ta ställning till.

Tabell 63. Värdet av distriktslaboratoriernas tillverkning åren 1952—1956 i apotekens inköpspriser

År	Tillverkningsvärde i apotekens inköpspriser, milj. kronor	Andel i apotekens totala inköp procent
1952	10,5	8,5
1953	11,1	8,6
1954	11,9	8,6
1955	13,7	8,6
1956	15,4	8,4

Faktisk tillverkning. Eftersom exakta uppgifter om de interna leveranserna på apotek med distriktslaboratorium ej stått att få för de undersökta åren, har leveranserna från distriktslaboratoriedelen till apoteksdelen uppskattats och därvid antagits utgöra 10 procent av vederbörande apoteks detaljförsäljning, uttryckt i försäljningspris. Värdet i apotekens inköpspriser av distriktslaboratoriernas tillverkning under åren 1952—1956 framgår av tabell 63.

Det framgår av tabellen att tillverkningen ökat värdemässigt, andelen i apotekens inköp har emellertid hållit sig ungefär oförändrad under åren 1952—1956. Ett mått på den volymmässiga utvecklingen erhålles av tabell 64 i följande avsnitt.

Tillverkningens struktur

Den på distriktslaboratorierna tillverkade volymen inom olika läkemedelsgrupper under åren 1952 och 1956 framgår av tabell 64.

Totala antalet tillverkade preparat (tillverkningssortimentet) har under åren 1952—1956 ökat med 38 procent, vilket framgår av tabell 65. Som särskilda preparat har räknats olika beredningsformer, styrka etc. men ej förpackningsstorlek. För injektions- och infusionslösningar, där tillverkning och förpackning sker i ett sammanhang har

Tabell 64. Distriktslaboratoriernas tillverkningsvolym

Läkemedelsgrupp		Tillverkning, ton resp. milj. st.	
		1952	1956
Tabletter	milj. st.	521,5	641,3
Piller	» »	34,6	38,9
Trochisker	» »	16,6	16,7
Solubletter	» »	0,1	—
Pulver (blandn.)	ton	15,2	27,6
Pulver (maln.)	»	59,1	75,8
Salvor, pastor, liniment och cremer	»	38,6	76,3
Extrakter, flytande	»	6,5	8,0
» torra, tjocka	»	7,3	6,8
Tinkturer	»	18,5	15,4
Siraper	»	81,1	98,9
Succi	»	11,7	14,9
Injektionslösn.	»	35,2	28,6
Infusionslösn.	»	—	246,4
Övrigt	»	164,0	364,4
Summa	milj. st.	572,8	696,9
	ton	437,2	963,1

dock även varje förpackningsstorlek räknats som särskilt preparat.

Ökningen ligger till större delen inom grupperna övrigt, salvor m. m., tabletter, injektions- samt infusionslösningar, vilket framgår av tabell 66. Den markanta ökningen inom gruppen övrigt kan delvis bero på att de enskilda apotekens tillverkning av vissa lagerpreparat med sjunkande efterfrågan ansetts oekonomisk, varför tillverkningen förts över från apoteken till laboratorierna. Ökningen av infusionslösningarna beror i första hand på att tillverkningen överförts från sjukhus till vissa distriktslaboratorier.

Tabell 65. Tillverkningssortimentets utveckling hos distriktslaboratorierna åren 1952—1956

År	Antal tillverkade preparat	
	Absoluta tal	Relativa tal
1952	1 446	100
1953	1 478	102
1954	1 748	121
1955	1 870	129
1956	1 989	138

De återgivna tabellerna hänför sig till distriktslaboratoriernas totala tillverkning. Denna kan indelas i två grupper, av vilka den ena utgöres av s. k. ACO-preparat och den andra av övriga varor. ACO-preparaten är sådana bruksfärdiga läkemedel, för vilka apotekarsocieteten använder sitt varumärke. Till antalet utgör ACO-preparaten endast något mer än en fjärdedel av samtliga de på distriktslaboratorierna tillverkade produkterna. Antalet ACO-preparat var nämligen år 1956 527, varav 429 var läkemedel och 98 var andra varor (kosmetika m. m.). År 1957 hade antalet tillverkade läkemedel stigit till 453, medan antalet övriga varor var samma som år 1956. Liksom förut angivits beträffande distriktslaboratoriernas totala tillverkning har därvid som särskilda preparat räknats olika beredningsformer, styrka etc. men ej förpackningsstorlek utom i fråga om injektions- och infusionslösningar där även förpackningsstorlekarna räknats för sig. Räknas även varje förpackningsstorlek genomgående för sig — varigenom varje rubrik som kan åsättas särskilt pris medtas — uppgick

Tabell 66. Antal tillverkade preparat på distriktslaboratorierna inom olika läkemedelsgrupper åren 1952 och 1956

Läkemedelsgrupp	Antal tillverkade preparat		Ändring	
	1952	1956	Ökning	Minskning
Tabletter	224	263	39	
Piller	14	13		1
Trochisker	11	10		1
Solubletter	3	—		3
Pulver (blandn.)	83	99	16	
Salvor, pastor, liniment och cremer	213	295	82	
Extrakter, flytande	26	28	2	
» torra, tjocka	28	33	5	
Tinkturer	91	75		16
Siraper	49	61	12	
Succi	3	3	—	—
Injektionslösn.	183	237	54	
Infusionslösn.	—	47	47	
Övrigt	518	825	307	
Summa	1 446	1 989	564	21

antalet år 1956 till 946 och år 1957 till 988.

Produktionsfördelningen

Under de första åren efter distriktslaboratorieorganisationens tillkomst tillverkades praktiskt taget samma sortiment på alla laboratorier. Man torde emellertid på ett tidigt stadium ha varit på det klara med att en viss specialisering av tillverkningen borde ske. Detta har också successivt genomförts. Laboratorierna har i viss utsträckning specialiserat sig på tillverkning av olika varugrupper och preparat. Ett visst mått på denna tillverkningsspecialisering (produktionsfördelning) utgör försäljningen mellan de olika laboratorierna, vilken redovisas i tabell 67.

Det kan utläsas ur tabellen att numera över en tredjedel av värdet av de på distriktslaboratorierna tillverkade varorna säljes till apoteken via ett annat distriktslaboratorium än det som tillverkat varan.

Denna specialisering kan mätas även på ett annat sätt, nämligen med hur stor andel av det totala antalet preparat som

Tabell 67. Försäljningen mellan distriktslaboratorierna

År	Beräknad försäljn. mellan laboratorierna, i apotekens inköpspriser milj. kr.	Andel av distriktslaboratoriernas totala tillverkning (apotekens inköpspriser), procent
1949	0,7	11
1950	1,5	21
1951	2,4	25
1952	3,1	30
1953	3,3	30
1954	3,7	31
1955	4,5	33
1956	5,8	38

tillverkas på ett eller ett fåtal laboratorier. Detta framgår av tabell 68.

Av tabellen kan utläsas, att det finns en klar tendens till specialisering av tillverkningen. Medan år 1952 41 procent av antalet preparat tillverkades på ett av de tjugo laboratorierna och 11 procent av artiklarna på mer än 15 av laboratorierna, tillverkades år 1956 53 procent av artiklarna på ett av de tjugo laboratorierna och 6 procent på mer än 15.

Tabell 68. Distriktslaboratoriernas grad av specialisering

År	Totalt antal inom rörelsen tillverkade preparat	Därav har nedan nämnd andel i procent tillverkats på				
		1 dlab	2—5 dlab	6—10 dlab	11—15 dlab	över 15 dlab
1952	1 446	41	29	13	6	11
1953	1 478	44	30	11	5	9
1954	1 748	51	27	9	4	8
1955	1 870	53	27	9	4	7
1956	1 989	53	28	8	4	6

Försäljning per arbetsställe

Eftersom distriktslaboratoriernas tillverkning delvis är specialiserad och de på så sätt på ett enda laboratorium eller ett fåtal laboratorier tillverkade varorna säljes till andra laboratorier och i allmänhet lagerföres där för försäljning till apoteken inom vederbörande laboratoriums distrikt, tjänstgör laboratorierna även som ett slags lagerhållande grossister vad distriktslaboratoriernas produktion beträffar. Försäljningen inkluderar således även de varor som köpts från andra laboratorier.

Försäljningen från de olika laboratorierna framgår av tabell 69.

Laboratorierna har såsom framgår av tabellen rätt olika storlek. Ursprungligen strävade man efter att få ungefär lika stor verksamhet på de olika laboratorierna. Eftersom befolkningstätheten emellertid är mycket olika, skulle detta medföra antingen att avstånden mellan apotek och vissa laboratorier måste bli stora eller också att antalet laboratorier skulle bli större, om man håller på principen om lika stora laboratorier. Vid lokaliseringen torde man även ha tagit hänsyn till vissa beredskapsskäl. Det minsta laboratoriets bibehållande får sålunda helt ses mot denna bakgrund. Om detta laboratorium ej medräknas, hade det största laboratoriet år 1956 fyra gånger så stor försäljning som det minsta.

Det kanske synes omotiverat att det i

Tabell 69. Distriktslaboratoriernas sammanlagda försäljning till andra laboratorier, moderapotek samt övriga apotek

Sammanlagd försäljning 1 000-tal kronor	Antal distriktslaboratorier				
	1952	1953	1954	1955	1956
under 200	1	1	1	1	1
200— 400	3	1	1	—	—
400— 600	6	7	5	4	1
600— 800	2	3	6	6	6
800—1 000	5	4	3	1	4
1 000—1 200	3	3	3	2	1
1 200—1 600		1	2	6	4
över 1 600					3
Summa	20	20	20	20	20

vardera av städerna Stockholm och Göteborg finns tre laboratorier. (Stockholm hade fram till hösten 1957 fyra.) Det måste dock observeras att så stor del av apotekens försäljning ligger i dessa städer med tillhörande omland att där belägna laboratorier i alla fall hör till de större. Med laboratoriernas nuvarande organisation med anknytning till apotek har det antagligen varit lämpligt att deras storlek blivit begränsad.

Arbetsställenas lokaler och arbetskraft

Då distriktslaboratorierna inrättades var tanken den, att stora apotek med från apotekens synpunkt omfattande utrustning skulle tillverka varorna åt distriktets övriga apotek inom de lokaler och i stort sett med den utrustning som man förfogade över. Därför kom di-

striktslaboratoriernas tillverkning att bedrivas i apotekens ordinarie laboratorier som varit avsedda för apotekens eget behov. Eftersom denna tillverkning skedde i direkt anslutning till försäljningen var det ganska naturligt att man delvis använde sig av även den personal som utförde övrigt arbete på apoteken. När distriktslaboratorierna startade, blev det sålunda närmast fråga om en utökning av den verksamhet som apotekens ordinarie laboratoriedel tidigare utövat. Därför fortsatte också det tidigare tillämpade systemet att i tillverkningsdelen delvis använda arbetskraft från distributionsdelen. Med den successiva övergång som skedde är denna ordning förklarlig.

Ett fåtal av laboratorierna har efterhand flyttats ut ur apotekslokalerna. Det synes sålunda vara en begynnande tendens inom distriktslaboratorieorganisationen att skilja tillverkningen från detaljdistributionsdelen. I ökad utsträckning användes numera ej samma personal för ACO-tillverkningen och det arbete som sammanhänger med apotekets detaljförsäljning.

3. Administration m.m.

Uppdraget att driva distriktslaboratorium lämnas av apotekarsocietetens direktion, som även utfärdar vissa föreskrifter i samband därmed. Vidare skall medicinalstyrelsen i enlighet med utrustningskungörelsen ha godkänt att framställning av beredningar för regelmässig försäljning till andra apotek lämpligen kan äga rum. Dylika godkännanden finns för närvarande icke för andra apotek än sådana som har distriktslaboratorium. Laboratoriet ingår som en del av apoteksinnehavarens personliga privilegium på vederbörande apotek, varför det liksom apoteket i övrigt formellt är apotekarens företag och står under hans ledning.

Under apoteksinnehavaren fungerar en legitimerad apotekare (laborant) som närmaste chef för laboratoriet. I allmänhet sysselsättes ytterligare en legitimerad apotekare bl. a. som analytiker. Samordnande uppgifter utföres av apotekarsocietetens planeringsavdelning. En del av dessa arbetsuppgifter är:

1. Utarbetande — i samarbete med laboratorieavdelningen — av kompositioner för nya läkemedelsberedningar som utges dels under namn av ACO-föreskrifter, dels som tillägg till Apotekens formelsamling (AF). Detta avser bl. a. preparat som utgör synonymer till befintliga specialiteter.
2. Utarbetande av tillverkningstekniska anvisningar.
3. Standardisering av emballagematerial och etiketter, s. k. signaturer, för läkemedelsförpackningar.
4. Utarbetande av bestämmelser angående standardisering av förpackningstorlekar för apotekens standardförpackade läkemedel.
5. Samordning och inriktning av distriktslaboratoriernas produktion.
6. Rekommendationer beträffande laboratoriernas val av utrustning.
7. Kalkylering och prissättning av laboratoriernas produkter (behandlas i avsnitt 4 nedan).
8. Statistikföring och efterkalkylering.

4. Kalkylering och prissättning

Som nämnts i föregående avsnitt sker kalkylering och prissättning centralt vid apotekarsocietetens planeringsavdelning. Man har därvid gjort försök att beräkna kostnaderna för laboratoriedelen genom att i tablåer ange kostnadsfördelningen mellan laboratorium och apotek. För den arbetskraft som helt sysselsatts med tillverkning har hela lönen — alltså även från kollektivet centralt betald lön — medräknats. För per-

sonal som varit sysselsatt med både tillverkning på distriktslaboratoriet och arbete inom apotekets detaljdistributionsdel har lönekostnaden fördelats efter den tid som vederbörande sysslat med respektive arbetsuppgifter. Man har försökt följa den angivna fördelningsprincipen även beträffande apoteksinnehavaren och andra personer inom företagsledningen. Lokalkostnaderna har fördelats efter ytan med i förekommande fall hänsyn tagen till den olikhet i kostnaderna som kan finnas mellan distributionsdelen och laboratoriedelen, som i regel ligger i mindre central del av fastigheten och därför kan åsättas lägre hyra per kvadratmeter.

I de få fall där distriktslaboratorierna i lokalhänseende helt skilts från apoteket har det inte uppstått några fördelningsproblem beträffande den anställda personalen men även här har innehavarens arbete inte kunnat fördelas annat än efter bedömning.

Från läkemedelsindustriens sida har stark kritik riktats mot distriktslaboratoriernas kalkylering. Man har därvid hävdat, att vissa av kostnaderna varit svåra att avgränsa, vilket kunnat leda till att kostnader som bort falla på laboratoriedelen i verkligheten belastats detaljdistributionsdelen.

En stor del av det ledande och övervakande arbetet ifråga om ACO-tillverkningen utföres centralt. Tidigare har nämnts apotekarsocietetens planeringsavdelnings ledande verksamhet. Societetens laboratorieavdelning (Apotekens kontrollaboratorium, AKL) utför bl. a. vissa analyser för distriktslaboratoriernas räkning. I allmänhet analyserar sålunda avdelningen de råvaror som distriktslaboratorierna inköper. Beträffande de av laboratorierna framställda produkterna kontrollerar avdelningen — i de fall där mera krävande analys är erforderlig — varje tillverkningssats som ett led i den löpande driftskontrollen. Vidare företas efterkontroller och vissa andra undersökningar av de på distriktslaboratorierna framställda preparaten. Tidigare debiterades vederbörande distriktslaboratorium ej för analyskostnaderna. Eftersom laboratorieavdelningens kostnader då bestreds av avgifter från apoteken — varvid avgifterna tagits från överskott som uppkommit på hela försäljningen, alltså även på specialiteterna — kunde det föreligga en dold kostnadsövervältring från ACO-preparat till specialiteter. Under de senaste åren har dock såväl analyskostnader som vissa andra kostnader, s. k. utvecklingskostnader, belastats ACO-produkterna.

Prissättningen av ACO-produkterna anges vara helt baserad på kalkylmässiga kostnader utan kompletterande marknadsmässiga bedömningar. Man skulle alltså följa en annan princip för prissättningen än inom industrien, vilken senare för jämförelsens skull något beröres i det följande. Olikheten beror dels på att ACO-tillverkningen ej är förenad med så stora kostnader för forskning och introduktion beträffande nya läkemedel som industrien, dels på att organisationen av apotekskollektivets ledning närmast ses som ett serviceorgan. När däremot en enskild läkemedelsindustri skall prissätta en ny specialitet som man börjat tillverka — och som det ännu inte finns några synonymer till — gäller det att få så stor täckning som möjligt för de forsknings- och utvecklingskostnader som industrien arbetar med. I första hand försöker man därvid täcka de kostnader som åvilar det ifrågavarande preparatet, men därutöver är det för industrien ofta angeläget att kunna ta ut ett högre pris på de preparat som man verkligen lyckats med, varigenom man kan er-

hålla bidrag till täckning av forskningskostnaderna även för sådana projekt som icke lett till resultat. Det är därför förklarligt att priset hålles relativt högt för ett nytt preparat innan andra tillverkare kommit fram med synonymer. Dessutom kan en annan faktor medverka till att priset i början är relativt högt. När man lanserar ett nytt preparat, vill man ofta göra detta så tidigt som möjligt och det kan då hända, att tillverkningsmetoden ännu icke är tillräckligt utvecklad, utan framställningskostnaderna kan ligga långt utöver dem som man kan uppnå sedan produktionen nått en större volym. När annan tillverkare tar upp tillverkningen av en synonym till preparatet ifråga, behöver priset icke sättas med tanke på att täcka forskningskostnader, utan det är tillräckligt att ta hänsyn till de egentliga tillverknings- och distributionskostnaderna. Det kan därför vara lönsamt att ta upp tillverkning av preparatet, även om det åsättes lägre pris än originalpreparatets. Att synonymer framkommer till lägre pris behöver således i och för sig icke innebära att de kan tillverkas billigare än det ursprungliga preparatet. Sedan synonymer börjat säljas till lägre pris, känner sig den första tillverkaren av konkurrenshänsyn nödsakad att sänka sitt pris, men dessutom kan prissänkningar som nämnts också bero på att tillverkningsmetoden utvecklats. Inom medicinalstyrelsen föreligger en viss prisgranskning i samband med att preparaten släpps ut i marknaden, men detta hindrar inte att prisbildningen i realiteten sker på det sätt som nämnts i det föregående.

5. Verksamhetens förutsättningar

Apoteken har monopol på försäljning av apoteksvaror men har i gengäld enligt apoteksvarustadgan skyldighet att tillhandahålla samtliga apoteksvaror. Härvid kommer apoteken även att i viss utsträckning vara nödsakade att tillverka varor som har obetydlig åtgång. En del av dessa varor kan tillverkas för lagring, och man har i många fall ansett det lämpligt att koncentrera tillverkningen till distriktslaboratorierna. Härigenom har dessas produktionsprogram kommit att uppta tillverkning av varor, som man antagligen inte skulle ha befattat sig med om man helt fritt fått välja sitt tillverkningsprogram. Eftersom tillverkningen av dessa preparat endast sker i små kvantiteter, blir tillverkningen splittrad. I och för sig kan man hävda, att de preparat som tillverkas endast i små kvantiteter bör ha samma lönsamhet som övriga och att de därför skall bära de kostnader som de åsamkar rörelsen, men det är ändå troligt att en begränsning i produktvalet skulle förekomma om man inte kände sig tvingad att tillverka varorna ifråga. Inom den enskilda industrien har man möjlighet att slopa tillverkningen av ett läkemedel, när försäljningen gått under en viss gräns, och kan därigenom koncentrera sig på de försäljningsmässigt större preparaten.

Det relaterade förhållandet innebär en klar olikhet mellan läkemedelsfabrikerna och distriktslaboratorierna i fråga om produktionsprogrammet. Man kan förutsätta, att ACO-verksamhetens tillverkningsprogram även framgent kommer att innehålla läkemedel, av vilka förbrukningen är så pass liten, att de ur industriell tillverkningssynpunkt måste betraktas som tyngande.

6. Tidigare avgivna förslag beträffande organisationen

1946 års läkemedelsutredning föreslog i sitt första betänkande (SOU 1951: 34), att apoteksväsendet skulle förstatligas och att verksamheten skulle bedrivas i aktiebolagsform. Man ansåg att tillverk-

ning inom detta företags ram borde förekomma på i princip liknande sätt som beträffande distriktslaboratorierna men att en koncentration till ett färre antal arbetsställen borde ske.

Remissinstanserna koncentrerade sig på huvudfrågan angående förstatligande eller ej av apoteksväsendet, varför frågan om distriktslaboratoriernas ställning kom i bakgrunden. Apotekarkåren anförde i sitt s. k. motförslag att distriktslaboratorieorganisationen borde utvecklas inom den befintliga ramen genom specialisering av tillverkning och lagerhållning och i övrigt bibehålla sin ställning såsom knutna till apotek.

Läkemedelsindustriföreningen utvecklade i bilaga till sitt remissyttrande den åsikten, att utredningen icke kunde känna till räntabiliteten för den inom det statliga apoteksföretaget föreslagna tillverkningen, emedan den inte hade undersökt distriktslaboratoriernas kostnadsförhållanden. Under förutsättning att tillverkningen inom apoteksledet skulle konkurrera med läkemedelsindustrien på lika villkor var man beredd att acceptera en dylik tillverkning.

»Liksom det svenska näringslivet i övrigt vill läkemedelsindustrien hävda den *fria konkurrensens* avgörande betydelse. Detta betyder dock ej, att industrien är villig att godtaga alla former av konkurrens från en instans, som av en eller annan orsak samtidigt är den enda möjliga distributören för de artiklar, som äro föremål för konkurrensen ifråga. Om industrien dock skulle påtvingas detta genom att LU:s förslag skulle genomföras, anser den, att en förutsättning är, att en eventuell konkurrens sker på jämförlig ekonomisk basis, d. v. s. att den inom apoteksbolaget använda kalkylmetoden innebär en korrekt fördelning av bolagets kostnader. Vidare får ej ensamdistributören givas möjlighet att på annat sätt diskriminera industriproduktionen.

Det har från industriens sida klart sagts ifrån, att man under sådan förutsättning fullt ut accepterar varje konkurrens, och att man således icke har den ringaste tanke på att söka motverka eller undertrycka en på vedertagna kalkylnormer vilande, av apoteken bedriven industriell verksamhet. Däremot vill man bestämt opponera sig mot en konkurrens, som på ovan antydda grunder äger möjlighet att skada industrien och dess framåtskridande.»

7. ACO-preparatens ställning i kontrollhänseende

I detta avsnitt lämnas en redogörelse för den granskning m. m. som förekommer beträffande de bruksfärdiga, standardförpackade preparat som tillverkas på distriktslaboratorierna. Från de icke bruksfärdiga preparaten bortses här.

Bakgrunden till nuvarande förhållanden

Ett av en enskild industri framställt bruksfärdigt läkemedel — en farmaceutisk specialitet — får enligt specialitetskungörelsen av år 1934 ej säljas utan medicinalstyrelsens tillstånd. Detta lämnas genom att preparatet registreras eller i avvaktan på registrering uppföres på den s. k. licensfria listan. De här angivna godkännandena gäller som generella tillstånd för försäljning av preparaten. Det finns därjämte en tredje typ av försäljningstillstånd, licens, som avser tillstånd för apotek att mot recept av viss angiven läkare expediera preparat, som ej är registrerat eller upptaget på licensfria listan.

Det kan förekomma att mindre apotek, som inte lämpligen kan framställa alla beredningar, anlitar något större apotek i närheten och därifrån får beredningar ifråga. I de diskussioner som förts i ärendet har det aldrig ifrågasatts, att dylika *tillfälliga* leveranser som närmast har karaktär av service skulle behöva falla under specialitetslagstiftningen.

Det synes inte vara fullt klart hur apotekssakkunniga av år 1931, efter vars första betänkande specialitetskungörelsen tillkom år 1934, sett på problemet i

fråga om färdigförpackade apoteksberedningar som *annat än tillfälligtvis* tillverkas för leverans till annat apotek. Frågan var av mindre praktisk betydelse vid denna tid, och diskussionen härom började egentligen först år 1946 efter distriktslaboratoriernas uppkomst.

Visserligen finnes i detta kapitel ett särskilt avsnitt som behandlar tidigare avgivna förslag, men det torde vara nödvändigt att här kortfattat redogöra för den förda diskussionen i frågan, för att särställningen för ACO-preparaten skall förstås.

Apotekarkåren hemställde år 1946 att Kungl. Maj:t skulle ändra specialitetskungörelsen, så att det klart framginge att bruksfärdigt, förpackat läkemedel som framställdes på distriktslaboratorierna och såldes till enskild förbrukare från annat apotek icke skulle betraktas som specialitet, eftersom man ansåg, att specialitetskungörelsen icke hade varit avsedd att gälla apoteksberedningar. Medicinalstyrelsen och 1946 års läkemedelsutredning tillstyrkte förslaget, medan läkemedelsindustriföretagen ansåg det vara fullt klart att ACO-preparaten skulle hänföras till farmacevtiska specialiteter. Ärendet hänsköts senare ånyo till 1946 års läkemedelsutredning, sedan den börjat arbeta med läkemedelslagstiftningen. Läkemedelsutredningen avgav år 1955 förslag som relateras i efterföljande avsnitt om tidigare avgivna förslag.

För närvarande är situationen den, att Kungl. Maj:t i detta avseende icke tagit ställning beträffande ACO-produkterna, medan medicinalstyrelsen i praxis undantagit dem från att hänföras till farmacevtiska specialiteter, trots att specialitetskungörelsens ordalydelse (§ 1) är sådan, att de borde hänföras dit.

En utförlig redovisning av bakgrunden till nuvarande förhållanden finns i 1946 års läkemedelsutrednings andra betänkande (SOU 1955: 44, sid. 185 ff), varjämte frågan upptogs bl. a. i apotekarsocietetens remissyttrande (sid. 23 f.).

Nuvarande förhållanden

De bruksfärdiga, standardförpackade preparat som distriktslaboratorierna tillverkar kan i stora drag indelas i fyra grupper, nämligen

1) fria handelsvaror (hudkrämer m. m.)

2) preparat upptagna i farmakopén, Pharmaconomia Suecica och medicinalstyrelsens samling av benämningar (MB)

3) preparat upptagna i apotekens formelsamling (AF)

4) preparat — utöver vissa av de i de nämnda handböckerna upptagna — som är jämförliga med farmacevtiska specialiteter.

Utöver i grupp 4 återfinnes även i grupperna 2 och 3 läkemedel som är synonyma med specialiteter. Detta beror på att kompositionen till vissa specialiteter så småningom upptages i de ovan nämnda handböckerna. De specialiteter som finns registrerade, när kompositionen upptas i dessa handböcker, får även fortsättningsvis försäljas under sina registrerade namn, men däremot får registrering av nya specialiteter med samma komposition ske endast om särskilda skäl föreligger. Trots att gränserna mellan grupperna är något diffusa, bör den gjorda indelningen vara lämplig som underlag för den fortsatta diskussionen.

En jämförelse mellan å ena sidan den offentliga specialitetskontrollen och å andra sidan den kontroll som förekommer beträffande distriktslaboratoriernas tillverkning visar följande.

Enligt bestämmelserna i specialitetskungörelsen (§ 5) skall medicinalsty-

relsen vid prövning av registreringsansökan särskilt taga hänsyn till

1. huruvida uppgiften om specialitetens art eller sammansättning är riktig
2. huruvida specialiteten i farmacevtiskt hänseende är av ändamålsenlig beskaffenhet
3. huruvida specialiteten är ägnad att förebygga, lindra eller bota sjukdom eller sjukdomssymtom hos människor eller djur
4. huruvida specialitetens pris är skäligt
5. huruvida den reklam, som föreslagits för specialiteten, är lämplig.

Den granskning som på detta sätt sker, innan ett preparat registreras, brukar benämnas förkontroll. Härutöver förekommer granskning av produkternas kvalitet genom analys av i marknaden stickprovsvis inköpta förpackningar, s. k. efterkontroll. Beträffande pris och reklam förekommer viss fortlöpande övervakning.

Med bortseende från de fria handelsvarorna gäller i fråga om kontrollen av ACO-produkterna följande. Granskning av att varorna överensstämmer med uppgifterna om art och sammansättning och att varan är i farmacevtiskt hänseende av ändamålsenlig beskaffenhet — s. k. *farmacevtisk kontroll* — äger ej rum från medicinalstyrelsens sida, innan ACO-produkterna släppes ut i marknaden. Den farmacevtiska kontroll som förekommer beträffande dessa produkter kan i princip likställas dels med industriföretagens interna kontroll, dels med den efterkontroll som förekommer beträffande specialiteterna. Apoteksväsendets interna kontroll av distriktslaboratoriernas produkter förekommer dels på tillverkningsstället, dels centralt hos apotekarsocietetens laboratorieavdelning. En skillnad gentemot industriföretagens kontroll anses ligga däri, att apotekens kvalificerade personal i motsats till industriens arbetar under tjänstemannaansvar. Genom apoteksinspektörernas försorg tages beträffande distriktslaboratoriernas produkter prov ur marknaden för granskning. Denna kontroll torde kunna jämföras med den efterkontroll som äger rum beträffande specialiteterna.

En mera principiell olikhet mellan kontrollen av läkemedelsindustrien å ena och distriktslaboratorierna å andra sidan ligger däri, att myndigheterna fortlöpande låter inspektera distriktslaboratoriernas tillverkningsställen i samband med inspektion av moderapoteken, medan inspektion av de enskilda industrierna kan ske endast efter beslut av Kungl. Maj:t.

Medicinsk granskning förekommer enligt följande.

Preparat som är intagna i farmakopén och Pharmaconomia Suecica granskas i samband med utgivandet av nya upplagor av de nämnda handböckerna. Granskningen är dock av annan art än den som förekommer i samband med registrering av specialiteter.

I »Medicinalstyrelsens samling av benämningar» intagna preparat är delvis medicinskt granskade. En del av dem förekommer nämligen även i Pharmaconomia Suecica och har granskats före intagningen i denna, medan för andra preparat viss medicinsk granskning förekommit i annan ordning.

Preparat har tagits med i Apotekens formelsamling i första hand på grund av deras efterfrågan på apoteken och inte efter deras medicinska värde, varför en hel del preparat förekommer, som inte skulle betraktas som godtagbara ur medicinsk synpunkt, om man skulle anlägga samma krav som vid specialitetsregistreringen. Detta gäller främst preparat inom den grupp som kallas folkmedicin.

För de preparat som är närmast jäm-

förbara med specialiteterna — och ej ingår i de nämnda handböckerna — gäller, att försäljningen kan påbörjas utan föregående medicinsk granskning. I praktiken förekommer dock viss underhandsgranskning hos medicinalstyrelsen av dessa preparats medicinska värde. Eftersom det inte finns några formella föreskrifter härom, kan dock konsekvensen bli, att ACO-preparat med förbigående av granskningen på kortare tid kan komma i marknaden än farmacevtisk specialitet, för vilken man måste vänta på medicinalstyrelsens godkännande, vilket i allmänhet dröjer två eller tre månader. Enligt uppgift har det i något fall förekommit att ACO-preparat på grund av att lika bestämmelser om granskning ej förefinnes hunnit marknadsföras tidigare än synonym specialitet.

Förekomsten av medicinsk granskning beträffande de apotekstillverkade standardförpackade apoteksvarorna framgår av tabell 70, som visar försäljningen år 1953 av de i respektive handböcker upptagna preparaten, indelade i medicinskt godtagna respektive icke granskade preparat.

Granskning av den tillämnade *reklamen* sker underhandsmässigt hos medicinalstyrelsen beträffande sådana ACO-

Tabell 70. Sammanställning över försäljningen år 1953 av apotekstillverkade standardförpackade apoteksvaror

Preparaten förekommer i	Från medicinsk synpunkt godtagna preparat				Preparat vilka ej blivit granskade från medicinsk synpunkt				Summa			
	Antal preparat		Värde		Antal preparat		Värde		Antal preparat		Värde	
	st.	%	milj. kr.	%	st.	%	milj. kr.	%	st.	%	milj. kr.	%
Pharmaconomia Suecica	191	46,8	25,6	75,5					191	46,8	25,6	75,5
Farmakopén	46	11,3	1,1	3,1					46	11,3	1,1	3,1
ACO-föreskrifter	42	10,3	0,7	2,1					42	10,3	0,7	2,1
Samling av benämningar (MB)	75	18,3	4,4	13,0	30	7,4	1,0	2,9	105	25,7	5,4	15,9
Apotekens formelsamling (AF)					23	5,6	1,1	3,3	23	5,6	1,1	3,3
Övriga					1	0,2	(0,003)	0,01	1	0,2	(0,003)	0,0
	354	86,7	31,8	93,7	54	13,2	2,1	6,2	408	99,9 (100)	33,9	99,9 (100)

(Tabellen är — med vissa här gjorda kompletteringar av texten — hämtad ur apotekarsocietetens remissyttrande över SOU 1955:44, sid. 27.)

preparat som är jämförbara med specialiteterna. En principiell olikhet gentemot den reklamgranskning som förekommer beträffande specialiteterna, ligger dock däri, att granskningsmyndigheten icke har samma befogenheter, då det gäller ACO-preparaten som då det gäller enskilda tillverkares specialiteter.

Prisgranskning förekommer beträffande ACO-produkterna hos medicinalstyrelsens läkemedelsekonomiska sektion.

Ytterligare en olikhet mellan specialitetsgranskningen för enskilda tillverkare och de av medicinalstyrelsen underhandsmässigt utförda granskningsmomenten beträffande ACO-preparat lig-

ger däri, att tillverkarna av de senare i motsats till enskilda specialitetstillverkare icke behöver erlägga avgifter för den utförda granskningen.

Tidigare förslag

1946 års läkemedelsutredning föreslog i sitt andra betänkande (SOU 1955: 44) att de på distriktslaboratorierna tillverkade bruksfärdiga preparaten skulle hänföras till farmacevtiska specialiteter. Det huvudsakligaste motivet synes ha varit att få enhetliga bestämmelser för alla preparat som tillverkas under likartade förutsättningar. Några av remissinstansernas yttranden över utredningens av statsmakterna ännu icke slutbehandlade förslag refereras i det följande.

Apotekarsocieteten förklarade sig beredd att acceptera viss form av medicinsk granskning beträffande de preparat för vilka information lämnas, men menade att preparaten ifråga inte skulle behöva införas under specialitetskontrollen i dess helhet.

Statens farmacevtiska laboratorium avvisade förslaget att hela sortimentet skulle föras in under specialitetskontrollen men ansåg det önskvärt, att den medicinska granskningen blev utformad på likartat sätt som beträffande specialiteterna. Det senare ansågs dock ej behöva medföra att de preparat, för vilka man rekommenderade viss form av medicinsk granskning, helt fördes över till specialiteterna. Liknande inställning hade *farmacevtförbundet.*

Medicinalstyrelsen förordade, att andra preparat än de som upptagits i gällande upplaga av farmakopén eller Pharmaconomia Suecica skulle behandlas som specialiteter, främst därför att de borde underkastas medicinsk granskning. Styrelsen yttrade:

»Vissa brister finnas dock i den av det allmänna utövade kontrollen över sådana apoteksberedda preparat, vilka ansetts jämförbara med farmacevtiska specialiteter. Dessa brister avse närmast preparatens medicinska ändamålsenlighet och reklamen för desamma. När det gäller att avhjälpa dessa brister äro två olika vägar tänkbara. Den ena är att inordna preparaten under specialitetsbegreppet och den andra att — med hänsyn till apotekens speciella ställning som ett noga reglerat samhällsorgan — i annan ordning utfärda kompletterande föreskrifter beträffande dessa preparat. Det förstnämnda alternativet medger i största möjliga utsträckning enhetliga bestämmelser för alla läkemedel inom läkemedelsförordningens ram. Sett i sammanhang med den omfattande läkemedels- och apotekslagstiftningen som helhet kan dock tvekan uppstå om vilken väg som är den lämpligaste. Vid vägning av de båda alternativen finner styrelsen, att med hänsyn till att de centraltillverkade apotekspreparaten icke utgöra en i alla avseenden enhetlig grupp en differentierad behandling av desamma vara mest ändamålsenlig.

Apoteken ha under senare år lanserat en del nya läkemedel, vilka icke varit upptagna i officiella läkemedelshandböcker. För preparaten har reklam bedrivits på liknande sätt som för fabrikstillverkade specialiteter. Medicinalstyrelsen har visserligen beretts tillfälle att förhandsvis granska medlens medicinska ändamålsenlighet och den tillämnade reklamens utformning men en fastare ordning härvidlag är onekligen önskvärd. Då ifrågavarande läkemedel endast i fråga om det allmännas kontroll över tillverkningen skilja sig från farmacevtiska specialiteter, synes det naturligt att de registreras såsom specialiteter. På apoteken saluföras i standardförpackningar vidare ett antal läkemedel som upptagits i tidigare men icke i nu gällande upplaga av farmakopén eller Pharmaconomia Svecica eller som utan att ha varit intagna i dessa handböcker sedan gammalt röna viss efterfrågan. Av dessa läkemedel motsvara många icke nutida krav på medicinsk ändamålsenlighet och skulle därför icke kunna registreras. Då ingen som helst reklam föres för dessa preparat torde de komma att successivt försvinna ur handeln utan att restriktiva åtgärder behöva vidtagas. Processen skulle emellertid påskyndas, därest registrering av preparaten krävdes. Förutsättningen för att registreringsplikten i dessa fall skulle bliva fullt effektiv är

emellertid att apoteksföreståndares skyldighet att tillhandahålla apoteksvaror inskränkes på det sätt som Ahlgren i sitt särskilda yttrande föreslagit. I annat fall skulle apoteksföreståndaren på läkares förordnande ha skyldighet att bereda och tillhandahålla läkemedlen. Slutligen tillverkas å apoteken standardförpackade läkemedel upptagna i gällande upplaga av farmakopén och Pharmaconomia Svecica. Tillverkning och tillhandahållande av sådana apoteksberedda läkemedel får anses vara en primär uppgift för apoteken. Den centraliserade tillverkningen har endast tillkommit för att sänka tillverkningskostnaderna. Den medger därutöver — vilket i sammanhanget är viktigt att ihågkomma — en effektiv och ingående analytisk kontroll. Registreringsplikt beträffande denna läkemedelsgrupp anser styrelsen onödig, då preparaten får anses vara på fullt betryggande sätt kontrollerade i avseende å sammansättning, medicinsk och farmacevtisk ändamålsenlighet samt prissättning. Avsikten med en registrering av dessa preparat skulle endast vara att eventuellt bedriven reklam i samband därmed underkastades betryggande kontroll. För att en registrering i dessa fall skulle ha någon mening måste ansökan om registrering kunna vägras eller beviljad registrering kunna återkallas, därest reklamen bedömdes såsom olämplig. Sådan möjlighet står emellertid icke öppen eftersom apoteksföreståndare under alla förhållanden äro skyldiga att tillhandahålla dessa läkemedel. Erforderlig reklamgranskning bör i dessa fall enligt styrelsens uppfattning komma till stånd på annan väg än genom införande av registreringsskyldighet, vilken skulle medföra en onödig administrativ belastning.

Medicinalstyrelsen vill sålunda förorda att standardförpackade centraltillverkade apoteksberedningar hänföras till farmacevtiska specialiteter, dock med undantag för läkemedel, upptagna i gällande upplaga av farmakopén och Pharmaconomia Svecica. Styrelsen bör dessutom beredas möjlighet att beträffande övriga hithörande preparat begränsa kontrollen med hänsyn till att i vissa avseenden redan betryggande granskning i annan ordning verkställes.»

Specialitetsnämnden, läkemedelsindustriföreningen, Rufi, droghandelsföreningen, läkarförbundet, läkemedelskommittén, kommerskollegium m. fl. anslöt sig till 1946 års läkemedelsutredning förslag att ACO-preparaten skulle behandlas som specialiteter. Några remissinstanser anförde som skäl, att ACO-preparaten borde underkastas medicinsk prövning, medan andra hade mera allmänna uttalanden om att eftersom tillverkningen skedde under likartade förutsättningar, den offentliga kontrollen borde vara lika utformad. *Specialitetsnämnden* anförde:

»Läkemedelsutredningen har under hänvisning bland annat till de stora likheter, som i tillverkningshänseende numera råda mellan läkemedelsindustrins och distriktslaboratoriernas produkter, hävdat, att dessa också ur kontrollsynpunkt borde vara helt likställda, varför även de apotekstillverkade standardpreparaten borde hänföras till farmacevtiska specialiteter. Detta sammanfaller med ett yrkande, som ofta framförts från läkemedelsindustrins sida under senare tid med betonande av önskvärdheten av att industrin icke i förhållande till apoteken belastas med ytterligare kontrollföreskrifter, avgifter eller åtgärder, som försvåra eller fördröja utförande på marknaden av deras preparat. Nämnden finner dessa synpunkter värda beaktande och vill till dem lägga ytterligare en, som talar för att kontrollen av apoteksberedda preparat ökas. Nämnden åsyftar härvidlag det även av utredningen understrukna behovet av att apotekens preparat underkastas författningsmässig kontroll även med avseende på deras medicinska värde. Nämnden har vid en vägning av de olika synpunkter, som kunna läggas på denna fråga, stannat för att ansluta sig till det av läkemedelsutredningen framlagda förslaget.»

8. Kommitténs överväganden och förslag

Allmänt

Enligt vad som framgår av de föregående avsnitten är en viss del av den tillverkning av läkemedel, som centraliserats till distriktslaboratorierna, nödvändig för en fullgod läkemedelsförsörjning. Kommittén syftar här på tillverkningen av sådana läkemedel, som till

sina kvantiteter är för små för att den enskilda läkemedelsindustrien skall vara intresserad av att tillverka desamma, men som dock har så pass stor åtgång eller vars tillverkning är så komplicerad, att en hantverksmässig tillverkning vid de enskilda apoteken skulle ställa sig föga rationell. Centraliseringen av denna tillverkning till visst eller vissa distriktslaboratorier torde sålunda få anses överensstämma med samhällets krav på en rationell läkemedelsförsörjning.

Värde- och kvantitetsmässigt utgör nyssnämnda tillverkning endast en mindre del av distrikslaboratoriernas samlade tillverkning, medan större delen härav faller på läkemedel, som försäljes i så pass stora kvantiteter att de är lämpade för industriell tillverkning. Det rör sig här i stort sett om två skilda slag av läkemedel. Å ena sidan är det fråga om de s. k. officinella läkemedlen, d. v. s. läkemedel som finns beskrivna i farmakopén och liknande officiella handböcker och som i huvudsak får saluföras endast under det officiella namn läkemedlen därvid åsatts; å andra sidan gäller det preparat, som utgör synonymer (till sammansättning, beredningsform och styrkegrad praktiskt taget identiska preparat) till av in- eller utländsk läkemedelsindustri lanserade specialiteter. Gränsen mellan de två grupperna är flytande, eftersom åtskilliga av de officinella läkemedlen har sin motsvarighet i av läkemedelsindustrien saluförda specialiteter, vilka registrerats under namn som i regel har karaktär av märkesvarubeteckning innan läkemedlen ifråga infördes i de officiella handböckerna. De officinella läkemedlen utgör till värde och kvantitet den ojämförligt största delen av distriktslaboratoriernas tillverkning. Tillverkningen av synonympreparat har emellertid fått en ökad betydelse och andelen av dessa torde vara stadd i stark ökning.

De officinella läkemedlen tillverkas endast i ringa utsträckning av den enskilda läkemedelsindustrien. I den mån tillverkning förekommer, gäller denna endast specialiteter som registrerats redan före den officiella beskrivningen av läkemedlet ifråga i officiell handbok. I dylikt fall får nämligen den registrerade specialiteten fortfarande saluföras under sitt registrerade märkesvarunamn. Ny specialitet, vars sammansättning helt eller huvudsakligen överensstämmer med officinellt läkemedel, får registreras endast om särskilda skäl därtill föreligger, och medicinalstyrelsen kan därvid föreskriva, att sökanden skall godtaga den benämning som styrelsen finner lämplig (specialitetskungörelsen, § 11). Det synes sannolikt att tillverkningen av officinella läkemedel är mindre attraktiv för industrien, enär nya sådana produkter inte får introduceras under märkesvarunamn, och orsaken till att distriktslaboratorierna i stor utsträckning är ensamtillverkare av dessa läkemedel torde huvudsakligen vara att söka i detta faktum. Härtill kommer även att priserna i många fall är så låga att läkemedelsindustrien enligt uppgift icke finner tillverkningen tillräckligt lönsam. Slutligen bör framhållas, att medicinalstyrelsens s. k. utrustningskungörelse lägger hinder i vägen för industrien att — om registrering som specialitet ej sker — försälja de officinella läkemedlen direkt till apotek utan distriktslaboratorium. En förutsättning för att apoteken skall få köpa sådana läkemedel från industrien — direkt eller genom droghandel — är nämligen att de har sådan utrustning att de kan svara för analysering av läkemedlen ifråga. Då dylik apparatutrustning i allmänhet finns endast på apotek med distriktslaboratorium har övriga apotek i praktiken ingen möjlighet att köpa officinella läkemedel från annat håll än

från distriktslaboratorierna. Dessa senare kan emellertid inköpa de ifrågavarande läkemedlen från läkemedelsindustrien, men så lär enligt uppgift ske endast i rena undantagsfall.

På grund av nämnda omständigheter har distriktslaboratorierna sålunda blivit praktiskt taget ensamtillverkare av de officinella läkemedlen. Från läkemedelsindustriens sida hävdas, att distriktslaboratorierna, till förfång för industrien, erhållit en monopolställning på detta område. Man anser sig kunna tillverka och försälja åtminstone vissa av dessa läkemedel till lägre priser än vad distriktslaboratorierna gör, men författningsföreskrifter har förhindrat industrien att salubjuda dem direkt till apoteken. Kommittén har icke möjlighet att bedöma i vad mån detta påstående har fog för sig. Om industriens påstående, att vissa av de officinella läkemedlen skulle kunna säljas billigare av industrien, sålunda icke kan tillbakavisas, så kan dock konstateras, att distriktslaboratoriernas tillverkning i många fall inneburit tillhandahållande av läkemedel till betydligt lägre pris än vad som skett, så länge samma läkemedel uteslutande salufördes som specialitet.

Enligt kommitténs uppfattning är det inte uteslutet att distriktslaboratoriernas faktiska monopol på tillverkningen av officinella läkemedel i enstaka fall kan ha lett till för höga priser. Å andra sidan torde det vara ostridigt att ACO-tillverkningen på detta område i stor utsträckning inneburit en sänkning av priserna. Kommittén anser emellertid att nuvarande konkurrensförhållande mellan de båda företagsformerna icke är tillfredsställande, varför gällande bestämmelser bör ändras så, att läkemedelsindustrien får möjlighet att konkurrera med distriktslaboratorieverksamheten på detta område. Det är emellertid tydligt att ACO-tillverkningen även vid konkurrens kommer att ha en särskilt betydelsefull uppgift att fylla i fråga om nyssnämnda läkemedel.

Vad slutligen angår de av distriktslaboratorierna tillverkade synonymerna till läkemedelsindustriens specialiteter må följande framhållas. Tillverkningen har gällt läkemedel av den art att de haft eller kunnat förväntas få relativt stor användning. I praktiskt taget samtliga fall lanseras dessa ACO-preparat till lägre priser än motsvarande specialiteter, i den mån dylika förekommer. Även denna tillverkning har — såsom tidigare relaterats — rönt kritik från läkemedelsindustriens sida. Man menar, att industrien ofta får lägga ner förhållandevis stora kostnader på den forskning, kliniska undersökningar etc., som leder fram till preparaten, medan distriktslaboratorierna kan dra nytta av industriens forskningsresultat utan att behöva ta ut täckning för motsvarande kostnader. Distriktslaboratoriernas hithörande tillverkning anses därför icke ske under samma förutsättningar som industriens.

I anslutning härtill bör framhållas, att nyssnämnda företeelse icke är ovanlig även industrierna emellan. Eftersom en läkemedelsfabrikant endast i undantagsfall kan erhålla patentskydd för sina produkter, är det sålunda mycket vanligt, att andra fabrikanter — eventuellt med en i sak oväsentlig ändring av kompositionen — tar upp tillverkningen av i princip samma vara, som lanserats av en annan industri, och registrerar denna under nytt namn. Detta gäller såväl svenska fabriker emellan som mellan svensk och utländsk läkemedelsindustri. Distriktslaboratorierna uppträder alltså i detta sammanhang icke annorlunda än övriga läkemedelstillverkare.

Den enskilda läkemedelsindustriens

verksamhet kännetecknas för närvarande av en god konkurrens, vilken i icke obetydlig utsträckning är lagd på nyskapande av läkemedel, som blivit ett framträdande drag icke endast hos de stora utländska läkemedelsindustrierna utan även hos den svenska läkemedelsfabrikationen. Denna nyskapande konkurrens kan emellertid mycket väl tänkas bli delvis satt ur spel vid en alltmer accentuerad specialisering industrierna emellan på åtskilda varugruppsområden. Vid en dylik utveckling är det betydelsefullt att samhället har ett latent korrektiv mot för höga priser och som sådant torde ACO-tillverkningen ha en icke oviktig uppgift att fylla.

Distriktslaboratorierna har även ägnat sig åt tillverkning av vissa fria handelsvaror inom läkemedelsområdet såsom sårsalvor, hudsalvor o. d. Tillverkningen är av relativt blygsam omfattning, främst därför att apoteken av hävd icke bedriva någon aktiv försäljning av dessa produkter, vilka därför är föga kända bland allmänheten. Enligt kommitténs mening har även denna del av distriktslaboratoriernas tillverkning en viss uppgift att fylla.

Det är viktigt att konkurrensen mellan ACO-tillverkningen och industrien kan ske på så långt möjligt lika villkor. Helt lika villkor kan icke skapas, eftersom vissa grundläggande förutsättningar härför saknas. Sålunda har laboratorierna t. ex. hand om tillverkning även av sådana varor som framställes i relativt små och oekonomiska kvantiteter, och tillverkningen kan av beredskapsskäl anses böra vara splittrad på flera ställen än vad som från tillverkningsekonomisk synpunkt skulle vara rationellt. Å andra sidan har laboratorierna genom apoteken en närmare marknadskontakt än den enskilda läkemedelsindustrien.

Fristående tillverkningsföretag

Kommittén anser — såsom utvecklats i föregående avsnitt — att den på distriktslaboratorierna bedrivna tillverkningen fyller en önskvärd funktion inom läkemedelsförsörjningen. Emellertid är kommittén av den uppfattningen att de former under vilka tillverkningen för närvarande bedrives icke är de bästa. Många av distriktslaboratorierna är så intimt förbundna med sina moderapotek i fråga om lokaler, personal etc., att någon helt tillförlitlig, kalkylmässig fördelning av kostnaderna på den egentliga apoteksrörelsen och distriktslaboratoriet icke är möjlig, hur aktningsvärda försök härtill som än göres. Det kan därför icke med full säkerhet visas, att icke vissa av de på distriktslaboratorierna fallande kostnaderna till någon del kommer att belasta den egentliga apoteksrörelsen eller omvänt. Från läkemedelsindustriens sida har detta förhållande åberopats i samband med kritik mot prissättningen på åtminstone vissa av ACO-preparaten. Tidigare har framhållits önskvärdheten av att möjlighet till konkurrens på lika bas mellan ACO-tillverkningen och läkemedelsindustrien skapas, varför det nämnda förhållandet bör ändras. Kommittén anser sig visserligen ej ha fog för antagandet, att ACO-preparatens priser ej skulle vara — åtminstone till den helt övervägande delen — riktigt kalkylerade, men det kan knappast vara riktigt att möjligheter till medveten eller omedveten subventionering av ACO-tillverkningen skall föreligga. Enligt kommitténs mening bör därför denna tillverkning organisatoriskt skiljas från den egentliga apoteksdriften.

Det förefaller osannolikt att det kan vara rationellt att ha ACO-tillverkningen uppdelad på så många enheter som för

närvarande. Flera av de preparat, som nu tillverkas på ett flertal ställen, omfattar mycket betydande kvantiteter och värden och torde med fördel kunna sammanföras till större tillverkningsenheter än vad något av distriktslaboratorierna nu utgör. Å andra sidan föreligger det otvivelaktigt behov av en viss lokalt förlagd tillverkning. Detta gäller sådan tillverkning av sporadiskt efterfrågade läkemedel, vilken inte lämpar sig för de enskilda apoteken — bland annat med hänsyn till nödvändig apparatur — men som är för liten eller för lokalbetonad för att lämpligen kunna koncentreras till ifrågavarande större tillverkningsenheter. Det förefaller därför troligt att en viss omläggning av tillverkningen rent rationellt borde vara påkallad, i första hand en ytterligare centralisering av viss tillverkning samt eventuellt en omfördelning av den lokalt behövliga tillverkningen till ett mindre antal enheter. En dylik omläggning torde vara mycket svår att friktionsfritt och snabbt genomföra med nuvarande ordning. Ett särskilt tillverkningsföretag synes böra skapas, förmodligen lämpligast med tillverkningen uppdelad på flera enheter, en eller ett par större och några mindre. En naturlig förläggning torde därvid i första hand vara de orter, i och kring vilka koncentrationen av apotek är stor. Vid bedömande av denna fråga bör emellertid även beaktas de beredskapssynpunkter, som kan läggas på densamma.

Ytterligare skäl, som talar för ett sammanförande av ACO-tillverkningen till ett fristående företag, är att man på detta område har att räkna med en snabbt skeende utveckling, som smidigt bör kunna följas. Därvid kan det krävas hastiga ändringar i fråga om produktionsinriktning etc., vilka kan vara svåra att konsekvent genomföra, om man skall behöva ta personliga hänsyn till enskilda apoteksinnehavare.

Ett frånskiljande av distriktslaboratorietillverkningen från de enskilda apoteken synes sålunda nödvändigt, men däremot behöver tillverkningen i fråga icke skiljas från apoteksväsendet. ACO-tillverkningen har uppstått såsom en naturlig utveckling av apotekens ursprungliga uppgifter och bör fortfarande betraktas såsom en följdriktig funktion inom apoteksväsendet. Ledningen av ACO-tillverkningen ombesörjes redan till väsentlig del av kollektivets centrala organ — särskilt planeringsavdelningen och laboratorieavdelningen — och det förefaller därför naturligt, att den önskvärda, ytterligare centraliseringen sker inom kollektivets ram. Goda förutsättningar härför föreligger i och med att det finns vissa centrala organ, som kan utgöra kärnan i ett nytt tillverkningsföretag.

Företagsform

Olika möjligheter föreligger beträffande företagsformen. ACO-verksamheten kan tänkas driven såsom en ekonomisk förening inom apotekskollektivet eller såsom ett aktiebolag, ägt av apotekarsocieteten såsom företrädare för kollektivet enbart eller i förening med enskilda apoteksinnehavare. Skulle företaget drivas såsom en ekonomisk förening, kommer olikhet i beskattningsavseende att uppstå jämfört med läkemedelsindustrierna eftersom dessa drives i aktiebolagsform. Eftersom det bör eftersträvas att förutsättningarna för ACO-tillverkningen så nära som möjligt överensstämmer med läkemedelsindustriernas förutsättningar, har kommittén stannat för aktiebolagsformen såsom den mest lämpliga.

Då ACO-tillverkningen som förut nämnts bör betraktas såsom en kollektiv

angelägenhet inom apoteksväsendet, bör tillverkningsföretaget åtminstone till större delen ägas av kollektivet genom att en majoritet av aktierna innehas av apotekarsocieteten såsom företrädare för kollektivet. Om så befinnes lämpligt — exempelvis för kapitalanskaffning — bör dock en del av aktierna kunna ägas av apoteksinnehavare. Emellertid bör i sistnämnda fall dylika, på enskilda apoteksinnehavare utplacerade aktier icke kunna förvärvas av intressenter utanför apoteksväsendet. För dessa aktier bör därför hembudsskyldighet till kollektivet föreligga, då överlåtelse av aktie blir aktuell.

Särskilda villkor för verksamheten

Tillverkningsföretagets verksamhet bör grundas på ett särskilt avtal härom mellan staten och apotekarsocieteten. Ett sådant avtal blir nödvändigt därför att bolagets verksamhet, vilken bör betraktas såsom en del av apoteksväsendets allmänna uppgifter, genom aktiebolagsformen eljest kan komma att undandragas från det allmänna överinseende över apoteksväsendet, som Kungl. Maj:t genom underlydande organ utövar. Därtill kommer det skälet, att medel för igångsättande och drift av företaget måste förutsättas få bli disponerade ur de fondmedel, som uppsamlats inom apoteksväsendet och vars användning regleras i särskild, av Kungl. Maj:t fastställd ordning.

Genom det nämnda avtalet mellan staten och apotekarsocieteten bör kunna säkerställas, att verksamhetens allmänna målsättning överensstämmer med läkemedelsförsörjningens målsättning i stort. Om medel för verksamhetens igångsättande och drift genom Kungl. Maj:ts medgivande ställes till förfogande ur de inom apoteksväsendet hopsamlade fonderna, bör avtalet vidare innryma regler beträffande avkastningen på dessa medel, d. v. s. de vinster, som kan uppstå genom verksamheten, eller — i händelse av bolagets upplösande — bestämmelser om dispositionen av efter likvidationen eventuellt kvarstående tillgångar. Vid en upplösning av bolaget bör dessa medel användas för gemensamma ändamål inom apoteksväsendet i överensstämmelse med de allmänna riktlinjer som gäller för apoteksväsendets ekonomiska förhållanden.

Om medel för verksamhetens igångsättande får disponeras ur apoteksväsendets pensionsfonder, bör staten lämna garanti för att gällande pensionsutfästelser fullföljes. (Se sid. 237.)

Ytterligare synes vissa särskilda regler beträffande tillverkningsföretaget böra uppställas, vilka emellertid lämpligen bör intagas i bolagsordningen. För att dylika regler icke skall kunna ändras, synes avtalet mellan staten och apotekarsocieteten även böra binda bolagsordningens lydelse. Förslag till avtal och bolagsordning lämnas i bilagorna 2 och 3.

Kommittén har i olika sammanhang uttalat önskvärdheten av att ACO-tillverkningen sker under så likartade förutsättningar som möjligt jämfört med läkemedelsindustriens tillverkning. Bolagets verksamhet synes därför böra omgärdas med så få restriktiva bestämmelser som möjligt, för att icke dess möjligheter till affärsmässigt handlande skall äventyras. Å andra sidan får ACO-tillverkningen icke ges en förmånsställning i förhållande till läkemedelsindustrien. Därför synes i bolagsordningen böra intagas bestämmelse om maximering av utdelningen till aktieägare, samt vidare regler för hur därefter kvarstående vinst skall användas. Enligt kommitténs åsikt bör nämligen en vinstutdelningsbegränsning förhindra att apoteksinnehavarna — antingen som enskilda ägare av

aktier i bolaget eller som delägare i detta via kollektivet som med Kungl. Maj:ts tillstånd får ta i anspråk vissa fondmedel — får direkt ekonomiskt intresse av att på bekostnad av övriga läkemedelstillverkare söka gynna ACO-företaget. Vid utdelningsbegränsning kan hos bolaget uppstå en kvarstående vinst. I den mån dylik vinst uppkommer, synes denna under första tiden böra användas till konsolidering av rörelsen för att därefter på längre sikt resultera i lägre priser och bättre läkemedel. Förvärv av fast egendom för bolagets räkning bör göras beroende av apoteksnämndens godkännande.

Några särskilda regler beträffande bolagets verksamhetsområde, utöver en i bolagsordningen intagen bestämmelse om att verksamheten skall avse tillverkning och försäljning av läkemedel och andra varor sammanhängande med apoteksrörelse, har kommittén icke ansett sig böra föreslå. Det torde nämligen kunna inträffa, att läkemedelstillverkningen ger biprodukter, som skulle kunna nyttiggöras med bättre ekonomiskt resultat genom ytterligare manufakturering. Dylik sidoverksamhet torde icke böra förhindras, även om därigenom uppkomna produkter skulle falla utanför läkemedelsområdet. Av samma anledning bör ej heller förhindras annan, näraliggande tillverkning, vilken — utan att direkt ha samband med läkemedelstillverkningen — kan förbilliga denna.

Preparatens formella ställning

Det får förutsättas att tillverkningsföretagets produktion skall omfatta samma och liknande produkter som distriktslaboratorierna för närvarande tillverkar. Eftersom företaget skulle drivas i aktiebolagsform och skilt från den egentliga apoteksdriften, kommer tillverkningen inte — åtminstone formellt — att kunna anses såsom apotekstillverkning på samma sätt som med nuvarande ordning. Därvid bortfaller det formella tjänstemannaansvaret. Av praktiska skäl måste emellertid företaget ges en sådan ställning, att det på samma sätt som nu sker vid distriktslaboratorierna — utan onödiga, fördyrande kontrollföreskrifter — kan tillverka och till apotek försälja officinella läkemedel och andra beredningar. Bolaget bör därför genom avtal med staten erhålla generellt tillstånd att i sådan ordning tillverka dylika beredningar. Någon invändning häremot torde knappast kunna resas, såvitt det gäller tillverkning av sådana beredningar, som av praktiska skäl icke lämpligen bör utföras på enskilt apotek.

Beträffande ACO-tillverkningen av officinella läkemedel har diskuterats, huruvida dessa icke borde jämställas med den enskilda industriens specialiteter och underkastas samma registreringstvång. Detta kan emellertid knappast vara en ur ekonomiska synpunkter lämplig ordning. Det är här fråga om läkemedel, vilka till sin komposition och medicinska användning är så väl kända och av samhälleliga organ prövade, att ytterligare granskning i detta hänseende måste betraktas som onödig, liksom hela det administrativa förfarande, som följer med specialitetsregistreringen.

Om sålunda registrering som specialitet av de officinella läkemedlen kan betraktas såsom onödig och betungande, föreligger dock behov av viss kontroll av renhetsgrad, styrkegrad etc. En dylik kontroll bör liksom nu kunna ordnas som stickprovskontroll av prover som uttagits av apoteksinspektörerna. Detta kan lämpligen ske i samband med inspektion av apotek eller av tillverkningsenhet, hörande till ACO-bolaget.

Kommittén återkommer i annat sammanhang till frågan om den enskilda

läkemedelsindustriens möjligheter att tillverka s. k. officinella läkemedel.

Vad därefter angår tillverkningen av sådana preparat, som är jämförliga med specialiteter, har distriktslaboratorierna för närvarande den fördelen framför läkemedelsindustrien, att preparaten kan saluföras utan den registrering och därmed följande kostnader och administrativa omgång, vilken gäller för specialiteterna. Denna förmånsställning för ACO-tillverkningen synes icke böra bibehållas. Hithörande tillverkning inom ACO-företaget bör därför underkastas specialitetskungörelsens bestämmelser. Därmed följer bl. a. att berörda ACO-preparat kommer att belastas med registreringsavgifter. Kostnaden härför är emellertid relativt sett av ringa storleksordning och får ingen egentlig inverkan på slutpriserna. Kravet på likställdhet mellan ACO-företaget och läkemedelsindustrien på denna punkt synes emellertid väga så tungt, att de nackdelar jämfört med nuvarande ordning, som följer för ACO-företaget, bör accepteras.

Inlösen och finansiering av tillverkningsföretaget

Koncentreringen av ACO-verksamheten till ett särskilt tillverkningsföretag förutsätter, att de nuvarande distriktslaboratorierna inlöses. Det kan vara lämpligt att låta denna inlösen ske successivt och eventuellt äga rum vid innehavarskiften. Inlösningssumman kan beräknas uppgå till 10 à 12 miljoner kronor. Beloppets storlek blir dock beroende av i vilken utsträckning belåning av tillgångarna sker. Några särskilda regler för inlösningsförfarandet torde icke vara nödvändiga, utan detta kan ske enligt vad som gäller vid överlåtelse av apotek. Lager och inventarier bör inlösas till dagspris respektive bruksvärde, varvid värdering göres enligt sedvanliga regler.

Det synes lämpligt att tillverkningsföretagets aktiekapital uppgår till ungefärligen det belopp, som sammanlagt erfordras för inlösen av distriktslaboratorierna. Medel för företagets drift bör anskaffas genom lån på allmänna marknaden mot säkerhet i inlösta lager och inventarier.

Kommittén föreslår i annat sammanhang vissa regler sammanhängande med pensioneringen av apoteksinnehavare, inom apoteksväsendet anställd personal samt efterlevande efter dessa, innebärande att pensionskostnaderna bör tagas som löpande utgift varje år för sig och gäldas med avgiftsmedel. Apotekskollektivets fonder för pensioneringsändamål blir därigenom överflödiga och bör kunna tagas i anspråk för tecknande av vid starten erforderligt aktiekapital sedan hänsyn tagits till teckningen från enskilda apoteksinnehavare. De fonderade medlen kommer därigenom att stanna inom apoteksväsendet och användas för verksamhet inom detta. Eftersom Kungl. Maj:t enligt kommitténs förslag förutsättes garantera pensionsutfästelsernas fullföljd, bör några hinder icke kunna resas mot nyssnämnda förfaringssätt. Överenskommelse härom med apotekarsocieteten förutsättes emellertid böra träffas, även om användningen av pensionsfonderna reglerats genom bestämmelser utfärdade av Kungl. Maj:t.

Aktiekapital bör även kunna få anskaffas genom utbjudande av aktier till enskilda apoteksinnehavare.

Övergångsbestämmelser

Även om inlösningsfrågan icke bör inrymma några svårigheter, kvarstår dock problemet med den inkomstminskning som till följd av distriktslaboratoriernas frånskiljande kan uppkomma för innehavarna av dessa. Det får anses skäligt, att ersättning för dylik inkomstminsk-

ning — varvid hänsyn måste tagas till att apoteksinnehavarens inkomst kan ändras även därigenom, att nytt avgiftssystem förutsättes komma att bli tillämpat — tillerkännes vederbörande apoteksinnehavare. Storleken av dylik ersättning, vilken skall upphöra vid innehavarskifte, bör bestämmas av apoteksnämnden. I vissa fall torde övergångsersättningen kunna utgöras av arvode för föreståndarskap, nämligen där apoteksinnehavaren övergångsvis kan kvarstå som föreståndare för det frånskilda distriktslaboratoriet. Detta bör vara möjligt i de fall distriktslaboratorierörelsen är helt avskild från vederbörande apotek och även fortsättningsvis skall drivas i det av bolaget inlösta laboratoriet. Apoteksinnehavaren bör därvid övergångsvis kunna erhålla sådant arvode att hans sammanlagda inkomster icke minskas.

KAPITEL VIII

Läkemedelsgrosshandeln

A. Inledning

Läkemedelsgrosshandeln — eller droghandeln, som den vanligen benämnes — är av mycket sent datum. Den möjliggjordes först genom 1913 års apoteksvarustadga. Dessförinnan var all tillverkning av och handel med apoteksvaror förbehållen apoteksföreståndare. Den fria droghandeln utvecklades ur apoteksrörelsen på så sätt, att vissa apoteksföreståndare, som tidigare bedrivit grosshandel vid sidan av den egentliga apoteksrörelsen, etablerade ren grosshandelsrörelse.

Apotekens varusortiment var vid denna tidpunkt av blygsam omfattning. Bland annat fanns knappast fabrikstillverkade läkemedelsberedningar, vars saluförande reglerades först genom 1913 års apoteksvarustadga. Droghandeln omfattade därför i huvudsak endast råvaror för apoteken. Med den kemiska industriens uppsving utvidgades emellertid råvarusortimentet och med läkemedelsindustriens uppkomst inleddes en allt snabbare strukturförändring inom droghandeln. Från att ha varit en droghandel i egentlig mening har läkemedelsgrosshandeln övergått till att i huvudsak bli distributör av fabrikstillverkade läkemedel.

Droghandeln intar i dag en viktig ställning inom läkemedelsdistributionen. Det stora varusortiment, som apoteken tillhandahåller eller på begäran anskaffar, uppgår till mellan 20 och 25 tusen artiklar, varav cirka 10 tusen är apoteksvaror. Med artikel avses här varje enhet, som skiljer sig från andra till beredningsform, styrka, förpackningsform eller förpackningsstorlek. Varorna härstammar från ett stort antal producenter och andra leverantörer, såväl svenska som utländska. Antalet läkemedelsfabriker, saluförande fabrikstillverkade läkemedel (farmaceutiska specialiteter) på den svenska marknaden, uppgick sålunda år 1955 till 164 stycken, varav 36 svenska. Antalet leverantörer av annat slag, exempelvis utländska exportörer av droger och kemikalier, rör sig om flera hundra. Droghandeln utgör det förmedlande och distribuerande organet mellan större delen av alla dessa leverantörer och apoteken.

Apoteken lagerhåller i allmänhet mellan 3 500 och 8 000 artiklar av det totala sortimentet. Det är praktiskt omöjligt för dem att lagerföra hela varusortimentet, vilket dessutom skulle vara i hög grad oekonomiskt med hänsyn till den ringa omsättningen av större delen av sortimentet. Droghandeln fyller därigenom en viktig funktion som lagerhållare åt apoteken. Lagerhållningsfunktionen är särskilt betydelsefull beträffande varor med ringa åtgång och begränsad hållbarhet.

Droghandeln har vidare betydelse som kontaktorgan mellan apoteken och det stora antalet, främst utländska, leverantörer, icke endast som förmedlare av rutinmässiga inköp utan även då

det gäller anskaffning av eller upplysning om någon speciell vara, som kan bli aktuellt utanför det ordinarie varusortimentet.

Enbart med hänsyn till de nämnda funktionerna ifråga om distribution, lagerhållning och kontaktförmedling torde det vara klart att droghandeln intar en viktig position inom läkemedelsdistributionen.

Droghandeln och med denna sammanhängande problem har tidigare varit föremål för utredning och överväganden i olika sammanhang. I 1946 års läkemedelsutrednings första betänkande (kap. 5) lämnas utförlig redogörelse härför. Kommittén kommer därför i det följande att beträffande tidigare utredningar i huvudsak begränsa sig till en rekapitulering av avgivna förslag, sedan droghandelns nuvarande förhållanden mera utförligt behandlats.

B. Översikt beträffande nuvarande förhållanden

1. Vissa bestämmelser

Den mest betydelsefulla delen av droghandelns försäljning omfattar *apoteksvaror* och *gifter av första klassen*. För grosshandeln med dessa varor gäller i huvudsak följande bestämmelser.

Enligt § 7 i apoteksvarustadgan har den, som utan att vara apoteksinnehavare vill bedriva grosshandel med apoteksvaror, att hos överståthållarämbetet respektive magistraten, kommunalborgmästare eller länsstyrelse anmäla, att han ämnar bedriva sådan rörelse. Han skall därvid styrka »att antingen han själv eller av honom såsom föreståndare anställd person äger skicklighet att bedriva sådan rörelse».

Grosshandel med apoteksvaror får bedrivas även av fabrikant som har rätt att tillverka apoteksvaror.

Enligt § 9 i apoteksvarustadgan är grosshandlare skyldig underkasta sig den särskilda inspektion och kontroll varom Kungl. Maj:t kan komma att förordna, samt att i den ordning som kan komma att föreskrivas bestrida kostnaderna härför.

Genom 1943 års giftstadga frigavs grosshandeln med gifter av första klassen. För rätt till dylik grosshandel av annan än apoteksföreståndare eller vederbörande fabrikant erfordras särskilt tillstånd samt, beträffande första klassens gift som utgör läkemedel, anmälan till medicinalstyrelsen.

2. Varusortimentet

Det har inledningsvis omnämnts att apotekens varusortiment sammanlagt uppgår till mellan 20 och 25 tusen artiklar, om hänsyn tages även till de varor, som ej lagerhålles men på begäran anskaffas. Med artikel menas varje enhet, som skiljer sig från andra till beredningsform, styrka, förpackningsform eller förpackningsstorlek. Beredningsformerna uppgår till ett 20-tal, av vilka de vanligaste är tabletter, salvor, ampuller, kapslar, lösningar, piller, dragéer, pulver och puder. Oftast förekommer endast ett fåtal beredningsformer för en och samma vara. Bland förpackningsformerna skiljer man på glas, rör, tub, flaska, ask och burk, vilka förekommer i olika storlekar. Ett visst läkemedel kan sålunda omfatta ett flertal artiklar. Det kan vara uppdelat på olika beredningsformer, som i sin tur kan tillverkas i olika styrkegrader, vilka slutligen kan förekomma i olika förpackningsstorlekar. Antalet läkemedel är sålunda vida mindre än antalet artiklar.

De varor som apoteken köper för sin rörelse utgöres i huvudsak av:

a) droger, kemikalier och oljor;
b) farmacevtiska specialiteter;
c) bakteriologiska preparat;

d) näringspreparat samt tekniska och kosmetiska preparat;
e) förbands- och sjukvårdsartiklar, gummivaror och kirurgiska instrument;
f) laboratorieutensilier inklusive analysutensilier;
g) mineralvatten och sprit;
h) emballage, såsom glasvaror, bleckvaror, papper, kork, bindgarn och trycksaker.

De varor som apoteken saluför kan sammanfattas i två skilda huvudgrupper, nämligen dels apoteksvaror och första klassens gifter, vars distribution till slutliga förbrukare är förbehållen apoteken, dels s. k. fria handelsvaror, som även får försäljas av annan detaljhandel. Apoteksvarorna omfattar främst farmacevtiska specialiteter samt droger och vissa kemikalier.

Apotekens varuleverantörer kan i huvudsak indelas i följande grupper, nämligen
a) droghandlare, vilka levererar inhemska och utländska råvaror, färdiga läkemedel och andra artiklar;
b) läkemedelsfabriker som bedriver direkt försäljning av sina produkter;
c) distriktslaboratorierna beträffande ACO-preparat m. m.;
d) agenter för utländska tillverkare, vilka bedriver direkt distribution av sina varor;
e) statens bakteriologiska laboratorium och statens veterinärmedicinska anstalt i fråga om bakteriologiska preparat;
f) vissa grosshandelsföretag med tekniska artiklar, förbandsartiklar, sjukvårdsartiklar, laboratorieutensilier m. m.;
g) AB Vin- & spritcentralen i fråga om vin och sprit;
h) annat apotek.

Den övervägande delen av apotekens inköp sker genom droghandeln.

3. De nuvarande droghandelsföretagen

Antalet droghandlare är för närvarande fyra, nämligen Apotekarnes Droghandels AB, Göteborg (ADA), Aktiebolaget Distra, Södertälje, Kronans Droghandel AB, Göteborg, och Apoteksvarucentralen Vitrum, Apotekare AB, Stockholm (Vitrum). Tidigare uppgick antalet till fem, men ett av företagen, nämligen N. Gustafsson AB, Göteborg, övertogs under år 1955 av ADA.

ADA, Kronan och Vitrum kan betraktas såsom sortimentsgrossister med i stort sett samma sortiment av apoteksvaror, medan Distra i huvudsak fungerar såsom försäljningsbolag för Astrakoncernens produkter.

Samtliga företag har ett omfattande varusortiment men med en klar skillnad mellan å ena sidan sortimentsgrossisterna och å andra sidan Distra. Medan de förra har mellan 10 000 och 17 000 artiklar totalt, varav cirka 6 000 är apoteksvaror, hade Distra 1954 endast 7 200 artiklar, varav 3 850 apoteksvaror.

I det följande återges uppgifter om omsättning, antal anställda, sortimentets storlek samt antal kunder för de fyra droghandelsföretagen. Samtliga uppgifter är hämtade ur en av professor Ulf af Trolle för kommitténs räkning utförd undersökning angående droghandeln och avser år 1954. En sammanfattning av undersökningen finnes intagen längre fram i detta kapitel (s. 212 ff).

Apotekarnes Droghandels AB. ADA, som är det största droghandelsföretaget, hade år 1954 en omsättning på 64,5 miljoner kronor, varav för 43,6 miljoner distribuerades till apotek. Återstoden såldes till färg- och kemikaliehandlare, parfymerier och sjukvårdsaffärer. Sedan år 1955 har företaget omorganiserats så att dotterbolagen Adaco AB och AB Fransk-Svenska Parfymkompa-

niet handhar försäljningen till andra kunder än apotek.

ADA har — förutom huvudkontor i Göteborg — filialer i Stockholm och Malmö. Dess kundlista upptog år 1954 samtliga inköpande apoteksinrättningar i landet, nämligen 511. Siffran innefattar de filial- och sjukhusapotek som gör direkta inköp vid sidan av moderapoteket.

Sortimentet omfattar cirka 17 000 artiklar, varav cirka 6 000 apoteksvaror. Av en total personal på cirka 425 personer sysselsattes år 1954 cirka 300 inom distributionen till apotek. ADA äger helt läkemedelsfabriken Pharmacia i Uppsala. Dennas produkter distribueras emellertid även av de båda övriga sortimentsgrossisterna.

Kronans Droghandel AB. Kronans kundkrets omfattar endast apotek. Dess omsättning, som sålunda helt gällde försäljning till apoteken, uppgick år 1954 till 9,5 miljoner kronor.

Företaget har förutom sitt huvudkontor i Göteborg även filialer i Stockholm och Malmö. Dess kundlista upptar cirka 300 apotek över hela landet. Sortimentet omfattar cirka 10 000 artiklar, varav omkring 6 000 apoteksvaror. Personalen uppgick år 1954 till cirka 75 personer.

Apoteksvarucentralen Vitrum, Apotekare AB. Den tredje sortimentsgrossisten, Vitrum, är även fabrikant med en tillverkning av ett 50-tal artiklar. Omsättningen uppgick år 1954 till 26,6 miljoner kronor, varav 23,3 miljoner kronor till apotek.

Vitrum distribuerar till hela landet från Stockholm, där totalt cirka 300 personer sysselsättes, varav ungefär 160 med distribution till närmare 500 apotek. Sortimentet omfattar cirka 14 000 artiklar, varav omkring 6 000 apoteksvaror.

Aktiebolaget Distra. Astra-koncernen, som omfattar landets numera största läkemedelsindustri AB Astra, Södertälje, med dotterbolag, började redan år 1927 att distribuera sina produkter direkt till apotek och andra kunder. År 1932 upphörde företaget helt med all försäljning till droghandeln. Distra startades år 1943 som försäljningsbolag för koncernens produkter. Företaget säljer med ensamrätt Astra-koncernens produkter men är därjämte liksom de övriga droghandelsföretagen eller deras dotterföretag agent för utländska läkemedelsindustrier.

Totalomsättningen uppgick år 1954 till 39 miljoner kronor, varav 30,2 miljoner kronor till apotek. Försäljningen omfattar i motsats till vad som gäller för övriga droghandlare praktiskt taget uteslutande färdiga preparat.

Distra har förutom sitt huvudkontor i Södertälje även filialer i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå. Företagets kundlista upptar liksom ADA:s samtliga inköpande apoteksinrättningar i landet.

Sortimentet omfattade år 1954 cirka 7 200 artiklar, varav cirka 3 850 apoteksvaror. Personalen uppgick till cirka 180 personer, varav cirka 125 sysselsattes med distribution till apoteken.

4. Omsättning och personal

De fyra angivna droghandelsföretagen hade år 1954 en sammanlagd omsättning av 139,6 miljoner kronor, varav 106,6 miljoner avsåg försäljning till apoteken. Det under år 1955 av ADA övertagna femte droghandelsföretaget, N. Gustafsson AB, Göteborg, hade år 1954 en sammanlagd försäljning på 2,0 miljoner kronor, varav uppskattningsvis 1,5 miljoner kronor avsåg försäljning till apotek. Droghandelns totala försäljning nyssnämnda år uppgick sålunda till 141,6 miljoner kronor, varav 108,1 miljoner kronor avsåg försäljning till apo-

tek. Totalomsättningen för de följande åren är ej känd, eftersom ett av företagen ej velat lämna uppgifter om sin omsättning. Om omsättningen för detta företag ökat lika som genomsnittet för de övriga tre företagen, skulle den för hela droghandeln år 1955 uppgå till 166,0 miljoner kronor, år 1956 till 191,4 miljoner kronor, samt år 1957 till 222,0 miljoner kronor. Försäljningen till apotek skulle enligt samma beräkningssätt för respektive år vara: 1955 123,9 miljoner kronor, 1956 146,1 miljoner kronor och 1957 168,4 miljoner kronor.

För att belysa omsättningens utveckling visas i tabell 71 omsättningen för åren 1932, 1944—1948 samt 1954—1957.

Tabell 71. Droghandelns totalomsättning vissa år fr. o. m. 1932 t. o. m. 1957

År	Totalomsättning	Därav direkt till apotek	
	1 000 kr	1 000 kr	%
1932	13 201	10 772	81,6
1944	45 100	37 800	83,8
1945	54 500	43 500	79,8
1946	61 200	47 000	76,8
1947	64 900	52 100	80,3
1948	65 800	53 200	80,9
1954	141 600	[1]108 100	76,3
1955	[2]166 000	[2]123 900	74,6
1956	[2]191 400	[2]146 100	76,3
1957	[2]222 000	[2]168 400	75,9

[1] I detta belopp ingår även försäljningen från N. Gustafsson AB, Göteborg.
[2] Beräknad.

ADA, Distra och Kronan har filialer i Stockholm, Göteborg och Malmö — Distra därjämte i Umeå. Landet har uppdelats i olika försäljningsområden kring dessa platser. Den totala försäljningen till apoteken fördelade sig år 1954 på följande sätt på de olika försäljningskontoren.

	Omsättning år 1954 milj. kronor
Stockholm	62,8
Göteborg	23,3
Malmö	17,3
Umeå	3,2
Summa	106,6

De fyra företagen hade år 1954 en sammanlagd personal av 981 personer, varav cirka 660 beräknades syssla med distribution till apotek. Distributionspersonalen fördelade sig på följande sätt på olika försäljningskontor.

	Antal personer
Stockholm och Södertälje	371
Göteborg	198
Malmö	82
Umeå	9
Summa	660

5. Kostnader för försäljningen till apotek

Kostnaderna för de fyra droghandelsföretagens totala försäljning till apotek fördelade sig år 1954 på följande sätt.

	1 000-tal kronor	% av omsättningen
Löne- och personalkostnader	7 220	6,75
Lokalkostnader	1 100	1,03
Fraktkostnader	1 190	1,11
Övriga kostnader	3 920	3,66
Totalt	13 430	12,55

Den angivna procentsiffran — 12,55 procent — utgör ett vägt genomsnitt för de fyra företagen. Kring detta föreligger en viss spridning.

Kostnadsutvecklingen kan till viss del belysas av följande uppställning, för vilken materialet hämtats ur apotekssakkunnigas samt 1946 års läkemedelsutrednings betänkande.

	1931	1932	1944	1945	1946	1947	1948	1954
Droghandelsomkostnaderna i procent av omsättningen	15,7	17,7	11,7	11,1	12,5	13,0	13,0	12,6

Beträffande uppgifterna för år 1931 och 1932 bör anmärkas, att omkostnaderna även inrymmer skatter, vars storlek föreliggande material icke ger upplysning om. De för nämnda år angivna procenttalen är därför icke jämförbara med senare års siffror.

Vid en bedömning av kostnadsutvecklingen bör erinras om att omsättningen under den anförda tidsperioden tiodubblats, varjämte omfattande ändringar skett i försäljningens sammansättning. Sålunda har andelen »icke specialiteter» i droghandelsföretagens försäljning minskat från cirka 35 procent till mindre än 15 procent. Dessa siffror är dock icke jämförbara med den förskjutning i inköpen som skett hos apoteken, beroende på att dessa numera köper en viss del av sina råvaror från annat håll än droghandeln. I fråga om specialiteterna har vidare en betydande förskjutning mot dyrare enheter (nya mediciner) inträffat. Efter genomförandet den 1 januari 1955 av den s. k. läkemedelsreformen — enligt vilken läkemedel under vissa förutsättningar erhålles antingen utan kostnad för konsumenten eller också till nedsatt pris — har en markerad övergång till köp av större förpackningar kunnat förmärkas. Genomsnittspriset per recipe i apotekens försäljning steg sålunda enbart från år 1954 till år 1957 från 5,95 kronor till 8,90 kronor eller med 50 procent. Eftersom kostnaderna endast i mindre utsträckning hänger samman med varans pris kan de förutnämnda procenttalen icke användas såsom mätare på eventuella rationaliseringar och kostnadsbesparingar.

6. Droghandelns konkurrensförhållanden

Droghandeln fyller i princip samma funktioner som annan grosshandel, även om arbetsorganisationen i flera avseenden påverkas av de speciella förhållanden varunder den arbetar. Det mest påfallande draget vid jämförelse med andra branscher är hög leveransberedskap och snabb orderrutin. Ordermottagningen sker till övervägande del per telefon. De flesta apotek ringes eller ringer dagligen en gång till minst en av sortimentsdroghandlarna samt dessutom Distra och Leo. Med apoteken på nederlagsort förekommer kontakt ännu oftare. Vid telefonsamtalen upptas först order på de defekter, som apotekarna noterat, varjämte aktiv försäljning sker av sådana varor, på vilka grossisten önskar stimulera efterfrågan. Besökande kontaktmän förekommer även, men de har mindre säljande än informativ funktion.

Leveranser utanför nederlagsorterna sker i regel såsom paket- eller ilgods, medan leveranser på nederlagsorterna sker per bil.

Droghandelns sortiment kan med hänsyn till *prissättningen* indelas i tre grupper.

De *farmaceutiska specialiteternas priser* kan i apoteksledet betraktas såsom bundna på grund av den för apoteken gällande, enhetliga prissättningen. Apotekens inköpspriser däremot är i princip att betrakta såsom maximipriser, vilka får underskridas av grossisterna. Specialiteternas högsta försäljningspriser till apotek fastställes av medicinalstyrelsen. Dessa priser lägges till grund för beräkning av konsumentpriserna.

För de s. k. *fria handelsvarorna* sker droghandelns prissättning efter samma principer som inom andra branscher.

Den tredje varugruppen omfattar *droger och övriga råvaror* och utgör cirka 15 procent av omsättningen. I fråga om sistnämnda båda grupper förekommer priskonkurrens.

Konkurrensen inom droghandeln har tagit sig uttryck bl. a. på så sätt, att

droghandeln i stor utsträckning ekonomiskt engagerar sig i finansieringen av apoteksdriften genom att ikläda sig borgensförbindelser för nytillträdande apoteksinnehavare och lämna vittgående krediter. De ekonomiska engagemangens omfattning år 1956 framgår av följande uppställning.

Droghandelns engagemang i apotekens finansiering per den 30/9 1956

Borgensförbindelser		33 950 532 kronor
antal	357	
genomsnittsbelopp per berört apotek	95 100 kronor	
Växelkrediter		971 091 »
antal	31	
genomsnittsbelopp per berört apotek	31 326 kronor	
Varukrediter utöver sedvanlig kredittid		11 322 390 »
genomsnittsbelopp per apotek (utslaget på samtliga 412 apotek)	27 482 kronor	

Medan borgensförbindelserna utgör en ganska konstant summa, varierar växelkrediterna och varukrediterna beroende på försäljningens variation under året och på likvidernas fördelning under månaden.

I den återgivna summan för varukrediter utöver sedvanlig kredittid, 11 miljoner kronor, har droghandelsföretagen vid uppgifternas avlämnande medräknat även de fakturor som förföll den angivna dagen men för vilka likvid ej bokförts denna dag. Beloppet är därför ej rättvisande utan representerar snarast ett maximivärde. Ett av företagen har vid en omräkning konstaterat att varukrediterna vid borträknande av de fakturor som förföll den 30/9 uppgick till ungefär hälften av det belopp som erhölls när ifrågavarande fakturor medräknades. Av detta skulle man kunna draga den slutsatsen att varukrediterna utöver sedvanlig kredittid vid den tid på året som det här rörde sig om varierade mellan ungefär 6 och 11 miljoner kronor. Eftersom krediterna till största delen är baserade på den låga omsättningen under sommarmånaderna, får man anta att maximibeloppet under året kan vara några miljoner kronor högre. Däremot torde minimibeloppet vara i stort sett oförändrat, emedan de »långa» krediterna bör ha en relativt större roll vid denna tid på året på grund av apotekens från likviditetssynpunkt mera ansträngda läge. Om genomsnittsbeloppet för hela året av varukrediter utöver sedvanlig kredittid och växelkrediter uppskattningsvis antas vara sammanlagt 9 miljoner kronor, skulle kredittiden utöver sedvanlig kredittid — leveransmånaden plus 30 dagar — i genomsnitt uppgå till något mera än 20 dagar.

C. Tidigare förslag beträffande droghandeln

Sedan år 1909, då medicinalstyrelsen i ett förslag till apoteksvarustadga förordade vissa ändringar i fråga om rätten att importera apoteksvaror, har frågan om droghandeln varit föremål för överväganden och utredningar i olika sammanhang.

1. 1912 års apotekskommitté

Kommittén framhöll i sitt den 21 november 1919 avgivna betänkande önskvärdheten av att på något sätt åstadkomma lägre inköpspriser på läkemedel för apoteksinnehavarna. Man ansåg att detta borde kunna ske genom att en central anstalt — enskild eller statlig — för import av droger och läkemedel in-

rättades. Kommittén tog icke slutlig ställning till spörsmålet, men man föreslog att lagen om apotek borde så utformas, att möjligheten till anordnandet av en dylik central anstalt funnes.

2. Statsrevisorerna år 1930

Statsrevisorerna behandlade i 1930 års revisionsberättelse angående statsverket samma fråga och framhöll önskvärdheten av att en gemensam inköpscentral för de svenska apoteken organiserades. Enligt statsrevisorernas mening borde från denna central läkemedel kunna tillhandahållas de olika apoteksinrättningarna till inköpspriser, säkerligen understigande dem som erlades av de enskilda apoteken. Statsutskottet vid 1931 års riksdag uttalade i samband därmed sin förväntan, att vad revisorerna anfört komme att tagas under närmare övervägande vid den pågående utredningen om nedbringandet av läkemedelspriserna.

3. Apotekssakkunniga av år 1931

I sitt den 20 september 1934 avgivna betänkande gav apotekssakkunniga frågan om läkemedelsgrosshandelns organisation en central plats. Man anförde bland annat att apoteksvarugrossisterna ombesörjde en väsentlig funktion i läkemedelsdistributionen. Det syntes ej vara tillfyllest att för förbilligandet av läkemedlen ensidigt söka begränsa apoteksväsendets kostnader, utan lika viktigt vore att tillgodose intresset av att nedbringa kostnaderna för distributionen av läkemedel en gros. Betydande besparingar kunde vinnas genom att sammanföra apotekens inköp till en enda för apoteken gemensam inköpscentral. Droghandelns kostnader borde därigenom kunna nedbringas med mer än 50 procent. Man ansåg dessutom att en centralisering av grosshandeln med apoteksvaror vore den enda utvägen för det allmänna att få inflytande över apotekens inköpspriser, varav apotekens försäljningspriser främst berodde. Genom en centralisering av droghandeln skulle man få möjlighet att bryta den intressegemenskap som enligt de sakkunniga vid denna tidpunkt syntes råda mellan apoteksinnehavare och droghandlare och vilken ansågs kunna få ur det allmännas synpunkt ogynnsamma återverkningar på prisnivån på läkemedel (s. 505). Beträffande formen för den centraliserade droghandeln anförde de sakkunniga, att omständigheterna pekade på önskvärdheten av att denna organiserades såsom ett statsmonopol i aktiebolagsform. Denna form skulle bereda det allmänna det mest betryggande inflytandet på läkemedlens prissättning och samtidigt även öppna möjligheten för kontroll av apotekens ekonomi. Statsmonopolet skulle enligt förslaget omfatta all försäljning till apoteksinrättningar av apoteksvaror och första klassens gifter, medan däremot försäljning av dylika varor till annan än apoteksinrättning liksom försäljning till apoteksinrättning av fria handelsvaror icke skulle förbehållas statsmonopolet.

De sakkunniga ansåg, att förslaget om överlåtande till staten av ensamrätten till bedrivande av engroshandel inom apoteksrörelsen endast skulle innebära en utbyggnad av det inom denna rörelse existerande detaljhandelsmonopolet och icke en ny organisation inom apoteksväsendet av principiell art.

4. 1946 års läkemedelsutredning

I 1946 års läkemedelsutrednings första betänkande (SOU 1951: 34), intog frågan om droghandeln en mindre framskjuten plats. Utredningen framhöll nämligen (sid. 312) att en reform syftande till ett effektivt förbilligande av läkemedlen visserligen måste beröra

grosshandelsledet men den skulle ej få full effekt, om icke samtidigt apoteksväsendets omkostnader minskades. En allmän omorganisation av apoteksväsendet ansågs som en ofrånkomlig förutsättning för att billigare varuinköp för apoteken skulle kunna i någon väsentlig grad påverka läkemedlens utförsäljningspris. Eftersom det förslag till nytt apotekssystem, som utredningen framlade, ej endast innebar att det allmänna erhöll kontroll över inköpspriserna, utan även att möjligheten öppnades för att begränsa apoteksväsendets omkostnader, ansåg sig utredningen icke kunna för det dåvarande förorda ett genomförande av apotekssakkunnigas förslag till statsmonopol på grosshandeln av apoteksvaror. Utredningen förmenade att med den slutliga prövningen av denna fråga kunde anstå.

Avgörande för utredningens slutsats var, att tillkomsten av ett statligt apoteksbolag ansågs komma att underlätta en önskvärd sanering av läkemedelshandeln även i grosshandelsledet, varför ett statsövertagande av droghandeln ej ansågs erforderligt. Frågan om droghandelsföretagens uppgifter inom läkemedelsförsörjningen borde därför enligt utredningen upptagas till prövning först sedan erfarenheter vunnits av apoteksbolagets verksamhet och bolagets relationer till företagen i fråga.

Två ledamöter anförde i reservation att det av utredningen föreslagna apoteksbolaget redan från början borde bygga upp en egen organisation för inköp av och distribution till apoteken av samtliga varor i apotekens sortiment. Reservanterna ansåg att en dylik inköpsorganisation skulle kunna göras väsentligt mindre omfattande än de existerande droghandelsföretagen sammantagna.

5. Remissyttranden över 1946 års läkemedelsutrednings förslag beträffande droghandeln

Såsom relaterats i föregående stycke föreslog 1946 års läkemedelsutredning icke några åtgärder från statsmakternas sida i fråga om läkemedelsgrosshandeln. Man anförde visserligen åtskillig kritik mot densamma, men ansåg att förefintliga brister automatiskt skulle avhjälpas genom ett förstatligande av apoteksväsendet. Flera av remissinstanserna behandlade emellertid droghandelsfrågan i sina yttranden.

Medicinalstyrelsen anförde:

»Avgiftsnämnden uttalar bland annat, att droghandeln intager en nyckelposition på läkemedelshandelns område och att någon verklig garanti mot för höga läkemedelspriser icke kunna åvägabringas, därest partipriserna äro undandragna varje kontroll från det allmännas sida. Medicinalstyrelsen hyser i stort sett samma mening i frågan som den avgiftsnämnden sålunda givit till känna. Styrelsen kan vitsorda, att den nuvarande prissättningen av läkemedlen är behäftad med svagheter just på grund av droghandelns för insyn skyddade ställning. Styrelsen tror också, att en under offentlig insyn ställd droghandel skulle vara av värde för att säkerställa lägsta möjliga läkemedelsprisnivå såväl i fråga om apotekens egna preparat som industrins produkter. Skulle en droghandel — vilket icke vore orimligt — kunna inkopplas i apotekskollektivet, skulle även dennas avkastning komma kollektivet tillgodo och kunna bidraga till att möjliggöra prissänkningar på läkemedel.

Det får också sägas vara kända mönster, som utvecklingen följer, om apoteken förenas kring uppbyggnaden av en egen inköpsorganisation. Styrelsen hänvisar härvidlag till såväl konsumtionsföreningarnas som vissa enskilda detaljhandelsföretags sammanslutningar för att åstadkomma egna inköpsorganisationer. En början härtill har ju för övrigt skett i och med att distriktslaboratoriernas intresseförening trätt i verksamhet.»

Apotekarkåren utvecklade i sitt motförslag två alternativ beträffande droghandeln:

Alt. 1: Ingen förändring skulle företagas i den privata droghandelns organisation, men förhandlingsvägen skulle man söka ernå en omläggning av prissättningen i riktning mot väsentligt mera liberala former. Om detta alternativ ej gav önskat resultat borde alternativ 2 prövas.

Alt. 2: En fullständig droghandel i apotekskollektivets regi skulle etableras som kooperativ förening.

Droghandelsföretagen hemställde att — om beslut skulle fattas om apoteksväsendets förstatligande — företagen till den del de var verksamma som distributörer av läkemedel till apotek skulle inlösas av staten, eftersom man ansåg att skapandet av ett statligt apoteksbolag skulle medföra en för företagen ohållbar marknadssituation.

Läkemedelsindustriföreningen framhöll, att droghandeln på ett mycket tillfredsställande sätt fullgjort sina funktioner, och att anmärkningar mot droghandeln icke var berättigade utan grundade sig på otillfredsställande utredning och bristande kännedom om branschen.

I likhet med medicinalstyrelsen förordade *kooperativa förbundet* tillskapandet av en droghandel i apotekens egen regi. Några instanser — bland vilka kan nämnas *statskontoret* — ifrågasatte eller förordade droghandelns förstatligande.

D. Förhållandena i Norge

Frågan om förstatligad grosshandel har i Norge flera gånger behandlats av statliga utredningar. Den senaste utredningen i denna fråga tillsattes år 1947 och avlämnade år 1948 sitt betänkande. Den var delad i två lika stora fraktioner, av vilka den ena förordade och den andra avstyrkte monopol.

Departementet följde i allt väsentligt den fraktion som förordade monopol och framlade proposition år 1949. Frågan behandlades dock icke av stortinget förrän år 1953, då man beslöt att droghandeln skulle förstatligas. Enligt utredningens betänkande dominerades droghandeln av två företag med tillsammans cirka 70 procent av apoteksvaruomsättningen. Ytterligare fyra droghandelsföretag med sammanlagt cirka 14 procent av omsättningen till apotek fanns namngivna, medan resterande cirka 15 procent gick direkt från fabriker eller såldes av mindre grosshandelsföretag. Frågan om eventuell ersättning till de existerande företagen skulle hänskjutas till domstol.

Den norska statliga droghandeln började distribution av läkemedel till apotek hösten 1957.

För att få en uppfattning om förhållandena efter Norsk Medisinaldepots start anhöll kommittén i april 1958 om följande uppgifter från företaget i fråga:

»1) den personalstyrka som före starten hade beräknats för Medisinaldepotens verksamhet, fördelad på kontor och lager;

2) den årsomsättning som tidigare hade beräknats för verksamheten och den som man numera räknar med;

3) beträffande Norsk Medisinaldepot för senast tillgängliga månad år 1958:
a) omsättning,
b) personalantal, fördelade på kontor, lager och övriga, samt
c) löner, om möjligt fördelade på de under b) angivna tre kategorierna;

4) beträffande de tidigare droghandlarna uppgifter för samma månad år 1957, motsvarande de under 3) angivna uppgifterna, avseende den del av de berörda företagens distribution som var inriktad på apotek (om dessa icke kan erhållas för endast en månad kan årssiffror accepteras);

5) löneförändringar, uttryckta i pro-

cent eller index, mellan de angivna tidpunkterna år 1957 och år 1958;

6) läkemedelsprisnivåns eventuella förändring, uttryckt i procent eller index mellan de angivna tidpunkterna.»

Norsk Medisinaldepot svarade på de angivna punkterna följande:

»1. Personalstyrke beregnet før starten — kontor 41 — lager 74 — øvrige 28.

2. Årsomsetning beregnet i 1954: kr. 36 mill. pr. år.
Nå regner vi med en årsomsetning på mellom 50 og 55 mill. kroner.

3. a) Omsetningen i januar 1958: kr. 5 350 000,—.

b) Personalet: — kontor 65 — lager 86 — øvrige 34 — ialt 185. Dessuten midlertidige 12 — ialt 197. Under »øvrige» regnes personale på laboratorium, transport, selger og husforvaltning. Lønnsutgifter pr. måned kr. 233 000,— ÷ midlertidig i Oslo kr. 11 000,— = kr. 222 000,—. Lønn innbefatter bruttolønn + overtid. Egen andel av pensjon og trygd er ikke medtatt.

4. a) Opplysninger om denne omsetning har ikke vært tillgjengelig for NMD. Det er mulig at en kan utlede omsetningen fra Helsedirektoratets statistikk over apoteksomsetningen.

b) Eksakte oppgaver over det antall personer som var beskjeftiget med distribusjon til apotek foreligger oss bekjent ikke. I brev av 13.2.1957 til Sosialdepartementet har personalsammenslutningen angitt personalets størrelse i de private drogeforretninger til 284 personer. Hertil kommer farmasøytiske fabrikker og andre foretakender med direkte salg til apotek av varer som nå er underlagt NMD. En har grunn til å regne med at det personale som var beskjeftiget med distribusjon til apotek oversteg 270 personer. Som kjent har NMD ennå ikke opprettet avdeling i Bergen, og det må derfor foretas et korrektiv på ca. 30 personer som er personalet ved Vestlandets Drogeforretning A/S.

c) NMD's lønnsregulativ dekker stort sett tilsvarende lønninger for personalet i de tidligere drogeforretninger, bortsett fra de mer ledende stillinger. Det skal dog bemerkes at NMD har likelønn for menn og kvinner. I tillegg vil NMD få adskillig høyere pensjonsutgifter. En del av de tidligere drogeforretninger hadde gjennomført pensjonsordning, men disse var høyst forskjellig artet.

5. De lønnsreguleringer som skal foretas pr. 1.1.1958 og som vil utgjøre ca. 3 %, er ennå ikke kommet til uttrykk i lønnsutgifter som oppgitt som månedslønn under pkt. 3 c, idet lønnjusteringen først er godkjent av Stortinget 25.4.1958.

6. I lov om NMD, § 9 er fastsatt at driftsoverskudd kan bare benyttes til opplegg av reservefond, prisreguleringsfond eller andre fond til fremme av depotets virksomhet. Da NMD ikke har vært i drift mer enn et halvt år, er det ikke foretatt noen regnskapsavslutning for denne driftsperiode, og der er følgelig heller ikke opplagt noe prisreguleringsfond.

Av ovenstående oppstilling over personalantallet vil fremgå at dette er høyere enn beregnet på forhånd. Ved de preliminære beregninger hadde en tatt sikte på å ligge i underkant av det faktiske behov, slik at en ved en eventuell justering ikke skulle bli nødt til å si opp folk. Som årsak til at personalantallet er blitt større enn beregnet, kan angis bl. a. at ordrestrukturen avviker fra det en hadde beregnet og at ordreantallet er adskillig større enn en hadde beregnet.

Personalantallet ved hullkortanlegget var enn videre kalkulert altfor lavt, idet både fakturalinjeantall var satt for lavt og den formodede ytelse pr. ansatt for høyt. Det er mulig personalantallet kan reguleres en del når rutinene er innarbeidet.

Som formodet i Deres skriv har NMD hatt en del begynnervansker. Grunnene til dette har vært mange. Det var bl. a. en forutsetning at NMD i størst mulig utstrekning skulle benytte det personale som arbeidet i de tidligere drogeforretninger. Det hadde vært ønskelig om i alle fall arbeidslederne kunne fått en opplærings- og treningsperiode, men det var slik som forholdene lå an, umulig uten alvorlige konsekvenser for forsyningstjenesten å ta disse folk bort fra drogeforretningene, som alle i stor utstrekning arbeidet overtid høsten 1957. De antyder i Deres brev at det hadde vært bedre med en suksesiv overgang til Medisinaldepotet. Vi vil i den anledning sitere fra en brosjyre utarbeidet av Medisingrossistenes

Forening og tilstillet stortingsmennene. Brosjyrens titel er »En faglig imøtegåelse av Ot. prp. nr. 29 (1952)». På side 16 er angitt følgende vedrørende overgangsbestemmelser:

»Dette avsnitt av proposisjonen inneholder meget av interesse. En finner således forslaget om den gradvise overtakelse ganske eiendommelig. Det er klart at Staten må overta alle firmaer samtidig fra en bestemt dato hvis monopolet blir en realitet. De private grossister kan ikke gå med på noen gradvis uthulning av sin virksomhet.»

En suksesiv overgang må derfor anses som ønsketenkning, og er også vanskelig å praktisere når det forutsettes at begge skal benytte de samme funksjonærer.»

Av det erhållna svaret framgick, att initialsvårigheterna varit betydande. Det stod även ganska klart att rörelsen varit i gång alltför kort tid för att man skulle våga draga några slutsatser beträffande densamma. Kommittén återkom därför till frågan, när rörelsen varit i gång ett år, och anhöll i skrivelse till Norsk Medisinaldepot den 30 oktober 1958 om uppgifter i följande hänseenden:

»1) Omsättningen under respektive månader 1958 (fram till senast tillgängliga månad). Kommittén utgår ifrån att Ni fortfarande icke har egen filial i Bergen, utan att Vestlandets Drogeforretning A/S för Eder räkning utför distributionen till apoteken inom distriktet. Särskild uppgift angående omsättningen i detta företag önskas.

2) Medelantalet anställda — uttryckt i antal heltidsanställda eller i dagsverken — under respektive månader 1958 (fram till senast tillgängliga månad) med uppdelning på kontor, lager och övrigt. Om deltidssysselsatta användes, bör detta särskilt anges. Särskilda uppgifter angående personalen hos Vestlandets Drogeforretning önskas.

3) Enligt uppgift hade Norsk Medisinaldepot vissa svårigheter i början att inom beräknad tid sända fakturor över de till apoteken levererade varorna. Har denna eftersläpning numera helt eller delvis inhämtats?

4) Hur många av Norsk Medisinaldepots anställda finns vid filialen i Harstad, som är en helt ny droghandelsort?

5) I Edert brev av den 6 maj nämndes, att personalstyrkan före starten beräknades till sammanlagt 143 anställda. Gjordes denna beräkning strax före starten hösten 1957 eller några år tidigare i samband med att stortinget träffade sitt beslut angående Norsk Medisinaldepot? Avsåg det nämnda antalet 143 även filialen i Bergen? Finns det någon beräkning av personalbehovet för år 1959? Hur många anställda räknar Ni i så fall med för ifrågavarande år? För hur stor omsättning är denna personalstyrka beräknad?

6) Om kommittén fattat situationen rätt, skulle Norsk Medisinaldepot bland annat svara för den fysiska importen av de i sortimentet ingående varorna. Har detta skett även i praktiken eller importeras varorna i vissa fall av agenter och lagras av dessa före leveranserna till Eder, varigenom Ni kan hålla något mindre genomsnittslager än eljest, eftersom påfyllning kan ske snabbare, om varorna redan finns i närheten? Om vissa importvaror hålls i lager av agenterna, sker i så fall distributionen direkt från dessa agenters lager till Edra filialer? Hur tillgodoses kraven på beredskapslagring?

Den här upptagna frågan angående lagerhållningsfunktionen har givetvis viss betydelse för det fall, att man önskar göra en jämförelse av personal m. m. i den förutvarande droghandeln å ena och Norsk Medisinaldepot å andra sidan. Några exakta värderingar av agenternas eventuella lagerhållningsfunktion kan naturligtvis icke göras, då alltför många faktorer inverkar på bedömningen härav.

7) Kommittén vill efterhöra, huruvida Ni upprättat vissa normer beträffande apotekens inköp, t. ex. att för visst antal leveranser erhålles fraktfrihet, medan frakt, expeditionskostnad eller dylikt debiteras vid ytterligare leveranser därutöver. Hur stor är frekvensen av inköp utöver de eventuella normerna? Kommittén förstår, att denna fråga kan besvaras endast med en allmän kommentar, såvida icke särskild utredning gjorts.»

Norsk Medisinaldepot lämnade svar i brev av den 7 november. Utdrag ur brevet återges i det följande:

»1. Omsetning 1958.

	Ialt	Herav Bergen
Januar.....	5 346 000	882 000
Februar.....	4 791 000	758 000
Mars.....	5 271 000	855 000
April.....	4 787 000	776 000
Mai.....	4 797 000	772 000
Juni.....	4 985 000	813 000
Juli.....	4 581 000	732 000
August.....	4 350 000	723 000
September....	4 808 000	784 000
Oktober.....	5 180 000	

2. Antall ansatte (faste).

	Oslo—Trondheim—Harstad		
	Kontor	Lager	Forøvrig
Januar.....	56	71	28
Februar.....	68	82	32
Mars.....	73	87	34
April.....	70	86	34
Mai.....	70	86	34
Juni.....	71	86	34
Juli.....	71	86	34
August.....	73	86	34
September....	78	86	34
Oktober.....	77	85	33

Under lager er medtatt pakk-, kontroll- og dispenseringsavdeling, under forøvrig transport-, laboratorium, kantine, renholds- og vaskeriavdeling og under kontor i oktober er medtatt en kontordame i deltidspost.

Vi har dessuten hatt et vekslende antall midlertidig ansatte, samt vikarer for permitterte. I oktober 1958 var tallene her følgende:

Kontor 7, derav 2 vikarer for permitterte og 2 kontordamer i deltidspost. Lager 3, derav 1 vikar for permitterte, forøvrig 3, total 13 og netto 10.

Når det gjelder personalet ved Vestlandets Drogeforretning A-S har Norsk Medisinaldepot intet med dette å gjøre, idet forretningen arbeider på provisjonsbasis. Antall ansatte er ca. 30 personer. Det skal her bemerkes at fakturering og remittering fra apotekene foregår ved Oslo-avdelingen.

3. Faktureringen er nå à jour. Fakturaer sendes fortløpende hele måneden 3—4 dager etter at varen er ekspedert. Månedssammendrag sendes ca. 8. i påfølgende måned (augustsammendrag 10.9., septembersammendrag 8.10., oktobersammendrag 8.11.).
4. Harstad-avdelingen beskjeftiger 9 personer, samt 1 rengjøringshjelp på deltid. En stilling er vakant.
5. Beregninger over personalstørrelsen ble foretatt både i 1954, 1955 og 1956. Som meddelt i vårt brev av 6.5.1958, hadde en ved forhåndsberegningene tatt sikte på å ligge i underkant av det faktiske behov, slik at en skulle kunne unngå oppsigelser ved en eventuell justering, og for at arbeidsytelsene pr. person også skulle bli høyest mulig. Tallet 143 forelå allerede i 1955. Pr. 8.6.1955 var personalet beregnet til 103 ved Oslo-avdelingen, 29 ved Trondheims-avdelingen og 11 ved Harstad-avdelingen. Tallet omfatter således ikke Bergen.

   Personalbehovet i 1959 antas å ville ligge på omtrent samme nivå som nå og er beregnet ut fra en omsetning på ca. 60 mill. kroner. Ved eventuelle sammenlikninger over personalstyreken vil vi gjøre oppmerksom på at antall personer beskjeftiget i Norsk Medisinaldepots analyseavdelinger er 9 + 2 halve. Det var tidligere alminnelig å sette bort analyseringen, bortsett fra firma Tollef Bredal A/S, som hadde eget laboratorium.
6. Norsk Medisinaldepot har sluttet avtale om konsignasjonslager av farmasøytiske spesialpreparater med 26 utenlandske firmaer. Norsk Medisinaldepot gir spedisjonstillatelser for de importerte varer som lagres hos agentene. Ut-

takene skjer som regel til Oslo-avdelingen, bortsett fra et par av lagrene som også leverer direkte til filialene. Vi er av den oppfatning at denne lagerholdsfunksjon ikke betyr så meget når det gjelder arbeidsbesparelse, men at fordelene vesentlig består i mindre kapitalutlegg, hurtigere levering og spredning av lagrene. Dersom det spesielt er personalstyrken man er interessert i, skal en være oppmerksom på at denne type lager forekom også før Norsk Medisinaldepot startet sin virksomhet.

7. I våre alminnelige salgs- og leveringsbetingelser til apotek heter det: »7. Vareekspedisjon. For ekspedering av varer til apotekene i Oslo og nærmeste omegn, samt Trondheim og nærmeste omegn, vil Norsk Medisinaldepot opprette kjøreruter. Kjørerutene vil bli meddelt disse apotek. I de distrikter hvor Norsk Medisinaldepot ikke har kjøreruter, bekoster Norsk Medisinaldepot en fraktfri forsendelse pr. uke med rimeligste rutegående forbindelse fra nærmeste avdeling».... »Utlagte frakter utenom den fraktfrie forsendelse vil bli debitert apoteket en gang pr. måned. Vareforsendelser fra depotets avdeling i Oslo, Trondheim og Harstad, som ikke sender med egne kjøreruter, vil bli forsikret av depotet.»
I oktober 1958 blev det fra Norsk Medisinaldepots avdeling i Oslo, Trondheim og Harstad utsendt 2 410 forsendelser med »rutegående forbindelser». 990, dvs. 41 % av disse forsendelser var fraktfrie, mens apotekene i 1 420 tilfelle må betale frakten selv. Apotekenes bestillingsrutine er svært forskjellig, idet en hel del av apotekene klarer seg med 4 bestillinger pr. måned, mens vi har andre som må få opptil 25 (dette gjelder utenbys apotek). For innenbys apotek er normen en forsendelse pr. dag. Ved Oslo-avdelingen, hvor vi har kjøreruter til 45 apotek, har vi gjennomsnittlig hatt 9.5 ekstraforsendelser pr. dag. Vi har ikke gjort noen særskilt utredning angående dette spørsmål, men arbeider med utsendelse av defektkort til apotekene, for på den måte å gi apotekene muligheter for en mer rasjonell bestilling.»

Såsom framgår av de införskaffade uppgifterna har under tiden från stortingsbeslutet om centralisering av den norska droghandeln och fram till medisinaldepotens start förutsättningarna för droghandelsdistributionen kraftigt ändrats. Man räknade sålunda vid tiden för beslutet med en årsomsättning på 36 miljoner kronor och att depoten behövde en personalstyrka på 143 personer. Under 1958 — som var det första hela kalenderår medisinaldepoten ombesörjde droghandelsdistributionen i Norge — uppgick emellertid omsättningen till i det allra närmaste 60 miljoner kronor. Det är därför tydligt att man vid en bedömning av hur centraliseringen av den norska droghandeln utfallit icke kan utgå från de ursprungligen gjorda beräkningarna, utan i stället bör beakta de faktiska förhållandena vid den tidpunkt då medisinaldepoten trädde i verksamhet. Kalenderåret 1958 är den tidsperiod som då kan komma ifråga, men det bör hållas i minnet att startsvårigheterna knappast kan ha varit övervunna förrän under den senare delen av detta år.

Av uppgifterna framgår att medisinaldepoten i oktober 1958 sysselsatte 205 anställda, vartill kom personalen vid det enskilda droghandelsföretag, som på provisionsbasis ombesörjer distributionen i Bergenområdet, nämligen 30 personer, d. v. s. totalt 235 personer. Enligt uppgifterna skulle vidare de enskilda droghandelsföretagen under år 1957 ha sysselsatt 270 personer med distribution till apoteken. Medisinaldepoten skulle sålunda sköta droghandelsdistributionen i Norge med en personalstyrka som var 35 personer mindre än vad de enskilda droghandelsföretagen behövde för samma uppgift år 1957.

Denna jämförelse måste emellertid anses osäker. Det framgår sålunda icke i vad mån talet 270 inrymmer befattningshavare, som sysslade med sådan verksamhet vilken medisinaldepoten överlåtit på de konsignationslagerhållande agenterna. Vidare finns ingen om-

sättningsuppgift för den enskilda droghandeln under år 1957 och det kan dessutom ifrågasättas om detta år är lämpligt som jämförelseår, eftersom den enskilda droghandelns verksamhet kan ha influerats av den under året inträffade övergången.

Kommittén har på grund härav införskaffat ytterligare jämförelseunderlag. Efter överläggningar med representanter för Helsedirektoratet samt Medisingrossistenes Forening i Oslo valdes i stället år 1954 såsom ett lämpligt år för jämförelsen. Direkt från de berörda droghandelsföretagen samt den läkemedelsfabrik, som själv distribuerade till apotek, införskaffades uppgift beträffande försäljningen till apotek samt den personalstyrka som sysselsattes härmed. Kompletterande uppgifter erhölls vidare beträffande medisinaldepotens totalomsättning under år 1958, medan uppgift om prisutvecklingen mellan de berörda åren erhölls från Statistisk Sentralbyrå i Oslo. De införskaffade uppgifterna har sammanställts i tabell 72.

Tabell 72. Droghandelsdistributionen i Norge åren 1954 och 1958

År	Försäljning till apotek Norska kronor	Antal sysselsatta i distributionen till apotek	Försäljning per sysselsatt Norska kronor	Prisindex	Försäljningen per sysselsatt uppräknad till 1958 års prisnivå Norska kronor
1954	43 904 700	237,5	184 862	106,6	187 463
1958	59 572 000	235,0	253 498	108,1	253 498

Av tabellen kan utläsas att omsättningen per sysselsatt — mätt i 1958 års prisnivå — ökat med drygt 35 procent. Omvänt skulle detta innebära en personalbesparing med samma procenttal eller — omräknat i antal sysselsatta — drygt 80 anställda. Denna siffra måste emellertid reduceras därför att en viss förändring av försäljningens struktur inträffat mellan de jämförda åren. Sålunda har — liksom i Sverige — andelen lösviktsvaror minskat och en förskjutning mot dyrare läkemedel skett. Denna förskjutning torde ha varit mindre i Norge beroende på den under nämnda tidsperiod i Sverige genomförda läkemedelsrabatteringen. Det kan vidare antagas, att de enskilda droghandelsföretagen var för sig haft ett visst kapacitetsöverskott, så att den mellan åren ökade försäljningen icke skulle ha medfört proportionellt ökad personal i den enskilda droghandeln. Uppgiften att antalet anställda — sysselsatta med distribution till apotek — under år 1957 uppgick till 270 personer kan tyda härpå. Å andra sidan bör det observeras att medisinaldepotens personalstyrka inrymmer 10 personer sysselsatta med varuanalysering, vilken den enskilda droghandeln i allmänhet icke utförde i egen regi. Vidare har medisinaldepoten utökat distributionen med ett nederlag på en ort som tidigare saknat sådant, nämligen i Harstad, där 11 personer sysselsättes.

Vid stortingsbehandlingen den 28 mars 1958 av medisinaldepotens verksamhet meddelade statsrådet Harlem, att man räknade med en personalbesparing på 20 procent. De uppgifter avseende år 1958, som kommittén erhållit, styrker att denna beräkning är realistisk, såvitt gäller de hittills gjorda besparingarna. En betydande personalbesparing har således skett genom centraliseringen av den norska droghandeln.

Vid förfrågan hos förutvarande nors-

ka droghandlare, ett par norska apotekare samt en läkemedelsindustri och en agent för importerade läkemedel i Norge har kommittén erfarit, att medisinaldepotens distribution efter den första tidens övergångssvårigheter numera sker på ett för berörda parter tillfredsställande sätt.

E. Kommitténs undersökningar beträffande droghandeln

1. Inledning

Kommittén har vid sin granskning av den svenska läkemedelsförsörjningens organisation fått ett starkt intryck av att droghandeln har en viktig ställning inom läkemedelsdistributionen. Därvid har icke endast den kortsiktigt kostnadsmässiga betydelsen beaktats utan även den roll droghandeln spelar i fråga om möjligheterna för en effektiv och rationell läkemedelsförsörjning i stort och på längre sikt. Tydligt är nämligen, att åtgärder till förbilligande av läkemedlen som kan vidtagas hos fabrikanterna eller inom apoteken icke kan få full effekt om icke droghandeln positivt medverkar. Som exempel må endast anföras, att ett avgiftssystem inom apotekskollektivet — avsett att bland annat premiera rationella inköp — icke skulle få lika god effekt, om icke droghandeln införde ett prissättningssystem efter prestation. Ett annat exempel på rationaliseringsåtgärder som för att få full effekt måste erhålla stöd från grosshandelsledet är strävanden från läkemedelsindustrien att införa ur kostnadssynpunkt bättre avvägda förpackningsenheter.

2. Kommitténs undersökning beträffande droghandelns orderstruktur

Efter att ha gjort ett par provundersökningar företog kommittén i slutet av år 1954 en undersökning av droghandelns orderstruktur. Denna undersökning bestod av två delar. Den ena omfattade en genomgång av samtliga fakturor från de fyra droghandelsföretagen samt Leo och ACO för mars månad år 1954. Den andra avsåg en redovisning av samtliga apoteks inköp av 40 standardförpackade läkemedel under första halvåret 1954.

I första delen av undersökningen erhölls uppgifter från 94 procent av samtliga apotek. Vissa svar måste dock kasseras på grund av att de var ofullständiga. I det redovisade materialet ingår därefter uppgifter från 89 procent av apoteken.

Det genomsnittliga antalet inköp per dag och apotek från de fyra droghandlarna samt Leo och ACO var 4,0. Därvid räknas huvudapotek och filialer som en enhet. Per arbetsställe — varvid huvudapotek och filialer räknas var för sig — var det genomsnittliga antalet fakturor per dag 3,3. Eftersom större delen av filialerna själva beställer varor, ger den senare siffran en mera korrekt bild av inköpsstrukturen än den förra. För att ett apotek skall kunna täcka sitt sortiment av läkemedel måste inköp ske från såväl Distra, Leo och ACO som en av sortimentsdroghandlarna Ada, Vitrum eller Kronan. Av den angivna siffran framgår att apoteken gjorde inköp i det närmaste en gång varje dag från var och en av de leverantörer, som man måste vända sig till för att erhålla hela sortimentet. Apotek respektive arbetsställe på ort med droghandelsnederlag hade ungefär dubbelt så många inköp per dag från de nämnda leverantörerna som apotek respektive arbetsställe utanför ort med dylikt nederlag. Droghandelns orderstruktur redovisas närmare i tabell 73.

Sammanställningen visar, att apotek på nederlagsort trots större omsättning än apotek utanför nederlagsort hade genomsnittligt mindre fakturabelopp be-

Tabell 73. Droghandelns orderstruktur (apotekens inköpsstruktur) år 1954 enligt en månads stickprov

	Genomsnittssiffror		
	för samtliga undersökta apotek	för undersökta apotek	
		utanför nederlagsort	på nederlagsort
Med inköp från ACO inräknat			
Inköp per dag och apotek ..... kr	1 060: —	913: —	1 659: —
» » » » arbetsställe ..... »	876: —	768: —	1 276: —
Fakturor per dag och apotek..... st.	4,0	3,3	6,9
» » » » arbetsställe ... »	3,3	2,8	5,3
Fakturarader per dag och apotek.... »	38,3	33,5	58,2
» » » » arbetsställe »	31,7	28,2	44,7
Rader per faktura..... »	9,5	10,1	8,4
Belopp per faktura..... kr	263: —	275: —	240: —
Belopp per rad..... »	27: 60	27: 20	28: 50
Med inköp från ACO frånräknat			
Fakturor per dag och arbetsställe.... st.	2,8	2,4	4,5
Fakturabelopp per arbetsställe..... kr	286: —	294: —	256: —
Rader per faktura..... st.	10,2	10,8	9,1

roende på större antal inköp per dag. Antalet fakturor motsvarar i stort sett antalet order, varför begreppen faktura och order kan anses jämförbara.

Genomsnittsexpeditionen hade ett värde av 263 kronor, den mittersta (medianen) svarade mot 156 kronor, medan 25 procent av expeditionerna låg under 62 kronor och 10 procent under 21 kronor i värde. Den relativt stora skillnaden mellan genomsnitt och median innebär att ett fåtal stora expeditioner avsevärt påverkat genomsnittsvärdet.

Fakturaradernas belopp var i genomsnitt 27: 60 kr., medianen låg på ett belopp av 12: 40 kr. Av totala antalet fakturarader hade 25 procent ett belopp understigande 5: 70 kr. samt 10 procent ett belopp understigande 2: 70 kr.

I tabellens senare del redovisas inköpen exklusive inköpen från ACO, dvs. distriktslaboratorierna. De redovisade inköpen avser såväl standardförpackade läkemedel som råvaror, fria handelsvaror, emballagematerial m. m.

Av de tidigare lämnade uppgifterna kan man beräkna att antalet order totalt per dag uppgick till närmare 1 700 för de fyra droghandelsföretagen samt Leo och ACO. Borträknas ACO blir antalet drygt 1 450.

Samtliga apotek hade företagit inköp hos Distra, Leo och ACO. Två av de tre sortimentsgrossisterna hade leveranser till praktiskt taget samtliga apotek. Vanligen köpte apoteken hos alla tre sortimentsgrossisterna. Detta gällde 58 procent av apoteken medan 39 procent köpte hos två av sortimentsgrossisterna och endast 3 procent av apoteken höll sig till en enda.

Vid uppdelning av inköpen på samtliga sortimentsgrossister och Distra visade det sig att 65 procent av apoteken hade sina största inköp hos den ene av de fyra droghandlarna, 21 procent hos den andre, 10 procent hos den tredje och 4 procent hos den fjärde av dem.

En uppdelning av de apotek som låg utanför nederlagsort i klasser efter avståndet från nederlagsorten visade, att

jämförbara apotek hade mera samlade inköp ju längre bort från nederlagsorten de låg.

Den andra delen av kommitténs undersökning avsåg att närmare studera apotekens inköpsvanor. Den skulle ge svar på sådana frågor som hur ofta apoteken gjorde inköp av samma artikel, hur överensstämmelsen var mellan inköps- och distributionsförpackning, huruvida distributionsförpackningarna var lämpliga med hänsyn till apotekens inköpsmöjligheter, i vilken utsträckning samma vara köptes från substituerbara droghandlare och huruvida mera anmärkningsvärda olikheter i inköpsstruktur förekom mellan apotek med skenbart homogen yttre struktur. Endast de viktigaste resultaten redovisas här.

Undersökningen tillgick så att inköpen av ett visst antal varor följdes upp under ett halvt år. Därvid kunde endast ett urval av varor komma ifråga, då en undersökning omfattande hela sortimentet på tusentals artiklar skulle bli otymplig. Eftersom det främst var apotekens inköpsvanor som skulle klarläggas, studerades ett 40-tal varor — varav hälften högfrekventa och hälften mellanfrekventa — på 311 apotek, d. v. s. 75 procent av hela antalet apotek. Då kommittén bl. a. avsåg att få en uppfattning om olika distributionsförpackningars lämplighet, ansågs det motiverat att medtaga artiklar som representerade olika typer av beredningsform, såväl mindre som större förpackningar, olika typer av emballering samt olika fabrikanter.

Materialet omfattade 64 730 inköpsposter. De undersökta specialiteterna utgjorde endast 0,6 procent av det antal artiklar inom specialitetsområdet som maximalt kan tillhandahållas i sortimentet på ett apotek. De motsvarade emellertid värdemässigt 15—20 procent av de på apoteken sålda specialiteterna och till antalet 25—30 procent av omsatta specialitetsförpackningar samt ca 4 procent av totala antalet inköpsposter från sortimentsdroghandlarna, Distra och Leo. Som underlag för varuvalet låg uppgifter angående försäljningsfrekvensen av olika varor, infordrade från droghandlare och direktdistribuerande industrier. På grund av uppgifternas ofullständighet går det inte att exakt beräkna hur många artiklar som de undersökta varorna representerar. Med ganska stor säkerhet kan dock antas att de i frekvenshänseende representerar cirka 50 högfrekventa och 200 mellanfrekventa artiklar, vilket utgör 4 procent av specialitetssortimentet. Dessa 250 artiklar representerade 60—65 procent av specialiteternas försäljningsvärde på apotek, 65—70 procent av antalet försålda specialitetsförpackningar och cirka 20 procent av apotekens totala antal inköpsposter från sortimentsdroghandlarna, Distra samt Leo.

I genomsnitt köpte apoteken under första halvåret 1954 de i undersökningen ingående artiklarna 5,2 gånger medan medianen var 4 inköp. Detta innebär, att varorna i genomsnitt köptes för 5 veckors förbrukning. Spridningen kring det angivna medeltalet var emellertid stor.

Inköpen gjordes i 70 procent av fallen för genomsnittligt minst en månads förbrukning. Av resterande 30 procent omfattade 5 procentenheter inköp för kortare tid än genomsnittligt två veckor, medan huvuddelen, 25 procentenheter, avsåg inköp för tid mellan två veckor och en månad. I fråga om de enskilda inköpen representerade ovannämnda 30 procent av fallen däremot 60 procent av inköpen, vilka alltså gjordes för kortare tid än en månad. Härav omfattade 10 procentenheter inköp för kortare tid än två veckor, medan resterande 50 pro-

centenheter avsåg en tid av mellan två veckor och en månad. Detta gäller dock endast under den förutsättningen, att inköpen var tidsmässigt jämnt fördelade på apoteken. Om de senast angivna siffrorna omräknas till att avse apotekens samtliga inköp från droghandeln, kommer man fram till att cirka 12 procent av det totala antalet inköpsposter skedde för kortare tid än en månad. Detta sammanhänger i första hand med den lägre försäljningsfrekvensen hos övriga varor och beror icke på att dessa köptes i större kvantiteter per inköpstillfälle.

De högfrekventa specialiteterna köptes för i genomsnitt 3,7 veckors förbrukning. I 47 procent av fallen förekom det att apoteken köpte för genomsnittligt kortare tid än en månad. Detta gäller sammanlagt cirka 71 procent av antalet inköp av de nämnda varorna. I 10 procent av fallen köpte apoteken för genomsnittligt kortare tid än två veckor, vilket gällde 24 procent av inköpen. De medelfrekventa specialiteterna köptes för i genomsnitt 7 veckors förbrukning. I 16 procent av fallen förekom inköp för genomsnittligt kortare tid än en månad, omfattande sammanlagt cirka 40 procent av antalet inköp av dessa varor. I två procent av fallen köpte apoteken för genomsnittligt kortare tid än två veckor, representerande cirka 6 procent av antalet inköp.

Inköpen per artikel omfattade i genomsnitt 30 konsumentförpackningar per gång och uppdelat på högfrekventa och mellanfrekventa varor 40 respektive 11 konsumentförpackningar per gång. Spridningen mellan varorna var ansenlig. Ytterlighetsgränserna var nämligen 5 förpackningar för varan med minsta genomsnittsinköpet och 239 för varan med det största.

Av samtliga inköpsposter innehöll 32 procent bruten fabrikantförpackning. Härav skulle 3 procentenheter ha kunnat ersättas med inköp med obruten förpackning, om inköp skett för två veckor, 7 procentenheter, om inköp skett för en månad, samt ytterligare en procentenhet, om dubbelinköp undvikits och inköpen anpassats till fabrikantförpackningarna.

Det totala antalet inköp av de i undersökningen ingående 40 varorna steg med ökad storlek hos apoteken. För landsbygdsapoteken var stegringen relativt sett större än för apotek på nederlagsort.

Hur många av inköpen som förnyades inom en vecka, två veckor respektive en månad granskades särskilt beträffande ett urval av apotek (sammanlagt 34), då det skulle ha blivit alltför arbetskrävande att granska samtliga apotek. Antalet förnyade inköp inom respektive perioder i förhållande till totala antalet inköp av de undersökta varorna framgår av tabell 74.

Av inköpen förnyades alltså 8 pro-

Tabell 74. Frekvensen av förnyade inköp under första halvåret 1954 hos 34 särskil granskade apotek

Varor	Andel *förnyade* inköp under halvåret inom		
	1 vecka %	2 veckor %	1 månad %
högfrekventa	12	18	40
medelfrekventa	7	16	26
vägt genomsnitt för de två grupperna sammanslagna	8	16	29

cent inom en vecka, 16 procent inom två veckor och 29 procent inom en månad. Detta behöver i de senare fallen inte betyda, att samtliga inköp ligger inom en och samma tidsperiod utan inom en tidsperiod av den angivna längden.

För de undersökta varorna sammanslagna framgår flergångsinköpen under en månad hos de granskade 34 apoteken av tabell 75, varav synes, att de extrema fallen med inköp mer än 5 à 6 gånger under en månad förekom sporadiskt.

Av den lämnade redovisningen ser man att det är vanskligt att göra en bedömning baserad enbart på genomsnitten. Trots att de 34 särskilt granskade apoteken genomsnittligt hade gjort inköpen för praktiskt taget samma tid som de tidigare redovisade 311 apoteken — och en bedömning härav skulle leda till slutsatsen att inga inköp skulle bortfalla vid månadsköp — förnyades 29 procent av inköpen inom en månad. Att 8 procent av inköpen av högfrekventa och medelfrekventa specialiteter förnyades inom en vecka, berodde till väsentlig del på att samma vara köptes från olika håll.

Tabell 75. Flergångsinköpen under första halvåret 1954 inom en tidsperiod av en månad. (34 apotek)

Antal *förnyade* inköp inom 1 månad	Inköpen har förekommit andel gånger, %
1	70,6
2	19,5
3	6,9
4	2,1
5	0,7
6	0,2
över 6	—

3. Särskild undersökning beträffande droghandeln

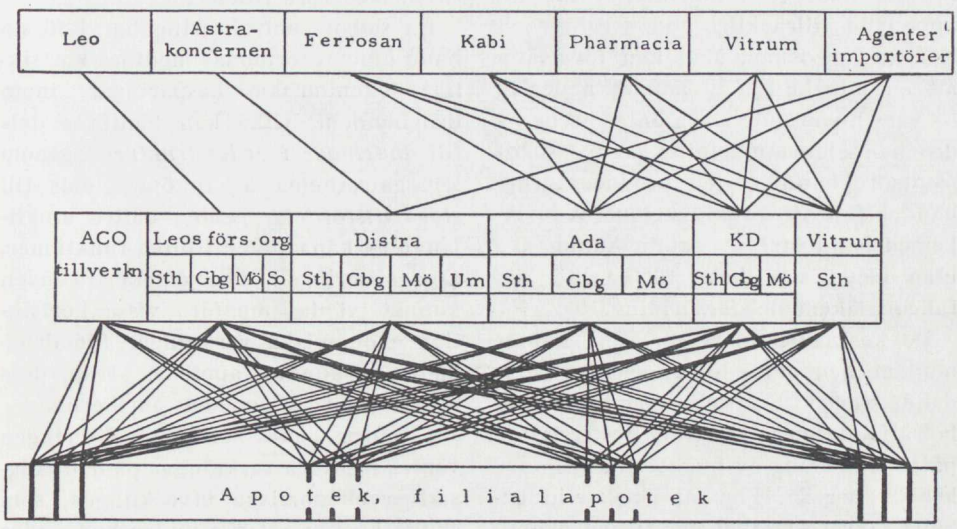
Av den i föregående avsnitt refererade undersökningen rörande apotekens inköpsvanor ansåg sig kommittén kunna draga den slutsatsen, att splittringen i orderstrukturen i första hand berodde på det vittomfattande sortimentet, vilket medförde att en ansenlig del av inköpen avsåg varor med så låg eller ojämn frekvens i apotekens försäljning att det var befogat att köpa enstaka förpackningar av dessa. Detta är dock icke hela förklaringen. Apotekens avgiftssystem är exempelvis så konstruerat att apotekaren inte har något större ekonomiskt intresse av rationella inköp. Även den tjänstvillighet som droghandlarna visar i fråga om dagliga beställningsförfrågningar per telefon och beredvillighet till små och täta leveranser, torde ha minskat intresset för egentlig inköpsplanering, särskilt som inköpspriser och andra villkor varit precis desamma hur inköpen än gjorts. I övrigt är att märka att försök till ändring av droghandelns prissättning i något större skala införts först år 1958.

Det radikalaste sättet att nedbringa kontaktkostnaderna och samtidigt skapa större möjligheter för ett prissättningssystem med differentiering av priset efter prestation vore att skapa ett enda droghandelsföretag. Härigenom skulle antalet kontakter per dag mellan apoteken och droghandeln nedbringas till cirka 500. Detta skulle samtidigt medföra en ökning av inköpsposternas storlek för enskilda varor (fakturornas radbelopp), eftersom större delen av sortimentet inköps från olika håll. Därjämte skulle antalet droghandelsnederlag kunna nedbringas genom att endast en filial behövs på varje nederlagsort. På s. 211 åskådliggöres genom diagram hur kontakterna inom distributionen skulle te sig — jämfört med nuvarande förhållanden.

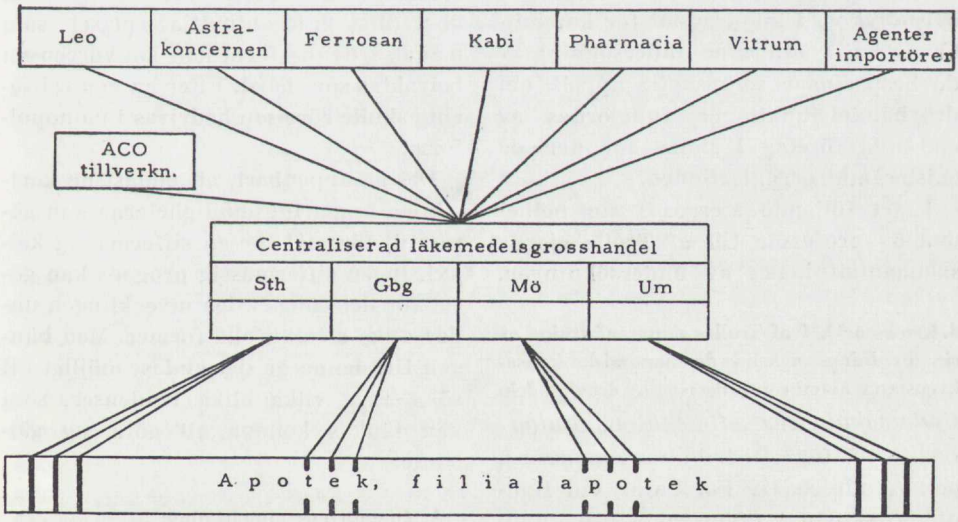
Den nuvarande droghandelsfunktionen ombesörjes av fyra företag med

Diagram utvisande kontakterna inom läkemedelsdistributionen

A. Nuvarande system



B. System med centraliserad läkemedelsgrosshandel



tillsammans 11 nederlag i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå, vartill kommer Leos numera fyra nederlag. Detta stora antal nederlag torde i och för sig icke vara nödvändigt för att uppehålla tillräckligt god service och leveransberedskap. Man kan förutsätta att en minskning av antalet nederlag — vars nuvarande stora antal beror av droghandelns uppdelning på tre sortimentsdroghandlare, en producentdroghandel och en direktdistribuerande läkemedelsindustri — skulle kunna ske utan något som helst förfång för en fullgod läkemedelsförsörjning.

De kostnadsbesparingar, som antogs möjliga, bedömdes bli av relativt betydande storlek. En preliminär beräkning beträffande mera konkreta poster tydde på en besparing av inemot två miljoner kronor per år. För att emellertid erhålla säkrare möjligheter till en ekonomisk värdering av en så ytterligt viktig fråga ansågs en grundlig undersökning ofrånkomlig. Kommittén gav därför professor Ulf af Trolle vid Göteborgs handelshögskola i uppdrag att för kommitténs räkning utföra en undersökning av de besparingar som skulle uppstå om droghandelsfunktionen fullgjordes av ett enda företag i stället för den då existerande organisationen.

I det följande återges i sin helhet den av professor Ulf af Trolle gjorda sammanfattningen av undersökningen.

4. Professor Ulf af Trolles sammanfattning av sin utredning angående de ekonomiska konsekvenserna av en centralisering av droghandeln

Undersökningens syfte och omfattning

Institutet för Distributionsekonomisk och Administrativ Forskning vid Handelshögskolan i Göteborg har på uppdrag av 1953 års Läkemedelskommitté granskat de ekonomiska följderna av en centralisering av den s. k. droghandeln.

Såsom grundval för undersökningen har förutsatts, att den nuvarande droghandeln, som omfattar fyra företag med sammanlagt elva filialer[1], skulle ersättas med ett centralt droghandelsföretag, CDH, med fyra filialer.

En sådan centralisering har i första hand kunnat förmodas medföra kortsiktiga ekonomiska besparingar inom droghandeln, vilka kan hänföras dels till *ändringar i orderstrukturen* genom koncentrationen av inköpen, dels till *stordriftsfördelar* genom bättre utnyttjande av kapaciteten i olika funktioner. Centraliseringen har emellertid även kunnat väntas medföra vissa kortsiktiga ekonomiska verkningar för droghandelns kunder, apoteken, resp. dess leverantörer, läkemedelsfabrikerna.

I andra hand kan centraliseringen väntas medföra verkningar på den långsiktiga ekonomiska utvecklingen, som skulle komma att ske under helt andra förutsättningar. F. n. utövas droghandelsrörelsen under en konkurrens, vars yttre uttryck främst är en strävan efter snabba och täta leveranser och som i obetydlig grad utnyttjar priset som medel. I denna form kan konkurrensen betraktas som hård. Efter en centralisering skulle rörelsen bedrivas i monopolform.

Det är uppenbart, att endast de kortsiktiga besparingsmöjligheterna kan göras till föremål för en siffermässig kalkyl. Ingen siffermässig prognos kan göras för den långsiktiga utvecklingen under olika strukturella former. Med hänsyn till denna är det endast möjligt att söka ange vilka olika tendenser, som kan tänkas komma att göra sig gällande.

[1] Kommitténs anmärkning:
till de åsyftade fyra företagen Ada, Vitrum, Kronan och Distra kommer den direktdistribuerande läkemedelsfabriken Leo med numera sammanlagt fyra nederlag samt några mindre tillverkare och agenter, vilka även distribuerar direkt.

Föreliggande undersökning har i främsta rummet avsett de kortsiktiga ekonomiska konsekvenserna för droghandeln, apoteken och läkemedelsindustrien. Tonvikten har därvid lagts på besparingarna inom droghandelsrörelsen. Den långsiktiga utvecklingen har även berörts men endast i form av synpunkter, som med nödvändighet måste ge uttryck för subjektiva uppfattningar utan möjlighet till kvantitativ precisering i annan form än räkneexempel.

En centralisering av droghandeln kan väntas medföra betydande övergångsproblem, bl. a. med hänsyn till att droghandelsföretagen förutom sin försäljning till apoteken i ett par fall dessutom bedriver annan verksamhet, som är samordnad med apoteksdistributionen. Även denna verksamhet skulle komma att beröras av en centralisering. En rad andra övergångsproblem uppstår även, t. ex. i samband med inlösen av de nuvarande företagens rörelse, friställandet av personal m. m. Såsom en allmän begränsning för undersökningen gäller, att inga övergångsproblem har beaktats. Det principiella betraktelsesättet i utredningen kan sammanfattningsvis anges på följande sätt:

Förhållandena jämföres under två strukturella förutsättningar — omfattande dels nuvarande, dels en centraliserad struktur — vid en tidpunkt, då alla övergångsproblem förutsättes ha mist sin verkan.

Undersökningens förutsättningar

Undersökningens resultat är uppenbarligen beroende av de förutsättningar som fastställes för den strukturella utformningen efter centraliseringen. Förutsättningarna är av två typer med hänsyn till det sätt varpå de skapas. Den ena omfattar sådana, som fastställes genom centrala beslut och den andra sådana, som uppstår som en följd av centraliseringen.

Vid utformningen av förutsättningarna har den vägledande synpunkten varit att göra dem dels realistiska med hänsyn till genomförbarheten, dels rationella med hänsyn till önskemålet om en så ekonomisk distribution som möjligt vid givna prestationer. Det har emellertid även varit nödvändigt att av utredningstekniska skäl göra vissa förenklingar.

I det följande återges de viktigaste förutsättningarna i sammanfattad form:

1. CDH har förutsatts få monopol på försäljningen av samtliga varor till apotek, såväl s. k. apoteksvaror som fria handelsvaror.[1]

2. Läkemedelsfabrikerna har förutsatts vara skyldiga att distribuera genom CDH, som även får importmonopol.[2]

3. Distributionen till apoteken har förutsatts ske vid oförändrad kundtjänst, vilket bl. a. inneburit, att CDH antages ha filialer på alla platser, där sådana finns f. n.

4. CDH förutsättes taga initiativ till kontakterna med apoteken på samma sätt som nuvarande droghandelsföretag.

5. I den mån CDH:s finansieringsform inverkar på företagets utformning har aktiebolagsform förutsatts.

6. Antal order från apotek till droghandelsföretag har förutsatts minska till cirka hälften. Efter minskningen förutsättes apoteken i genomsnitt lämna följande antal order: (Se tabell på sid. 214)

7. Ehuru det synes sannolikt, att en centralisering även skulle medföra en

[1] Kommitténs anmärkning:
fria handelsvaror ingår icke i monopolrätten vid de bedömanden, som kommittén gjort.

[2] Kommitténs anmärkning:
härmed förstås monopol på försäljning till apotek av importerade apoteksvaror och första klassens gifter.

	Alternativ 1	*Alternativ 2*
Apotek på nederlagsort:		
Huvudorder	Två per vecka	Samma
Kompletteringsorder	En per dag	Två per dag
Apotek utanför nederlagsort:		
Huvudorder	Två per vecka	Samma
Kompletteringsorder	En per dag	Samma

mindre ökning av den genomsnittliga radstorleken, har detta ansetts vara så osäkert, att huvudkalkylerna byggts på förutsättningen, att radstorleken och därmed det totala antalet expedierade poster förblir oförändrat. I en särskild kalkyl har emellertid besparingsmöjligheten genom ökad radstorlek beräknats i ett maximialternativ, som byggt på den osannolika förutsättningen, att radstorleken skulle öka så mycket som 10 procent.

8. Av utredningstekniska skäl har utredningen icke omfattat den direktdistribution som f. n. sker från några fabriker direkt till apoteken. Denna har en så ringa kvantitativ betydelse jämfört med försäljningen genom droghandelsföretagen, att begränsningen icke torde ha någon inverkan på resultaten. Likaledes har den s. k. ACO-rörelsen, d. v. s. apotekens egen tillverkning på de s. k. distriktslaboratorierna, undantagits från undersökningen, då förutsättningarna rörande denna tillverkning ej varit klara.

Undersökningen har sålunda omfattat frågan vilka kortsiktiga ekonomiska konsekvenser som skulle uppstå, om man ersatte de nuvarande fyra droghandelsföretagens distribution till apoteken med ett monopolföretag, som skulle handha distributionen från fyra lagerpunkter med en viss given leveransfrekvens.

De fyra undersökta droghandelsföretagen hade år 1954 en sammanlagd försäljning till apoteken av 107 milj. kronor. De totala beräknade kostnaderna för denna distribution uppgick till 13,43 milj. kronor med följande fördelning på olika huvudgrupper av kostnader:

Löne- och andra personalkostnader	7,22	milj. kronor
Lokalkostnader	1,10	» »
Fraktkostnader	1,19	» »
Övriga kostnader	3,92	» »

Undersökningens material och metodik

Undersökningarna av de kortsiktiga ekonomiska konsekvenserna av en centralisering har avsett

a) droghandeln
b) läkemedelsindustrien
c) apoteken.

Tonvikten har lagts vid de ekonomiska konsekvenserna inom droghandeln. Huvudundersökningen har sålunda gällt frågan vilka ändringar som under i övrigt lika förhållanden kan väntas uppstå i de kostnader som år 1954 uppgick till 13,43 milj. kronor. Av utredningstekniska skäl har huvudundersökningen även omfattat apotekens kostnader för telefonsamtal till droghandelsföretagen. De senare tar visserligen i regel initiativ till samtal med apoteken och bär då kostnaderna, men det förekommer även i betydande utsträckning, att apoteken tar initiativ och då bär kostnaderna för samtalen. Det har synts lämpligast att behandla telefonkostnaderna i ett sammanhang.

Huvudundersökningen har uppdelats i två delundersökningar:

a) orderundersökningen, som behandlar besparingarna inom droghandeln (inkl. apotekens telefonkostnader) genom en minskning av antalet order. I denna undersökning ingår främst löne-

och personalkostnader men även vissa andra kostnadsposter, nämligen

kostnader för distributionsbilar
telefonkostnader för ordersamtal
kostnader för blanketter i orderrutinen
emballagekostnader
reskostnader för resande försäljare
fraktkostnader för utgående gods

b) stordriftsundersökningen, som behandlar besparingarna inom droghandeln genom en minskning av antalet företagsenheter. Denna undersökning har uppdelats i två avsnitt, som avser löne- och personalkostnader resp. övriga kostnader.

Stordriftsundersökningen har företagits såsom en totalundersökning, omfattande samtliga fyra företag. Uppgifter har bl. a. insamlats om arbetsuppgifterna för samtliga anställda inom företagen.

Orderundersökningen har byggt på den i rapporten diskuterade förutsättningen, att besparingarna genom ökad orderstorlek skulle bli lika stora i CDH som inom de nuvarande företagen. Undersökningen har sålunda inriktats på att fastställa storleken på de besparingar som skulle uppnås i de nuvarande företagen vid samma förutsättningar beträffande minskningen av antalet order.

Det har icke varit möjligt att utforma orderundersökningen som en totalundersökning. Icke heller har det varit möjligt att göra ett slumpmässigt urval av enheter för undersökningen, vilket sammanhänger med det ringa antalet företag. Det har varit nödvändigt att välja ett av företagen såsom typiskt för branschen, vilket skett efter noggranna jämförelser mellan företagen. I vissa avseenden kan intet företag betraktas som typiskt för hela branschen, t. ex. med hänsyn till telefonkostnadernas storlek, vilket sammanhänger med olika omfattande avsättningsområden. I sådana fall har undersökningen utsträckts till att omfatta flera enheter. Resultaten har i ett flertal avseenden kunnat avstämmas mot interna undersökningar, som företagits på två av de övriga företagen. Vid en bedömning av felmöjligheterna genom begränsningen till ett företag bör observeras, att relationerna mellan kostnaderna för order av olika storlek kan väntas vara mer likartade inom olika företag än den absoluta storleken på deras kostnader.

Noggrannheten i undersökningar av denna typ är till betydande del en funktion av uppspjälkningen i detaljer och därmed i detaljutredningar, vilket i sin tur bestämmer utredningstiden. Det har därför varit nödvändigt att redan i planen för utredningen fastställa den önskvärda noggrannheten, vilken angivits som ± 30 procent. Denna noggrannhet har eftersträvats i samtliga delundersökningar, vilket innebär, att noggrannheten i totalresultatet bör vara avsevärt större. Det är icke sannolikt, att alla minimi- resp. alla maximialternativ infaller samtidigt. Totalresultaten har trots detta angivits inom det önskade intervallet.

Inom varje företag, som haft en viss varaktighet, går det att peka på vissa »onödiga» kostnader. Delvis är dessa betingade av sociala skäl, delvis av att även rationalisering kräver tid. I varje ögonblick finns det rationaliseringsmöjligheter, som befinner sig under utredning eller som kommer att undersökas. En eftersläpning är ofrånkomlig. Undersökningens metodik är i huvudsak sådan, att en jämförelse mellan de olika alternativen icke kan påverkas av en skiftande »rationaliseringsgrad» i alternativen. Personalbehovet i CDH har sålunda beräknats med utgångspunkt från personalbehovet i nuvarande struktur, och samma rationaliseringsgrad har då förutsatts. I vissa fall föreligger

icke denna jämförbarhet, t. ex. i fråga om s. k. socialfall i icke orderpåverkade arbetsuppgifter. I sådana fall har jämförbarhet åstadkommits genom att vissa socialt betingade anställningar i nuvarande företag frånräknats före en jämförelse.

Jämförelserna mellan alternativen har i huvudsak kunnat byggas på formella mätningar. För vissa poster har dock endast uppskattningar kunnat göras. Storleken på samtliga poster samt grunderna för mätningar resp. uppskattningar har angivits i rapporten. Institutet kan sammanfattningsvis konstatera, att de verkliga besparingarna *under de för utredningen fastställda förutsättningarna* med största sannolikhet skulle komma att ligga mellan de i rapporten redovisade minimi- och maximisiffrorna.

Undersökningarna inom industrien har omfattat samtliga större företag inom branschen. Såsom senare kommer att framgå, har undersökningens omfattning med hänsyn till antalet företag varit tillräcklig för att säkerställa slutsatserna. Osäkerhetskällorna har i detta fall annat ursprung.

Detsamma gäller *undersökningarna inom apoteken,* som omfattat intensivstudier på tre apotek men därutöver extensiva studier på ett slumpmässigt urval av ett femtiotal apotek. Resultaten kan här anses helt säkerställda.

I samtliga undersökningar har föremålet för studierna varit de ändringar som kan väntas inträffa i *anspråken på produktionsfaktorer,* t. ex. i behovet av personal, lokaler, kapital för finansiering av lagerhållning etc. Anspråken på produktionsfaktorer har därvid i regel i första hand uttryckts med tekniska enheter såsom antal personer och kvadratmeter golvyta. Därefter har det skett en omräkning till penningbelopp, varvid anspråken omräknats med hänsyn till värdet i en alternativ användning. Om en viss golvyta frigöres, har den sålunda värderats med utgångspunkt från gällande hyresnivå i liknande lägen. För personal har samma princip tillämpats i den formen, att varje friställd person antagits kunna erhålla nuvarande lön i en annan befattning, och att detta är ett uttryck för »värdet» av insatsen.

Undersökningarna har företagits under åren *1955—1957.* Såsom grund för de första undersökningarna, som bl. a. omfattade en översikt över hela kostnadsstrukturen, lades år 1954. Stordriftsundersökningen har omfattat samma årtal vad beträffar posten »övriga kostnader» under punkt b) ovan. Orderundersökningen jämte stordriftsundersökningen av löne- och personalkostnader har avsett läget år 1955. I de slutliga sammanställningarna har år 1954 valts som utgångspunkt. På grund av den fortgående inflationen föreligger en viss skillnad i kostnadsläget mellan de båda åren liksom mellan dessa och senare år. Denna saknar dock betydelse, då det är relationen mellan totalkostnader och besparingar ett visst år, som har betydelse.

I det följande lämnas en redogörelse för de olika undersökningarnas resultat, varefter osäkerhetskällor diskuteras.

Beräkningar av de kortsiktiga verkningarna inom droghandeln, industrien och apoteken

Samtliga beräkningar har skett i form av minimi- och maximialternativ för besparingarna och har byggt på de i det föregående angivna förutsättningarna.

Vad *droghandeln* beträffar har utredningen visat, att centraliseringen kan väntas medföra en kortsiktig besparing av den storleksordning, uttryckt i 1954

års kostnadsnivå, som framgår av följande tabell.

	Maximi-besparing (ca kronor)	Minimi-besparing (ca kronor)
Genom ökning av orderstorleken.....	1 255 000	660 000
Genom stordriftsfördelar.....	2 735 000	1 370 000
Totalt	3 990 000	2 030 000

Enligt beräkningarna kan besparingarna genom en centralisering sålunda väntas bli mellan 2 och 4 milj. kronor eller mellan cirka 15 och cirka 30 procent av droghandelns totala kostnader. (I besparingsposten ingår även vissa telefonkostnader, som betalas av apoteken.) Den angivna kostnadssänkningen skulle medge en sänkning av apotekens inköpspriser med mellan 2 och 4 procent och en sänkning av den genomsnittliga prisnivån på läkemedel för de slutliga konsumenterna med mellan 1 och 2 procent.

Även om Institutet icke utan mer ingående utredningar kan uttala huruvida besparingen kan väntas ligga närmast minimi- eller maximivärdet, ligger det i den använda beräkningsmetodens natur, att det verkliga värdet troligen befinner sig närmare ett mittvärde än minimi- eller maximigränserna.

Institutet har på särskilt uppdrag av LK även genomfört en beräkning av de »tänkbara besparingarna genom en ökning av radstorleken». Som underlag för denna beräkning har valts en extrem förutsättning, nämligen att centraliseringen skulle öka den genomsnittliga radstorleken med så mycket som 10 procent. Besparingen härigenom skulle bli av storleksordningen cirka 400 000 kronor. Vid valet mellan olika alternativ bör emellertid enligt Institutets uppfattning icke förutsättas någon besparing genom ökad radstorlek. Även om sannolikheten synes tala för en ökning, har det icke kunnat visas i utredningen, att en sådan skulle inträffa. Under alla omständigheter representerar förutsättningen om en 10-procentig ökning ett extremt gynnsamt antagande.

Utredningarna inom *industrien* har i första hand visat, att minskningen av antalet kunder från fyra till ett droghandelsföretag saknar all praktiskt betydelsefull inverkan på kostnaderna för den »statiska» distributionen av produkterna. Distributionen sker redan nu i så stora poster, att den ytterligare ökningen genom centralisering saknar betydelse. Centraliseringens främsta verkan inom industrien ligger på ett annat område, nämligen i distributionsarbetets »dynamiska» funktioner. Det föreligger otvivelaktigt en risk för att industriföretagen efter en centralisering, som ger dem en enda kund, intensifierar sin bearbetning av apoteken och de s. k. konsumtionsdirigenterna; läkare, tandläkare m. m. I vilken utsträckning som detta blir fallet, blir bl. a. beroende av den grad av förtroende som CDH kan skapa för sin opartiskhet. Vid en bedömning av riskerna måste beaktas läkemedelsindustriens stora fasta kostnader, t. ex. för produktutveckling, i förhållande till den ringa kostnad som en utbyggnad av försäljningsapparaten utgör för det enskilda företaget. Även om kostnadsökningen skulle bli relativt ringa för varje enskild producent, kan den totala kostnadsökningen lätt bli betydande. Det fordras t. ex. endast, att 12—15 fabriker utökar sin försäljningsorganisation med vardera en resande försäljare för att kostnadsökningen skall bli i storleksordningen 0,5 milj. kronor.

Det finns ingen möjlighet att göra en förkalkyl för utvecklingen, och Institutet kan på denna punkt endast understryka de risker som denna innefattar.

Under särskilt ogynnsamma förutsättningar kan kostnadsökningen tänkas bli så stor, att den totala besparingen i övriga poster elimineras.

Utredningarna inom *apoteken* har slutligen givit till resultat, att dessas kostnader kan betraktas som oberoende av centraliseringen, om man bortser från de tidigare behandlade telefonkostnaderna.

Sammanfattningsvis kan sålunda konstateras, att centraliseringen kan väntas medföra kortsiktiga besparingar av storleksordningen 2—4 milj. kronor, varifrån emellertid måste subtraheras de icke beräkningsbara kostnadsökningar inom industrien som kan bli en följd av en intensifiering av bearbetningen av apoteken och konsumtionsdirigenterna.

Osäkerhetsfaktorer vid bedömning av de kortsiktiga ekonomiska konsekvenserna av en centralisering av droghandeln

Huvudsyftet med utredningen har varit att söka fastställa de ekonomiska konsekvenser som kan väntas uppstå på kort sikt vid en centralisering av droghandeln utan hänsyn till övergångsproblem. Utredningens resultat har återgivits i de föregående avsnitten.

Vid en bedömning av resultatet måste tre olika typer av osäkerhetskällor beaktas.

a) Sådana osäkerhetskällor, som är hänförliga till de företagna siffermässiga kalkylerna, och som sammanhänger med brister i grundmaterialet eller i de använda metoderna.

b) Sådana osäkerhetskällor, som beror på att en viss kostnadspost överhuvudtaget icke kunnat göras till föremål för siffermässig kalkyl.

c) Sådana osäkerhetskällor, som sammanhänger med förutsättningarna för utredningen.

Den *första typen av osäkerhetskällor* har beaktats i utredningen genom att denna omfattat minimi- och maximikalkyler för samtliga delutredningar. Såsom nämnts i det föregående, är Institutet av den uppfattningen, att intervallet mellan minimi- och maximibeloppen är fullt betryggande.

Den *andra typen av osäkerhetskällor* gäller särskilt utvecklingen av industriens marknadsbearbetning efter en centralisering, vilken berörts i föregående avsnitt.

Den *tredje typen av osäkerhetskällor* gör sig gällande i ett flertal olika avseenden.

Undersökningen omfattar helt allmänt två alternativ, varav det ena är nuvarande struktur med fyra droghandelsföretag och det andra ett centralt monopolföretag. Utredningen har sålunda endast omfattat frågan om kostnadsmässiga konsekvenser av en centralisering. Institutet anser det icke uteslutet, att man skulle kunna uppnå besparingar genom att i stället gå den andra vägen, d. v. s. uppdela och specialisera de nuvarande företagen. Droghandeln, både de nuvarande företagen och CDH, har ett mycket stort och svårhanterligt sortiment, som kräver en rätt komplicerad lagerorganisation. Trots att man skulle erhålla mindre orderstorlek och även förlora vissa stordriftsfördelar genom en specialisering, är det tänkbart att de möjliga förenklingarna i organisationen skulle få större betydelse. Denna möjlighet bör redovisas, men den synes dock enligt Institutet sakna betydelse, då den är praktiskt utesluten i form av fristående grosshandelsföretag. Däremot vore den tänkbar i form av producentgrosshandel knuten till vissa läkemedelsindustrier på samma sätt som Astras distribution numera sker genom ett särskilt dotterföretag, Distra. Denna fråga behandlas längre fram.

Av större praktisk betydelse är förutsättningarna beträffande orderstrukturen. Cirka en tredjedel av besparingarna inom droghandeln kan väntas uppstå som en följd av det minskade antalet order. Det ligger nära till hands att ställa frågan, huruvida icke samma besparingar skulle kunna uppnås genom en ändring av orderstrukturen inom ramen för nuvarande företagsstruktur. Till en del kan detta konstateras vara omöjligt, då ett av företagen endast har ett begränsat sortiment, vilket icke säljes av de övriga företagen. Vad beträffar de övriga företagen, som har ungefär samma sortiment, kan man i princip mycket väl tänka sig en motsvarande ökning av orderstorleken. Denna skulle kunna genomföras på två sätt, antingen genom en marknadsuppdelning mellan företagen eller genom incitament för apoteken att koncentrera sina inköp. Båda möjligheterna är f. n. praktiskt ogenomförbara, och den första skulle därjämte kunna medföra icke önskvärda biverkningar. Vad den andra möjligheten beträffar, behöver det endast hänvisas till det gällande systemet för utjämning av apotekens inkomster, avgiftssystemet, som innebär, att ett enskilt apotek har mycket ringa reveny av de besparingar som kan följa av en ökad orderstorlek. Institutet har tvingats att lämna frågan helt öppen i vilken utsträckning som en ändring av avgiftssystemet skulle kunna skapa förutsättningar för en orderstorlekshöjande och därigenom kostnadssänkande prisdifferentiering.

Undersökningen har begränsats till att gälla de fyra droghandelsföretagen, medan fabrikanternas direktdistribution liksom distributionen från distriktsapoteken ställts utanför kalkylerna. Då den icke inkluderade distributionen har mindre siffermässig betydelse, bör kalkylerna ej ha påverkats nämnvärt härav. Det är sannolikt, att begränsningen medfört, att besparingarna underskattats något, men denna slutsats är icke helt säker. Det hänvisas här till Institutets ovan uttalade uppfattning, att det icke är uteslutet, att ett flertal mindre, specialiserade distributörer skulle kunna arbeta billigare än nuvarande företag. Frågan har icke kunnat göras till föremål för undersökning.

Synpunkter på de långsiktiga konsekvenserna av en centralisering

I den slutliga bedömningen av frågan om en centralisering av droghandeln är det även nödvändigt att beakta dess inverkan på utvecklingstakten. Om denna skulle förbli oförändrad eller t. o. m. öka, skulle redan förekomsten av kortsiktiga besparingar kunna vara tillräckliga för att ur ekonomiska synpunkter motivera en centralisering. Om denna däremot kan förmodas minska utvecklingstakten, måste den kortsiktiga engångsbesparingen vid en centralisering vägas mot de framtida förlusterna genom uteblivna utvecklingsvinster.

Frågeställningen kan enklast uttryckas på följande sätt: Hur kommer kostnaderna för distributionen till apotek att gestalta sig vid olika framtida tidpunkter, om man väljer det ena respektive det andra strukturella alternativet? Problemet är sålunda att söka göra en prognos för utvecklingen i de båda alternativen.

Det har redan tidigare konstaterats, att en sådan prognos icke kan ges objektiv, siffermässig form. Problemets svårighetsgrad framgår redan därav, att man endast efter ingående utredningar skulle kunna få en viss uppfattning om droghandelns *hittillsvarande* utvecklingstakt. Företagen har visserligen uppvisat en »gynnsam» kostnadsutveckling såtillvida att kostnaderna i procent

av omsättningen sjunkit tämligen konstant under de senaste 25 åren, men detta kan tillskrivas en rad andra faktorer förutom medvetna rationaliseringsåtgärder. Såsom exempel kan nämnas ökningen av läkemedelskonsumtionen, som tillsammans med andra faktorer skapat förutsättningar för en ökad storlek på inköpsposter och order; förskjutningen mot en allt större andel märkesvaror, vilken förenklat distributionsarbetet etc.

Institutet har fått nöja sig med att ange synpunkter på den långsiktiga utvecklingen, varvid det understrukits att dessa endast kan ge uttryck för en subjektiv uppfattning.

Det kan inledningsvis konstateras, att de tidigare beräknade kortsiktiga besparingarna genom ökad orderstorlek till en del utgör en diskontering av framtida besparingar som kan förväntas vid oförändrad företagsstruktur, enbart såsom en följd av fortsatt omsättningsökning. Denna skulle visserligen även öka orderstorleken för ett CDH, men ökningen får större kostnadssänkande betydelse ju mindre ordern är i utgångsläget. En faktor, som synes tala i motsatt riktning, sammanhänger med en väntad fortsatt ökning av sortimentets storlek. De problem denna medför torde bli enklare att bemästra inom ett monopolföretag än inom fyra mindre företag.

Den väsentligaste frågan är dock hur den av företagen dirigerade rationaliseringsutvecklingen kan påverkas av centraliseringen.

Rationaliseringstakten synes vara en funktion av två olika faktorer. Den ena är *möjligheterna* till rationalisering, den andra är *pressen eller tvånget* till rationalisering.

Möjligheterna bestämmes i första hand av personalens kvalitet. Det synes icke finnas någon anledning antaga, att CDH icke skulle kunna erhålla personal med samma kvalifikationer som nuvarande företag.

En faktor som talar till förmån för den nuvarande strukturen gäller det största problemet vid all rationalisering utan konkurrens, nämligen svårigheten att finna standards för vad som är effektivt. Under konkurrens prövas många olika metoder samtidigt av de olika företagen, och deras omsättnings- och vinstutveckling ger vägledning vid valet. Därtill kommer, att flera olika företagsledningar i konkurrens med varandra kan förmodas representera en större idékapacitet.

Uppmärksamheten bör icke endast riktas mot utvecklingens positiva sida, d. v. s. strävan efter att finna nya och bättre metoder. Även dess negativa sida, som representeras av gjorda misstag och deras konsekvenser måste beaktas. Ju större ett företag är, desto större konsekvenser får misstagen, i synnerhet som följd av svårigheten att på ett tidigt stadium avläsa dem genom jämförelse.

Det synes emellertid vara av ännu större betydelse, att en monopolisering ofrånkomligen minskar *tvånget* till rationalisering. Ett sådant existerar otvivelaktigt idag, framför allt genom läkemedelsfabrikanternas latenta hot om övergång till direktdistribution. Denna press genom konkurrens eller latent konkurrens kan icke ersättas genom press från leverantörer eller kunder. Dessa har i brist på jämförelseobjekt ingen möjlighet att bedöma huruvida kostnaderna är för höga eller icke. Det synes snarare vara risk för att leverantörernas och kundernas press efter en monopolisering blir kostnadshöjande, då den kan väntas bli mer inriktad på servicefrågor, som lättare kan observeras än kostnaderna.

Institutet är av den uppfattningen, att en centralisering innebär en allvarlig risk för minskad framtida utvecklings-

takt. Det bör dock än en gång understrykas, att denna slutsats endast kan belysas med subjektiva argument; icke på något sätt bevisas.

Det slutliga avvägningsproblemet

Om man kommer till slutsatsen, att utvecklingstakten skulle minska som följd av en centralisering, måste detta förhållande vägas mot de kortsiktiga besparingarna. Osäkerheten i varje framtidsbedömning förhindrar icke, att en sådan måste göras.

Institutet har i sin rapport återgivit några räkneexempel för att belysa avvägningens innebörd. Dessa har byggt på förutsättningen, att man skulle kunna åstadkomma kortsiktiga besparingar på 2 eller 3 milj. kronor genom en centralisering. Siffrorna har endast valts för en exemplifiering — det principiella resonemanget är oberoende av siffrornas storlek.

Kostnaderna har därefter beräknats för vissa framtida tidpunkter under olika strukturella förutsättningar och under olika förutsättningar beträffande »utvecklingstakten». Denna har uttryckts med den årliga procentuella sänkningen av kostnaderna under i övrigt oförändrade förhållanden. Beräkningarna har omfattat alternativen 1, 2 och 3 procent.

En sänkning av utvecklingstakten innebär helt generellt, att kostnaderna vid oförändrad företagsstruktur skulle »hinna upp» kostnaderna efter en centralisering någon gång i framtiden. Ju större sänkningen är, desto fortare sker det — ju större den kortsiktiga kostnadsbesparingen är desto längre tid tar det. Såsom exempel på resultatet av ett räkneexempel kan följande återges:

Om en centralisering medför en kortsiktig besparing av 2 milj. kronor men en minskning av utvecklingstakten från 3 till 2 procent, skulle kostnaderna efter något över 15 år vara högre vid centralisering än vid nuvarande struktur. Om den kortsiktiga besparingen i stället skulle bli 3 milj. kronor, skulle det dröja 25 år, innan samma förhållande inträffade.

I avvägningen mellan kortsiktiga besparingar och den långsiktiga utvecklingstakten måste emellertid även beaktas, att man före den ovan nämnda »jämviktspunkten» åtnjutit lägre kostnader genom centralisering, medan man efter jämviktspunkten skulle drabbas av högre kostnader. Storleken på det före jämviktspunkten inbesparade beloppet måste ställas mot storleken på de därefter uppstående förlusterna. I en sådan avvägning måste emellertid även övergångsproblemen beaktas. I utredningen har ingen hänsyn tagits till att det kräver tid, innan de kalkylerade kortsiktiga besparingarna kan realiseras.

F. Kommitténs överväganden och förslag

1. Allmänna överväganden

a) *Droghandelns kostnadsförhållanden*

Droghandelns viktiga funktion inom läkemedelsförsörjningen har — såsom framgår av det föregående — beaktats av alla tidigare utredningar. Dessa — liksom åtskilliga remissinstanser — har funnit anledning till kritik mot olika förhållanden och har ansett åtgärder för åstadkommande av förbättringar påkallade. Den mot droghandeln tidigare riktade kritiken beträffande prissättningen på lösviktsvaror har numera — genom medicinaltaxegrundernas ändring och sedan lösviktsvaruförsäljningen fått en mera underordnad betydelse — förlorat sin aktualitet. Andra förhållanden — särskilt den av såväl apotekssakkunniga av år 1931 som av 1946 års läkemedelsutredning påtalade servicekonkurrensen inom droghandeln — torde däremot förtjäna ökad uppmärksamhet.

Den nuvarande droghandelsdistributionen synes väl fylla berättigade krav på säkerhet, leveransförmåga och informationsgivning. Däremot måste branschens kostnadsförhållanden anses mindre tillfredsställande från det allmännas synpunkt. Det sätt på vilket droghandeln drives har nämligen medfört en kostnadskrävande servicekonkurrens och försäljningspolitik samt en dyrbar administrations- och lagerhållningsapparat. En fullgod läkemedelsdistribution är på intet sätt betjänt av överdrifter i nyssnämnda hänseende och de härav föranledda merkostnaderna för distributionen måste samhällsekonomiskt anses mindre önskvärda. Enligt kommitténs mening är det därför nödvändigt att överväga åtgärder för åstadkommande av bättre kostnadsförhållanden inom droghandelsdistributionen.

b) *Droghandelns betydelse för en fri konkurrens inom läkemedelsindustrien*

Kommitténs inställning i fråga om läkemedelsindustrien redovisas i ett särskilt kapitel om läkemedelstillverkningen. Detta utmynnar i ett förslag om att industriens nuvarande, fria ställning skall bibehållas. En viktig förutsättning för detta förslag har varit att konkurrensen mellan redan befintliga företag samt mellan dessa och nytillkommande sådana icke upphäves eller inskränkes. För att i enlighet härmed åstadkomma en så långt möjligt likformig ställning i konkurrenshänseende mellan den enskilda industrien och ACO-verksamheten har kommittén bland annat föreslagit, att den sistnämnda skall avskiljas från den enskilda apoteksdriften och organiseras som ett fristående tillverkningsföretag, ägt av apotekarsocieteten som företrädare för apotekskollektivet.

Den viktiga förutsättningen med fria konkurrensförhållanden för läkemedelsindustrien tillgodoses icke enbart genom friheten för en var att upptaga tillverkning på detta område. De möjligheter som finns att marknadsföra produkterna spelar därvid också en betydande roll. Detta gäller främst nya tillverkare i allmänhet, men alldeles särskilt småföretag och företag som specialiserat sig på tillverkning av enstaka eller ett fåtal artiklar, samt utländska läkemedelstillverkare. Väsentliga inskränkningar i konkurrensen inom tillverkningsledet mellan redan existerande företag och nyföretagare, mellan småindustri och storindustri samt mellan inhemska preparat och importerade sådana, kan nämligen åstadkommas genom en avgränsad (selektiv) eller huvudsakligen till de större industrierna eller importörerna knuten, direkt distribution.

Om konkurrensen i tillverkningsledet skall få full effekt, är det sålunda nödvändigt att droghandeln inrymmer företag som *dels* arbetar fristående från industrien och är villiga att marknadsföra produkter, vilka tillverkas av industrier utan egen distribution till apotek, och *dels* är konkurrenskraftiga kostnadsmässigt sett.

c) *Strukturutvecklingen inom droghandeln*

Distributionen av läkemedel till apoteken sker dels genom sortimentsgrosshandlare och dels genom att enskilda industriföretag distribuerar sin tillverkning direkt till apotek. Läkemedelsgrosshandelns utveckling karakteriseras av att samtliga de nu existerande distributionsföretagen på ett eller annat sätt är knutna till läkemedelsindustrier. För närvarande finns tre sortimentsgrosshandlare, nämligen Ada, Kronan och Vitrum. Av dessa är Vitrum samtidigt

läkemedelstillverkare, medan Ada äger en läkemedelsindustri som dotterföretag. En av de största läkemedelsfabrikerna, nämligen Astrakoncernen, säljer icke sina varor genom sortimentsdroghandeln, utan driver selektiv försäljning till apoteken genom ett särskilt dotterföretag, vilket även säljer vissa andra varor, främst importerade specialiteter. En annan av de större läkemedelsfabrikerna — Leo — distribuerar likaså själv sina produkter direkt till apoteken, dock utan att ha särskilt distributionsföretag.

Sammanlagt har således fyra av de sex största läkemedelsindustrierna direkt distribution till apoteken eller distribution genom närstående företag. Två av dessa distribuerar även sina varor genom andra sortimentsdroghandlare. Av de återstående läkemedelsfabrikerna är det ytterligare minst två som för närvarande är av sådan storleksordning att de skulle kunna övertaga distributionen av egna produkter till apoteken. En ny läkemedelsfabrik är vidare under uppförande och det kan förväntas, att även denna fabrik får en sådan storlek att det skulle kunna bli aktuellt med en av företaget ägd distributionsorganisation. Utöver ovannämnda distributörer finns det vidare några mindre fabrikanter, respektive agenter för utländska företag, som distribuerar läkemedel direkt till apoteken. Huvuddelen av de varor som tillverkas av de större industrierna går för närvarande genom integrerad grosshandel. Samtidigt distribuerar denna grosshandel varor för flertalet av de mindre svenska industrierna samt importvaror.

Frågan huruvida flera svenska industrier och importörer i framtiden kan komma att övergå till direktdistribution till apoteken torde bli i hög grad beroende på den behandling, som de olika tillverkarnas och importörernas produkter blir föremål för hos grossisterna. Den nuvarande integrationen mellan sortimentsgrosshandel och industri kan därvid bli avgörande och påskynda en sådan utveckling. Benägenheten att starta egen distribution blir givetvis större i den mån man befarar ett gynnande från sortimentsdroghandelns sida av till denna knuten industri, antingen genom ett mera aktivt försäljningsarbete för den egna industriens produkter eller genom ett mera passivt tillhandahållande av andra, i förhållande till sortimentsdroghandeln helt fristående industriers varor.

Den nuvarande strukturen på sortimentsdroghandeln ger enligt kommitténs uppfattning möjlighet till en utveckling som kan medföra vissa risker ur konkurrenssynpunkt. De större företag, som på grund av sortimentets eller försäljningens storlek har förutsättningar att övergå till direktdistribution till apoteken, kan pressa droghandeln att intensifiera bearbetningen av apoteken för sina produkter. Anspråken kan härvid motiveras med att industrien vid direktförsäljning kan öka sin marknadsbearbetning. För sortimentsdroghandeln kan detta — om den ställes inför alternativet att mista en stor del av sin omsättning — medföra en frestelse att lämna förmåner åt de större tillverkarna som de mindre icke kan erhålla. Om sortimentsdroghandeln icke anser sig kunna tillmötesgå kraven, ligger det nära till hands att förutsätta, att de större tillverkarna startar egen distribution.

Antingen utvecklingen går i den ena eller den andra riktningen kan de mindre tillverkarna och de utländska läkemedelsfabrikanterna, i den mån direktdistribution ej kan upptagas, komma att få sämre förutsättningar i konkurrensen än vad de stora inhemska

industriföretagen har. Strukturförändringen i distributionen skulle härigenom kunna resultera i en inskränkning i konkurrensen mellan tillverkarna. Även kostnadsmässigt skulle en övergång till direktdistribution hos de större läkemedelsfabriker, vilka nu distribuerar sina varor över sortimentsgrosshandeln, komma att medföra direkta nackdelar för övriga fabrikanter. Den kvarstående sortimentsdroghandeln skulle nämligen på grund av minskat omsättningsunderlag få ett sämre kapacitetsutnyttjande och därigenom behov av högre marginaler för distributionen av de icke integrerade, huvudsakligen mindre industriernas produkter. Vid en sådan utveckling är det av avgörande betydelse huruvida något underlag för en effektivt arbetande sortimentsgrosshandel skulle finnas. Det kan nämligen tänkas att — om utvecklingen i övrigt går mot producentdroghandel — även de två sortimentsdroghandlare, som är knutna till tillverkande företag, i första hand kommer att inrikta sig på distribution av de egna industriernas varor.

En utveckling mot ökad integration från de större industriernas sida kommer emellertid att medföra tendenser till ökade kostnader för marknadsbearbetning, eftersom det här är fråga om företag som konkurrerar om en till sin storlek given marknad. Då läkemedelskonsumtionen i princip icke kan förutsättas böra få öka genom en dynamisk försäljning, innebär ökade försäljningsansträngningar från en fabrikants sida en minskad försäljning för de övriga företagen, så snart det icke gäller nya produkter med nya användningsområden. En ökad marknadsbearbetning från ett företags sida kommer därför att följas av större ansträngningar från konkurrenterna för att återvinna, bibehålla eller öka försäljningsvolymen.

En utveckling mot ett större antal distributörer, som är knutna till industrien, medför också risk för understödjande av en märkesvaruutveckling med mindre utrymmen för priskonkurrens men ökad märkesvarureklam, syftande till att göra kunden märkesmedveten i stället för prismedveten.

Slutligen bör påpekas att en utveckling mot ett större antal distributörer till apoteken skulle öka kostnaderna även för dessa. Apoteken skulle orsakas mera arbete genom att order måste lämnas till flera leverantörer, varjämte kostnaderna för varumottagning och bokföring skulle öka. Dessutom skulle frakterna totalt sett stiga på grund av ett ökat antal genomsnittligt mindre varusändningar.

2. Möjligheter att åstadkomma samhällsekonomiskt bättre förhållanden inom droghandeln

Sortimentsdroghandeln har en viktig ställning i centrum av läkemedelsdistributionen. Genom att droghandeln blir den samlade köparen från ett stort antal leverantörer och den samlade säljaren till ett stort antal avnämare samlas där erfarenheter och kunskap om såväl producentsidan som detaljistsidan. Denna centrala ställning ger i vissa avseenden stora möjligheter till påverkan på distributionen i olika avseenden. Droghandeln har således möjlighet att medverka till samordnade rationaliseringsåtgärder i producent- och detaljistledet.

Kommittén har övervägt om icke de negativa förhållandena inom droghandeln kan tänkas rätta till sig utan samhälleliga ingripanden. Det förslag till nytt avgiftssystem som kommittén framlägger syftar bland annat till ökat prismedvetande hos apoteksinnehavarna och härigenom skulle eventuellt en kostnadspressande priskonkurrens kunna uppkomma inom droghandeln. Viljan till priskonkurrens torde emeller-

tid i hög grad vara beroende av ägandeförhållandena inom droghandeln. Integrationen till industri kan i allmänhet inte medföra någon benägenhet till konkurrens med grosshandelsmarginalen på den egna koncernens varor. Konsekvensen härav blir att man icke heller inom en integrerad grosshandel kan förvänta en konkurrens med grosshandelsmarginalen på andra industriers produkter. Härtill kommer ytterligare — som förut påpekats — att grosshandelns ställning i en till sin storlek huvudsakligen given marknad av den säregna karaktär, som läkemedelsförsörjningen har, föga stimulerar till priskonkurrens men väl till fördyrande märkesvarukonkurrens. De under sista tiden igångsatta försöken med rabattgivning och prestationsprissättning inom droghandeln ändrar ingenting härvidlag, eftersom ägandeförhållandena ändå torde komma att avgöra hur konkurrensen utvecklas.

Enligt kommitténs uppfattning är det sålunda nödvändigt att söka finna alternativ till den skisserade, tänkbara utvecklingen inom grosshandeln; alternativ som antingen ger säkerhet för ett visst mått av priskonkurrens som höjer effektiviteten eller medför direkta kostnadsbesparingar.

Två alternativ till den nuvarande droghandelsformen kan tänkas tillgodose nyssnämnda önskemål, nämligen

a) Centralisering av den nuvarande droghandelsdistributionen till en enda, central droghandel, vilken skulle få monopol på försäljningen till apotek av apoteksvaror och första klassens gifter.

b) Skapande av en kollektiv droghandel, ägd av apotekarsocieteten, vilken skulle drivas vid sidan av redan existerande företag.

De båda alternativen behandlas närmare i det följande.

a) *Centraliserad droghandel*

Förutsättningarna för en rationalisering av läkemedelsdistributionen i grosshandelsledet synes vara relativt goda. Någon verklig mätare på den hittillsvarande kostnadsutvecklingen finns ej. Den redovisade minskningen av de procentuella kostnaderna i förhållande till försäljningsvärde säger därvid föga på grund av den starka strukturförändring av läkemedelsbranschen som successivt skett. Värdemässigt har försäljningen tiodubblats sedan början av 1930-talet, men volymmässigt är relationerna av en helt annan och mindre storleksordning. Ökad andel specialiteter och minskad försäljning av råvaror samt övergång till nya, dyrare läkemedel har flerdubblat priserna per förpackning. Särskilt stark har förskjutningen varit under 1950-talet, vartill den år 1955 förändrade taxesättningen och den samma år införda läkemedelsrabatteringen i första hand varit orsaken. Genomsnittspriset per recipe i apotekens försäljning steg sålunda från år 1953 till år 1957 från 5: 80 kronor till 8: 90 kronor, medan andelen specialiteter i apotekens försäljning under samma tid steg från 55,7 till 68,3 procent, värdemässigt räknat.

En centralisering av de fyra droghandelsföretagen skulle enligt professor Ulf af Trolles utredning, med utgångspunkt från 1954 års förhållanden och under de förutsättningar som Trolle angivit (sid. 213), medföra en årlig, kortsiktig besparing liggande mellan 2 och 4 miljoner kronor. Utredningsmannen har själv uttalat, att den verkliga besparingen troligen kommer att ligga vid cirka 3 miljoner kronor per år, motsvarande 24 procent av de totala kostnaderna. Besparingarna faller ganska jämnt på de viktigaste kostnadsposterna, dock med någon övervikt för löner-

na och sammanhänger i första hand med de förändringar i orderstruktur och prestationer, vilka — vid oförändrad försäljningsvolym — skulle uppkomma och som framgår av uppgifterna i tabell 76.

Tabell 76. Beräknade förändringar i orderstruktur och prestationer per anställd vid en centralisering av droghandeln

	Nuvarande enskilda företag	Central droghandel
Sammanlagda antalet order per dag.....	1 433	730
Antalet order per dag och sysselsatt.....	2,1	1,7
Försäljningsvärde per order.....	286: —	562: —
Försäljningsvärde per dag och sysselsatt.	612: —	976: —
Antal rader per order	10,2	20,0
Försäljningsvärde per orderrad.....	28: 03	28: 03

Enligt beräkningarna skulle totala antalet order per dag minska med cirka 50 procent och försäljningsvärdet per order stiga med nära 100 procent samt försäljningsvärdet per anställd öka med omkring 60 procent. Antalet order per dag och sysselsatt skulle däremot sjunka från 2,1 till 1,7. Vid bedömning av effektiviteten är antalet order per dag och sysselsatt inte avgörande för prestationen utan i första hand ordernas storlek. Även om hänsyn tages till det beräknade högre ordervärdet i en central droghandel förefaller sistnämnda siffra dock låg.

Möjligt är att Trolle räknat med behov av viss överkapacitet på grund av att orderna inkommer med stark koncentration till förmiddagen. Det redovisade låga antalet order per anställd påverkas givetvis av anspråken på service och leveransberedskap, som framför allt medför ojämnheter i sysselsättningen. Möjligheterna att åstadkomma önskvärda kostnadsminskningar i de enskilda företagen begränsas nu av villigheten från övriga företag att använda servicen som konkurrensmedel. Ett centraliserat företag har här större möjligheter att sänka kostnaderna utan att apotekens krav på berättigad tillgång till täta varuleveranser eftersättes. Utredningsmannens maximialternativ beträffande denna post förefaller därför sannolikast, varvid ytterligare en årlig besparing av 130 000 kronor skulle ernås.

Utredningsmannen har ej heller räknat med att en centralisering av droghandeln skulle få till följd att beloppet per orderrad ökade, utan begränsar sig till att uttala, att man kan förmoda en dylik ökning. Eftersom det har konstaterats att apotekens inköp av vissa varor samtidigt äger rum från flera håll är det enligt kommitténs uppfattning realistiskt att förutsätta viss ökning av beloppet per orderrad. Skulle denna uppgå till 5 procent, kommer en ytterligare besparing av cirka 200 000 kronor per år att uppnås.

Utredningsmannen har vidare förutsatt att proportionsvis samma försäljningspersonal som för närvarande behålles. Då en centraliserad droghandel icke kan få bedriva aktiv propaganda för visst eller vissa fabrikat, synes den av utredningsmannen beräknade försäljningspersonalen kunna minskas, varigenom ytterligare en årlig besparing av 200 000 kronor enligt maximialternativet bör vara möjlig.

Kommittén bedömer sålunda att den av utredningsmannen beräknade besparingen på 3 miljoner kronor per år borde kunna ökas med 130 000 + 200 000 + 200 000 kronor, varigenom den årliga besparingen skulle bli sammanlagt omkring 3,5 miljoner kronor.[1] Denna be-

[1] Uppräknat till 1957 års kostnadsnivå motsvarar detta belopp cirka 4,3 miljoner kronor.

sparing motsvarar cirka 26 procent av droghandelns sammanlagda kostnader år 1954. I förhållande till droghandelns försäljning år 1954 utgjorde beloppet 3,3 procent och i förhållande till apotekens försäljning samma år 1,6 procent. Trolle har i sin utredning — återgivet på sid. 217 i detta betänkande — angivit den möjliga besparingen till mellan 1 och 2 procent av apotekens årliga försäljningssumma.

Beträffande de långsiktiga besparingarna uttrycker sig Trolle med stor försiktighet samt uttalar, att om utvecklingstakten skulle minska som följd av en centralisering detta förhållande måste vägas mot de kortsiktiga besparingarna. Han pekar vidare på svårigheten att bedöma effektivitetsgraden hos ett företag, då möjlighet icke förefinnes att jämföra detta med konkurrerande företag.

Om monopolformen för med sig att droghandeln stelnar i den en gång givna formen, så att fördelar i fråga om teknisk utveckling och andra besparingsmöjligheter, som utvecklingen efter hand ger möjlighet till, icke tillvaratages, kommer på lång sikt kostnaderna att bli större än om den nuvarande företagsformen bibehålles. En genom centralisering uppkommen kortsiktig besparing på 3,5 miljoner kronor årligen, baserad på 1954 års förhållanden, skulle sålunda — om rationaliseringstakten blev en procent lägre — efter omkring 30 år förbytas i kostnadsökning. Även om man hade anledning att räkna med en minskad rationaliseringstakt, som vore genomsnittligt en procent lägre under 30-årsperioden, skulle den under tiden samlade besparingen med pålägg av ränta dock vara så stor, att denna mer än väl uppvägde rationaliseringsminskningen.

I detta sammanhang bör dock även beaktas att vissa läkemedelsindustrier angivit sig få en sammanlagd årlig merkostnad för ökad egen marknadsbearbetning och ökad lagerhållning på cirka 4 miljoner kronor för den händelse en centraliserad droghandel kommer till stånd.

Skäl för en centralisering av droghandeln

Det torde få anses klart att goda möjligheter till en rationalisering av droghandeln föreligger. Detta är fallet oavsett om den drives i flera företag, såsom nu, eller i ett enda, centraliserat företag. Dessa förutsättningar har emellertid icke i någon större utsträckning tillvaratagits. Vid en bedömning av de mera kortsiktiga möjligheterna till besparingar synes dessa vara större i en centraliserad droghandel än i ett antal enskilda företag, även bortsett från de stordriftsbesparingar, som likaså på kort sikt skulle framkomma vid en centralisering.

I sin utredning har Trolle räknat med sådana besparingar som skulle komma till stånd på grund av koncentrationen från fyra till ett enda företag samt den minskning i antalet order och expeditioner till apoteken som skulle följa därav. Han har emellertid ej närmare gått in på frågan huruvida en centraliserad droghandel på längre sikt har större förutsättningar och möjligheter till effektivitetsökning än ett antal var för sig självständigt arbetande företag.

En centraliserad droghandel, som ej behöver räkna med servicekonkurrens, skulle ha möjlighet att arbeta med lägre kostnader utan att apotekens krav på berättigad tillgång till täta varuleveranser samtidigt eftersattes. Minskade kostnader för lagerhållning skulle även uppnås genom att ett mindre antal lagerställen bleve erforderligt. Vissa organisationsmässiga besparingar genom förenklingar i fråga om bokförings- och kassaarbete samt betalnings- och av-

räkningsförfarande gentemot apoteken skulle vidare ligga bättre till för en centraliserad droghandel. Ett enda företag skulle dessutom ha större möjligheter att genom en prestationsprissättning stimulera apoteken till förbättrad inköpsplanering i riktning mot större samlade order och jämnare fördelade inköp. Kvantitetsrabattsystem skulle lättare kunna begagnas, eftersom den servicekonkurrens, som hittills i viss mån varit ett hinder häremot, icke finns i ett centraliserat företag. I den mån orderstorleken kunde ökas skulle detta medföra minskat arbete för apoteken i vad avser ordergivning, varumottagning och bokföring.

Som ett av de viktigaste skälen för en centralisering kan slutligen anföras att en centraliserad droghandel skulle vara helt fristående från industrien och därigenom bereda alla tillverkare, stora som små, inhemska som utländska, samma möjligheter att marknadsföra sina produkter.

Skäl mot en centralisering av droghandeln

I fråga om tillverkningen av läkemedel råder konkurrensförhållande mellan de svenska läkemedelsindustrierna, exempelvis mellan å ena sidan såväl Astragruppen som Leo samt å andra sidan Ferrosan, Kabi och Pharmacia. Vissa grosshandelsföretag, såsom Ada och Vitrum, har möjlighet och intresse av att i sin försäljningsverksamhet arbeta aktivt för Ferrosan, Kabi och Pharmacia, beroende på att dessa företag har sådan tillverkning, att direkt konkurrens samma varor emellan icke förefinnes. Ett icke oväsentligt konkurrensförhållande säges råda mellan såväl industrierna som grossisterna. Om så är fallet torde detta i det långa loppet vara en betydelsefull drivkraft till kontinuerlig rationalisering.

Mot bakgrunden av att en centraliserad droghandel måste arbeta helt passivt kan det ifrågasättas, om denna gentemot apoteken kommer att bedriva en informationsverksamhet fullt likvärdig med den nuvarande. För att lanserandet av ett läkemedel skall gå så fort som möjligt får man anse det nödvändigt att läkarna och apotekarna snabbt och klarläggande informeras om det nya preparatet. Att icke blott läkarna utan även apotekarna bör informeras, framgår bland annat av de svar kommittén erhållit på sin enkät angående landsbygdens läkemedelsförsörjning. De inkomna svaren — som refererats i annat sammanhang — visade bland annat att av samtliga provinsialläkare 17 procent ofta och 40 procent ibland utnyttjade apotekarnas sakkunskap för orientering om nytillkomna läkemedel.

Det har hävdats att en inhemsk läkemedelsindustri, som vill vara med att utveckla och producera verksammare läkemedel, icke enbart kan basera denna verksamhet på försäljning i ett land med 7 miljoner invånare utan att stor export är nödvändig. De svenska tillverkarna har därför intresse av att överlåta licenstillverkning till utlandet och att själva uppta dylik. Avtal om sådan licenstillverkning har uppgivits vara väsentligt lättare att träffa, om den svenske tillverkaren disponerar över en egen grosshandelsrörelse, som kan aktivt saluföra det licenstillverkade preparatet. Denna möjlighet skulle bortfalla om den nuvarande grosshandeln ersattes med ett enda monopolföretag.

Det har från industrihåll även anförts att tillverkningsplaneringen skulle bli omständligare samt lagerhållningen större och dyrare vid en centralisering. Särskilt gäller detta i sådana fall, där tillverkarens planerings- och orderavdelning dirigerar försäljningens lagerhållning och även kan rätta denna efter tillverkningstekniska önskemål.

Kommittén har ansett att en centralisering av droghandeln kan medföra kostnadsbesparingar för läkemedelsindustriens del på vissa områden men att även vissa kostnadsökningar skulle kunna uppstå.

Professor Ulf af Trolle har i sin utredning berört frågan om kostnadsutvecklingen inom läkemedelsindustrien vid en eventuell centralisering av droghandeln och kommit fram till att följande kostnader hos läkemedelsindustrien kan tänkas påverkade — nämligen

a) de kostnader som sammanhänger med den statiska mottagningen av order och expedition av varor inklusive transporter
b) de kostnader som sammanhänger med den dynamiska bearbetningen av »konsumtionsdirigenterna» (läkarna) samt
c) de kostnader som sammanhänger med den dynamiska bearbetningen av apoteken.

Med utgångspunkt från att en centraliserad droghandel skulle ha rent passiv funktion och sålunda inskränkas till leverans av de varor som apoteken beställer, att servicen gentemot apoteken skulle vara oförändrad samt att erforderlig försäljningsstatistik skulle tillhandahållas industrien har kommittén i skrivelser den 7 januari 1958 — ställda till åtta svenska läkemedelsindustrier — hemställt om företagens ifråga synpunkter på kostnadsfrågorna. I de svar som inkommit från sex av de större företagen — vilka svarade för omkring 90 procent av den svenska tillverkningen, mätt i försäljningsvärde till apoteken — räknas med merkostnader som sammanlagt uppgår till cirka 4 miljoner kronor per år. Vissa av industrierna anger härjämte engångskostnader som icke närmare preciserats. Beloppet får eventuellt ökas något om det föreslagna fristående ACO-företaget finner sig böra inrätta egen organisation för marknadsbearbetning. Som huvudskäl för merkostnaderna har industrierna angivit att de — om en enda och passiv droghandel inrättas — blir nödsakade att bygga upp nya organ för propaganda till apoteken samt utöka sin bearbetning av läkarkåren. Härtill kommer viss angiven kostnad för ökad lagerhållning.

b) *Kollektiv droghandel*

Tankar på att skapa en kollektiv droghandel eller inköpscentral, ägd av apotekskollektivet, har tidigare framförts vid olika tillfällen, bland annat av medicinalstyrelsen och apotekarkåren i deras remissyttranden över 1946 års läkemedelsutrednings första betänkande. Denna kollektiva droghandel skulle i så fall bli ett komplement och en konkurrent till den redan existerande droghandeln.

Såsom korrektiv mot olägenheterna av integrationsförhållande mellan droghandel och industri samt av ökad selektivitet i distributionen kan en kollektiv droghandel mycket väl tänkas. Genom en dylik skulle man få garanti att sortimentsdroghandeln kommer att bestå och ge småindustri, nya tillverkningsföretag samt den utländska industrien samma möjligheter till kontakt med apoteken som de större, inhemska tillverkarna har. En av apotekskollektivet helt eller till övervägande del ägd droghandel kan förutsättas ha intresse av priskonkurrens och effektivisering i distributionen, varigenom en ökad priskonkurrens och förbättrade kostnadsförhållanden inom droghandeln i dess helhet skulle ernås.

Från rent ekonomisk synpunkt skulle företagsformen ekonomisk förening mycket väl kunna tänkas, där apoteksinnehavarna skulle medverka som delägare och erhålla utdelning efter de gjorda inköpen. Den lämpligaste formen

för en droghandel knuten till apoteksrörelsen torde dock vara ett aktiebolag, i vilket apotekarsocieteten står som antingen ensam eller dominerande innehavare av aktierna.

Det måste förutsättas att en kollektiv sortimentsdroghandel för att kunna fylla sin uppgift får samma möjlighet som en enskild sortimentsdroghandel att förmedla varor. En kollektiv droghandel bör vara fristående i förhållande till ACO-företaget, men givetvis ha möjlighet att försälja ACO-varor.

I tidigare diskussioner har man utgått från att en kollektiv eller kooperativ droghandel skulle ägas av apotekskollektivet. Äganderätten bör emellertid under vissa förutsättningar, vartill kommittén återkommer i det följande, kunna ligga hos apotekarsocieteten, särskilt som denna måste stå som formell ägare, eftersom kollektivet icke är en juridisk person.

Reglerna för en kollektiv droghandels verksamhet bör uppdragas i ett avtal med staten. Detta avtal bör även innehålla bestämmelse om att äganderätten icke utan Kungl. Maj:ts medgivande får överlåtas på annan.

De invändningar som från industriens håll reses mot en centraliserad droghandel kan knappast äga giltighet i fråga om en kollektiv sådan. Denna kommer inte att få någon undantagsställning i förhållande till den övriga droghandeln.

De författningsbestämmelser som reglerar grosshandeln med läkemedel innebär att nya företag när som helst kan startas. Inga formella hinder för etablerande av en kollektiv droghandel föreligger sålunda. Att en dylik icke tillkommit torde främst bero på att en förhållandevis stor kapitalinsats är nödvändig och att det stött på praktiska svårigheter för apotekarkåren att anskaffa tillräckliga medel. Apotekarkårens formella möjligheter att starta ett med den befintliga droghandeln konkurrerande företag har därför icke haft sådan reell innebörd, att droghandelns konkurrensformer påverkats.

3. Kommitténs förslag

I det föregående har kommittén belyst förhållanden inom droghandeln som ur konkurrens- och effektivitetssynpunkt icke är tillfredsställande från det allmännas synpunkt. Den nuvarande verksamheten kännetecknas sålunda av en kostnadskrävande servicekonkurrens och försäljningspolitik samt en dyrbar administrations- och lagerhållningsapparat. Samtidigt har kommittén deklarerat att en viktig förutsättning för fria konkurrensförhållanden mellan olika läkemedelstillverkare är tillgången på en från industrien fristående droghandel.

Med utgångspunkt härifrån har diskuterats två alternativ till förbättring av förhållandena inom droghandeln, nämligen å ena sidan en centralisering till ett enda företag av droghandelsverksamheten och å andra sidan en kollektiv droghandel, helt eller till övervägande delen ägd av apotekarsocieteten och avsedd att bli ett komplement och en konkurrent till de nu existerande företagen.

Starka skäl talar för en centraliserad droghandel, antingen organiserad som ett statsmonopol eller ägd av läkemedelsindustrien och apoteken gemensamt. Tillkomsten av en sådan skulle medföra betydande kortsiktiga kostnadsbesparingar vilka kan bedömas större än med den nuvarande ordningen med ett flertal företag och även på längre sikt ge förutsättningar för en effektivisering och ett förbilligande av grossistdistributionen. En centraliserad droghandel skulle vidare ge garantier mot det försvårande av konkurrensen inom till-

verkningsledet som en fortgående ökad selektivitet inom distributionen kan väntas medföra.

Mot en centraliserad droghandel talar, att avsaknaden av konkurrens på längre sikt kan befaras leda till ett minskat tillvaratagande av besparingsmöjligheterna och ett sämre tillgodoseende av apotekens behov av fortlöpande information. Vidare har mot en centraliserad droghandel anförts att den kan medföra vissa nackdelar för industrien såsom svårigheter att utan integrerad droghandel erhålla rätt till licenstillverkning av utländska läkemedel samt behov av ökad direkt marknadsbearbetning med därav följande kostnadsökning, beräknad för de större industrierna till sammanlagt cirka 4 miljoner kronor per år. Redan nu förekommer en betydande marknadsbearbetning genom reklam, kataloger och kontaktmän från industriens sida. Denna kan beräknas motsvara 6 procent av försäljningsvärdet till apoteken och rör sig i summa om över 6 miljoner kronor per år. Industriens deklarerade behov av ökad marknadsbearbetning måste bedömas som mindre sammanhängande med en centralisering av droghandeln än med andra faktorer och bör i varje fall — om den nuvarande droghandeln utför en aktiv insats på detta område — medföra en betydande, i de gjorda beräkningarna ej medtagen möjlighet till ytterligare besparing inom den centrala droghandeln.

En av apotekarsocieteten ägd kollektiv droghandel kan förväntas få direkt intresse av priskonkurrens och en effektiviserad distribution. Den skulle vidare bli en motvikt mot tendenserna till en ökad selektivitet i distributionen. På kort sikt kan en kollektiv droghandel däremot inte ge samma kortsiktiga direkta besparingar som en centraliserad droghandel. En kollektiv droghandel kan emellertid mycket snabbt medföra en allmän, kostnadspressande konkurrens företagen emellan och därmed en hög utvecklingstakt i fråga om rationalisering och effektivisering. På något längre sikt torde det därför icke vara orealistiskt att räkna med ett kostnadsläge inom droghandelsdistributionen som icke alltför mycket avviker från det man skulle erhålla vid en centralisering till ett företag, även om stordriftsfördelarna icke kan utnyttjas på samma sätt som inom en centraliserad droghandel.

Vid övervägande av de båda alternativ som enligt det föregående finnes för att ernå en förbättrad konkurrenssituation och en ökad effektivitet inom droghandelsdistributionen samt garantier för att industriens konkurrensmöjligheter icke beskäres genom ökad selektivitet i distributionen har kommittén funnit att de var för sig har fördelar som under de givna förutsättningarna i stort sett bör kunna medföra samma resultat på längre sikt. Om således effekten av en centraliserad droghandel omgående kan bli en större besparing, medför en kollektiv droghandel å andra sidan vissa fördelar i form av minskat behov av investeringar och mindre omedelbara strukturförändringar. Kommittén har därför ansett sig böra rekommendera detta senare alternativ och förutsätter att en sådan lösning av droghandelsfrågan i förening med den stimulans till ökat kostnadsmedvetande som det av kommittén föreslagna avgiftssystemet kan förväntas få, skall på ett effektivt sätt medverka till förbättrade kostnads- och konkurrensförhållanden inom denna viktiga sektor av den svenska läkemedelsförsörjningen.

Såsom tidigare nämnts har de hittillsvarande formella möjligheterna för apotekarkåren att etablera en kollektiv

droghandel icke haft reellt underlag, främst beroende på svårigheterna att anskaffa erforderligt kapital. Kommittén anser det sannolikt att redan undanröjandet av detta praktiska hinder för etablerandet av en konkurrerande kollektiv droghandel skulle kunna ge ett visst resultat. Apotekarsocieteten — som i olika sammanhang anmält sitt intresse härför — bör därför ges ekonomiska möjligheter att inrätta en droghandel. Detta torde lämpligen kunna ske därigenom att apotekarsocieteten av statsmakterna tillförsäkras rätt att ur sina pensionsfonder låna för ändamålet erforderligt kapital. Härför erfordras viss ändring av apotekarsocietetens stadgar.

Genom den nämnda lösningen göres minsta möjliga ingrepp i nu rådande förhållanden. Man bibehåller de nuvarande grosshandelsföretagen men har samtidigt — genom att förutsättningar skapas för inrättandet av en kollektiv droghandel — åstadkommit möjligheter för att kostnadsuppdrivande servicekonkurrens och integrerad grosshandel med fortgående utveckling mot selektiv distribution kan balanseras på ett ur samhällets synpunkt betryggande sätt.

Kommittén vill sålunda föreslå att förutsättningar skapas för att en kollektiv droghandel — helt eller till den övervägande delen ägd av apotekarsocieteten — kan startas vid sidan av de enskilda droghandelsföretag som nu finnes eller kan komma att inrättas. Initiativ till en dylik droghandel förutsättes kunna tagas av apotekarsocieteten. Avtal bör träffas mellan staten och apotekarsocieteten på sätt som föreslås i bilaga 4, varvid societeten tillförsäkras rätt att ur nuvarande pensionsfonder för ändamålet låna upp till 10 miljoner kronor. Den kollektiva droghandeln bör drivas i aktiebolagsform. Avtalet mellan staten och apotekarsocieteten bör bland annat innebära, att apotekarsocietetens aktieinnehav i droghandelsbolaget skall utgöra minst 51 procent av hela aktiekapitalet samt att societetens aktieinnehav icke utan Kungl. Maj:ts tillstånd får överföras på annan.

Kommittén anser sig icke böra föreslå någon utdelningsbegränsning för bolaget. Det närmaste skälet härför är att apotekarsocieteten förutsättes skola erlägga marknadsränta på det för investering i bolaget upplånade kapitalet och därför bör ges möjlighet att genom utdelningen täcka in sig för varierande räntekostnader. Det bör påpekas att avsaknad av utdelningsbegränsning i det kollektiva droghandelsbolaget ger detta möjlighet att disponera genom effektivitetsfrämjande och andra åtgärder uppkommande vinstmedel för ökad utdelning i stället för att vidtaga prissänkningar. Kommittén förutsätter emellertid att apotekarsocieteten på grundval av sin deklarerade allmänna målsättning i fråga om läkemedelsförsörjningen ej begagnar sig av nyssnämnda möjlighet utan inriktar sig på att driva det kollektiva droghandelsbolaget med främsta syfte att befordra en rationell och kostnadsbesparande läkemedelsdistribution.

Sedan kommittén beslutat avge nyssnämnda förslag om skapande av förutsättningar för en kollektiv droghandel, ägd av apotekarsocieteten, har denna enligt ett den 18 mars 1959 publicerat meddelande förvärvat aktiemajoriteten i Apoteksvarucentralen Vitrum, Apotekareaktiebolaget.

Vitrum driver vid sidan av droghandelsverksamheten även läkemedelsindustri med tillverkningen koncentrerad till ett fåtal preparat, bl. a. insulin, heparin och aminosol. Läkemedelstillverkningen utgör endast en mindre del av omsättningen och droghandelsdelen svarar för mellan 80 och 90 procent av

totalomsättningen. Företaget äger eller är delägare i försäljningsbolag i Italien, Frankrike och Brasilien.

Apotekarsocietetens förvärv av Vitrum sammanfaller med kommitténs förslag endast under förutsättning att företagets tillverkningsdel och utländska försäljningsorganisation frånskiljes.

KAPITEL IX

Övriga frågor

A. Apoteksväsendets pensionsfonder och pensioneringsbestämmelser

1. Pensionsfonderna

Apoteksprivilegierna var ursprungligen icke tidsbegränsade. År 1899 utfärdades emellertid bestämmelser, innebärande bland annat att apoteksinnehavare, som därefter erhöll privilegium, efter utgången av år 1920 skulle vara skyldig att mot pension avstå privilegiet och att årligen erlägga den avgift för apoteksinnehavares pensionering som Kungl. Maj:t kunde komma att fastställa. En erinran härom intogs i alla privilegiebrev intill 1920 års utgång. Efter den 8 augusti 1920 utnämnda innehavare måste dessutom underkasta sig vad Kungl. Maj:t framdeles kunde komma att föreskriva beträffande privilegiets avstående eller sättet för dess utövande. Numera ingår förbehållen ej i privilegiebrevets text utan finns intagna i en allmän föreskrift i form av kungl. brev.

År 1921 föreskrev Kungl. Maj:t, att de apoteksinnehavare som erhållit privilegium efter ikraftträdandet av den i det föregående nämnda kungörelsen av år 1899 skulle erlägga vissa avgifter — vars storlek bestämdes av Kungl. Maj:t — i och för bildande av en fond för apoteksinnehavares pensionering. Avgifterna ifråga började utgå den 1 april 1921.

I slutet av 1920-talet uppstod fråga huruvida apoteksinnehavare, som erhållit sitt privilegium efter den 8 augusti 1920 kunde förpliktas att via apotekarpensioneringsfonden erlägga bidrag till andra ändamål än apoteksinnehavares pensionering. Medicinalstyrelsen ansåg — i en framställning till Kungl. Maj:t i ämnet — att apoteksinnehavare som enligt privilegiebrev vore skyldig att underkasta sig vad som framdeles kunde komma att föreskrivas om sättet för privilegiets utövande, finge anses skyldig erlägga bidrag exempelvis till annat, mindre bärkraftigt apotek. År 1928 förordnades, att de avgifter till apotekarpensioneringsfonden som för tid efter den 1 juli 1928 skulle inbetalas av de apoteksinnehavare som efter den 8 augusti 1920 erhållit privilegium finge tas i anspråk även för bidrag till mindre bärkraftiga apotek och för pensioner åt den på apotek anställda personalen samt åt apoteksinnehavares och nyssnämnda personals efterlevande. För att skilja dessa medel från dem som tidigare inbetalats eller som vid den ifrågavarande tidpunkten — och fortfarande fram till år 1949 — inbetalades av apoteksinnehavare som erhållit privilegium före den 9 augusti 1920 fördes de till en särskild fond, *apotekens pensions- och subventioneringsfond*. Den äldre fonden benämnes *apotekarnas pensioneringsfond*.

Apoteksinnehavarnas avgifter till de nämnda fonderna utgår sedan år 1936 av de allmänna avgifter som innehavarna har att erlägga för gemensamma ändamål. Sedan de sista innehavarna med

privilegiebrev daterade före den 9 augusti 1920 under år 1949 avgått med pension, sker inga tillskott till apotekarnas pensioneringsfond. Den årliga avkastningen av fonden överföres till apotekens pensions- och subventioneringsfond, varifrån samtliga pensioner utbetalas. Apotekarnas pensioneringsfond har därigenom under de senaste 10 åren hållits vid oförändrat nominellt värde, cirka 8 miljoner kronor. Avsättningarna till pensions- och subventioneringsfonden sker genom att medicinalstyrelsen för varje år bestämmer hur stor del av de från apoteken inflytande allmänna avgifterna som skall överföras till fonden. Dennas nominella värde uppgick den 31/12 1958 till 35,1 miljoner kronor. De båda fonderna hade sålunda ett sammanlagt nominellt värde av 43,1 miljoner kronor. Större delen härav är placerade i obligationer. Obligationernas kursvärden ligger för närvarande genomsnittligt under de nominella värdena och uppgår till i runt tal 30 miljoner kronor.

Den farmacevtiska personalen erlägger för egenpension vissa avgifter som föres till en särskild fond, *farmacevternas pensioneringsfond*. Från denna fond överföres årligen till pensions- och subventioneringsfonden — varifrån pensionerna utbetalas — belopp motsvarande den andel av utgående farmacevtpensioner som hänför sig till farmacevternas avgifter. Fondens nominella värde utgjorde den 31/12 1958 5,9 miljoner kronor. Den är liksom de övriga fonderna huvudsakligen placerad i obligationer.

Det sammanlagda nominella beloppet av de tre fonderna utgjorde den 31/12 1958 49,0 och kursvärdet omkring 35 miljoner kronor. Enligt en utredning som företagits i anledning av en av apotekarsocieteten och farmacevtförbundet år 1954 gjord framställning i pensionsfrågan borde dock fonderna från försäkringsteknisk synpunkt år 1955 ha överstigit 200 miljoner kronor.

Kollektivets avsättning till pensions- och subventioneringsfonden utgjorde år 1958 6,75 miljoner kronor, medan fondernas sammanlagda avkastning uppgick till 1,55 miljoner kronor. Samma år utbetalades i pensioner 5,81 miljoner kronor. Dessutom utgick från fonden driftbidrag om 15 400 kronor.

Samtliga tre fonder förvaltas av medicinalstyrelsen. Utbetalningen av pensioner ombesörjes av Apotekarkårens livränte- och pensionskassa på uppdrag av medicinalstyrelsen, som månadsvis erhåller detaljredovisning över utbetalningarna.

2. Pensioneringsbestämmelserna

Pensioner till apoteksinnehavare och farmacevtisk personal samt deras efterlevande består för närvarande av ett grundbelopp, varå rörligt tillägg utgår med samma procentsats som vid statstjänstemäns pensionering.

Apoteksinnehavare pensioneras vid 67 års ålder, varvid några krav på viss minsta tjänstetid icke existerar. Dock kan privilegium icke erhållas efter 57 års ålder. Innehavare har emellertid utöver innehavartiden i regel en längre tids tjänstgöring som anställd inom apoteksväsendet. För dylik tjänst utgår icke separat pension till innehavarna, varför tiden som anställd och tiden som innehavare kan ses som en enhet. Innehavare som före erhållandet av privilegiet varit anställda på annat håll, t. ex. hos läkemedelsindustrien eller i statens tjänst, kan däremot utöver full pension erhålla viss livränta. Medel till apoteksinnehavarnas egenpension, vars belopp närmast motsvarar pensionsklass 1: 33 i det för statens tjänstemän gällande 1947 års allmänna tjänstepensionsreglemente, tas dels av

apotekens allmänna avgifter genom kollektivets avsättningar till apotekens pensions- och subventioneringsfond, dels av avkastningen i denna fond och i apotekarnas pensioneringsfond.

Anställda manliga *farmaceuter* pensioneras vid 65 och kvinnliga vid 60 års ålder. Full pension, vars belopp numera ungefär uppgår till vad statstjänstemän med motsvarande löneförmåner erhåller, utgår efter uppnådd pensionsålder, om tjänsteåren uppgår till minst 30. För kortare tjänstetid utgår pension med ett mot avkortningen svarande reducerat belopp. Legitimerade apotekare betalar egna pensionsavgifter med 24 och farmacie kandidater respektive receptarier med 14 kronor per månad. Medel till pensionerna tas dels av apotekens allmänna avgifter genom kollektivets avsättningar till apotekens pensions- och subventioneringsfond, dels av de anställdas avgifter, dels ock av avkastningen i farmaceuternas pensioneringsfond och apotekens pensions- och subventioneringsfond.

Familjepension till efterlevande efter apoteksinnehavare utgår dels från apotekens pensions- och subventioneringsfond, dels från Apotekarkårens livränte- och pensionskassa. För att pension skall utgå ur fonden gäller som villkor att försäkring för de efterlevande tecknats i nämnda pensionskassa för minst 900 kronor årligen. Beloppen till efterlevande motsvarar inklusive dessa 900 kronor numera pension enligt pensionsklass 1: 33 i 1947 års allmänna familjepensionsreglemente. Medel för pensioner från pensionskassan tas genom individuellt beräknade avgifter från delägarna. För pensioner ur fonden tas medel av apotekens allmänna avgifter genom kollektivets avsättningar samt av fondens avkastning.

Farmaceuternas familjepension är ordnad på i princip samma sätt som apoteksinnehavarnas, och beloppen motsvarar numera ungefär vad efterlevande efter statstjänstemän med löneförmåner motsvarande farmaceuternas erhåller. Medel för pensionsavgifter för försäkringarna i livränte- och pensionskassan uttas enligt överenskommelse mellan apotekarsocieteten och Sveriges farmaceutförbund genom avdrag från de anställdas löner — oavsett om de tillhör pensionskassan eller ej — med schablonmässigt beräknade belopp. Dessa föres till ett samlingskonto hos apotekarsocietetens lönekontor, varifrån medel rekvireras kvartalsvis av pensionskassan för täckande av de individuella försäkringsmässigt beräknade avgifterna.

Teknisk personal samt städerskor är pensionsförsäkrade i SPP (Svenska personal-pensionskassan). På de i det följande nämnda beloppen utgår för närvarande provisoriskt 15 procents tillägg för ökade levnadskostnader. Medel till dessa tillägg tas av apotekens allmänna avgifter.

Pensioneringsåldern är för män 65 år och för kvinnor 60 år. Beloppen för den tekniska personalens egenpension utgör för män 4 800 och för kvinnor 4 200 kronor per år. Medel till dessa pensioner erhålles dels genom personalens egna avgifter, dels genom de arbetsgivaravgifter som kollektivet betalar av medel från apotekens allmänna avgifter. Av försäkringsavgifterna betalar den anställde en fjärdedel, dock för tjänstepension och familjepension sammanlagt högst 39 kronor per månad för män och 33 kronor för kvinnor, det sistnämnda avseende endast egenpension.

Beloppet för städerskornas egenpension utgör 3 600 kronor per år, vartill medel tas på motsvarande sätt som för tekniska personalens egenpension. Den anställdas avgift är maximerad till 28 kronor per månad.

Tekniska personalens familjepension

utgår med ett grundbelopp om 1 800 kronor per år för änka med viss förhöjning om barn finnes och medel härtill tas på motsvarande sätt som för egenpensionerna, nämligen genom avgifter från den anställde och från arbetsgivaren.

3. Kommitténs överväganden och förslag

Allmänt

Avsikten med pensionsfonder är att de pensionsberättigade skall vara garanterade att medel verkligen finns tillgängliga för uppfyllande av gjorda pensionsutfästelser. Vidare kan vissa företagsekonomiska motiv tala för pensioneringssystem med fonder. Vid de årliga avsättningarna behöver man nämligen icke, om dylika fonder finns, vara lika beroende av personalens åldersstruktur som när medel till pensionerna tas direkt ur inflytande intäkter. I dylikt fall kan nämligen utgifterna för pensionsändamål uppvisa betydligt större variationer mellan enskilda år.

Apoteksväsendet har ensamrätt beträffande försäljningen av en grupp varor, som oavsett konjunkturutvecklingen kan förutsättas bli efterfrågade i sådan grad, att apoteksväsendet får tillräcklig stabilitet i rörelseunderlaget för att kunna fullgöra åtagna förpliktelser. Eftersom antalet anställda inom apoteksväsendet är stort, blir de variationer som kan uppstå mellan åren på grund av olikheter i åldersfördelningen relativt obetydliga, trots att personalens åldersstruktur onekligen uppvisar vissa ojämnheter.

För statstjänstemännens del täckes kostnaderna för utbetalda pensioner direkt ur inflytande medel, varvid staten i gengäld lämnat garanti för att förpliktelserna kommer att fullgöras. Liknande förfaringssätt har även tillämpats i vissa statliga bolag. I princip synes ingenting hindra att motsvarande system användes även inom apoteksväsendet. För övrigt kan sägas att ett dylikt förhållande redan råder i praktiken, eftersom pensionsfonderna i försäkringsteknisk mening icke är av erforderlig storlek. De skulle räcka blott för 5 à 6 års pensionsutbetalningar och tjänstgör därför närmast som en mindre buffert. Rent försäkringstekniskt skulle nämligen fondernas värde behöva uppgå till minst 200 miljoner kronor. Avsättningarna till pensionsfonderna är för närvarande avpassade så att endast ett mindre bidrag lämnas till uppbyggnad av fonderna till försäkringsmässig nivå. De anställda är sålunda i praktiken redan för närvarande beroende av att apoteksväsendet skall kunna fullgöra sina förpliktelser. Det mest realistiska synes därför vara, att draga konsekvensen av det förhållande som redan råder och avstå från fondering för pensionsändamål.

Kommitténs förslag

För att åstadkomma en förenkling av administrationen föreslår kommittén att kostnaderna för apoteksväsendets utgående pensioner får betraktas som direkta driftskostnader för apoteken i stället för att man som för närvarande använder särskilda pensionsfonder. Staten föreslås i gengäld lämna garanti för förpliktelsernas fullgörande Detta bör lämpligen ske i samband med ett avtal mellan staten och apotekarsocieteten om att societeten för vissa ändamål — som beröres i det följande — får taga i anspråk de medel som finns uppsamlade i fonderna.

Kommittén har i annat sammanhang föreslagit startande av ett särskilt tillverkningsföretag för den framställning som för närvarande äger rum på apotekens distriktslaboratorier. Detta företag, som föreslagits få benämningen

ACO-bolaget, skulle ägas i första hand av apotekarsocieteten men därjämte skulle enskilda apoteksinnehavare kunna vara delägare. För inlösen av de nuvarande distriktslaboratorierna och för igångsättandet i övrigt föreslås högst 10 miljoner kronor kunna disponeras ur fonden.

Vidare bör apotekarsocieteten beredas möjlighet att ur pensionsfonderna disponera medel för ändamål som kommittén närmare behandlat i kapitlet om läkemedelsgrosshandeln. Skulle ytterligare medel finnas i fonden, bör de överföras till en särskild fond, ur vilken apotekarna skulle kunna erhålla lån för finansiering av apoteksövertagningar.

Som framgått av den tidigare redogörelsen har driftbidrag till apotek i viss mindre utsträckning utgått ur pensions- och subventioneringsfonden. Dessa driftbidrag bör upphöra och i stället bör de regler som kommittén föreslagit i kapitlet om avgiftssystemet tillämpas.

B. Tillverkning av officinella läkemedel

1. Begreppet officinella läkemedel

För vissa apoteksvaror och dessutom ett mindre antal andra varor finns kvalitetsfordringar och beredningsföreskrifter intagna i en för apoteken gällande officiell handbok, svenska farmakopén. Den nu gällande elfte upplagan härav utkom år 1947. En viss kompletteringav farmakopén sker genom Svenska farmakopékommitténs försorg. Varorna i farmakopén är substanser eller beredningar. För beredningar anges sammansättningen samt den framställningsmetod som apoteken skall använda. I fackkretsar kallas de läkemedel som finns upptagna i farmakopén för officinella läkemedel.

År 1914 utfärdade medicinalstyrelsen en handbok upptagande vissa allmänt förekommande läkemedelskompositioner som icke fanns intagna i farmakopén. I handboken gavs kompositionerna namn, och det blev härigenom möjligt att i apotekens arbete använda dessa namn i stället för specifikationer av hela kompositionen. Handboken kallades »Samling av benämningar». I fortsättningen användes för denna handbok den i fackkretsar allmänt använda beteckningen MB. Den nu gällande upplagan av MB är från år 1950, men en ny är under utgivning. En och annan ändring vidtages i MB, men i princip sker icke någon kontinuerlig komplettering av handboken, utan den utges i ny upplaga efter viss tid, i regel sex till åtta år.

I fackkretsar torde beteckningen officinella läkemedel länge ha varit förbehållen farmakopéns varor. Numera torde man emellertid i allt större omfattning låta beteckningen ifråga innefatta även preparaten i MB, vilket även kan utläsas av ordalydelsen i paragraf 6 i specialitetskungörelsen. De varor som finns upptagna i de två handböckerna representerar en från övriga varor klart avskiljbar grupp. I fortsättningen användes beteckningen officinella läkemedel för hela gruppen.

Såsom närmare kommer att beröras i efterföljande avsnitt har vissa farmacevtiska specialiteter kompositioner som överensstämmer med officinella läkemedels. Med visst fog skulle även dessa preparat kunna räknas till de officinella läkemedlen, ehuru de tillverkas inom den enskilda läkemedelsindustrien. Att låta även dem omfattas av begreppet skulle emellertid klart avvika från nuvarande definitioner samt skapa viss förvirring bland begreppen i det följande.

Många av de officinella läkemedlen är sådana som sedan lång tid är kända och använda. Detta gäller kanske i första hand substanserna men även beredningarna. Nytillskottet inom gruppen offi-

cinella läkemedelsberedningar uppstår företrädesvis genom att i MB tas in kompositioner helt eller nära överensstämmande med sådana farmacevtiska specialiteter som blivit allmänt använda och visat sig vara av bestående värde för konsumenterna.

Sedan kompositionen tagits in i farmakopén eller MB och därmed givits officiell benämning, anses tillverkningen av preparat med kompositionen ifråga i princip böra ske endast på apotek eller distriktslaboratorium. De fabrikanter som redan vid kompositionens intagande i någon av dessa handböcker har preparat med den ifrågavarande sammansättningen registrerat som specialitet får dock även i fortsättningen tillverka och försälja detsamma. Däremot beviljas icke registrering av något nytt preparat med motsvarande sammansättning, såvida icke särskilda skäl föreligger. Om sådan registrering beviljas, kan medicinalstyrelsen föreskriva, att det officiella namnet skall användas. Bestämmelserna återfinnes i specialitetskungörelsens sjätte paragraf, som lyder:

»Farmacevtisk specialitet, som till sin sammansättning helt eller huvudsakligen överensstämmer med läkemedel, upptaget i gällande farmakopé eller i samling av läkemedelsformler eller läkemedelsbenämningar vilka av medicinalstyrelsen godkänts, må registreras allenast om särskilda skäl därtill äro. Styrelsen äger såsom villkor för registreringen föreskriva, att sökanden godtager benämning å specialiteten, som styrelsen finner lämplig.»

I allmänhet inträder icke apoteken eller distriktslaboratorierna som någon ny konkurrensfaktor i och med att en som specialitet registrerad komposition tas in i officiell handbok. Preparat enligt dylika kompositioner tillverkas nämligen ofta redan tidigare av distriktslaboratorierna, varvid den enda ändring av de faktiska förhållandena som uppkommer i och med att kompositionen tas in i farmakopén eller MB är att något ytterligare företag icke får preparat med kompositionen ifråga registrerad som specialitet, såvida som nämnts medicinalstyrelsen icke anser särskilda skäl härför föreligga.

Det bör här erinras om att den omständigheten, att viss fabrikant fått specialitet registrerad, icke innebär någon som helst ensamrätt för honom, utan såväl andra fabrikanter som distriktslaboratorierna kan ta upp tillverkning av preparat med samma eller likartad komposition. Enda skillnaden mellan den enskilda läkemedelsindustrien och distriktslaboratorierna — ACO-verksamheten — är i detta fall att de senare för närvarande icke behöver anmäla det tillverkade preparatet för registrering. Däremot förekommer numera — innan tillverkningen av nya preparat tas upp inom ACO-verksamheten — hos medicinalstyrelsen en underhandsgranskning som i vissa avseenden motsvarar registreringskontrollen. Det praktiska förfarandet när preparat tas upp i distriktslaboratoriernas tillverkningsprogram brukar vara, att apotekarsocietetens planeringsavdelning tar in preparatet i handboken ACO-föreskrifter. Denna innehåller till stor del preparat, synonyma med farmacevtiska specialiteter.

2. Tillverkningens omfattning och struktur

Gruppen officinella läkemedelsberedningar omfattar i runt tal 900, varav drygt ett hundratal extemporeberedningar. Av preparaten återfinnes cirka 300 i farmakopén och cirka 600 i MB. Härvid har icke medräknats finfördelade droger och kemikalier. Tillverkning av officinella läkemedel förekommer både på vanliga apotek och apotek med distriktslaboratorium. Många preparat tillverkas både på apotek och på ett el-

Tabell 77. Distriktslaboratoriernas värdemässiga tillverkning, räknad i oförpackad vara, uppdelad huvudsakligen med hänsyn tagen till den handbok, vari kompositionen finns

	Värde[1]		Antal preparat	
	1 000-tal kr	%	st.	%
1. Officinella läkemedel[2]	9 222	69,1	620	32,0
2. Läkemedel enligt ACO-föreskr.[3]	1 455	10,9	88	4,5
3. Hudkrämer o. d., främst enligt Apotekens formelsamling	61	0,5	55	2,8
4. Läkemedel främst enligt Apotekens formelsamling	471	3,5	223	11,5
5. Halvfabrikat	1 327	9,9	284	14,7
6. Pulveriseringar m. m.	819	6,1	667	34,5
	13 355	100,0	1 937	100,0

[1] Genomsnitt av kvantiteten åren 1953—1956, multiplicerad med 1956 års priser.
[2] I begreppet officinella läkemedel inräknas här ej halvfabrikat och pulveriseringar.
[3] Denna handbok innehåller till stor del preparat, synonyma med specialiteter.

ler flera av distriktslaboratorierna. I andra fall förekommer tillverkning antingen endast på apotek eller också endast inom distriktslaboratorieorganisationen. De vanliga apoteken tillverkar i princip de läkemedel, för vilka framställningsmetoden är enkel eller för vilka fraktkostnaden eljest skulle bli alltför tyngande, medan apotek med distriktslaboratorium främst inriktats på den från industriell synpunkt lämpliga delen. Åtskilliga läkemedel med liten eller sporadisk åtgång måste likväl tillverkas av distriktslaboratorierna, därför att detta trots allt ställer sig ekonomiskt fördelaktigast.

För kommitténs behandling av frågan om officinella läkemedel är den tillverkning som äger rum på de vanliga apoteken av mindre betydelse. Därför behandlas i det följande endast distriktslaboratoriernas tillverkning. I tabell 77 redovisas en sammanställning över denna. Tillverkningsvärdet har erhållits på så sätt, att genomsnittet av den tillverkade kvantiteten under åren 1953—1956 multiplicerats med 1956 års priser. Preparaten har grupperats med hänsyn tagen till den handbok som kompositionen återfinnes i.

Av tabellen framgår att de officinella läkemedlen — med undantag för halvfabrikat och pulveriseringar — svarade för ungefär 70 procent av distriktslaboratoriernas tillverkningsvärde. Läkemedlen i handboken ACO-föreskrifter omfattade något mer än 10 procent av värdet. Trots att de officinella läkemedlen svarade för 70 procent av värdet utgjorde de dock endast 32 procent av antalet preparat. Gruppen pulveriseringar m. m. utgjorde 35 procent av antalet artiklar men svarade blott för 6 procent av värdet.

Ett fåtal preparat av de officinella läkemedlen utgör emellertid en dominerande del av tillverkningen enligt vad som framgår av följande sammanställning.

De 10 största preparaten svarade för ungefär 53 procent av värdet,

de 25 största preparaten svarade för ungefär 70 procent av värdet,

de 50 största preparaten svarade för ungefär 82 procent av värdet,

de 100 största preparaten svarade för ungefär 90 procent av värdet.

Härav framgår att 520 av de 620 preparaten eller 84 procent av antalet svarade för endast 10 procent av värdet.

3. Kommitténs överväganden och förslag

Apoteken har en vittgående skyldighet att tillhandahålla läkemedel, varav en ansenlig del — främst de officinella läkemedlen — enligt nuvarande bestämmelser får beredas endast på apotek. I rationaliseringssyfte har en stor del av denna tillverkning sammanförts till de till ett tjugotal större apotek knutna distriktslaboratorierna, vilka enligt nuvarande bestämmelser formellt utgör del av respektive apotek. Kommittén har i kapitel VII föreslagit att nyssnämnda tillverkning skulle ytterligare koncentreras och överföras till ett för ändamålet inom apoteksväsendet bildat bolag, benämnt ACO-bolaget. Härigenom skulle en ytterligare rationalisering av tillverkningen kunna ernås, samtidigt som den nuvarande från konkurrens- och kostnadsfördelningssynpunkt otillfredsställande ekonomiska sammanblandningen mellan detaljdistribution och industriell eller halvindustriell tillverkning inom apoteksväsendet skulle elimineras. Mellan den nyssnämnda tillverkningen och den enskilda industriens läkemedelstillverkning skulle redan genom denna åtgärd bättre likställighet i fråga om förutsättningarna skapas än vad som är fallet med nuvarande ordning.

Principen för den nuvarande produktionsfördelningen mellan apotek och distriktslaboratorier är att tillverkningen skall förläggas till det arbetsställe där den kan ske mest rationellt. Denna princip bör givetvis icke rubbas genom tillkomsten av ACO-bolaget. Detta förutsätter emellertid att ACO-bolaget ålägges skyldighet att tillverka alla de officinella läkemedel och andra beredningar — utom specialiteter och bakteriologiska preparat — som apoteken är skyldiga att tillhandahålla men som icke lämpligen bör tillverkas på de distribuerande apoteken.

Antalet preparat som av nyssnämnda skäl bör tillverkas av ACO-bolaget är betydande. Skyldigheten att tillverka alla dessa preparat medför, att bolaget kommer att få ett väsentligt mera splittrat tillverkningsprogram än om det fritt kunde välja sitt sortiment. Det är självklart, att ACO-bolaget bör sträva efter sådan prissättningspolitik, att varje vara så långt möjligt bär sina kostnader. Vissa läkemedel, som bolaget måste tillverka, emedan de enskilda apoteken icke har nödiga resurser härför, torde likväl komma att framställas i så ringa kvantiteter och ofta till så höga kostnader att det i praktiken kan bli svårt att få full täckning i priserna. Detta förhållande förekommer visserligen även inom den enskilda läkemedelsindustrien men denna har större möjligheter att upphöra med eller begränsa andelen förlustbringande eller dåligt lönsam tillverkning. Den tillverkningsskyldighet som ACO-bolaget bör åläggas kommer sålunda i fråga om läkemedelsförsörjningen i stort att innebära samhällsekonomiska fördelar men, sett enbart ur bolagets synpunkt, företagsekonomiska nackdelar. Den sistnämnda omständigheten kan under ogynnsamma förhållanden bli av den storleksordningen att företagets existens äventyras. Kommittén syftar därvid på den omständigheten att ACO-bolaget måste dimensioneras så, att detsamma kan fullgöra sin tillverkningsskyldighet inom hela det aktuella varuområdet. Detta präglas därav att ett mycket litet antal preparat representerar större delen av tillverkningsvärdet. Skulle dessa preparat bortfalla på grund av konkurrens från den enskilda industriens sida, kunde företagets fasta kostnader ej täckas på den återstående delen av tillverkningen. Någon nämnvärd kostnadsanpassning vore nämligen ej möjlig, eftersom bolaget på grund av

sin tillverkningsskyldighet ständigt måste hålla sig berett att ånyo ta upp tillverkningen, om den enskilda läkemedelsindustrien — som icke kan åläggas dylik skyldighet — skulle inskränka eller upphöra med sin tillverkning av dessa preparat.

För närvarande föreligger — som närmare berörts på s. 239 — ingen faktisk möjlighet för den enskilda läkemedelsindustrien att konkurrera med distriktslaboratorierna i fråga om de officinella läkemedlen. Kommittén har ansett det angeläget att skapa så lika förutsättningar som möjligt för den inom apoteksväsendet bedrivna industriella läkemedelstillverkningen samt den enskilda läkemedelsindustrien. Bland annat i detta syfte har förslaget om ACO-bolaget tillkommit, och med samma målsättning föreslås, att de nu av distriktslaboratorierna — enligt kommitténs förslag av ACO-bolaget — i konkurrens med läkemedelsindustrien tillverkade preparat, som är synonymer till befintliga specialiteter eller nya preparat av specialitetskaraktär, bör undantagas från nuvarande förmånsställning och formellt behandlas som specialiteter. Även beträffande tillverkningen av officinella läkemedel har kommittén övervägt att åstadkomma likställighet mellan ACO-bolaget och den enskilda läkemedelsindustrien. Lämpligheten av att bibehålla en faktisk monopolställning för tillverkaren av denna betydande läkemedelsgrupp torde nämligen rent principiellt te sig diskutabel. Emellertid kan det tagas för givet att den enskilda läkemedelsindustrien vid fri konkurrens inom varuområdet icke skulle vara intresserad av att tillverka hela den mängd småpreparat som läkemedelsgruppen omfattar, utan begränsa sig till det fåtal stora preparat som har den största värdemässiga betydelsen för ACO-bolaget. En sådan tillverkning skulle från industriens synpunkt delvis kunna betraktas som ett rent tillskott till den ordinarie tillverkningen. Företagen skulle därför befinna sig i den kalkylsituationen, att samtliga fasta kostnader vore täckta och att det därför kunde vara lönsamt att sälja varorna ifråga till priser, endast obetydligt överstigande de rörliga kostnaderna för tillverkningen. Det kunde för övrigt möjligen bli en medveten strävan hos den enskilda läkemedelsindustrien att sälja just dessa preparat till särskilt låga priser.

ACO-bolaget skulle — med skyldighet att i mån av behov tillverka alla de berörda läkemedlen — då komma i en betydligt ogynnsammare situation än den enskilda läkemedelsindustrien. Ett försök att medelst fri tillverkningskonkurrens söka skapa lika förutsättningar för ACO-bolaget och den enskilda läkemedelsindustrien ifråga om tillverkningen av de officinella läkemedlen skulle sålunda resultera i det mot den nuvarande situationen omvända förhållandet. ACO-bolaget skulle hamna i så utpräglat underläge, att dess existens råkade i allvarlig fara.

Om icke ACO-bolaget hade bort åläggas skyldighet att tillverka en stor mängd små beredningar, hade det icke funnits anledning att skapa särbestämmelser beträffande förhållandet till andra läkemedelstillverkare, utan konkurrensen kunde i så fall ske på i huvudsak lika villkor mellan ACO-bolaget och de enskilda läkemedelsindustriföretagen. Enligt kommitténs uppfattning är det emellertid av stor betydelse att tillverkningen av officinella läkemedel ordnas så rationellt som möjligt. För att säkerställa den redan inledda centraliseringen och förhindra att tillverkningen återföres till den tidigare använda, ännu mera kostnadskrävande formen ute på de enskilda apoteken är det nöd-

vändigt att ålägga ACO-bolaget skyldighet att ombesörja denna tillverkning. En dylik skyldighet torde emellertid icke kunna ifrågasättas, om inte förutsättningar finns att tillverkningen bär sig. Skyldigheten att tillverka den stora mängden småpreparat måste därför på något sätt kombineras med viss garanti för möjlighet till tillverkning även av de stora, ekonomiskt mera inbringande preparaten på området. Denna garanti bör dock icke ges formen av absolut ensamrätt, så att ACO-bolaget får möjlighet att ta ut obefogat höga priser på de officinella läkemedlen.

Kommittén anser sålunda, att den enskilda läkemedelsindustrien bör ges möjlighet till viss konkurrens med ACO-bolaget beträffande de officinella läkemedlen. Läkemedelsindustrien bör sålunda ges rätt att tillverka sådana officinella läkemedel som utgör standardförpackade, för konsumenten bruksfärdiga preparat, för vilka kompositionen förekommit som i Sverige registrerad specialitet, redan innan den intogs i någon av de officiella handböckerna, och vilka till sin sammansättning, beredningsform och styrkegrad är praktiskt taget identiska med dylika specialiteter. Med registrerad specialitet skall härvid jämställas de preparat, för vilken ansökan om registrering ingavs i samband med specialitetskungörelsens ikraftträdande år 1934. Preparaten skall emellertid registreras som farmacevtiska specialiteter, varvid dock sådan prövning som nu föreskrives i punkterna 2 och 3 i femte paragrafen i specialitetskungörelsen icke skall behöva ske. Det namn kompositionerna åsatts i den officiella handboken bör vidare användas, för att uppkomsten av en märkesvarukonkurrens på detta område skall undvikas.

Med detta förfaringssätt skulle den enskilda läkemedelsindustrien få möjlighet att konkurrera med ACO-bolaget beträffande flertalet mera betydelsefulla officinella läkemedel. Registreringsförfarandet kan förutsättas i realiteten komma att medföra visst psykologiskt tvång för fabrikanten att inrikta tillverkning och försäljning på längre tidsperioder och sålunda avstå från tillfälliga, dumpingartade utbud. Det torde därför icke vara oberättigat att räkna med viss konkurrens och att denna tar sig sunda uttryck.

1946 års läkemedelsutredning föreslog i sitt andra betänkande (SOU 1955: 44) bland annat att de på distriktslaboratorierna tillverkade standardförpackade läkemedlen skulle registreras som farmacevtiska specialiteter, varjämte den enskilda läkemedelsindustrien föreslogs kontrollerad antingen genom särskilda läkemedelsinspektörer eller också genom tjänstemän inom företagen, benämnda auktoriserade kontrollanter. Härigenom förutsattes industriföretagen dels få vissa lättnader i fråga om registrering av specialiteter, dels kunna tillverka och utan registrering till apotek sälja ingredienser till apotekens egen beredning. Nämnda ingredienser föreslogs få benämningen farmacevtiska halvfabrikat. Läkemedelskommittén avstyrkte i sitt remissyttrande såväl det föreslagna systemet med auktoriserade kontrollanter som att företagen skulle erhålla lättnader i fråga om registreringen. Beträffande ACO-verksamheten har kommittén i kapitel VII föreslagit, att registrering bör ske endast beträffande sådana läkemedel som lanseras i konkurrens med den enskilda läkemedelsindustrien. De av ACO-bolaget tillverkade officinella läkemedlen bör däremot icke registreras utan i stället tillverkas enligt gällande normer.

Förslag

Det av kommittén föreslagna ACO-bolaget bör ges särskilt tillstånd att tillverka officinella läkemedel — och dessutom vissa andra beredningar — efter de normer som gäller härför. I samband härmed bör apotekarsocieteten förbinda sig att tillse att tillverkningen sker på sådant sätt att samma säkerhet beträffande tillverkningens kvalitet erhålles som för närvarande. Detta tillstånd respektive denna förbindelse har intagits i det förslag till avtal mellan staten och apotekarsocieteten angående ACO-bolaget, som återges i bilaga 2. ACO-bolaget bör vidare åläggas skyldighet att tillverka sådana beredningar som bedömes kunna framställas mera rationellt hos bolaget än på apotek. Läkemedelsindustriföretagen bör få rätt att som farmacevtiska specialiteter registrera preparat med sådana kompositioner som redan före intagandet i någon av de officiella handböckerna förekommit i form av specialiteter, medan andra däremot icke bör få registreras. Härvid bör gälla de vanliga reglerna för registrering av specialiteter. Det namn kompositionen åsatts i den officiella handboken skall härvid användas.

C. Kommunala bidrag till apotekslokaler

Trots att läkemedelspriserna vid 1925 års taxerevision sattes så, att de minsta apoteken skulle ge skäligt överskott åt sina innehavare — varvid överskotten blev ansenliga för flertalet av de stora apoteken — visade det sig ibland svårt att få de minsta apoteksinrättningarna att bära sina kostnader. Detta torde särskilt ha varit fallet för nyanläggningar.

Det är mot bakgrunden härav ganska naturligt, att myndigheterna visade en tendens att kräva en motprestation, i de fall man från kommunalt håll framställde önskemål om etablering av apoteksinrättning men det ansågs tveksamt, huruvida dylik inrättning skulle uppnå bärighetsgränsen. Den krävda motprestationen var att kommunen gratis eller mot särskilt förmånlig hyra skulle tillhandahålla lokal för apoteket och/eller innehavaren respektive föreståndaren.

I slutet på 1940-talet företog Svenska landskommunernas förbund en undersökning hos 65 kommuner för att utröna dessas kostnader för tillhandahållande av lokaler utanför kommunernas normala verksamhet. Ur en redogörelse, intagen i Landskommunernas Tidskrift nr 3/1950, citeras följande:

»Av de av undersökningen berörda 65 kommunerna ha 15 en sammanlagd årskostnad för apoteksväsendet med 37 423 kronor. Utslaget på hela landsbygdens folkmängd skulle det sålunda röra sig om årskostnader på ca 400 000 kronor. Det är uppenbarligen icke enbart filialapoteken, som få kommunal subvention. I flera kommuner har man planer att bygga tidsenliga apotekslokaler, och man räknar tydligen icke på allvar med att få kostnaderna täckta genom hyrorna.

I ett fall har kommunen åtagit sig att betala frakten för medicinlådorna från i annan kommun beläget apotek och i ett annat fall är under behandling i kommunalfullmäktige en framställning från apoteksinnehavaren att kommunen skall åtaga sig fraktkostnaderna till apotekets kommissionärer.

De kommunala subventionerna av apoteksväsendet te sig alldeles speciellt orimliga, eftersom på detta område en betydande kollektivisering genomförts i syfte att vinna en kostnads- och inkomstutjämning. Allteftersom den öppna sjukvården effektiviseras bland annat genom inrättande av ytterligare provinsialläkaretjänster borde det framstå som naturligt att orter, som tidigare ej ha haft förmånen av apotek, få sådana. Givetvis är det lätt att här utöva ekonomisk press på kommunerna. Kommunernas styrande anse, att det för kommunernas invånare är en så stor fördel att få ett apotek till orten, att man icke drar sig för att erbjuda subventioner. Uppgiftsmaterialet visar, att de kommuner, som ha det sämst ekonomiskt ställt, få betala mest. Det är ju ett orimligt förhållande.»

Till detta citat bör fogas den kommentaren att den beräknade sammanlagda årskostnaden om 400 000 kronor, som förmodligen avsåg förhållandena vid slutet av 1940-talet, numera synes uppgå till väsentligt lägre belopp. Detta kommer att närmare beröras i det följande.

Svenska landskommunernas förbund påtalade i början av 1950-talet hos medicinalstyrelsen att från social synpunkt mindre tillfredsställande följder uppstod genom att vissa kommuner ålades förpliktelser beträffande apoteksinrättningarnas hyror. Därigenom blev nämligen läkemedelskostnaderna — i motsats till vad statsmakterna i annat sammanhang förklarat — i realiteten olika för skilda kommuners befolkning. Det ansågs angeläget att förhållandet ändrades, särskilt som det ofta var ekonomiskt redan förut tyngda kommuner som drabbades av bestämmelserna.

Medicinalstyrelsen tillmötesgick förbundets begäran och beslöt att icke längre som villkor för etablering eller bibehållande av apoteksinrättning uppställa krav om kommunala hyresbidrag. Det förutsattes dock, att styrelsen även i fortsättningen skulle kunna kräva, att lokaler ställdes till förfogande genom kommunernas försorg. Hyran för lokalerna skulle i så fall utgå efter självkostnadspris. Det av medicinalstyrelsen fattade beslutet hindrade icke, att förhandlingar mellan vederbörande apoteksinnehavare och kommun — eller deras organisationer — i enskilda fall kunde få medföra någon form av hyresbidrag, t. ex. särskilt förmånlig hyra.

För att få ett begrepp om den sammanlagda storleken av kommunernas bidrag till kostnaderna för apotekslokaler företog kommittén år 1954 med apotekarsocietetens medverkan en undersökning av förhållandena. Materialet har sammanställts i tabell 78.

Det framgår av tabellen att det sammanlagda värdet av kommunala hyresbidrag år 1953 uppgick till cirka 80 tusen kronor. Bidragen utgjorde ungefär 32 procent av de redovisade faktiska hyreskostnaderna för de apotek — i förekommande fall apotek inklusive filialapotek, respektive apoteksförråd — till vilka bidrag utgått. I förhållande till kollektivets sammanlagda hyreskostnader var bidragen små, nämligen 1,4 procent. Bidragen har beräknats vara fördelade med 64 tusen kronor för apotekslokaler och 17 tusen kronor för bostad åt innehavare resp. föreståndare.

Utöver de bidrag som utgått från kommuner har bidrag från annat håll rapporterats i ett fall. Detta har dock icke medtagits i materialet.

Tabell 78. Kommunala hyresbidrag år 1953

Typ av inrättning	Antal	Beräknade kommunala bidrag för apotekslokaler och föreståndarbostad 1 000-tal kr	
		Totalt	Genomsnitt
apotek	11	35,4	3,2
filialapotek	14	36,9	2,6
apoteksförråd	6	9,0	1,5
	31	[1]81,3	2,6

[1] Fördelade på apotekslokaler 64,1 } fördelningen delvis gjord efter kommitténs
föreståndarbostad 17,2 } beräkningar

I den tidigare förda debatten har hävdats, att systemet med kommunala hyresbidrag speciellt drabbar redan förut ekonomiskt tyngda kommuner. Kommittén har försökt få en bild även av detta förhållande. Som mått på kommunernas ekonomi har därvid valts den kommunala utdebiteringen per inkomstskattekrona.

De 30 kommuner — städer, köpingar, landskommuner — som lämnat hyresbidrag hade en genomsnittlig kommunal utdebitering enligt beslut år 1954 om 13:38 kronor. Detta avser summan av kommunalskatt, landstingsskatt och tingshusmedel. Tre apotek finns i municipalsamhällen. Om den särskilda municipalskatten läggges till den kommunala utdebiteringen erhålles ett belopp om 13:42 kronor. Motsvarande genomsnitt för samtliga övriga städer och landskommuner var 12:23 kronor. Härav framgår att de kommuner som lämnat hyresbidrag genomsnittligt hade en mera tyngd ekonomi än övriga.

Kommitténs överväganden och förslag

Av den i det föregående lämnade redogörelsen har framgått, att medicinalstyrelsen numera icke uppställer krav på hyresbidrag från kommunernas sida som villkor för etablering av apoteksinrättning samt att de bidrag som på grund av tidigare beslut fortfarande lämnas är obetydliga i förhållande till kollektivets rörelse. Däremot kan frågan ha större betydelse för de kommuner som lämnar bidragen. Emellertid rör det sig i de enskilda fallen endast om något eller några tusental kronor, varför bidragen i allmänhet även från kommunernas synpunkt är obetydliga, trots att de bidragslämnande kommunerna genomsnittligt är något mera tyngda ekonomiskt sett än andra kommuner.

Det som här anförts ger vid handen att frågan om kommunala bidrag icke är ett problem av någon större praktisk betydelse. Kommitténs behandling av frågan kommer därför närmast att ha principiell karaktär.

Samhället har i andra sammanhang uttalat sig för en över hela landet lika prissättning på läkemedel. Detta innebär ett avsteg från vad som eljest kunde vara befogat från rent ekonomiska utgångspunkter och det har motiverats med sociala skäl, nämligen att allmänheten på skilda orter icke borde betala olika mycket för samma läkemedel.

Myndigheterna bör mot bakgrund av de nämnda förhållandena icke ställa krav på ekonomiska motprestationer som villkor för etablering av apoteksinrättningar m. m. Kommittén delar sålunda helt den uppfattning som tidigare kommit till uttryck genom medicinalstyrelsens beslut att icke längre ställa dylika krav. Ej heller bör i annan ordning överenskommelse träffas angående kommunalt bidrag till apotekslokal, eftersom apotekens ekonomiska förhållanden bör regleras genom avgiftssystemet.

Vad de redan utgående bidragen beträffar vill kommittén anföra följande. Någon omedelbar avveckling bör icke äga rum, utan det synes vara smidigare att förhandlingar mot bakgrunden av kommitténs här givna deklarationer upptas mellan kommunerna och apoteksinnehavarna respektive deras organisationer, för den händelse någon av parterna önskar ändring av nuvarande förhållanden. Om bidragen minskas, bör vederbörande apoteksinnehavare kunna kompenseras av kollektiva medel. Kommittén har icke ansett sig behöva uppställa regler härför, utan dessa bör kunna utarbetas av kollektivets ledning, eventuellt efter det att den av kommittén föreslagna apoteksnämnden godkänt riktlinjerna härför.

Såsom framgått av den föregående redovisningen har större delen av bidragen avsett filialer av skilda slag. På längre sikt torde den fråga som här behandlas kunna ordnas genom att hänsyn till förhållandena tas vid fastställandet av de ersättningar som föreslås utgå för hållande av filialer. De närmare detaljerna behandlas i kapitlet om avgiftssystemet.

D. Finansieringsfrågan vid övertagande av apotek

1. Nuvarande förhållanden

När apotek överlåtes skall ny innehavare övertaga lager och inventarier från avgående innehavaren. Vissa särskilda regler gäller härvid, innebärande bland annat att den tillträdande ej behöver överta exempelvis icke gångbara varor. Apotekaren måste härvid anskaffa erforderligt kapital. Detta problem upptogs till behandling av apotekarorganisationerna i det av dem den 25 april 1952 lämnade s. k. motförslaget till det av 1946 års läkemedelsutredning i dess första betänkande (SOU 1951: 34) framlagda förslaget till omorganisation av apoteksväsendet. Apotekarorganisationerna anförde:

»Bland brister och olägenheter inom det nuvarande apoteksväsendet kan särskiljas en grupp, som sammanhänger med det gällande systemet för kreditgivning till apoteken. En apoteksinnehavare har att vid tillträdet av sitt apotek anskaffa dels kapital för inlösen av apotekets inventarier och lager, dels också rörelsekapital. I de flesta fall sker upplåningen hos ett för kreditgivning till apoteken speciellt inrättat organ, Apotekarkårens kreditkassa. Normalt differentieras upplåningen på sådant sätt, att ett belopp motsvarande 70 % av inventarievärdet och 60 % av lagrets värde upplånas mot säkerhet av förlagsinteckning i inventarier och lager. Detta lån är i allmänhet amorteringsfritt. Återstoden, 30 % av inventarievärdet + 40 % av lagrets värde + erforderligt rörelsekapital, upplånas som regel i form av ett amorteringslån på 10 à 15 år med borgen som säkerhet. Borgen tecknas ofta av något av de företag, som idka grosshandel med apoteksvaror, d. v. s. av en av apotekarens leverantörer. Det skall icke förnekas, att systemet kan ställa apotekaren i beroende ställning till grosshandelsföretaget, något som principiellt sett icke är önskvärt.

Amorteringstvånget i fråga om borgenslån är en kännbar olägenhet. Dessa lån kunna på de större apoteken uppgå till mycket betydande belopp, i undantagsfall ett par hundra tusen kronor eller mera. I många fall är det årliga amorteringsbeloppet — som icke är avdragsgillt vid beräkning av den från apoteket utgående allmänna avgiften — 5 000 à 10 000 kronor och stundom högre. Apoteksinnehavarens behållna inkomst, vilken i regel icke överstiger 30 000 kronor per år, förslår icke för amorteringar av den storleksordning, varom det i sådana fall är fråga. Följden blir antingen, att amorteringen får täckas genom upptagande av nya lån, varigenom amorteringen blir en fiktion, eller också, att ett kapital motsvarande amorteringssumman drages ur rörelsen, i vilket fall amorteringen går ut över rörelsekapitalet.»

Det bokförda värdet av inventarier och varulager hos apoteken och distriktslaboratorierna uppgick till sammanlagt något mer än 70 miljoner kronor den 31 december 1957. Härav svarade distriktslaboratorierna för cirka 5 miljoner kronor. Det är givet att de bokförda värdena kan avvika rätt väsentligt från överlåtelsevärdena, speciellt i fråga om distriktslaboratorierna, där av- och nedskrivning görs i större omfattning än vad som eljest är vanligt inom apoteksväsendet. Det bokförda värdet av lager och inventarier varierar från ungefär 50 tusen kronor för några av de mindre apoteken till över en halv miljon kronor för de största.

Till en mindre del finansieras apoteksövertagningarna med insats av eget kapital från innehavarnas sida, medan större delen måste lånas. Detta sker antingen i Apotekarkårens kreditkassa eller också i bank eller undantagsvis på

annat håll. Den nämnda kreditkassan är en ekonomisk förening bildad av sammanslutningar inom apotekarkåren, bland dem apotekarsocieteten och Sveriges farmacevtförbund, ävensom av enskilda apoteksinnehavare och farmacevter. Dessa har genom förvärv av insatser eller i annan ordning ställt medel till kassans förfogande. I dess styrelse skall enligt stadgarna bl. a. ingå en av farmacevtförbundet utsedd ledamot, varigenom även de blivande apoteksinnehavarna erhållit inflytande på kassans verksamhet. Den 31 december 1958 hade kassan lån utlämnade till 311 apoteksinnehavare till ett belopp av 38,5 miljoner kronor. Medel till lånen har kassan erhållit huvudsakligen genom av banker lämnade rebelåningskrediter. En mindre del har kreditkassan kunnat låna ur apotekskollektivets pensionsfonder sedan Kungl. Maj:t — efter kommitténs tillstyrkan — år 1956 lämnat sitt medgivande härtill. Minst 25 miljoner kronor torde dock innehavarna ha lånat för sina apoteksrörelser i andra kreditinstitut än kreditkassan.

Kreditkassan beviljar följande typer av lån: *amorteringsfria grundlån* mot förlagsinteckning, *avbetalningslån* på högst 15, undantagsvis 20 år samt *korttidslån,* avsedda att återbetalas på en gång. De sistnämnda löper med sex månaders uppsägningstid, men prolongering kan ske. Som säkerhet fordras för grundlån förlagsinteckning, för avbetalningslån i regel livförsäkringsbrev samt för korttidslån borgen eller dylikt. Bestämmelserna om att förlagsinteckning i motsats till vad som i övrigt gäller för detaljhandeln skall vara tillämpliga på apotek tillkom efter förslag av 1931 års apotekssakkunniga, som därigenom önskade nedbringa apotekens finansieringskostnader. Erforderliga borgensförbindelser utfärdas i stor utsträckning av droghandelsföretagen, vars sammanlagda åtaganden år 1956 uppgick till 34 miljoner kronor.

2. Kommitténs överväganden och förslag

Då ett apotek skall övertagas uppkommer automatiskt ett lånebehov för tillträdande apoteksinnehavare. Det totala lånebehovet för samtliga apotek kan anses vara tämligen konstant, bortsett från ändringar till följd av en mera markant utveckling i fråga om omsättningen. Lån som erhålles i samband med apoteksövertagande användes icke för finansiering av expansiva nyinvesteringar, vilka man i vissa lägen från samhällsekonomisk synpunkt kan vilja hålla under kontroll. Det finns därför knappast anledning att lån för apoteksövertagande skall behöva inrymmas under sådana regler som kan bli uppställda för att kontrollera kreditexpansion i samhället.

Investeringarna i lager och inventarier m. m. inom apoteksväsendet torde uppgå till cirka 75 miljoner kronor. Detta belopp inkluderar emellertid ACO-verksamheten. Av den summa som hänför sig till enbart apotek torde minst 60 miljoner kronor vara finansierat med främmande kapital. Härav svarar Apotekarkårens kreditkassa för närmare 40 miljoner kronor. Den resterande delen av kapitalbehovet måste täckas genom lån hos andra kreditinstitut.

Kommittén har i annat sammanhang (kapitel VII) föreslagit, att ur de pensionsfonder som för närvarande finns inom apoteksväsendet högst 10 miljoner kronor får disponeras för startande av ett tillverkningsföretag inom apotekskollektivet, varjämte en lika stor summa bör reserveras för igångsättning av en kollektiv droghandel. Kommittén har därvid förutsatt att apoteksväsendets utgående pensioner skulle betraktas som direkta driftskostnader och staten

garantera pensionsutfästelsernas fullföljd.

Om den i pensionsfonderna — utöver de ovannämnda beloppen — disponibla summan, omkring 15 miljoner kronor, togs i anspråk för finansiering av apoteksövertagningar, skulle apoteksinnehavarna icke i större utsträckning behöva anlita andra kreditinstitut. Kommittén finner ett sådant utnyttjande av fondmedlen ändamålsenligt och föreslår dess genomförande.

Som tidigare nämnts lämnar de enskilda droghandelsföretagen ofta borgensförbindelser för lån i anslutning till apoteksövertagningar. Det är visserligen fördelaktigt med av leverantör tecknad borgen från den synpunkten att bankerna brukar vara beredda att lämna lån till lägre ränta än när annan lämnat borgen, men genom borgen från *enskild* leverantör kan apoteksinnehavaren på ett föga lämpligt sätt bli moraliskt bunden att göra sina inköp hos denne. Ett i detta hänseende väsentligt bättre förhållande skulle uppstå om droghandlarna i stället gemensamt kunde teckna borgen, exempelvis genom sin förening. Frågan om kollektiv borgen har diskuterats inom branschen, hittills dock utan framgång. Enligt kommitténs uppfattning bör borgensfrågan kunna ordnas så att apotekarsocieteten i egenskap av förvaltningsorgan för apotekskollektivet tecknade borgen. Härigenom skulle allt beroende av leverantörerna bli eliminerat. För en dylik lösning talar även den omständigheten att apotekarsocieteten genom avgiftssystemet har en mycket god insyn i apotekens ekonomiska förhållanden.

Eftersom fonderna enligt kommitténs förslag icke längre bör användas för pensionsändamål, bör beteckningen ändras, förslagsvis till *apotekskollektivets dispositionsfond*. Fonden bör förvaltas av apoteksnämnden, varvid dock det tekniska handhavandet bör överlåtas till apotekarsocieteten. I den mån fondens tillgångar framdeles kommer att vara placerade i värdepapper torde det inte vara erforderligt med särskilda regler om att dessa skall vara av visst slag.

Det belopp — intill 10 miljoner kronor — som erfordras såsom aktiekapital i ACO-bolaget bör räntefritt ställas till apotekarsocietetens förfogande ur fonden. I övrigt bör fondmedel mot erläggande av ränta kunna utlånas till apotekarsocieteten — intill ett belopp av 10 miljoner kronor — för startande av en kollektiv droghandel samt till ACO-bolaget och det kollektiva droghandelsbolaget för tillgodoseende av dessa företags behov av driftskapital. Slutligen bör — för finansiering av apoteksövertagningar — fondmedel kunna utlånas till Apotekarkårens kreditkassa men även i annan ordning efter apoteksnämdens bestämmande. Räntefoten bör bestämmas av apoteksnämnden efter marknadsmässiga grunder för respektive ändamål. Den ränta som tillgodoföres fonden bör läggas till kapitalet.

KAPITEL X

Sammanfattning

De läkemedel, som förbrukas inom landet, består till den helt övervägande delen av fabrikstillverkade, konsumentförpackade beredningar och endast en ringa del — knappt 10 procent av totalförbrukningen i värde räknat — utgöres av individuellt komponerade, på apoteken framställda läkemedel. De fabrikstillverkade beredningarna framställes till större delen inom landet och knappt en tredjedel importeras. Inhemsk tillverkning av fabriksberedda läkemedel sker *dels* hos den egentliga läkemedelsindustrien, vilken omfattar sex större och ett tjugotal mindre företag, *dels* hos ett antal andra industriföretag, som bedriver läkemedelstillverkning vid sidan av annan verksamhet, *dels ock* hos de till vissa apotek knutna s. k. distriktslaboratorierna. Antalet distriktslaboratorier utgör för närvarande 19. Deras tillverkning — ursprungligen administrerad av Apotekens kompositionslaboratorium (ACO-laboratoriet) — omfattar ACO-preparat och vissa andra beredningar. Tillverkningen utgör omkring 15 procent — värdemässigt räknat — av den inhemska tillverkningen av fabriksberedda, konsumentförpackade läkemedel.

Varor som tillverkas inom den enskilda läkemedelsindustrien distribueras till apoteken huvudsakligen genom särskilda sortimentsgrossister inom läkemedelsbranschen. Läkemedelsgrosshandeln brukar vanligen benämnas droghandel. Det finns tre sortimentsdrog-handlare, vilka emellertid inte har möjlighet att föra hela läkemedelssortimentet, eftersom två av läkemedelsindustriföretagen själva distribuerar sina varor till apoteken, i det ena fallet genom ett dotterföretag. ACO-beredningarna säljes direkt till apoteken från distriktslaboratorierna och går icke genom droghandeln.

Det finns för närvarande något mer än 400 apotek, vartill kommer ett 100-tal filialapotek. Dessa senare utgör filialer till självständiga apotek och har enklare utrustning än dessa. Från den läkemedelsköpande allmänhetens synpunkt är de båda typerna emellertid praktiskt taget likvärdiga. Dessutom förekommer vissa andra former av läkemedelsdistributionsställen, t. ex. läkemedelsförråd. Apotekens försäljning uppgick år 1957 till 320 miljoner kronor, varav cirka 40 miljoner kronor utgjorde försäljning till sjukvårdsinrättningar. Antalet anställda på apoteken uppgår för närvarande till ungefär 7 700, varav cirka 1 800 med farmacevtisk utbildning. En relativt stor del av de anställda har endast deltidsanställning.

Läkemedelsförsörjningen har tidigare varit föremål för flera statliga utredningar. De två senaste utredningarna — Apotekssakkunniga av år 1931 samt 1946 års läkemedelsutredning — behandlade såväl organisations- som lagstiftningsfrågor. Apotekssakkunniga av år 1931 föreslog förstatligande av droghandeln, medan 1946 års läkemedelsut-

redning år 1951 framlade förslag om att apoteken skulle sammanföras i ett statligt monopolbolag.

Apoteksväsendets organisation

Apoteken är formellt självständiga och från varandra oberoende, enskilda företag, men administrativt och ekonomiskt utgör de en kollektiv enhet. Apoteksinnehavarna — som har personligt privilegium på sina apoteksrörelser — är nämligen skyldiga att tillhöra apotekarsocieteten, vilken i vissa avseenden fungerar som en företagsledning. Läkemedlens prissättning är lika för hela landet, oberoende av apotekens storlek och andra förutsättningar. På grund av det i hög grad varierande omsättnings- och kostnadsunderlaget är de ekonomiska resultaten starkt varierande apoteken emellan. En utjämning av rörelseresultaten mellan de enskilda apoteken är därför nödvändig, och detta sker genom det s. k. avgiftssystemet. Apotekarsocietetens högsta beslutande organ utgöres av från de olika distrikten valda fullmäktige, dess verkställande organ är en av dessa fullmäktige utsedd direktion. Under denna fungerar skilda avdelningar och nämnder.

Apoteken är underkastade viss kontroll och tillsyn från statsmakternas sida genom medicinalstyrelsen och den under inrikesdepartementet lydande apotekens avgiftsnämnd. Bland de uppgifter, som sålunda åligger samhälleliga organ kan nämnas frågor om inrättande av nya apotek, filialapotek och läkemedelsförråd, fastställande av regler för apotekens prissättning samt beslut om storleken av de avgifter, som apoteken skall betala till den kollektiva enheten.

Såväl medicinalstyrelsen som apotekarnas organisationer gav i sina remissyttranden över 1946 års läkemedelsutredning förslag — enligt vilket apoteksväsendet borde förstatligas — uttryck åt den uppfattningen, att apoteksväsendet borde underställas ett topporgan, vari det allmänna skulle ha en stark representation. Topporganets huvudsakliga uppgift skulle vara att övervaka apoteksväsendet i ekonomiskt avseende.

Kommittén anser för sin del att apoteken bör bibehålla sin nuvarande ställning som enskilda företag. De bör emellertid inordnas under ett samhälleligt organ med uppgift att i ekonomiskt hänseende ha överinseende över apoteksväsendet. Kommittén föreslår därför att ett sådant organ med benämningen *apoteksnämnden* inrättas.

Nämndens allmänna uppgift skall vara att i ekonomiskt hänseende övervaka apoteksväsendet och verka för att detta bedrives så rationellt, kostnadsbesparande och ändamålsenligt som möjligt utan eftersättande av säkerhets- och kvalitetssynpunkter och med tillgodoseende av allmänhetens berättigade anspråk på snabb och bekväm tillgång till behövliga läkemedel. Vissa särskilda uppgifter, varom nu Kungl. Maj:t beslutar eller som åligger andra myndigheter, föreslås överförda på nämnden. Den bör sålunda, på sätt som Kungl. Maj:t förordnar, besluta om medicinaltaxegrunderna samt bestämma regler för fastställande av apotekens rörelsevinster och avgifter respektive bidrag. Nämnden skall vidare övervaka apotekarsocietetens uttaxering och förvaltning av avgiftsmedlen, följa de enskilda apotekens ekonomiska skötsel, samt slutligen förvalta vissa fonder inom apoteksväsendet.

Eftersom landets läkemedelsförsörjning i första hand är en samhällelig angelägenhet bör samhället ha det avgörande inflytandet i apoteksnämnden. I denna bör ingå representanter för hälsovården och läkemedelskonsumen-

terna samt dessutom företagsekonomiskt erfarna personer. Antalet ledamöter föreslås bli åtta, varav ordförande jämte ytterligare tre representanter skall utses av Kungl. Maj:t, medan Sveriges läkarförbund skall utse en och apotekarsocieteten tre representanter.

Apoteksväsendets distributionsverksamhet

Självständiga apotek och filialapotek tillhandahåller läkemedel i likartad omfattning och kan anses tämligen likvärdiga i fråga om allmänhetens försörjning med läkemedel. Under senare år har förenklade typer av filialapotek prövats. Även dessa har trots en mycket förenklad utrustning visat sig kunna täcka största delen av efterfrågan. Läkemedelsdistributionen kompletteras — främst på landsbygden — med omkring 650 läkemedelsförråd samt cirka 1 500 medicinlådor och kommissionärer. Läkemedelsförråden indelas i tre typer, A, B och C, av vilka typen A — de s. k. apoteksförråden — drives som filialer direkt under apoteken och har apotekstekniker som föreståndare. Läkemedelsförråd av typerna B och C har närmast karaktär av konsignationslager, förlagda hos härför lämpliga personer. Från de två största typerna av läkemedelsförråd får receptbelagda läkemedel, upptagna på särskild förteckning, expedieras. Genom medicinlådor och kommissionärer sker distributionen så att kunderna hos särskilda ombud, till vilka vederbörande apoteksinrättning har mer eller mindre regelbundna sändningar, får hämta beställda läkemedel.

Kommittén har vid sina överväganden kommit fram till följande allmänna riktlinjer för distributionen.

Filialapoteken av traditionell typ ställer sig något fördelaktigare ur kostnadssynpunkt än självständiga apotek av motsvarande storlek, varför kostnadsbesparingar skulle ernås, om vissa mindre apotek ändrades till filialapotek. Dylik ändring kan dock endast äga rum i begränsad utsträckning, då avståndet mellan moderapotek och filialapotek icke bör vara för stort. För att åstadkomma en bättre anpassning av distributionsnätet till kundunderlaget bör även helt nedläggande eller förflyttning av vissa distributionsenheter övervägas.

De s. k. *förenklade filialapoteken* synes ha särskilt gynnsamma kostnadsförhållanden. Förutom den nuvarande typen bör även filialapotek av än mer förenklat slag övervägas, varigenom en smidig anpassning till lokala förhållanden kan ske under samtidigt beaktande av att kostnaderna hålles nere. Till en början bör dylika filialapotek inrättas försöksvis. Vilken typ av filialapotek en ort skall få, bör avgöras med hänsyn till den väntade omsättningens storlek och inriktning. Normer för utrustningen bör fastställas av medicinalstyrelsen och den av kommittén föreslagna apoteksnämnden.

Apoteksförråden har med hänsyn till den service de kan ge visat sig vara relativt fördelaktiga ur kostnadssynpunkt. Sådana förråd bör därför kunna fylla en stor uppgift på orter, som av kostnadsskäl icke kan komma ifråga ens för något av de minsta filialapoteken. Antalet receptbelagda läkemedel, som ett dylikt förråd får tillhandahålla, bör emellertid ökas från nuvarande högst 125 till högst 250, varigenom en dominerande del av efterfrågan kan tillgodoses. Dessa läkemedel föreslås få lämnas ut mot recept från vilken läkare som helst och icke, såsom nu är fallet, endast mot recept från viss bestämd läkare.

För att utröna det eventuella behovet av en förbättring av landsbygdens läkemedelsförsörjning företog kommittén år 1954 en enkät till landets samtliga provinsialläkare. Av denna enkät — som besvarades av 98 procent av de

tillfrågade — framgick att 36 procent av läkarna ifråga ansåg, att allmänheten i deras distrikt behövde bekvämare tillgång till läkemedel. Vissa förbättringar torde ha inträtt under senare år. Till övervägande del har emellertid nyanlagda apoteksinrättningar förlagts till städer och förortsområden utanför större städer och för den egentliga landsbygden föreligger därför fortfarande behov av förbättrad tillgång till läkemedel. Kommittén har ansett, att det bör ankomma på de hälso- och sjukvårdande myndigheterna att närmare undersöka sådant behov av nya distributionsställen samt vidtaga erforderliga åtgärder med beaktande av de rekommendationer beträffande distributionen, som kommittén i det föregående lämnat.

Apotekens avgiftssystem

Apotekens utförsäljningspriser har av olika skäl ansetts böra vara lika över hela landet, oberoende av apotekens storlek och andra förutsättningar. På grund av det i hög grad varierande omsättnings- och kostnadsunderlaget kommer därför de skilda apotekens ekonomiska resultat att sinsemellan starkt variera. De minsta apoteken ger sålunda i regel underskott, medan de största apoteken kan ge överskott på hundratusentals kronor. En utjämning av de enskilda apotekens rörelseresultat åstadkommes medelst det s. k. avgiftssystemet.

Den resultatutjämning, som avgiftssystemet syftar till, sker emellertid icke endast genom en enkel clearing av avgifter från överskottsapoteken och bidrag till underskottsapoteken, utan för närvarande även genom att en stor del av kostnaderna — främst lönekostnaderna — på *alla* apotek betalas av kollektivet. Genom att stora, av den individuella skötseln beroende kostnadsposter icke betalas på apoteken, kommer apotek med höga kostnader att uppvisa betydligt bättre resultat än vad som rätteligen skulle vara fallet, om ett vart apotek direkt svarade för sina samtliga kostnader. De uppkomna skenbara överskotten går tillbaka till kollektivet i form av avgifter, men anordningen ger — utöver den direkta utjämning som enbart en avgifts- och bidragsclearing skulle ge — en ytterligare resultatnivellering, som är mycket svår att överblicka, men som ytterst leder till att apoteksinnehavarnas ersättning mera kommer att stå i relation till apotekens omsättning än till deras ekonomiska utfall.

Avgifterna beräknas efter en viss formel på apotekens s. k. rörelsevinster, vilka som nyss nämnts ej ansluter sig till de verkliga driftsresultaten utan är betydligt bättre än dessa. Avgiftsformeln är så konstruerad, att ett belopp i botten är fritt från avgift och att därefter avgift utgår enligt en progressiv skala, vilken slutar med 91 procent av den s. k. rörelsevinsten. På den helt övervägande delen av apotekens rörelsevinster och på varje ökning av dessa utgår avgiften f. n. med 90 eller 91 procent. I praktiken blir konsekvensen härav, att apoteksinnehavarna vid inbesparing av lönekostnader för farmacevtisk personal för egen del endast erhåller 2 à 3 procent av inbesparade belopp och vid övriga kostnadsbesparingar endast 9 à 10 procent.

Kommittén har ingående undersökt avgiftssystemet och dess ekonomiska verkningar. Det har härvid framkommit, att de verkliga driftsresultaten ofta föga ansluter sig till förutsättningarna. Apotek med till synes likartade betingelser kan ge högst olika resultat. Stora apotek med goda förutsättningar kan visa kraftiga underskott, medan å andra sidan små apotek stundom uppvisar relativt stora överskott. Kommittén har

ansett sig kunna konstatera att olikheterna i resultat till väsentlig del måste bero på olikheter i fråga om den företagsekonomiska skötseln. Detta å sin sida har samband med avgiftssystemet. På grund av dettas konstruktion påverkas nämligen apoteksinnehavarnas inkomster endast föga av hur vederbörande från kostnadssynpunkt sköter sitt apotek. Inkomsterna följer i stället i huvudsak omsättningens storlek. Eftersom endast små möjligheter föreligger att genom ökad arbetsinsats och effektiv företagsledning påverka inkomsten, har intresset för rationalisering och kostnadsbesparingar på många håll varit obetydligt.

Kommittén föreslår att ett nytt avgiftssystem införes, med främsta syfte att ge apoteksinnehavarna ett direkt ekonomiskt intresse av rationell och kostnadsbesparande skötsel av apoteken. Detta nya system föreslås skola grundas på underlag, som så nära som möjligt ansluter sig till de enskilda apotekens verkliga driftsresultat. Dessa bör dock korrigeras för de skillnader i driftsbetingelser, som kan föreligga apoteken emellan. Därvid bör i huvudsak gälla att apoteken belastas med sina verkliga kostnader, varvid lönekostnaderna dock skall räknas efter medellöner, för att icke variationer i fråga om ålders- och dyrortstillägg m. m. skall träffa apoteken olika. Särskilda merkostnader som faller på vissa apotek, exempelvis medicinlådefrakter, kostnader för förlängt öppethållande och för hållande av filialapotek m. m. bör kompenseras. Kommittén föreslår regler för sådan kompensation eller anger riktlinjer för hithörande frågors behandling.

För att apoteksinnehavarna skall få tillräcklig ekonomisk stimulans till rationell och kostnadsbesparande drift föreslår kommittén, att innehavarnas ersättning göres beroende av driftsresultatet. Eftersom man dock icke kan lägga enbart ekonomiska aspekter på apotekens skötsel, bör en del av ersättningen vara fast och till sin storlek oberoende av det ekonomiska utfallet. Avvägningen mellan rörlig och fast del blir avhängig av hur starkt besparingsincitament som eftersträvas.

Det avgiftssystem, som kommittén med utgångspunkt från det sagda föreslår, kan uttryckas genom följande formel.

$$A = D - \left(F + \frac{R \cdot D}{100}\right)$$

där A = avgiften
D = korrigerat driftsresultat
F = fast ersättning och
R = procenttal för rörlig ersättning.

I praktiken blir innehavarens ersättning det primära i det föreslagna avgiftssystemet, eftersom avgiften är det som återstår av driftsöverskottet på respektive apotek, sedan innehavaren erhållit sin ersättning. Skulle överskottet icke räcka till för den på dylikt sätt beräknade ersättningen, måste mellanskillnaden tillskjutas av kollektivet. Avgiften blir sålunda det sekundära i systemet och benämningen avgiftssystem är därför något oegentlig. Begreppet bibehålles emellertid för att anknyta till hittillsvarande terminologi.

Eftersom besparingsmöjligheterna har samband med apotekens storlek, bör procentsatsen för den i formeln ingående rörliga ersättningen differentieras, så att innehavarna av de mindre apoteken får större och innehavarna av de större apoteken mindre relativ del av gjorda besparingar. Procentsatsen föreslås därför variera mellan högst 30 procent för de minsta apoteken och lägst 20 procent för de största.

Den angivna procentskalan 30—20 bör betraktas som riktvärden och ändring

bör kunna ske, om förhållandena skulle kräva detta. Skalan bör dock icke understiga 25—15 procent, respektive icke överstiga 35—25 procent. För att underlätta övergången från nuvarande förhållanden bör till en början den lägre skalan, d. v. s. 25—15 procent, användas. Vidare föreslås att under de första fem åren efter systemets införande de kostnader, som för apotekens del nu betalas av kollektivet, successivt föres över till apoteken. Härigenom kommer den rörliga ersättningen i praktiken att successivt höjas från nuvarande 9 à 10 procent — eller ännu lägre — upp till skalan 25—15 procent. Sedan erfarenheter av systemet vunnits, bör den av kommittén föreslagna apoteksnämnden överväga, huruvida ytterligare höjning av procentsatserna bör företas eller ej.

Förutsättningen för att rörlig ersättning över huvud taget skall utgå är att driftsresultatet på respektive apotek före innehavarersättning blir positivt, d. v. s. att apoteket lämnar överskott. I fråga om de allra minsta apoteken kan överskottet emellertid förutsättas bli så litet, att innehavaren med det föreslagna systemet icke tillföres någon nämnvärd rörlig ersättning, eller eventuellt att rörelsen ger underskott, så att han icke får någon rörlig inkomst alls. Dessa apotek föreslås tillföras driftsbidrag, vilka skall inräknas i driftsresultaten, varigenom flertalet av de minsta apoteken bör kunna redovisa överskott. Även innehavarna av de mindre apoteken får härigenom ekonomiskt intresse av kostnadsbesparingar. Vidare föreslås särskilda regler om garanterad minimiinkomst.

Apoteksrörelsen skall i sin helhet gå jämnt ihop. Totalöverskottet skall sålunda på längre sikt motsvara summan av apoteksinnehavarnas totalinkomst och de medel som kollektivet centralt behöver. Liksom inom nuvarande system måste man i det av kommittén föreslagna genom prissättningen styra överskottets storlek. En fortlöpande, fullständig anpassning av priser till kostnader kan dock ej ske och det förutsättes därför att fonden för reglering av läkemedelspriserna — under benämning *prisregleringsfonden* — alltjämt begagnas för utjämning av resultaten. Fonden bör dock anlitas i mindre utsträckning än f. n., genom att prisändringar vidtagas oftare än vad nu är fallet. I syfte att åstadkomma en smidig prisanpassning föreslås apoteksnämnden få befogenhet att besluta om sådana prisändringar, som i princip icke rubbar relationerna i fråga om kostnadstäckning mellan respektive varugrupper.

Sjukhusens läkemedelsförsörjning

Sjukhusen kan för närvarande endast genom apotek inköpa sådana läkemedel som är apoteksvaror och första klassens gifter. Vid större sjukhus finns i regel särskilda sjukhusapotek — för närvarande 15 — som med ett undantag, det statliga militärapoteket, är filialer till självständiga apotek. Försäljningen från apotek till sjukhus uppgick år 1956 till 37 miljoner kronor, motsvarande 13 procent av apotekskollektivets omsättning. Av den nämnda summan avsåg 10 miljoner kronor leverans genom sjukhusapotek.

Vid försäljning till sjukhus tillämpas en mellan parterna överenskommen, särskild rabattering. Av företagna undersökningar, avseende år 1956, angående sjukhusleveransernas betydelse för de enskilda apotekens ekonomi framgår, att sjukhusleveranserna genomsnittligt ger ett lika stort bidrag till apotekens samkostnader som övrig försäljning relativt sett.

I samband med remissbehandlingen av 1946 års läkemedelsutrednings första

betänkande upptogs från bl. a. medicinalstyrelsen, läkarsällskapet, stadsförbundet och landstingsförbundet frågan om sjukhusens läkemedelsförsörjning. Förslag framfördes därvid, *dels* om rätt för sjukhus att göra inköp av apoteksvaror direkt från läkemedelsindustrien och *dels* om att sjukhusapotek borde kunna inrättas i sjukhusens regi. Dessa sjukhusapotek skulle ha samma ställning som självständiga apotek men icke ingå i apotekskollektivet.

Den viktigaste frågan för sjukhusen synes vara, huruvida dessa, då en viss läkemedelsförbrukning uppnåtts, bör få rätt att i egen regi driva apotek. Av de undersökningar, som kommittén verkställt, synes framgå, att stora sjukhusleveranser och stora sjukhusapotek ger en viss övertäckning i förhållande till kostnaderna. Ett överförande av dessa i sjukhusens egen regi skulle sålunda medföra kostnadsbesparingar för sjukhusen och motsvarande vinstminskning för apotekskollektivet.

Kommittén föreslår, att sjukhusapotek bör få drivas i sjukhusens egen regi under vissa förutsättningar, nämligen om rörelsen kan drivas så att det som förloras i apotekskollektivet motsvaras av minst lika stora besparingar inom de sjukhus, som får rätt att driva sjukhusapotek. Genom sina undersökningar av apotekens ekonomi har kommittén funnit, att en sådan bärighetsgräns genomsnittligt ligger vid en omsättningssumma på mellan 700 000 och 800 000 kronor i 1956 års prisnivå. Sjukhusapotek bör därför få inrättas i sjukhusens egen regi i de fall vederbörande sjukhus är av den storleksordningen att deras inköp från apotek, efter avdrag för rabatter, uppgår till minst 700 000 kronor.

Kommittén har icke ansett sig kunna föreslå en allmän rätt för sjukhusen att inköpa apoteksvaror och första klassens gifter direkt från industri och droghandel i annat fall än då apotek i sjukhusregi kommer till stånd. För närvarande gällande rätt att direkt inköpa vissa läkemedel efter särskilt tillstånd av medicinalstyrelsen bör dock bibehållas och bör även kunna utvidgas beträffande speciella varor.

En förändring i sjukhusapotekens ställning bör icke få medföra, att vederbörande sjukhus öppnar försäljning till andra sjukhus, hemgående patienter, poliklinikbesökare, personal eller direkt till allmänheten.

Ett genomförande av kommitténs förslag skulle innebära, att för närvarande 6 stycken sjukhusapotek skulle kunna överföras i sjukhusens regi. Ett lösbrytande av ett sjukhusapotek från dess moderapotek bör om möjligt icke ske annat än vid innehavareskifte. Tillstånd för sjukhusinrättning att inrätta självständigt sjukhusapotek föreslås böra meddelas av Kungl. Maj:t.

Industriell tillverkning

Den enskilda läkemedelsindustrien. Ett 40-tal svenska industriföretag tillverkar farmacevtiska specialiteter, d. v. s. fabriksmässigt framställda, konsumentförpackade läkemedel. Fem av de största läkemedelsindustriföretagen — vilka svarar för den helt dominerande delen av produktionen — hade år 1956 en försäljning inom landet på 85 miljoner kronor, uttryckt i grosshandelns inköpspriser. Dessa företags intäkter från utlandet uppgick samtidigt till cirka 50 miljoner kronor. Drygt hälften av apotekens omsättning hänför sig till läkemedel, som tillverkats av svenska industriföretag.

Svensk läkemedelsindustri har en mycket stor betydelse för vår läkemedelsförsörjning. Det utvecklingsarbete och den forskning, som bedrives inom industrien samt den fria konkurrensen

mellan företagen synes ha stor betydelse för utvecklingen, och kommittén har funnit det angeläget, att förutsättningarna härför bibehålles. En eventuell förändring mot en monopolsituation är enligt kommitténs uppfattning därför icke önskvärd, vare sig i form av ett företag ägt av det allmänna eller en koncentration till ett enskilt monopol.

Kommittén föreslår sålunda att den nuvarande ordningen med konkurrerande tillverkare bibehålles. Det är emellertid ytterst viktigt att garantier finns för att den fria konkurrensen blir bestående i framtiden och att den inte elimineras genom konkurrensbegränsningar av olika slag eller genom monopol. Mot en sådan utveckling ligger en viss garanti däri, att den inhemska läkemedelsindustrien har att utan tullskydd konkurrera med den utländska på den svenska marknaden. Härtill kommer en ytterligare konkurrens, om kommitténs förslag om viss omorganisation av den på apotekens s. k. distriktslaboratorier bedrivna tillverkningen genomföres. Även distributionens utformning har därvid betydelse för industriföretagens inbördes konkurrensförhållanden.

ACO-verksamheten

Tillverkningen vid de till vissa apotek knutna s. k. distriktslaboratorierna uppgick år 1956 till ett värde av cirka 15 miljoner kronor, motsvarande ungefär 8 procent av apotekens totala inköp. Antalet tillverkade preparat uppgick till närmare 2 000. Tillverkningen kan indelas i två grupper, s. k. ACO-preparat och övriga varor. ACO-preparaten är sådana bruksfärdiga läkemedel, för vilka av apotekarsocieteten inregistrerat varumärke användes. Till antalet utgör ACO-preparaten endast något mer än en fjärdedel av samtliga de på distriktslaboratorierna tillverkade produkterna, men värdemässigt svarar de för den helt övervägande delen. Medicinalstyrelsen har i praxis undantagit ACO-preparaten från att hänföras till farmacevtiska specialiteter, trots att de enligt specialitetskungörelsens ordalydelse (§ 1) borde hänföras dit.

Större delen av ACO-tillverkningen faller på läkemedel, som försäljes i så stora kvantiteter att de är lämpade för industriell tillverkning. Det gäller *dels* s. k. officinella läkemedel, d. v. s. läkemedel som finns beskrivna i farmakopén och annan officiell handbok, och *dels* preparat, som utgör synonymer — till sammansättning, beredningsform och styrkegrad praktiskt taget identiska preparat — till av svensk eller utländsk läkemedelsindustri tillverkade specialiteter. De officinella läkemedlen utgör till värde och kvantitet den största delen av ACO-tillverkningen. Andelen synonympreparat synes emellertid vara stadd i ökning.

Från läkemedelsindustriens sida har hävdats, att konkurrensen mellan distriktslaboratorierna och industrien icke sker på lika villkor. Flertalet av distriktslaboratorierna är nämligen så intimt förbundna med sina moderapotek i fråga om lokaler, personal etc., att någon helt tillförlitlig, kalkylmässig fördelning av kostnaderna icke är möjlig. Det kan därför icke med full säkerhet visas, att icke vissa av de på ACO-tillverkningen fallande kostnaderna till någon del kommer att belasta den egentliga apoteksrörelsen eller omvänt. Från läkemedelsindustriens sida har detta förhållande åberopats i samband med kritik mot prissättningen på vissa ACO-preparat.

Det är enligt kommitténs mening viktigt att konkurrensen mellan ACO-tillverkningen och industrien så långt möjligt kan ske på lika villkor. Eftersom vissa grundläggande förutsättningar härför saknas, kan dock icke helt lika vill-

kor skapas. Sålunda måste laboratorierna även framdeles ha skyldighet att tillverka sådana varor som säljes i relativt små och oekonomiska kvantiteter, och vidare kan tillverkningen av beredskapsskäl behöva vara uppdelad på fler platser än vad som från tillverkningsekonomisk synpunkt kan vara mest rationellt.

Kommittén föreslår att ACO-tillverkningen skiljes från de enskilda apoteken och överföres till ett särskilt, för ändamålet bildat aktiebolag. I samband därmed synes en ytterligare centralisering av tillverkningen till ett färre antal arbetsställen successivt böra genomföras. Bolaget föreslås helt eller till större delen ägt av apotekskollektivet, genom att majoriteten av aktierna innehas av apotekarsocieteten såsom företrädare för kollektivet. Aktier må med hembudsskyldighet även kunna ägas av apoteksinnehavare. Medel för verksamhetens igångsättande föreslås få disponeras ur apoteksväsendets pensionsfonder.

Beträffande ACO-företagets tillverkning föreslår kommittén, att sådana icke officinella preparat, som är jämförliga med farmacevtiska specialiteter, skall registreras på samma villkor som dessa. Övriga ACO-beredningar bör få tillverkas i nuvarande ordning.

Koncentrationen av ACO-verksamheten till ett särskilt tillverkningsföretag förutsätter, att de nuvarande distriktslaboratorierna inlöses. Härför beräknas omkring 10 à 12 miljoner kronor erfordras.

Läkemedelsgrosshandeln

För närvarande finns fyra droghandelsföretag, nämligen Apotekarnes Droghandel AB, Göteborg (ADA), Aktiebolaget Distra, Södertälje, Kronans Droghandel AB, Göteborg, och Apotekarvarucentralen Vitrum Apotekareaktiebolag, Stockholm (Vitrum). ADA, Kronan och Vitrum kan betraktas såsom sortimentsgrossister med i stor sett samma sortiment av apoteksvaror, medan Distra i huvudsak fungerar såsom försäljningsbolag för Astrakoncernens produkter. ADA har en läkemedelsindustri som dotterbolag, AB Pharmacia, medan Vitrum jämsides med droghandeln driver läkemedelsindustri.

Samtliga företag har ett omfattande varusortiment. En klar skillnad föreligger dock mellan å ena sidan sortimentsgrossisterna och å andra sidan Distra. De förra har var för sig mellan 10 000 och 17 000 artiklar, varav cirka 6 000 är apoteksvaror, och Distra för omkring 7 000 artiklar, varav cirka 4 000 apoteksvaror. Den sammanlagda omsättningen hos droghandelsföretagen har kommittén för år 1957 beräknat till 222 miljoner kronor, varav 168 miljoner kronor avsåg försäljning till apotek.

Droghandeln har en viktig ställning inom läkemedelsdistributionen, icke minst i fråga om förutsättningarna för en effektiv och rationell läkemedelsförsörjning i stort och på längre sikt. Den nuvarande droghandelsdistributionen synes väl fylla berättigade krav på säkerhet, leveransförmåga och informationsgivning. Däremot måste branschens kostnadsförhållanden anses mindre tillfredsställande från det allmännas synpunkt. Det sätt på vilket droghandeln drives har nämligen medfört en kostnadskrävande servicekonkurrens och försäljningspolitik samt en dyrbar administrations- och lagerhållningsapparat.

Efter särskilt tillstånd av Kungl. Maj:t uppdrog kommittén åt professorn Ulf af Trolle att för kommitténs räkning utföra en undersökning av de eventuella besparingar, som skulle kunna uppstå, om droghandelsfunktionen utfördes av ett enda företag i stället för av den exi-

sterande organisationen. Enligt denna utredning skulle, med utgångspunkt från 1954 års förhållanden och under vissa förutsättningar, en centralisering medföra en årlig, kortsiktig besparing på mellan 2 och 4 miljoner kronor. Utredningsmannen har angivit siffran 3 miljoner som den mest sannolika. Kommittén har emellertid för sin del ansett att besparingen bör kunna ökas till omkring 3,5 miljoner kronor — motsvarande cirka 26 procent av droghandelns sammanlagda kostnader år 1954. Uppräknat till 1957 års kostnadsnivå beräknas detta belopp motsvara cirka 4,3 miljoner kronor.

Droghandeln är i betydande grad integrerad med läkemedelsindustrien och en viss selektivitet i distributionen har utvecklat sig. Det förefaller icke osannolikt att denna selektivitet kan komma att öka genom att ytterligare industriföretag övergår till distribution direkt till apoteken. Den nuvarande strukturen på sortimentsdroghandeln ger därför enligt kommitténs uppfattning möjlighet till en utveckling, som kan medföra vissa risker ur konkurrenssynpunkt. Det måste nämligen anses viktigt att de mindre tillverkarna och de utländska läkemedelsfabrikerna icke kommer att få sämre förutsättningar i konkurrensen än vad de större inhemska industriföretagen har.

Kommittén har övervägt om icke de negativa förhållandena inom droghandeln kan tänkas rätta till sig utan samhälleliga ingripanden. Det förslag till nytt avgiftssystem som kommittén framlägger syftar bland annat till ökat prismedvetande hos apoteksinnehavarna och härigenom skulle eventuellt en kostnadspressande priskonkurrens kunna uppkomma inom droghandeln. Viljan till priskonkurrens torde emellertid i hög grad vara beroende av ägandeförhållandena inom droghandeln. Integrationen till industri kan i allmänhet inte medföra någon benägenhet till konkurrens med grosshandelsmarginalen på den egna koncernens varor. Konsekvensen härav blir att man icke heller inom en integrerad grosshandel kan förvänta en konkurrens med grosshandelsmarginalen på andra industriers produkter.

Med utgångspunkt härifrån har diskuterats två alternativ till förbättring av förhållandena inom droghandeln, nämligen å ena sidan en centralisering av droghandelsverksamheten till ett enda företag och å andra sidan en kollektiv droghandel, helt eller till övervägande delen ägd av apotekarsocieteten och avsedd att bli ett komplement och en konkurrent till de nu existerande företagen.

Starka skäl talar för en centraliserad droghandel, antingen organiserad som ett statsmonopol eller ägd av läkemedelsindustrien och apoteken gemensamt. Tillkomsten av en sådan skulle medföra betydande kortsiktiga kostnadsbesparingar, vilka kan bedömas större än med den nuvarande ordningen med ett flertal företag, och även på längre sikt ge förutsättningar för en effektivisering och ett förbilligande av grossistdistributionen. En centraliserad droghandel skulle vidare ge garantier mot det försvårande av konkurrensen inom tillverkningsledet, som en fortgående, ökad selektivitet inom distributionen kan väntas medföra.

Mot en centraliserad droghandel talar, att avsaknaden av konkurrens inom grosshandelsledet på längre sikt kan befaras leda till ett minskat tillvaratagande av besparingsmöjligheter och ett sämre tillgodoseende av apotekens behov av fortlöpande information.

En av apotekarsocieteten ägd, kollektiv droghandel kan förväntas få direkt intresse av priskonkurrens och effektiviserad distribution. Den skulle vidare bli en motvikt mot tendenserna till en

ökad selektivitet i distributionen. På kort sikt kan en kollektiv droghandel inte ge samma direkta besparingar som en centraliserad droghandel. Emellertid torde den mycket snabbt kunna medföra en allmän, kostnadspressande konkurrens företagen emellan och därmed en hög utvecklingstakt i fråga om rationalisering och effektivisering.

Vid övervägande av de båda alternativen för ernående av en förbättrad konkurrenssituation och en ökad effektivitet inom droghandelsdistributionen har kommittén funnit, att de var för sig har fördelar som i stort sett bör kunna medföra samma resultat på längre sikt. Om således effekten av en centraliserad droghandel omgående kan bli en större besparing, medför en kollektiv droghandel å andra sidan vissa fördelar i form av minskat behov av investeringar och mindre omedelbara strukturförändringar.

Kommittén föreslår därför att förutsättningar skapas för startande av en kollektiv droghandel vid sidan av de enskilda droghandelsföretag, som nu finnes eller kan komma att inrättas. Initiativ till en dylik droghandel förutsättes kunna tagas av apotekarsocieteten. Särskilt avtal föreslås böra träffas mellan staten och apotekarsocieteten, varigenom societeten tillförsäkras rätt att ur de inom apotekskollektivet befintliga pensionsfonderna för ändamålet låna intill 10 miljoner kronor. Den kollektiva droghandeln bör drivas i aktiebolagsform.

Sedan kommittén beslutat avge nyssnämnda förslag om skapande av förutsättningar för en kollektiv droghandel, ägd av apotekarsocieteten, har denna enligt ett den 18 mars 1959 publicerat meddelande förvärvat aktiemajoriteten i Apoteksvarucentralen Vitrum, Apotekareaktiebolaget. Apotekarsocietetens förvärv av företaget sammanfaller med kommitténs förslag endast under förutsättning att företagets tillverkningsdel frånskiljes.

Övriga frågor

Apoteksväsendets pensionsförhållanden. Pensioner till apoteksinnehavare och farmacevtisk personal jämte efterlevande efter dessa utgår formellt ur särskilda pensionsfonder inom apotekskollektivet. I realiteten täckes dock såväl dessa pensionskostnader som kostnaderna för den tekniska personalens pensionsförsäkring i SPP som löpande driftskostnader på apoteken. Pensioneringsbestämmelserna fastställes av Kungl. Maj:t.

Pensionsfondernas sammanlagda belopp uppgår för närvarande nominellt till inemot 50 miljoner kronor med ett kursvärde av cirka 35 miljoner kronor. Med hänsyn till pensionsförpliktelserna borde fonderna emellertid försäkringstekniskt överstiga 200 miljoner kronor.

Då fonderna sålunda är helt otillräckliga och därjämte en väsentlig förenkling i administrationen kan erhållas, föreslår kommittén, att kostnaderna för apoteksväsendets utgående pensioner belastas apoteken som direkta driftskostnader samt att staten lämnar garanti för förpliktelsernas fullgörande. Detta kan lämpligen ske inom ramen av ett avtal mellan staten och apotekarsocieteten, enligt vilket apotekarsocieteten medges rätt att för vissa angivna ändamål få taga fondmedel i anspråk.

Officinella läkemedel. Apoteken har en vittgående skyldighet att tillhandahålla läkemedel, varav en ansenlig del — främst de officinella läkemedlen — enligt nuvarande bestämmelser får beredas endast på apotek. I rationaliseringssyfte har en stor del av denna tillverkning sammanförts till de till vissa apotek knutna distriktslaboratorierna, vilka

enligt nuvarande bestämmelser formellt utgör del av respektive apotek. Kommittén har föreslagit att nyssnämnda tillverkning skulle ytterligare koncentreras och överföras till ett för ändamålet bildat bolag, benämnt ACO-bolaget.

ACO-bolaget bör få den formella rätt, som för närvarande tillkommer distriktslaboratorierna, att tillverka officinella läkemedel — och dessutom vissa andra beredningar — efter de normer som nu gäller härför. ACO-bolaget bör vidare åläggas skyldighet att framställa sådana beredningar, som bedömes kunna bli tillverkade mera rationellt av bolaget än på apotek. Läkemedelsindustriföretagen å sin sida bör få rätt att som farmacevtiska specialiteter inregistrera preparat med sådana kompositioner, som redan innan de beskrivits i någon av de officiella handböckerna förekommit i Sverige i form av specialiteter. Härvid bör gälla de vanliga reglerna för registrering av specialiteter. Det namn kompositionen åsatts i den officiella handboken skall dock användas.

Kommunala bidrag. Numera utgår kommunala bidrag till förhyrande av apotekslokaler endast i obetydlig utsträckning. Kommittén anser att dylika bidrag i framtiden ej bör utgå, eftersom apotekens ekonomiska förhållanden avses reglerade genom avgiftssystemet.

Den avveckling av nu utgående bidrag, som kan befinnas påkallad, bör ske genom att förhandlingar upptages mellan kommunerna och apoteksinnehavarna eller deras organisationer.

Apotekens finansiering. När apotek överlåtes skall ny innehavare övertaga lager och inventarier. Med apoteksövertagande följer sålunda i regel ett lånebehov för den tillträdande. Det sammanlagda lånebehovet för apoteken torde vara relativt konstant.

Apotekarkårens kreditkassa har till ändamål att meddela lån för finansiering av apoteksövertagningar. Av erforderligt kapital kan dock endast ungefär två tredjedelar erhållas hos kassan, varför resterande del måste upplånas i öppna marknaden. Som säkerhet för lånen erfordras ofta borgensförbindelser, vilka i stor utsträckning tecknas av droghandelsföretagen. Kommittén föreslår att dylik borgen i stället tecknas av apotekarsocieteten i dess egenskap av förvaltningsorgan för apotekskollektivet.

För att förbättra möjligheterna för apoteksinnehavarna att erhålla lån för apoteksövertagningar och för att detta skall kunna ske till lägsta möjliga räntesats föreslår kommittén vidare, att vissa inom apotekskollektivet befintliga fondmedel skall få disponeras härför. Medlen i de nuvarande pensionsfonderna föreslås sålunda — då fonderna förutsättes icke längre behövas för sitt ursprungliga ändamål — överförda till en särskild fond med beteckningen *apotekskollektivets dispositionsfond,* förvaltad av apoteksnämnden. Ur denna dispositionsfond föreslås att medel för finansiering av apoteksövertagningar skall kunna utlånas till Apotekarkårens kreditkassa och även i annan ordning efter apoteksnämndens bestämmande.

Särskilt uttalande av herr Blomstedt

Det nyligen offentliggjorda meddelandet om att apotekarsocieteten förvärvat aktiemajoriteten i Apoteksvarucentralen Vitrum, Apotekareaktiebolaget innebär en viktig förändring av förhållandena inom läkemedelsbranschen. Då den tid som har stått till mitt förfogande, varit otillräcklig för en utredning av den nya situationen och dess framtida konsekvenser får jag i denna fråga hänvisa till Föreningen Sveriges Droghandlares kommande remissvar.

Mot i droghandelskapitlet gjorda uttalanden har jag vid sammanträdena med de sakkunniga framfört bestämda invändningar. När sålunda kommittén i slutsatsen (sid. 230) uttalar:

»I det föregående har kommittén belyst förhållanden inom droghandeln som ur konkurrens- och effektivitetssynpunkt icke är tillfredsställande från det allmännas synpunkt.»

vill jag beträffande denna »belysning» framhålla, att densamma enbart består av *åsikter* om en framtida utvecklingstrend hos den nuvarande läkemedelsdistributionen. Något utredningsmaterial som styrker dessa åsikter, har icke framlagts.

Särskilt uttalande av herr Ehrenberg

Apotekarsocietetens förvärv av Apoteksvarucentralen Vitrum innebär en radikal förändring av situationen inom läkemedelsbranschen i det att den monopoliserade detaljhandeln integrerat genom branschens samtliga led ned till tillverkningen.

Kommitténs ställningstagande till denna förändring anger dock otvetydigt, att den anser en kombination av grosshandel och läkemedelsindustri inom det monopoliserade apoteksväsendet som otänkbar.

Vissa för läkemedelsindustrien betydelsefulla avsnitt i betänkandet påverkas emellertid av det inträdda förhållandet. Då den tid, som stått till förfogande, ej gjort det möjligt att fullständigt penetrera det uppkomna problemkomplexet avstår jag från en tidigare avsikt att närmare diskutera vissa av de av utredningen framförda förslagen.

Jag har anledning antaga att den svenska läkemedelsindustrien i ett remissvar får tillfälle taga upp dessa spörsmål.

Särskilt uttalande av herrar Erixon, Folkeson och Wester samt fröken Åkerlund

I ett avsnitt har läkemedelskommittén kommit att frångå sin allmänna målsättning i fråga om läkemedelspriserna och apoteksväsendets ekonomi, nämligen när man — uppenbarligen under trycket av ett antal tidigare gjorda uttalanden i ämnet, som tagit sikte på en annan situation än dagens — föreslår, att de större sjukhusapoteken under vissa förutsättningar skall få skiljas från apoteksväsendet i övrigt och drivas av respektive sjukhusförvaltningar. Förslaget bygger på en ställvis tämligen diffus argumentation, som utgår ifrån att sjukhusen på egna sjukhusapotek i vissa fall skulle kunna lägga även andra arbetsuppgifter än man kan lägga på sjukhusapotek av nuvarande typ. Genom övertagandet av huvudmannaskapet tänkes sjukhusen ekonomiskt kunna vinna mera än apoteksväsendet samtidigt skulle förlora.

Emellertid har läkemedelskommittén framhållit, att de skäl, som från början motiverade införandet av ett avgiftssystem — och därmed ett apotekskollektiv — efter hand accentuerats och nu torde få anses så starka, att något alternativ knappast gives. Endast tack vare kollektivet med dess utjämnande funktioner har det varit möjligt att förse glesbygderna med apoteksinrättningar och att tillhandahålla befolkningen läkemedel till samma priser i hela landet. Varje försvagning av den enhet, som apoteksväsendet ekonomiskt utgör, är principiellt betänklig, då den minskar möjligheterna att tillgodose sociala och humanitära synpunkter på läkemedelsförsörjningen. En splittring skulle också lätt leda till onödigt höga kostnader, dels därför att apoteksväsendets samkostnader skulle få slås ut på en mindre försäljningssumma, dels därför att åtminstone en viss dubbelorganisation inte skulle kunna undvikas.

Om starka skäl talade för en sådan åtgärd, skulle visserligen ur praktisk synpunkt ett omsättningsbortfall, som strikt begränsas till vad kommittén föreslagit, kunna bäras. Kostnadsförskjutningen till följd därav torde nämligen inte bli alltför stor. Såsom nämnts måste man dock se synnerligen allvarligt på detta avsteg från de principer, som ligger bakom inrättandet av apotekskollektivet. De ifrågavarande sjukhusapoteken har icke någon klar särställning, och skulle den anförda motiveringen för ett avskiljande av dem ur kollektivet godtagas, kan samma motivering komma att åberopas i sådan omfattning att det kunde bli ett betydande avbräck för kollektivet med en fördyring av den enskildes läkemedelskostnader som följd.

Läkemedelskommitténs argumentation för förslaget är inte övertygande.

Det har inte visats, att ett sjukhus i och med övertagandet av ett sjukhusapotek skulle kunna göra några besparingar genom förändringar i sin interna organisation, än mindre har man sökt beräkna värdet av dessa. Det torde finnas skäl att bedöma möjligheterna till sådana kostnadsminskningar med försiktighet. Ett sjukhusapotek är främst anpassat för sina specialuppgifter i läkemedelsförsörjningens tjänst och sannolikt mera sällan lämpat för uppgifter som ligger utanför dess egentliga arbetsområde. Rör det sig åter om uppgifter, som har anknytning till sjukhusapotekens normala verksamhetsfält, torde möjligheterna att hänskjuta dessa till sjukhusapoteket inte bero av vem som är huvudman för detta. Det torde också kunna presumeras, att kostnaderna för eventuellt tillkommande arbetsuppgifter inte blir lägre därigenom att huvudmannaskapet ändras.

I det normalkontrakt, som för närvarande gäller mellan sjukhusens huvudmän och apotekarsocieteten, har man sökt beräkna priserna vid försäljning från apotek till sjukvårdsinrättning så, att något överskott på de sammantagna sjukhusleveranserna inte skall uppstå för apoteksväsendet. Läkemedelskommittén har också vid sina ekonomiska undersökningar funnit, att dessa leveranser tillsammantagna går ungefär jämnt ihop för närvarande. Ser man däremot till enskilda leveranser, är det naturligt att vissa lämnar överskott och andra underskott, eftersom rabattsystemet måste bygga på genomsnittsförhållanden. Själva läkemedelskostnaderna kan därför bli lägre för enskilda sjukhus som följd av ett ändrat huvudmannaskap för deras sjukhusapotek men torde inte sjunka för sjukhusen totalt sett. Om några av de största sjukhusapoteken, som enligt kommitténs beräkningar sammanlagt tillför apoteksväsendet ett beräknat överskott av storleksordningen en halv miljon kronor per år, skulle lösgöras därifrån, måste rabatterna på återstående sjukhusleveranser minskas med motsvarande belopp — i vilket fall sjukhusens totala kostnader för läkemedel bleve oförändrade — såvida inte inkomstbortfallet skulle tagas igen på apotekens försäljning till övriga läkemedelskonsumenter. Om så skedde, skulle emellertid allmänheten via läkemedelspriserna tvingas att indirekt lämna bidrag till sjukhusens läkemedelskostnader, vilket synes stötande.

Slutligen är det troligt, att fristående sjukhusapotek, vars resurser är små i jämförelse med apotekskollektivets, skulle få svårt att arbeta till lika låga kostnader som de i kollektivet ingående nuvarande sjukhusapoteken. Dessas verksamhet underlättas mycket genom den direkta anknytningen till ett moderapotek och till apoteksväsendets samlade resurser. Sjukhusapotek som brytes ut ur kollektivet kan rimligen ej längre räkna med att erhålla samma tjänster på hittillsvarande villkor. En utredning om de ekonomiska konsekvenserna härav för ett fristående sjukhusapotek hade varit önskvärd.

Sammanfattningsvis bedömer vi det som sannolikt, att förslaget om från apoteksväsendet fristående sjukhusapotek icke som läkemedelskommittén hävdat kommer att medföra några samhällsekonomiska vinster utan snarare vissa kostnadsökningar som kan komma att påverka läkemedelspriserna oförmånligt, inte blott för sjukhusväsendet utan också för allmänheten. På grund härav måste vi bestämt taga avstånd från läkemedelskommitténs förslag i denna del och anser, att sjukhusens läkemedelsförsörjning även i fortsättningen bör kvarstå inom apotekskollektivets ram.

Särskilt uttalande av herrar Erixon och Wester samt fröken Åkerlund

I läkemedelskommitténs utredning har ekonomiska aspekter tillmätts avgörande betydelse. Diskussionerna har genomförts med direkt sikte på vad som kan anses ekonomiskt rationellt och befrämjande för ekonomisk konkurrens inom läkemedelsförsörjningens område. Veterligt är det första gången, som ett sådant betraktelsesätt genomgående tillämpats vid en undersökning av hela detta område. I konsekvens härmed har läkemedelskommittén kommit att vid sin undersökning av nu rådande förhållanden värdera dessa huvudsakligen efter deras förtjänster och fel ur företagsekonomisk synpunkt. Även om bedömningen därvid ibland blivit något ensidig har dock en sådan merkantilt betonad vägning stort värde. De undersökta leden i läkemedelsförsörjningens tjänst baseras nämligen på affärsverksamhet.

Beträffande själva apoteksväsendet, där den kommersiella prägeln är mindre dominerande, måste dock i praktiken andra omständigheter också spela in. Många av säkerhetsskäl, kvalitetshänsyn m. m. betingade krav väger så tungt, att de inte kan avvisas under hänvisning till ekonomiska motiv. Därjämte kommer apoteksväsendets viktiga sociala funktioner — ej sällan ledande till önskemål som inte kan samordnas med ett rationellt ekonomiskt betraktelsesätt — in i bilden som ett mycket viktigt moment.

Det sagda visar, att en lösning av problemen inom läkemedelsområdet åtminstone för apoteksväsendet måste sökas i en kompromiss mellan inte helt förenliga intressen. Att träffa den rätta kompromisspunkten mellan olika intresseriktningar, som alla pockar på sin tribut av hänsynstagande, är emellertid mycket vanskligt. Det är troligt att kommittén, om den vid sina kompromissförsök penetrerat nuvarande förhållanden från mera allsidiga utgångspunkter, hos dem skulle funnit vissa förtjänster, som inte kunnat göra sig gällande vid en strikt ekonomisk bedömning.

Otvivelaktigt kommer apotekens verksamhet att mera konsekvent inriktas mot så låga driftskostnader som möjligt, om läkemedelskommitténs intentioner fullföljes. I flertalet avseenden ställer vi oss inte avvisande härtill men vill framhålla att en sådan utveckling på längre sikt också kan medföra olägenheter i form av standardsänkning. Vi vill understryka, att strävanden mot lägre kostnader och åtgärder för ekonomisk kontroll inte får drivas så långt, att de äventyrar säkerheten eller försvårar fullgod läkemedelsservice.

Några stora kostnadsbesparingar torde inte vara att vänta. Läkemedelskommitténs besparingsalternativ i tabellen i

bilaga 5 (kol. 18—21) synes vara alltför optimistiska. Vad gäller varukostnaderna vill vi framhålla, att kommitténs undersökning om apotekens inköpsvanor (sid. 208 ff) utfördes år 1954 och på grund av den senare utvecklingen inte avspeglar det aktuella läget.

Frågan om *ledningen av apoteksväsendet* och avvägningen därvidlag mellan statens och apotekarkårens organ har övervägts av läkemedelskommittén. Det framlagda förslaget i ämnet bygger på en kompetensfördelning. Medicinalstyrelsen, som inför statsmakterna har det yttersta ansvaret för läkemedelsförsörjningen, bibehåller i stort sett sitt nuvarande inflytande. Den statliga tillsynen över apoteksväsendets ekonomiska förhållanden — nu splittrad och tungt arbetande — skulle dock utövas av ett nytt organ, apoteksnämnden. Nämnden skulle avgöra bland annat alla ekonomiska frågor av principiell natur eller större räckvidd. Under tillsyn av dessa båda statliga organ skulle apotekarkårens egen ledning sköta och ansvara för den löpande verksamheten.

Förslaget synes innebära en god principlösning. Jämfört med nuvarande förhållanden skulle den fördelen vinnas, att de ekonomiska frågorna samlas hos ett organ som äger speciell kompetens och som också kan handla med erforderlig snabbhet. Förutsättas måste givetvis, att apoteksnämnden — såsom läkemedelskommittén föreslagit — bemyndigas att avgöra även frågor av stor ekonomisk betydelse.

Läkemedelskommitténs uttalanden om *distributionssystemets* framtida utformning har huvudsakligen principiell karaktär. Man föreslår att landsbygdens läkemedelsförsörjning förbättras genom nya distributionsenheter av skiftande typ efter omsättningens väntade storlek och att befintliga enheters status vid behov omregleras. Detta ligger i linje med det hittills bedrivna utvecklingsarbetet på området, som byggt på ett nära samarbete mellan medicinalstyrelsen och apotekarkåren och som resulterat dels i nya typer av distributionsställen och dels i långtgående anpassning av många apoteksinrättningar efter de speciella förhållandena på respektive orter. Det är tacknämligt, att detta arbete avses kunna fortsätta utan låsning till detaljerade förslag.

Kommittén förordar emellertid, i syfte att nedbringa driftskostnaderna, bland annat indragning eller förändring till filialapotek av mindre, självständiga apotek » i åtskilliga fall», dock utan att ha belägg för att detta skulle leda till några större besparingar. Vi menar att en sådan omläggning inte kan göras utan hänsynstagande till befordringssituationen inom apoteksväsendet, vilken utgör bakgrund till apotekarnas kanske mest brännande aktuella problem, den ständigt stigande åldern för befordran och för transport till slutapotek. Genom andra av läkemedelskommitténs förslag — beträffande distriktslaboratorierna och sjukhusapoteken — skulle flertalet av de nu bästa befordringsobjekten bli betydligt mindre lockande. Skulle dessutom dessas antal sjunka, kan detta beräknas få allvarliga konsekvenser för rekryteringen till apotekaryrket.

Läkemedelskommitténs utgångspunkter får särskild betydelse för *apotekens avgiftssystem.* Kommittén har funnit, att besparingsincitamentet i det nuvarande avgiftssystemet är otillräckligt, särskilt beträffande personalkostnaderna. Orsaken är att utgifterna i apoteksrörelsen påverkar apoteksinnehavarens inkomst i allt för ringa grad. Enligt kommitténs system blir denna inkomst mycket starkare beroende av apoteksrörelsens verkliga ekonomiska resultat. Detta förslag, som är en naturlig följd av

kommittéarbetets inriktning, biträder vi i princip. Rättvisligen bör dock här framhållas, att det hittills tillämpade, mera liberala avgiftssystemet just genom vad kommittén sett som dess brister har underlättat tillkomsten av nuvarande goda funktionsduglighet och standard på de svenska apoteken.

Läkemedelskommittén har inte avgivit något förslag i fråga om inkomstnivån för apoteksinnehavarna. Utredningens siffermaterial utgör endast en direkt bearbetning av 1956 års verkliga förhållanden efter det föreslagna systemets principer. Detta ger ingen upplysning om inkomsternas storlek några år framåt i tiden, särskilt som de tänkes bli beräknade efter ett nytt system. För egen del har vi utgått ifrån, att apotekarnas inkomstefterslapning till följd av det utdragna arbetet med ett nytt avgiftssystem nu kommer att kompenseras.

När efter statsmakternas principiella ställningstagande systemets detaljer och faktorer skall fastställas, är det av största vikt att detta sker på grundval av aktuellt siffermaterial. Om inkomstregleringen fotas på det ekonomiska resultatet i så hög grad som föreslagits, bör inkomsterna inrymma ett risktillägg med hänsyn till de i utredningen berörda, för apoteksinnehavaren föga påverkbara faktorer av skilda slag, som inverkar på resultatet i olika grad på olika apotek. Läkemedelskommittén har troligen underskattat betydelsen av de kostnadsvariationer, som beror på att betingelserna för apoteken i själva verket skiftar mycket. Viktigt är att kommitténs förslag om att apoteksinnehavarna utöver fastställd inkomstnivå även skall få andel i framtida rationaliseringsvinster, utformas tillfredsställande. Principen måste vara, att inkomsterna för en apoteksinnehavare skall stiga i takt med de rationaliseringsresultat han uppnått.

Övergången till nytt avgiftssystem kan medföra kraftiga inkomstförändringar på en del apotek. Problemet synes dock ha lösts tämligen tillfredsställande genom förslaget om övergångssystem, som också bör mildra eventuella nackdelar för personalgrupperna till följd av avgiftssystemets skärpning.

Ytterligare en punkt i förslaget har vi anledning att understryka, nämligen att systemets faktorer måste bestämmas av apoteksnämnden i förväg och i strikt anslutning till företagsekonomiska prognoser. Detta är nödvändigt vid ett avgiftssystem, som så starkt som det föreslagna anknyter till det ekonomiska resultatet. Man skulle emellertid vinna i stabilitet om systemets faktorer under normala förhållanden fastställdes för längre period än nu, t. ex. tre år i taget.

En del av kommitténs i kapitel V redovisade undersökningsresultat torde ha blivit missvisande genom att man inte räknat med någon kostnad för apoteksinnehavarens arbete. Utredningen har själv antytt detta på sid. 91. Härigenom har t. ex. apotek, där innehavaren ensam är farmacevtiskt utbildad, icke belastats med någon kostnad för farmacevtiskt arbete. Förhållandet har betydelse även vid jämförelse mellan övriga apotek, eftersom den till apoteksinnehavarens arbete hänförliga kostnaden blir en allt mindre del av den totala lönesumman ju större apoteket är. Dess inverkan på resultatet belyses av t. ex. tabell 23.

Ett *särskilt tillverkningsföretag,* ACO-bolaget, föreslås bli skapat genom att de nuvarande distriktslaboratorierna och deras centrala organisation konstrueras som ett bolag med apotekarsocieteten som ägare av åtminstone aktiemajoriteten. Skälet härtill skulle vara, att man

vill åstadkomma en konkurrens på lika villkor mellan läkemedelsindustrin och apoteksväsendet i fråga om tillverkningen av beredningar. Läkemedelskommittén har funnit det nödvändigt att skapa garantier för att någon kostnadsövervältring från tillverkningsdelen till distributionsdelen inom apoteksväsendet inte skall kunna förekomma, även om det inte kan göras gällande, att detta är fallet för närvarande. Kommittén är dock medveten om att konkurrens från identiskt lika utgångslägen inte kan åstadkommas.

Den nuvarande distriktslaboratorieorganisationen har utvecklats snabbt och fyller väl sin uppgift att förse apoteken med läkemedelsberedningar m. m. Yrkesutövarna kan förväntas ställa sig betänksamma till en lösbrytning av dessa laboratorier, helst som de på apotekarkårens egen tillskyndan tillskapats inom apoteksväsendet och där vunnit sin nuvarande styrka och betydelse. Vi har emellertid funnit, att även ett i enlighet med kommitténs intentioner organiserat bolag i apotekarsocietetens ägo bör ha goda möjligheter att fylla distriktslaboratoriernas tillverkningsuppgifter. Vi har därför icke anledning att ur saklig synpunkt motsätta oss förslaget om ett tillverkningsbolag. Vi vill dock understryka beredskapssynpunkternas betydelse i sammanhanget.

Särskilt uttalande av herr Sjöblom

Utredningsmännen föreslår rätt för sjukhus att på vissa villkor inrätta egna sjukhusapotek. Härigenom förverkligas en på sjukhushåll länge önskad reform. I anslutning till detta positiva förslag vill jag framföra några synpunkter, som avviker från förslaget, och dessutom redovisa några för sjukhusen väsentliga problem, som icke behandlats.

I anslutning till sitt positiva ställningstagande har utredningsmännen med tanke på konsekvenserna för kollektivet förordat vissa restriktioner för ett kommunalt sjukhusapoteks verksamhetsområde. Detta skall å andra sidan fastställas av Kungl. Maj:t efter hörande av medicinalstyrelsen och apoteksnämnden. Generella begränsningar kan direkt försvåra bibehållandet eller en framtida, rationell lösning av läkemedelsförsörjningen till någon mindre, organisatoriskt fristående enhet, som förlägges inom eller i direkt anslutning till sjukhus med eget sjukhusapotek. Stockholms stad kan önska driva Södersjukhusets apotek i egen regi. En därstädes befintlig vätskecentral levererar f. n. infusionslösningar och sterila spolvätskor till andra sjukhus i Stockholm. Denna verksamhet skulle hindras av de föreslagna restriktionerna.

Man har anledning antaga, att inrättandet av kommunala sjukhusapotek sker så småningom. Det är här fråga om att inpassa en för sjukhuset väsentlig serviceenhet i den befintliga sjukhusorganisationen och detta hänger bl. a. intimt samman med sjukhusets byggnadsprogram. Utredningsmännens farhågor för kollektivet synes överdrivna.

Det blir för kommunala sjukhusapotek av värde att från droghandel kunna inköpa råvaror (droger och kemikalier) med av myndighet sanktionerad kvalitets- och identitetskontroll. Detta synes kunna ske på så sätt, att droghandel kan begära godkännande av en dispenseringsavdelning, där droger och kemikalier efter undersökning förpackas under ledning av farmacevtisk sakkunskap och under kontroll av myndighet. Apotek, som inköper råvara på dylikt sätt, bör vara befriad från identitetskontroll utöver sedvanlig okulärbesiktning. En dylik ordning synes föreligga i Danmark. En sådan möjlighet blir av stort värde även för kollektivets apotek och är det nödvändiga komplementet till redan nu rådande praxis inom droghandel, vars standardförpackade råvaror alltjämt vänta på en »förankring» i gällande författningar. Landets apotek skulle på detta sätt befrias från en tidsödande identitetskontroll av råvaror och samhället få ökad garanti för identitetskontrollens effektivitet.

Läkemedelsfabrikant äger f. n. rätt att på vissa villkor försälja infusionslösningar direkt till sjukvårdsinrättningar (apoteksvarustadgan § 7). LU II (SOU 1955: 44) föreslog denna rätt ut-

vidgad att omfatta »antingen viss eller vissa apoteksvaror eller ock viss grupp av sådana varor». Utredningsmännen hävdar, att dessa direktköp fortfarande bör få äga rum och även bör kunna utvidgas efter prövning av medicinalstyrelsen. Det är ur sjukhusens synpunkt angeläget, att dessa gives rätt att göra dylika inköp icke endast från läkemedelsfabrikant utan även från droghandel. Rätten bör även omfatta utländska preparat. Nuvarande formulering av kontrollföreskrifterna synes hindra direktköp av infusionslösningar, tillverkade utanför Sverige men registrerade härstädes som farmacevtiska specialiteter. En vidare formulering är så mycket mer angelägen, eftersom diagnostiska preparat, f. n. oftast fria handelsvaror, med en ny definition å begreppet »läkemedel» skulle bli apoteksvaror. Ett flertal högfrekventa dylika preparat är importerade, och en alltför snäv formulering berövar sjukhusen deras f. n. föreliggande möjligheter till direktköp av dylika.

De numera av myndigheterna accepterade direktköpen av vissa farmacevtiska specialiteter bör även ses i ljuset av den storartade utveckling, som läkemedelsindustrin har undergått. Parallellt härmed har kontrollen och därmed det reella ansvaret för de farmacevtiska specialiteternas fullgoda beskaffenhet delvis glidit över från apoteken till statens farmacevtiska laboratorium och medicinalstyrelsen såsom prövande och godkännande myndigheter. Apotekens uppgifter blir främst inköp, ev. lagerhållning och okulärbesiktning före expedition av de farmacevtiska specialiteterna. Det är anledning att antaga, att myndigheterna komma att utfärda erforderliga föreskrifter att gälla för sjukhus, som vill utnyttja direktköp, och därmed är säkerhetskravet väl tillgodosett.

Sjukhusen som helhet är stora avnämare av läkemedel och därtill uppvisar deras konsumtion en starkt stigande tendens med snabbt ökande läkemedelskostnader. Sjukhusens huvudmän synes som stor- och specialkonsumenter obetingat böra beredas representation i apoteksväsendets föreslagna topporganisation, den s. k. apoteksnämnden. Denna har enligt förslaget att taga ställning till och avgöra vissa ärenden, som intimt berör sjukhusen.

BILAGA 1

Förslag till instruktion för apoteksnämnden

Verksamhet

§ 1.

Apoteksnämnden har till uppgift att under Kungl. Maj:t i ekonomiskt hänseende ha överinseende över apoteksväsendet och tillse att detta bedrives så rationellt, kostnadsbesparande och ändamålsenligt som möjligt utan att kraven på läkemedlens kvalitet och säkerheten inom läkemedelshandeln åsidosättes eller allmänhetens berättigade anspråk på snabb och bekväm tillgång till behövliga läkemedel eftersättes.

Nämnden skall följa apoteksväsendets utveckling i ekonomiskt och organisatoriskt avseende samt göra framställningar till Kungl. Maj:t och statliga myndigheter om sådana åtgärder, som nämnden finner ägnade att främja en önskvärd utveckling på detta område.

§ 2.

I enlighet med vad i 1 § sägs skall det särskilt åligga apoteksnämnden:

1. att, på sätt som Kungl. Maj:t förordnat, besluta medicinaltaxegrunderna, *dels* årligen före den 1 oktober för det följande kalenderåret, sedan apotekarsocietetens direktion framlagt beräkningar av apoteksväsendets intäkter och kostnader under närmast följande kalenderår, *dels ock* därutöver för tid under löpande kalenderår, när så befinnes erforderligt.

2. att följa prisutvecklingen på läkemedelsområdet i in- och utlandet,

3. att, på sätt som Kungl. Maj:t förordnat, bestämma grunderna för fastställande av *dels* apotekens rörelsevinster, *dels ock* de avgifter som apoteken skall betala ävensom de bidrag de skall erhålla,

4. att granska apotekarsocietetens direktion åvilande uttaxering av avgifter från apoteken samt direktionens förvaltning av avgiftsmedlen,

5. att förvalta kollektivets fonder,

6. att följa de enskilda apotekens ekonomiska skötsel,

7. att på begäran av medicinalstyrelsen avge yttrande i frågor angående inrättande eller nedläggande av läkemedelsdistributionsställen och eljest då nämnden så finner påkallat inge förslag i dylika frågor,

8. att avgöra frågor angående förvärv av fast egendom i Aktiebolaget ACO,

9. att utse en revisor jämte suppleant att tillsammans med de av apotekarsocietéten valda revisorerna granska societetens förvaltning och räkenskaper, samt

10. att utse en revisor jämte suppleant att tillsammans med de av ACO-bolaget valda revisorerna granska detta bolags förvaltning och räkenskaper.

§ 3.

Till fullgörande av sina uppdrag äger nämnden att genom apotekarsocietetens direktion erhålla alla de uppgifter som nämnden finner erforderliga.

§ 4.

Nämnden äger att hos apotekarsocietetens direktion påkalla åtgärder i fråga om enskilt apoteks ekonomiska drift.

Organisation

§ 5.

Nämnden skall bestå av åtta ledamöter. Ordförande, vice ordförande och ytterligare två ledamöter förordnas av Kungl. Maj:t, en ledamot utses av Sveriges läkarförbund och de återstående tre ledamöterna av apotekarsocieteten. Ordinarie ledamot utses för högst tre år åt gången; under två på varandra följande år väljes tre ledamöter och under det tredje året två ledamöter.

På samma sätt utses suppleanter för ledamöterna i nämnden.

§ 6.

Nämnden sammanträder på kallelse av ordföranden så ofta förhållandena det påkallar, i regel minst en gång i månaden.

§ 7.

Nämnden är beslutför, då förutom ordföranden eller vice ordföranden vid sammanträdet minst fyra andra ledamöter eller suppleanter deltager i avgörandet. Vid lika röstetal äger ordföranden respektive vice ordföranden utslagsröst.

§ 8.

Hos nämnden skall finnas anställd en sekreterare samt den personal i övrigt, som erfordras för fullgörandet av nämndens uppgifter.

§ 9.

Ärendena föredrages inför nämnden, då så befinnes lämpligt, av de av apotekarsocieteten utsedda ledamöterna i nämnden eller av tjänstemän inom apotekskollektivet.

§ 10.

Apotekarsocieteten tillhandahåller lokaler och för rutinarbete erforderlig personal.

§ 11.

Kungl. Maj:t fastställer ersättning till nämndens ordförande och övriga ledamöter och suppleanter.

§ 12.

Samtliga kostnader för nämnden, inklusive kostnader för i viss fråga anlitad utomstående expertis, bestrides av apotekskollektivet.

BILAGA 2

Förslag till avtal

mellan staten och apotekarsocieteten angående ianspråktagande av vissa fondmedel för igångsättande och drivande av särskilt tillverkningsföretag för läkemedel inom apoteksväsendet.

§ 1.

Staten medgiver att apotekarsocieteten ur apotekskollektivets pensioneringsfonder tager i anspråk medel för stiftande av ett aktiebolag med ändamål att driva tillverkning och försäljning av läkemedel och andra varor sammanhängande med apoteksrörelse.

Staten medgiver även bolaget rätt att tillverka och till apotek — direkt eller via grosshandel — försälja officinella läkemedel och andra beredningar under samma betingelser som för närvarande sker på de apotek, där medicinalstyrelsen enligt kungörelsen med föreskrifter i anledning av införandet av ny upplaga av svenska farmakopén den 18 september 1947 prövat att framställning av beredningar för regelmässig försäljning till andra apotek lämpligen kan äga rum. För sådana preparat som hänföres till farmacevtiska specialiteter gäller dock vad som finnes stadgat i särskild ordning.

§ 2.

För aktiebolaget ifråga skall gälla en bolagsordning med lydelse enligt bilaga 1 till detta avtal. Bolagsordningen må icke ändras annat än efter Kungl. Maj:ts medgivande.

§ 3.

Apotekarsocieteten förbinder sig att genom sina representanter i bolagsstyrelsen driva bolagets verksamhet på sådant sätt, att denna främjar en rationell, kostnadsbesparande och ändamålsenlig läkemedelsförsörjning. Societeten förbinder sig likaledes att på samma sätt verka för att bolagets rörelse begränsas till tillverkning av läkemedel och andra med apoteksrörelse sammanhängande varor jämte sådan näraliggande verksamhet, som följer av eller har samband med denna tillverkning.

§ 4.

Apotekarsocieteten förbinder sig att använda de vinstmedel, som kan tillfalla apotekarsocieteten såsom utdelning på aktier i bolaget, för apoteksväsendets gemensamma ändamål enligt de för allmänna avgiftsmedel gällande reglerna. För den händelse bolaget upplöses, skall de tillgångar, som därvid kan tillfalla kollektivet, disponeras på sätt som bestämmes av Kungl. Maj:t.

§ 5.

Bolaget skall för sin verksamhet inlösa de till vissa apotek hörande distriktslaboratorierna enligt de regler, som gäller för överlåtelse av apotek.

§ 6.

Staten medger att de ersättningar för inkomstbortfall, som det vid dylik inlösen kan befinnas skäligt att tillerkänna

apoteksinnehavare, må utgå av apotekskollektivets allmänna avgiftsmedel.

§ 7.

Staten medger, att kostnaderna för pensionering av apoteksinnehavare, apotekens farmacevtiska personal samt efterlevande efter dessa kategorier må bestridas som löpande kostnader i apoteksrörelsen, samt garanterar fullföljden av motsvarande pensionsutfästelser.

BILAGA 3

Förslag till bolagsordning för Aktiebolaget ACO

§ 1.

Bolagets firma är »Aktiebolaget ACO».

§ 2.

Bolaget har till ändamål att driva tillverkning och försäljning av läkemedel och andra varor sammanhängande med apoteksrörelse.

§ 3.

Bolagets styrelse har sitt säte i Stockholm.

§ 4.

Bolagets aktiekapital skall utgöra lägst fem och högst femton milj. kronor.

§ 5.

Aktie skall lyda på ett tusen kronor. Aktiebreven skall ställas till viss man. Med varje aktiebrev skall följa vinstutdelningskuponger för tio år, varje å ett års utdelning, jämte talong. Efter dessa kupongers inlösen utges, mot avlämnande av talongen behörigen kvitterad, nya kuponger till samma antal jämte ny talong och förfares på samma sätt allt framgent.

Av vinsten må årligen utdelas högst fem procent på aktiekapitalet.

Om bolaget upplöses, skall innehavare av aktie erhålla aktiens nominella belopp jämte vinstutdelning för tidigare år i den mån sådan innestår hos bolaget, ävensom ränta efter fem procent å aktiebeloppet från löpande årets början till dess betalning sker. Övriga behållna tillgångar tillfaller apotekskollektivet att användas på sätt som Kungl. Maj:t beslutar.

§ 6.

Aktieägare kan vara endast apotekarsocieteten såsom företrädare för apotekskollektivet samt enskild person som tilldelats personligt privilegium på apotek, dock endast under den tid då tilldelat privilegium utövas. Av aktiekapitalet må högst 49 procent ägas av annan än apotekarsocieteten. Därest enskild aktieägare skulle önska överlåta av honom innehavd aktie, må dylik överlåtelse ske allenast till apotekarsocieteten eller, med dess medgivande, på annan apoteksinnehavare.

§ 7.

Aktieägare äger rösta för fulla antalet innehavda aktier.

§ 8.

Bolagets styrelse består av fem till åtta ledamöter med lika antal suppleanter.

Till ledamot eller suppleant må endast utses den som av Kungl. Maj:t tilldelats personligt privilegium på apotek eller är anställd såsom befattningshavare inom apoteksväsendet.

Styrelseledamot utses för en tid av två år, dock att vid första valet halva antalet ledamöter första gången utses allenast för en tid av ett år.

Styrelsen är beslutför när minst halva antalet ledamöter är närvarande. Frågor av större betydelse skall, därest

minst två ledamöter så påfordrar, behandlas på två styrelsesammanträden.

Styrelsebeslut, som innefattar förvärv av fast egendom, är ej giltigt med mindre detsamma godkänts av apoteksnämnden.

§ 9.

För granskning av styrelsens och verkställande direktörens förvaltning samt av bolagets räkenskaper skall finnas en revision bestående av två på bolagsstämma utsedda revisorer jämte lika många suppleanter samt en av apoteksnämnden utsedd revisor jämte suppleant.

§ 10.

Bokslut skall efter räkenskapsårets slut vara verkställt senast den 1 april, då räkenskaperna jämte tillhöriga handlingar, ävensom av styrelsen och verkställande direktören avgiven förvaltningsberättelse jämte vinst- och förlusträkning samt balansräkning för senaste räkenskapsåret, bör för granskning överlämnas till utsedda revisorer. Dessa bör senast den 1 maj avgiva skriftligt utlåtande över granskningen, vari ansvarsfrihet för styrelseledamöter och verkställande direktören bör tillstyrkas eller avstyrkas.

§ 11.

Ordinarie bolagsstämma skall hållas i Stockholm en gång om året senast under juni månad.

§ 12.

Kallelse till bolagsstämma skall ske genom annonsering i apotekarkårens facktidskrifter och i två dagligen utkommande tidningar, utgivna i Stockholm samt i Post- och inrikes tidningar. Kallelse till bolagsstämma skall ske senast två veckor före ordinarie och senast en vecka före extra stämma.

§ 13.

Denna bolagsordning får ej ändras utan Kungl. Maj:ts medgivande.

BILAGA 4

Förslag till avtal

mellan staten och apotekarsocieteten angående ianspråktagande av vissa fondmedel för igångsättande och drivande av särskilt företag för partihandel med läkemedel m. m. inom apoteksväsendet.

§ 1.

Staten medgiver att apotekarsocieteten under nedan angivna förutsättningar ur de inom apotekskollektivet befintliga pensioneringsfonderna må taga i anspråk medel till ett belopp av högst 10 miljoner kronor för drivande av ett aktiebolag med huvudsakligt ändamål att idka droghandel och därmed sammanhängande verksamhet.

§ 2.

Apotekarsocietetens aktieinnehav i bolaget skall utgöra minst 51 procent av aktiekapitalet. Aktier i bolaget, vilka innehas av apotekarsocieteten, får icke utan Kungl. Maj:ts tillstånd överlåtas på annan. För den händelse bolaget upplöses, utan att aktiemajoriteten dessförinnan efter Kungl. Maj:ts tillstånd överlåtits på annan, skall de tillgångar, som därvid kan tillfalla societeten, disponeras på sätt som bestämmes av Kungl. Maj:t.

§ 3.

Apotekarsocieteten förbinder sig att genom sina representanter i bolagsstyrelsen driva bolagets verksamhet på sådant sätt, att denna främjar en rationell, kostnadsbesparande och tidsenlig läkemedelsförsörjning. Societeten förbinder sig likaledes att på samma sätt verka för att bolagets rörelse begränsas på sätt som sagts i § 1.

§ 4.

Staten medger, att kostnaderna för pensionering av apoteksinnehavare, apotekens farmacevtiska personal samt efterlevande efter dessa kategorier må bestridas som löpande kostnader i apoteksrörelsen, samt garanterar fullföljden av motsvarande pensionsutfästelser.

BILAGA 5

Sammanställning av 1956 års resultat för samtliga apotek (utom apotek med distriktslaboratorium) med kommitténs förslag till nytt avgiftssystem tillämpat på dessa resultat

I följande tabell lämnas dels en redovisning av vissa ekonomiska uppgifter om apoteken för år 1956, dels vissa beräkningar hur det av kommittén föreslagna avgiftssystemet skulle verka, om rörlig ersättning utgår efter en skala från 30 procent för de minsta apoteken ned till 20 procent för de största apoteken. Det bör observeras att vissa av de i tabellen använda beräkningsgrunderna icke överensstämmer med kommitténs förslag, emedan tabellen upprättades på ett så tidigt stadium att kommittén ännu icke tagit ställning till alla detaljer i förslaget. I det följande lämnas vissa förklaringar till tabellen, varvid även särskilt angivits de fall då beräkningsgrunderna avviker från kommitténs slutliga förslag.

Kol. 1. Apoteken är ordnade efter omsättningens storlek. Apotek med distriktslaboratorium redovisas emellertid endast sammanslagna i en grupp efter de övriga apoteken, varvid försäljning från distriktslaboratoriedelen till andra apotek har uteslutits.

Kol. 2. Anmärkningskolumn enligt specifikation på varje uppslag.

Kol. 3. Omsättningen anger apotekens redovisade försäljning av varor. Däremot har vinst vid försäljning eller utrangering av inventarier ej medtagits. Detta senare belopp är i relation till försäljningen obetydligt.

Kol. 4. De av apoteken redovisade kostnaderna har korrigerats enligt följande.

I fråga om de personalkategorier, för vilka central utbetalning av löner förekommer, d. v. s. legitimerade apotekare, farmacie kandidater och receptarier, tekniska biträden samt laboratoriebiträden, har apoteken för varje anställd påförts en medellön för respektive kategori, varvid tiden i förekommande fall omräknats till att avse del av helårstjänst. I denna medellön har förutom apotekens löneandel medräknats såväl den av kollektivet betalda löneandelen som beräknad pensionskostnad.

Vid medellöneberäkningarna har utjämning beträffande personalens fördelning på åldersgrupper och dyrorter skett genom att beräkningarna ifråga grundats på vägda genomsnitt. Sjuklöner, familjetillägg m. m. har fördelats som genomsnittliga pålägg. För pensionskostnader har tillagts för farmacevtisk personal 20 procent och för teknisk personal 8 procent av lönen före pensionskostnad. I de fall farmacevtisk personal, anställd hos apotekarsocieteten för tjänstgöring vid vakanser m. m., tjänstgjort på vissa mindre apotek — exempelvis som vikarie för innehavaren i de fall denne är ensam farmacevt — utan att apoteket betalt någon löneandel för vederbörande har kostnaden ej medräknats, emedan den till övervägande

del enligt kommitténs förslag bör belasta kollektivet.

De beräknade medellönerna inklusive pensionskostnader utgjorde för år 1956

legitimerade apotekare	27 156 kr
farmacie kandidater (receptarier)	17 546 »
tekniska biträden (inkl. elever)	8 865 »
laboratoriebiträden (inkl. elever)	12 032 »

För övrig personal, d. v. s. främst städerskor och varubud, betalar apoteket hela lönen. För dessa kategorier har någon korrigering av de faktiskt utbetalda lönerna ej gjorts. Enligt kommitténs förslag bör — i motsats till vad som här skett — tekniska biträden och laboratoriebiträden i de tre lägsta löneklasserna utgöra en särskild medellönegrupp.

Hyror, reparationer och underhåll samt avskrivningar är utjämnade apoteken emellan och har belastats dessa enligt nedanstående procentsatser, vilka utgör vägda genomsnitt för samtliga apotek:

hyra	2,63	procent av omsättningen
reparation och underhåll	0,52	» » »
avskrivning plus förlust och minus vinst vid försäljning eller utrangering av inventarier	4,35	» » inventariernas anskaffningsvärde

Enligt kommitténs slutliga förslag bör andra regler tillämpas än de som använts här. Det i deklarationerna som anskaffningsvärde för inventarierna angivna beloppet är icke helt relevant, då det icke avser endast de i bruk varande inventarierna utan är ett från innehavarperiodens början ackumulerat värde, innehållande även anskaffningsvärdet för de inventarier, som senare under innehavarperioden försålts eller utrangerats. Eftersom utrangeringarna i allmänhet är av mindre betydelse, har det angivna anskaffningsvärdet dock ansetts kunna tjäna som godtagbar grund för beräkning av en utjämnad avskrivning.

Frakter för varor sålda genom medicinlådor, läkemedelsförråd och kommissionärer samt provisioner för dylik försäljning har ansetts vara extra-ordinära kostnader, varför dessa icke belastats vederbörande apotek.

De apotek som haft filialapotek eller varit fasta nattapotek har gottskrivits härför. Beloppen ifråga är uppskattade och ej baserade på kostnadsstudier eller dylikt. För filialapotek har räknats med en ersättning motsvarande halva föreståndarlönen, d. v. s. för legitimerade apotekare 13 578 kronor och för farmacie kandidater 8 773 kronor. För fasta nattapotek har ersättningen beräknats efter den för jourtjänst nattetid erforderliga tid med vägning mellan antalet tjänstgörande av olika kategorier. Den sålunda beräknade summan är 32 475 kronor. Enligt kommitténs förslag bör ytterligare utredningar företas, innan beloppen fastställes för tillämpning i praktiken.

Apoteksinnehavarnas medlemsavgifter till apotekarsocieteten avser enligt uppgift i allt väsentligt utgifter för apoteksväsendets gemensamma ändamål och har därför ansetts böra ingå i de avgifter som apoteken betalar till kollektivet. Medlemsavgifterna har därför borträknats från kostnaderna, varigenom de överskott ökat ur vilka apotekens avgifter utgår.

Kol. 5. Här har upptagits den ersättning som innehavarna erhöll enligt redovisningen för år 1956 med då gällan-

de avgiftssystem. Däremot ingår ej beviljade driftsbidrag, vilka uppgick till ett sammanlagt belopp av cirka 30 tusen kronor för inalles ett 30-tal av de minsta apoteken.

Kol. 6. Över- eller underskott *efter* ersättning till innehavaren utgör driftsresultatet (kol. 4) minskat med ersättning till innehavaren (kol. 5).

Kol. 7. Den varukostnad, som apoteken anger i sina deklarationer, motsvarar inte mer än undantagsvis inköpskostnaden för de under året försålda varorna, beroende på att apoteken i allmänhet inte inventerar sina lager vid varje årsskifte. Eftersom ingen annan uppgift om ifrågavarande inköpsvärde finnes tillgänglig, har den för året redovisade kostnaden för varor använts och i tabellen ställts i relation till omsättningen.

Kol. 8. Lönekostnaden består dels av de tidigare angivna medellönerna för kategorierna legitimerade apotekare, farmacie kandidat (receptarie), tekniskt biträde och laboratoriebiträde, multiplicerade med antalet anställda inom respektive kategorier, dels av faktiskt utbetald lön för övriga kategorier, d. v. s. städerskor, sköljerskor, farmacevt-elever, särskild inläggningspersonal, varubud m. m., vartill kommer vissa av apoteken betalda arvoden. Tillsammans utgör detta den totala lönekostnaden, vari sålunda ingår även centralt betald del av lönerna samt pensionskostnader. Summan ifråga har i kol. 8 ställts i relation till omsättningen. Såsom tidigare anförts ingår däremot i vissa fall ej lönekostnaden för farmacevtisk personal, anställd hos apotekarsocieteten för tjänstgöring på apotek.

Kol. 9—12. Med ledning av de från apoteket utbetalda grundlönsandelarna har antalet anställda — omräknade till helårstjänster — beräknats och angivits med två decimaler. Den sista decimalen får betraktas som osäker på grund av vissa felkällor, t. ex. att den från apoteket utbetalda lönen i vissa fall är något olika för heltids- respektive deltidstjänstgörande. Såsom förut påpekats har farmacevtisk personal, som är anställd hos apotekarsocieteten för tjänstgöring på apotek, i vissa fall ej medtagits.

Kol. 13—21 visar vissa beräkningar av hur kommitténs förslag till nytt avgiftssystem skulle verka, om detsamma hade tillämpats under år 1956. Härvid bör dock observeras, att apotekens resultat korrigerats enligt andra regler än vad kommittén slutgiltigt föreslagit. Kol. 13 visar den ersättning som innehavarna skulle ha erhållit år 1956, om driftsresultaten varit oförändrade och den fasta ersättningen utgjort 19 000 kronor, medan den rörliga ersättningen varierat från 30 procent av driftsresultatet för de minsta ned till 20 för de största apoteken. Detta innebär för de mindre apoteken genomsnittligt en höjning i jämförelse med de inkomster som faktiskt utgick år 1956, vilket beror på att kommittén vid förslagets konstruktion tagit hänsyn till att innehavarna av de mindre apoteken borde erhålla högre inkomster än de som utgick år 1956. Enligt kommitténs slutgiltiga förslag för det nya avgiftssystemet bör den rörliga ersättningen efter övergångstidens slut utgå efter en skala som varierar från 25 till 15 procent men beräknas på ett större överskott. Härigenom blir summan av de rörliga ersättningarna för alla apotek ungefär densamma som om skalan 30—20 procent använts i samband med de mindre överskotten. Kol. 14 visar storleken av belopp som i princip skulle kunna anses som normala för inleverans till kollektivet. De har beräknats som skillnaden mellan genomsnittligt driftsresultat och genomsnittlig innehavarersättning vid respektive omsättningsstorlekar. Beträffande apotek

med negativt belopp (numren 1—122), har det i kol. 14 angivna bidraget lagts till driftsresultatet (kol. 4), varefter rörlig ersättning beräknats på det sammanlagda beloppet, om detta är positivt. Kol. 15 visar över- eller underskottet *efter* innehavarens ersättning och avgift på omsättningen, d. v. s. kol. 4 minus kol. 13 minus kol. 14.

Som exempel på beräkningen av innehavarens ersättning (kol. 13) tas här apotek nr 1. Beträffande det använda procenttalet hänvisas till sid. 122.

Fast ersättning	19 000 kr
Rörlig ersättning	
30,0 procent av	
5 448 (kol. 4) + 3 241 (kol.	
14)	2 607 »
Total innehavarersättning	*21 607 kr*

Sammanställning av 1956 års resultat för samtliga apotek (utom apotek med

Apotek Nr	Anmärkning	Resultat m. m. under år 1956									
		Omsättning	Korrigerat driftsresultat (över- el. underskott *före* ersättning till innehavaren)	Ersättning till innehavaren enl. nuv. avgiftssystem	Över- el. underskott *efter* ersättning till innehavaren (kol. 4 ./. kol. 5)	Redovisad varukostnad i procent av omsättning	Lönekostnad i procent av omsättn. (innehavarens ersättn. ingår ej)	Antal anställda (innehavaren ingår ej)			
								Legitimerade apotekare	Farmacie kandidater och receptarier	Tekn. biträden och laboratoriebiträden	Summa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1		113 332	5 448	11 529	— 6 081	65,7	19,6	—	0,01	1,87	1,88
2		131 586	3 931	17 474	— 13 543	65,1	22,5	—	0,09	3,11	3,20
3		135 036	3 258	18 181	— 14 923	62,9	24,5	0,76	0,01	0,98	1,75
4		138 206	8 285	20 548	— 12 263	54,6	30,7	0,73	—	1,84	2,57
5	1.	147 341	4 540	20 777	— 16 237	58,5	28,0	—	1,00	2,30	3,30
6		151 632	29 002	21 577	7 425	54,1	19,2	—	1,07	1,06	2,13
7		153 408	15 096	19 163	— 4 067	66,3	14,3	—	0,01	2,11	2,12
8		154 128	22 675	20 660	2 015	55,6	22,1	—	0,05	2,87	2,92
9		155 598	4 256	18 335	— 14 079	65,6	23,9	—	0,72	2,69	3,41
10		158 305	18 847	19 674	— 827	60,7	18,3	—	0,08	2,75	2,83
11		158 860	24 951	20 369	4 582	61,1	13,0	—	0,07	1,82	1,89
12		159 280	17 898	19 990	— 2 092	59,8	19,5	0,08	—	2,59	2,67
13		161 108	24 488	20 610	3 878	62,5	15,5	—	0,00	2,40	2,40
14		164 832	14 382	19 216	— 4 834	64,6	20,2	—	0,05	3,02	3,07
15		167 930	12 699	19 261	— 6 562	64,6	18,4	—	0,04	2,86	2,90
16		168 666	— 2 905	15 603	— 18 508	61,8	24,3	0,02	0,26	3,79	4,07
17		170 786	23 711	20 633	3 078	61,5	16,4	—	—	2,60	2,60
18		172 187	— 2 836	19 288	— 22 124	63,9	28,7	—	0,95	3,11	4,06
19	1.	172 354	4 985	19 497	— 14 512	61,9	23,0	—	0,95	2,35	3,30
20		174 832	20 613	20 639	— 26	63,2	16,9	—	0,08	2,91	2,99
21		177 871	12 442	19 849	— 7 407	65,5	19,6	—	0,09	3,30	3,39
22		178 536	14 245	20 213	— 5 968	67,2	17,5	0,04	0,04	2,38	2,46
23		179 157	31 646	21 339	10 307	59,7	15,8	—	0,08	2,40	2,48
24		179 878	3 948	20 161	— 16 213	63,7	27,5	—	1,02	2,41	3,43
25		180 651	16 629	21 323	— 4 694	60,4	23,4	0,01	0,04	4,22	4,27
26		181 172	4 849	18 913	— 14 064	63,5	22,5	0,03	0,23	3,40	3,66
27		182 285	24 334	19 493	4 841	65,7	12,5	—	—	2,41	2,41
28		189 004	15 712	19 729	— 4 017	62,2	21,9	—	0,01	4,36	4,37
29		192 494	26 036	18 395	7 641	63,2	14,2	—	0,00	2,75	2,75
30		195 263	24 606	20 720	3 886	62,8	15,2	—	—	2,56	2,56
31		195 990	29 820	21 602	8 218	63,5	14,1	—	0,01	2,84	2,85
32		196 271	15 881	20 802	— 4 921	59,1	24,3	—	0,99	2,75	3,74
33		198 207	22 940	20 479	2 461	64,1	15,4	—	—	2,99	2,99
34		199 765	12 365	19 909	— 7 544	64,7	19,5	0,11	—	3,69	3,80
35		201 133	28 314	21 156	7 158	59,3	20,4	—	0,02	4,03	4,05
36		202 964	32 827	21 755	11 072	53,5	22,7	—	0,71	3,29	4,00
37		203 612	7 247	19 765	— 12 518	65,0	24,7	—	0,09	4,70	4,79
38		204 148	18 451	21 550	— 3 099	57,7	26,8	—	1,11	3,16	4,27
39	1.	204 472	— 10 626	18 890	— 29 516	64,1	32,8	—	1,20	3,84	5,04
40		206 012	42 174	22 867	19 307	59,8	13,1	—	0,02	2,99	3,01

1. Apoteket har överlåtits under år 1956
2. » » » » sista kvartalet 1955
3. Apoteket har filialapotek
4. Apoteket är nattapotek

distriktslaboratorium) med kommitténs förslag till nytt avgiftssystem tillämpat på dessa resultat

Kommitténs förslag till nytt avgiftssystem tillämpat på 1956 års resultat								
1956 års resultat och kostnader oförändrade			Resultatet skulle förbättras med följande belopp, om kostnadsbesparingar genomfördes beträffande		Resultatet antas förbättrat genom att lönerna och varukostnaderna minskas med			
					Alt. 1 löner 10 % varukostnader 2 %		*Alt. 2* löner 20 % varukostnader 2 %	
Innehavarens ersättning	Beräknad avgift på omsättning (negativ avgift = bidrag)	Över- el. underskott *efter* innehavarens ersättning och preliminär avgift	löner med 10 %	varukostnad med 2 %	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning
13	14	15	16	17	18	19	20	21
21 607	— 3 241	— 12 918	2 221	1 489	9 158	22 720	11 379	23 386
21 102	— 3 075	— 14 096	2 961	1 713	8 605	22 504	11 566	23 392
20 889	— 3 037	— 14 594	3 308	1 699	8 265	22 391	11 573	23 383
22 388	— 3 009	— 11 094	4 243	1 509	14 037	24 114	18 280	25 387
21 240	— 2 926	— 13 774	4 126	1 724	10 390	22 995	14 516	24 233
28 532	— 2 879	3 349	2 911	1 641	33 554	29 893	36 465	30 764
24 372	— 2 870	— 6 406	2 194	2 034	19 324	25 636	21 518	26 292
26 635	— 2 861	— 1 099	3 406	1 714	27 795	28 166	31 201	29 185
21 122	— 2 842	— 14 024	3 719	2 041	10 016	22 845	13 735	23 957
25 480	— 2 824	— 3 809	2 897	1 922	23 661	26 921	26 563	27 787
27 274	— 2 814	491	2 065	1 941	28 957	28 468	31 022	29 083
25 172	— 2 814	— 4 460	3 106	1 905	22 909	26 665	26 015	27 591
27 131	— 2 796	153	2 497	2 014	28 999	28 475	31 496	29 219
24 108	— 2 759	— 6 967	3 330	2 130	19 842	25 735	23 172	26 727
23 598	— 2 731	— 8 168	3 090	2 170	17 959	25 166	21 049	26 086
19 000	— 2 722	— 19 183	4 099	2 085	3 279	20 782	7 378	22 000
26 845	— 2 703	— 431	2 801	2 101	28 613	28 301	31 414	29 133
19 000	— 2 694	— 19 142	4 942	2 201	4 307	21 079	9 249	22 547
21 281	— 2 694	— 13 602	3 964	2 134	11 083	23 092	15 047	24 269
25 914	— 2 666	— 2 635	2 955	2 210	25 778	27 448	28 733	28 326
23 464	— 2 638	— 8 384	3 486	2 330	18 258	25 185	21 744	26 217
23 995	— 2 629	— 7 121	3 124	2 400	19 769	25 630	22 893	26 555
29 145	— 2 629	5 130	2 831	2 139	36 616	30 617	39 447	31 454
20 944	— 2 620	— 14 376	4 947	2 292	11 187	23 087	16 134	24 551
24 695	— 2 610	— 5 456	4 227	2 182	23 038	26 592	27 265	27 843
21 200	— 2 610	— 13 741	4 076	2 301	11 226	23 082	15 302	24 284
26 946	— 2 601	— 11	2 279	2 395	29 008	28 325	31 287	28 997
24 383	— 2 536	— 6 135	4 139	2 351	22 202	26 298	26 341	27 519
27 420	— 2 508	1 124	2 733	2 433	31 202	28 944	33 935	29 751
26 990	— 2 480	96	2 968	2 453	30 027	28 590	32 995	29 465
28 494	— 2 471	3 797	2 763	2 489	35 072	30 038	37 837	30 850
24 395	— 2 471	— 6 043	4 769	2 320	22 970	26 480	27 739	27 882
26 466	— 2 453	— 1 073	3 052	2 541	28 533	28 110	31 585	29 007
23 351	— 2 434	— 8 552	3 895	2 585	18 845	25 256	22 740	26 401
28 035	— 2 418	2 697	4 103	2 385	34 802	29 943	38 905	31 149
29 317	— 2 386	5 896	4 607	2 172	39 606	31 304	44 213	32 654
21 818	— 2 370	— 12 201	5 029	2 647	14 923	24 067	19 952	25 540
25 101	— 2 370	— 4 280	5 471	2 356	26 278	27 394	31 749	28 997
19 000	— 2 370	— 27 256	6 707	2 621	— 1 298	19 314	5 409	21 279
32 042	— 2 338	12 470	2 699	2 464	47 337	33 581	50 036	34 346

Forts.

Apotek Nr	Anmärkning	Resultat m. m. under år 1956									
		Omsättning	Korrigerat driftsresultat (över- el. underskott *före* ersättning till innehavaren)	Ersättning till innehavaren enl. nuv. avgiftssystem	Över- el. underskott *efter* ersättning till innehavaren (kol. 4 ./. kol. 5)	Redovisad varukostnad i procent av omsättning	Lönekostnad i procent av omsättn. (innehavarens ersättn. ingår ej)	Antal anställda (innehavaren ingår ej)			
								Legitimerade apotekare	Farmacie kandidater och receptarier	Tekn. biträden och laboratoriebiträden	Summa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
41		207 098	25 229	21 278	3 951	61,2	20,1	—	0,21	3,52	3,73
42		211 003	15 119	21 475	— 6 356	61,0	24,5	—	0,87	3,90	4,77
43		211 510	— 6 693	19 232	— 25 925	67,3	28,2	—	1,24	3,33	4,57
44		212 930	27 826	21 636	6 190	61,1	17,9	—	0,23	3,00	3,23
45		214 258	36 166	20 560	15 606	64,9	9,8	—	0,08	1,51	1,59
46		216 662	9 020	20 725	— 11 705	62,9	25,4	—	1,13	3,06	4,19
47		218 508	3 569	20 627	— 17 058	59,1	32,2	—	1,86	3,29	5,15
48		218 543	23 772	21 373	2 399	65,0	18,1	—	—	4,45	4,45
49		224 742	5 234	19 825	— 14 591	70,1	20,9	—	0,92	3,14	4,06
50		224 912	30 701	21 933	8 768	59,9	18,3	—	0,07	3,95	4,02
51		226 251	26 206	21 722	4 484	59,9	21,4	—	0,76	3,08	3,84
52		226 442	11 640	20 232	— 8 592	65,5	21,6	—	1,08	2,69	3,77
53		229 342	1 609	19 813	— 18 204	63,6	27,6	0,17	1,00	4,17	5,34
54		232 556	22 189	21 737	452	63,3	19,7	0,00	1,16	2,39	3,55
55		232 585	— 57	19 924	— 19 981	62,3	29,6	—	1,18	4,54	5,72
56		234 907	41 754	22 567	19 187	64,3	9,8	—	0,08	1,83	1,91
57		237 573	— 10 351	19 450	— 29 801	74,2	22,4	—	1,00	3,61	4,61
58		238 008	— 7 610	19 786	— 27 396	65,3	30,0	0,12	1,00	4,81	5,93
59		238 319	20 397	20 021	376	63,8	19,6	—	1,00	2,22	3,22
60		240 565	7 324	20 248	— 12 924	62,6	26,0	—	0,82	4,39	5,21
61		240 620	6 924	20 287	— 13 363	64,7	24,5	—	1,09	3,68	4,77
62		241 674	11 857	20 708	— 8 851	67,1	17,7	—	0,51	2,93	3,44
63	1.	242 820	22 504	23 382	— 878	56,8	25,9	0,35	1,00	3,33	4,68
64		245 600	— 7 530	20 538	— 28 068	65,5	30,2	—	1,05	5,41	6,46
65		247 538	15 744	21 914	— 6 170	60,1	26,8	0,02	0,94	4,68	5,64
66		247 882	23 257	21 756	1 501	64,0	20,9	—	0,74	3,73	4,47
67		252 625	5 375	19 805	— 14 430	60,7	28,6	—	1,54	4,08	5,62
68		252 632	— 2 347	20 213	— 22 560	67,1	26,4	—	1,94	2,68	4,62
69		253 451	6 042	21 469	— 15 427	65,4	25,1	—	—	3,11	3,11
70		253 920	29 892	23 133	6 759	56,9	24,6	—	1,00	4,54	5,54
71	3.	254 345	34 653	23 393	11 260	62,0	19,9	—	1,00	3,44	4,44
72		255 678	27 310	21 773	5 537	60,3	20,6	—	0,67	3,97	4,64
73		256 623	22 221	21 413	808	58,6	25,0	—	1,08	3,84	4,92
74	3.	258 925	— 900	20 224	— 21 124	64,1	30,4	0,70	0,78	4,18	5,66
75		259 950	— 5 155	20 743	— 25 898	62,4	32,4	—	1,77	4,80	6,57
76		261 933	34 138	22 767	11 371	59,6	21,3	0,02	1,15	2,97	4,14
77		262 847	6 503	20 238	— 13 735	63,8	23,4	—	0,79	4,44	5,23
78		263 409	21 285	21 470	— 185	65,1	18,4	—	0,36	4,12	4,48
79		264 935	25 148	21 560	3 588	65,0	18,1	0,01	1,18	2,67	3,86
80		265 501	15 722	22 496	— 6 774	62,5	24,7	—	1,03	4,86	5,89

1. Apoteket har överlåtits under år 1956
2. » » » » sista kvartalet 1955
3. Apoteket har filialapotek
4. Apoteket är nattapotek

Kommitténs förslag till nytt avgiftssystem tillämpat på 1956 års resultat								
1956 års resultat och kostnader oförändrade			Resultatet skulle förbättras med följande belopp, om kostnadsbesparingar genomfördes beträffande		Resultatet antas förbättrat genom att lönerna och varukostnaderna minskas med			
					Alt. 1 löner 10 % varukostnader 2 %		*Alt. 2* löner 20 % varukostnader 2 %	
Innehavarens ersättning	Beräknad avgift på omsättning (negativ avgift = bidrag)	Över- el. underskott *efter* innehavarens ersättning och preliminär avgift	löner med 10 %	varukostnad med 2 %	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning
13	14	15	16	17	18	19	20	21
27 045	— 2 322	506	4 163	2 535	31 927	29 001	36 090	30 216
24 074	— 2 258	— 6 697	5 170	2 574	22 863	26 335	28 033	27 845
19 000	— 2 242	— 23 451	5 965	2 847	2 119	20 273	8 084	22 015
27 775	— 2 226	2 277	3 811	2 602	34 239	29 648	38 050	30 761
30 167	— 2 210	8 209	2 100	2 781	41 047	31 588	43 147	32 199
22 254	— 2 162	— 11 072	5 503	2 726	17 249	24 649	22 752	26 250
20 658	— 2 130	— 14 959	7 036	2 583	13 188	23 458	20 224	25 505
26 537	— 2 130	— 635	3 956	2 841	30 569	28 515	34 525	29 667
21 107	— 2 033	— 13 840	4 697	3 151	13 082	23 383	17 779	24 745
28 493	— 2 033	4 241	4 116	2 694	37 511	30 468	41 627	31 661
27 185	— 2 017	1 038	4 842	2 710	33 758	29 375	38 600	30 779
22 961	— 2 017	— 9 304	4 891	2 966	19 497	25 239	24 388	26 657
20 034	— 1 969	— 16 456	6 330	2 917	10 856	22 706	17 186	24 536
25 963	— 1 905	— 1 869	4 581	2 944	29 714	28 138	34 295	29 462
19 534	— 1 905	— 17 686	6 885	2 898	9 726	22 614	16 611	24 351
31 608	— 1 873	12 019	2 302	3 021	47 077	33 147	49 379	33 812
19 000	— 1 825	— 27 526	5 322	3 526	— 1 503	19 093	3 819	20 625
19 000	— 1 825	— 24 785	7 140	3 108	2 638	20 285	9 778	22 342
25 399	— 1 825	— 3 177	4 671	3 041	28 109	27 621	32 780	28 966
21 621	— 1 777	— 12 520	6 255	3 012	16 591	24 290	22 846	26 091
21 497	— 1 777	— 12 796	5 895	3 114	15 933	24 083	21 828	25 775
22 908	— 1 761	— 9 290	4 278	3 243	19 378	25 067	23 656	26 295
25 959	— 1 745	— 1 710	6 289	2 758	31 551	28 556	37 840	30 361
19 000	— 1 697	— 24 833	7 417	3 217	3 104	20 378	10 521	22 507
23 979	— 1 665	— 6 570	6 634	2 975	25 353	26 727	31 987	28 624
26 128	— 1 665	— 1 206	5 181	3 173	31 611	28 517	36 792	29 999
20 991	— 1 585	— 14 031	7 225	3 067	15 667	23 934	22 892	26 000
19 000	— 1 585	— 19 762	6 669	3 390	7 712	21 659	14 381	23 566
21 174	— 1 585	— 13 547	6 362	3 315	15 719	23 932	22 081	25 745
27 966	— 1 569	3 495	6 246	2 890	39 028	30 570	45 274	32 350
29 323	— 1 569	6 899	5 061	3 154	42 868	31 665	47 929	33 107
27 221	— 1 537	1 626	5 267	3 083	35 660	29 601	40 927	31 102
25 743	— 1 521	— 2 001	6 416	3 008	31 645	28 419	38 061	30 241
19 167	— 1 489	— 18 578	7 871	3 319	10 290	22 345	18 161	24 581
19 000	— 1 473	— 22 682	8 422	3 244	6 511	21 267	14 933	23 659
29 104	— 1 441	6 475	5 579	3 122	42 839	31 576	48 418	33 160
21 244	— 1 425	— 13 316	6 151	3 354	16 008	23 934	22 159	25 674
25 427	— 1 425	— 2 717	4 847	3 430	29 562	27 769	34 409	29 141
26 511	— 1 393	30	4 795	3 444	33 387	28 843	38 182	30 200
23 839	— 1 377	— 6 740	6 558	3 319	25 599	26 634	32 157	28 490

Forts.

Apotek Nr	Anmärkning	Resultat m. m. under år 1956									
		Omsättning	Korrigerat driftsresultat (över- el. underskott *före* ersättning till innehavaren)	Ersättning till innehavaren enl. nuv. avgiftssystem	Över- el. underskott *efter* ersättning till innehavaren (kol. 4 ./. kol. 5)	Redovisad varukostnad i procent av omsättning	Lönekostnad i procent av omsättn. (innehavarens ersättn. ingår ej)	Antal anställda (innehavaren ingår ej)			
								Legitimerade apotekare	Farmacie kandidater och receptarier	Tekn. biträden och laboratoriebiträden	Summa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
81	1.	265 839	— 386	18 746	— 19 132	65,0	26,3	—	1,00	4,61	5,61
82		267 626	4 757	19 675	— 14 918	64,0	23,5	—	0,75	4,88	5,63
83		267 956	17 776	21 219	— 3 443	65,6	18,3	—	1,01	3,15	4,16
84	3.	268 061	15 563	22 185	— 6 622	62,6	28,3	1,00	0,75	3,24	4,99
85		269 818	17 511	21 029	— 3 518	64,2	22,2	—	1,00	3,91	4,91
86		270 889	8 367	22 301	— 13 934	59,6	29,4	—	1,89	4,44	6,33
87		275 665	14 046	20 840	— 6 794	63,6	23,7	—	0,90	5,22	6,12
88		275 753	11 023	19 735	— 8 712	64,8	23,6	—	0,99	3,85	4,84
89		276 793	16 469	21 824	— 5 355	62,1	24,7	—	1,71	3,77	5,48
90		279 369	38 759	23 312	15 447	58,2	21,3	—	1,27	3,15	4,42
91		281 330	42 725	24 828	17 897	57,9	19,0	—	0,99	3,78	4,77
92		281 451	48 756	23 429	25 327	59,2	16,2	—	0,52	3,67	4,19
93		283 279	21 828	22 886	— 1 058	63,6	22,5	—	1,03	4,30	5,33
94	3.	284 892	24 179	23 177	1 002	65,4	22,1	—	1,10	4,11	5,21
95		285 032	— 13 589	18 645	— 32 234	64,0	28,4	—	1,77	5,12	6,89
96	1.	285 275	6 020	22 610	— 16 590	56,9	30,1	—	1,77	4,62	6,39
97		288 330	34 425	23 092	11 333	60,0	20,1	—	0,83	3,89	4,72
98		290 463	— 26 580	19 645	— 46 225	71,0	30,6	1,00	0,19	5,05	6,24
99		292 053	7 122	22 383	— 15 261	62,9	27,2	0,12	1,10	5,69	6,91
100		292 232	15 920	21 810	— 5 890	64,2	22,4	—	1,24	3,91	5,15
101	3.	294 264	14 205	23 191	— 8 986	62,9	28,6	—	1,51	5,82	7,33
102	1.	295 409	51 061	28 389	22 672	47,4	26,1	0,08	1,02	5,07	6,17
103		296 572	23 820	21 976	1 844	63,1	21,4	—	0,92	4,45	5,37
104	3.	296 737	10 771	22 770	— 11 999	65,5	26,1	0,93	0,53	4,43	5,89
105		297 180	21 763	21 175	588	64,3	19,5	—	0,83	3,01	3,84
106		298 006	— 9 436	19 874	— 29 310	64,8	31,1	0,82	—	6,95	7,77
107		302 139	45 382	22 873	22 509	61,8	15,9	—	0,34	3,22	3,56
108		308 152	52 879	24 743	28 136	62,0	14,1	—	1,02	2,12	3,14
109		310 357	4 082	22 622	— 18 540	62,6	31,0	—	1,82	5,99	7,81
110		316 818	29 593	24 695	4 898	61,6	23,5	0,80	0,74	3,45	4,99
111	1. 3.	317 321	26 332	24 797	1 535	57,1	28,8	1,00	0,43	4,69	6,12
112		318 419	33 592	23 389	10 203	65,7	16,0	—	0,92	3,38	4,30
113	1.	318 991	15 736	21 658	— 5 922	62,8	24,6	—	2,00	4,22	6,22
114	3.	319 220	21 588	23 858	— 2 270	63,9	24,5	—	1,89	4,58	6,47
115		319 458	25 884	24 327	1 557	59,3	26,0	—	1,90	5,21	6,11
116	3.	319 787	31 222	24 319	6 903	67,0	19,1	—	1,11	4,23	5,34
117		322 353	— 775	21 806	— 22 581	69,7	23,5	0,06	1,22	4,90	6,18
118		330 900	33 247	23 581	9 666	61,9	20,8	—	0,83	4,63	5,46
119		331 790	— 13 895	21 941	— 35 836	63,2	34,4	1,00	1,28	6,28	7,56
120		332 659	39 973	24 439	15 534	65,6	16,0	—	0,93	3,71	4,64

1. Apoteket har överlåtits under år 1956
2. » » » » sista kvartalet 1955
3. Apoteket har filialapotek
4. Apoteket är nattapotek

Kommitténs förslag till nytt avgiftssystem tillämpat på 1956 års resultat								
1956 års resultat och kostnader oförändrade			Resultatet skulle förbättras med följande belopp, om kostnadsbesparingar genomfördes beträffande		Resultatet antas förbättrat genom att lönerna och varukostnaderna minskas med			
					Alt. 1 löner 10 % varukostnader 2 %		*Alt. 2* löner 20 % varukostnader 2 %	
Innehavarens ersättning	Beräknad avgift på omsättning (negativ avgift = bidrag)	Över- el. underskott *efter* innehavarens ersättning och preliminär avgift	löner med 10 %	varukostnad med 2 %	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning
13	14	15	16	17	18	19	20	21
19 279	— 1 377	— 18 288	6 992	3 456	10 062	22 226	17 054	24 198
20 721	— 1 345	— 14 619	6 289	3 426	14 472	23 460	20 761	25 234
24 392	— 1 345	— 5 271	4 904	3 516	26 196	26 767	31 100	28 149
23 768	— 1 345	— 6 860	7 586	3 356	26 505	26 854	34 091	28 993
24 290	— 1 313	— 5 466	5 990	3 464	26 965	26 946	32 955	28 629
21 716	— 1 297	— 12 052	7 964	3 229	19 560	24 861	27 524	27 099
23 289	— 1 216	— 8 027	6 533	3 506	24 085	26 110	30 618	27 945
22 439	— 1 216	— 10 200	6 508	3 574	21 105	25 272	27 613	27 101
23 947	— 1 200	— 6 278	6 837	3 438	26 744	26 824	33 581	28 739
30 180	— 1 168	9 747	5 951	3 252	47 962	32 756	53 913	34 423
31 281	— 1 136	12 580	5 345	3 258	51 328	33 690	56 673	35 187
32 970	— 1 136	16 922	4 560	3 332	56 648	35 180	61 208	36 456
25 398	— 1 104	— 2 466	6 374	3 603	31 805	28 182	38 179	29 960
26 045	— 1 072	— 794	6 296	3 726	34 201	28 968	40 497	30 598
19 000	— 1 072	— 31 517	8 095	3 648	— 1 846	19 000	6 249	21 043
20 979	— 1 072	— 13 887	8 587	3 246	17 853	24 280	26 440	26 676
28 855	— 1 024	6 594	5 795	3 460	43 680	31 428	49 475	33 039
19 000	— 992	— 44 588	8 888	4 125	— 13 567	19 000	— 4 679	19 000
21 247	— 960	— 13 165	7 944	3 674	18 740	24 477	26 684	26 685
23 693	— 960	— 6 813	6 546	3 752	26 218	26 555	32 764	28 375
23 192	— 928	— 8 059	8 416	3 702	26 323	26 549	34 739	28 880
33 397	— 912	18 576	7 710	2 800	61 571	36 308	69 281	38 443
25 842	— 880	— 1 142	6 347	3 743	33 910	28 637	40 257	30 395
22 227	— 880	— 10 576	7 745	3 887	22 403	25 449	30 148	27 595
25 249	— 880	— 2 606	5 795	3 822	31 380	28 904	37 175	29 503
19 000	— 864	— 27 572	9 268	3 862	3 694	20 258	12 962	22 816
31 742	— 786	14 426	4 804	3 734	53 920	34 099	58 724	35 425
33 774	— 650	19 755	4 345	3 821	61 045	36 028	65 390	37 227
20 289	— 604	— 15 603	9 621	3 886	17 589	24 003	27 210	26 649
27 260	— 445	2 778	7 445	3 903	40 941	30 381	48 386	32 429
26 364	— 445	413	9 139	3 624	39 095	29 874	48 234	32 387
28 354	— 422	5 660	5 095	4 184	42 871	30 906	47 966	32 307
23 421	— 400	— 7 285	7 847	4 007	27 590	26 669	35 437	28 819
25 025	— 400	— 3 037	7 821	4 080	33 489	28 286	41 310	30 429
26 202	— 400	82	8 306	3 789	37 979	29 516	46 285	31 792
27 658	— 377	3 941	6 108	4 285	41 615	30 506	47 723	32 179
19 000	— 331	— 19 444	7 575	4 494	11 294	22 174	18 869	24 242
28 111	— 126	5 262	6 883	4 097	44 227	31 108	51 110	32 987
19 000	— 104	— 32 791	11 414	4 194	1 713	19 496	13 127	22 612
29 935	— 81	10 119	5 323	4 364	49 660	32 579	54 983	34 032

Forts.

Apotek Nr	Anmärkning	Resultat m. m. under år 1956									
		Omsättning	Korrigerat driftsresultat (över- el. underskott *före* ersättning till innehavaren)	Ersättning till innehavaren enl. nuv. avgiftssystem	Över- el. underskott *efter* ersättning till innehavaren (kol. 4 ./. kol. 5)	Redovisad varukostnad i procent av omsättning	Lönekostnad i procent av omsättn. (innehavarens ersättn. ingår ej)	Antal anställda (innehavaren ingår ej)			
								Legitimerade apotekare	Farmacie kandidater och receptarier	Tekn. biträden och laboratoriebiträden	Summa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
121		334 387	— 1 749	20 357	— 22 106	65,1	26,4	—	0,93	7,13	8,06
122		335 513	5 309	22 196	— 16 887	68,2	23,9	—	1,54	5,18	6,72
123	1. 3.	338 727	— 17 474	9 356	— 26 830	71,6	27,3	1,00	0,46	5,00	6,46
124		340 486	17 914	21 902	— 3 988	66,8	20,8	—	1,08	4,54	5,62
125		341 054	20 146	23 591	— 3 445	63,3	22,7	—	1,63	4,07	5,70
126		346 069	45 737	24 489	21 248	62,5	17,7	—	1,09	4,16	5,25
127	3.	349 766	17 146	24 507	— 7 361	62,1	27,4	0,41	1,09	6,61	8,11
128		350 860	51 661	24 958	26 703	63,2	15,5	—	1,15	2,59	3,74
129		351 293	45 059	25 320	19 739	61,4	19,3	—	1,12	4,34	5,46
130		355 879	65 606	26 324	39 282	55,3	19,0	—	1,02	4,62	5,64
131		363 483	56 170	25 830	30 340	63,5	15,4	—	0,97	3,21	4,18
132	3.	363 859	46 479	26 702	19 777	56,9	26,6	0,95	0,69	5,79	7,43
133		368 003	31 317	25 373	5 944	60,0	26,1	—	1,90	5,27	7,17
134		374 683	19 681	24 211	— 4 530	62,3	26,7	—	2,03	5,66	7,69
135		379 244	13 439	24 288	— 10 849	56,8	32,4	1,00	1,45	6,19	8,64
136	3.	379 277	18 219	23 691	— 5 472	62,6	23,3	—	2,16	4,10	6,26
137		383 137	25 728	23 518	2 210	62,1	23,9	—	1,93	4,75	6,68
138		386 888	49 295	24 295	25 000	63,2	18,0	—	1,57	3,88	5,45
139	3.	387 147	42 849	27 612	15 237	58,7	24,5	0,33	1,73	5,05	7,11
140		392 042	60 672	26 772	33 900	63,1	14,5	—	1,18	3,94	5,12
141		394 790	21 508	21 819	— 311	70,4	16,5	—	0,86	4,40	5,26
142	3.	397 666	21 851	25 582	— 3 731	62,0	27,4	—	2,16	6,59	8,75
143	2.	401 291	16 179	22 902	— 6 723	66,0	21,7	—	1,49	4,80	6,29
144	1.	401 576	46 976	26 836	20 140	60,3	20,1	—	1,94	4,30	6,24
145	3.	405 643	— 6 544	21 737	— 28 281	70,8	25,7	1,00	0,94	6,12	8,06
146		408 474	26 827	23 873	2 954	63,6	22,7	—	1,75	4,87	6,62
147	1.	408 859	36 767	25 471	11 296	53,0	30,4	—	2,52	6,77	9,29
148		416 410	29 044	23 017	6 027	65,7	20,1	—	1,37	5,44	6,81
149		417 752	37 587	24 222	13 365	63,6	19,6	—	1,15	5,13	6,28
150		417 805	3 802	23 031	— 19 229	63,6	27,6	1,00	1,09	6,11	8,20
151		418 057	— 2 212	20 949	— 23 161	73,2	21,7	—	2,05	5,11	7,16
152	1.	419 606	25 035	26 260	— 1 225	55,8	30,5	—	2,69	6,84	9,53
153	3.	419 983	33 710	27 456	6 254	59,9	27,4	—	2,15	7,38	9,53
154		420 618	40 103	26 675	13 428	57,8	26,0	—	2,00	6,83	8,83
155		420 724	34 488	25 449	9 039	59,4	25,6	0,17	1,80	6,06	8,03
156	1. 3.	420 862	— 25 821	20 146	— 45 967	65,7	30,7	—	2,85	6,96	9,81
157	1. 3.	422 751	8 712	26 825	— 18 113	57,4	35,5	1,00	2,59	6,96	10,55
158	2.	424 545	43 202	26 810	16 392	62,2	22,0	—	1,98	4,97	6,95
159		424 978	— 24 350	21 345	— 45 695	68,9	29,5	0,96	1,92	5,68	8,56
160	3.	427 586	50 018	25 792	24 226	62,5	19,3	—	1,95	4,97	6,92

1. Apoteket har överlåtits under år 1956
2. » » » » sista kvartalet 1955
3. Apoteket har filialapotek
4. Apoteket är nattapotek

Kommitténs förslag till nytt avgiftssystem tillämpat på 1956 års resultat								
1956 års resultat och kostnader oförändrade			Resultatet skulle förbättras med följande belopp, om kostnadsbesparingar genomfördes beträffande		Resultatet antas förbättrat genom att lönerna och varukostnaderna minskas med			
					Alt. 1. löner 10 % varukostnader 2 %		*Alt. 2.* löner 20 % varukostnader 2 %	
Innehavarens ersättning	Beräknad avgift på omsättning (negativ avgift = bidrag)	Över- el. underskott *efter* innehavarens ersättning och preliminär avgift	löner med 10 %	varukostnad med 2 %	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning
13	14	15	16	17	18	19	20	21
19 000	— 58	— 20 691	8 828	4 354	11 433	22 126	20 261	24 527
20 448	— 13	— 15 126	8 019	4 576	17 904	23 873	25 923	26 055
19 000	56	— 36 530	9 247	4 851	— 3 376	19 000	5 871	20 597
23 873	78	— 6 037	7 082	4 549	29 545	27 036	36 627	28 963
24 460	101	— 4 415	7 742	4 318	32 206	27 728	39 948	29 826
31 395	215	14 127	6 125	4 326	56 188	34 227	62 313	35 886
23 647	306	— 6 807	9 584	4 344	31 074	27 421	40 658	30 018
33 000	329	18 332	5 438	4 435	61 534	35 676	66 972	37 149
31 166	329	13 564	6 780	4 314	56 153	34 161	62 933	35 992
36 714	443	28 449	6 762	3 936	76 304	39 602	83 066	41 428
34 166	602	21 402	5 598	4 616	66 384	36 924	71 982	38 435
31 549	625	14 305	9 679	4 141	60 299	35 281	69 978	37 894
27 424	716	3 177	9 605	4 416	45 338	31 196	54 943	33 780
24 294	875	— 5 488	10 004	4 669	34 354	28 241	44 358	30 932
22 615	966	— 10 142	12 288	4 308	30 035	27 079	42 323	30 385
23 901	966	— 6 648	8 837	4 749	31 805	27 556	40 642	29 933
25 895	1 057	— 1 224	9 157	4 759	39 644	29 625	48 801	32 079
32 211	1 148	15 936	6 964	4 890	61 149	35 388	68 113	37 254
30 484	1 148	11 217	9 485	4 545	56 879	34 244	66 364	36 786
35 260	1 262	24 150	5 685	4 948	71 305	38 110	76 990	39 633
24 743	1 330	— 4 565	6 514	5 559	33 581	27 966	40 095	29 705
24 834	1 398	— 4 381	10 896	4 931	37 678	29 060	48 574	31 969
23 320	1 474	— 8 615	8 708	5 297	30 184	27 059	38 892	29 384
31 543	1 503	13 930	8 072	4 843	59 891	34 991	67 963	37 146
19 000	1 621	— 27 165	10 425	5 744	9 625	21 560	20 050	24 333
26 136	1 680	— 989	9 272	5 196	41 295	29 984	50 567	32 451
28 780	1 710	6 277	12 429	4 334	53 530	33 239	65 959	36 545
26 726	1 916	402	8 370	5 472	42 886	30 408	51 256	32 634
28 961	1 975	6 651	8 188	5 314	51 089	32 539	59 277	34 708
20 008	1 975	— 18 181	11 531	5 314	20 647	24 471	32 178	27 527
19 000	1 975	— 23 187	9 072	6 120	12 980	22 440	22 052	24 844
25 634	2 034	— 2 633	12 798	4 683	42 516	30 267	55 314	33 658
27 899	2 034	3 777	11 508	5 031	50 249	32 266	61 757	35 304
29 587	2 064	8 452	10 936	4 862	55 901	33 758	66 837	36 645
28 105	2 064	4 319	10 771	4 998	50 257	32 268	61 028	35 111
19 000	2 064	— 46 885	12 920	5 530	— 7 371	19 000	5 549	20 465
21 291	2 123	— 14 702	15 008	4 853	28 573	26 515	43 581	30 462
30 362	2 182	10 658	9 340	5 281	57 823	34 207	67 163	36 664
19 000	2 182	— 45 532	12 537	5 856	— 5 957	19 000	6 580	20 731
32 155	2 271	15 592	8 252	5 345	63 615	35 731	71 867	37 901

Forts.

Apotek Nr	Anmärkning	Resultat m. m. under år 1956									
		Omsättning	Korrigerat driftsresultat (över- el. underskott *före* ersättning till innehavaren)	Ersättning till innehavaren enl. nuv. avgiftssystem	Över- el. underskott *efter* ersättning till innehavaren (kol. 4 ./. kol. 5)	Redovisad varukostnad i procent av omsättning	Lönekostnad i procent av omsättn. (innehavarens ersättn. ingår ej)	Antal anställda (innehavaren ingår ej)			
								Legitimerade apotekare	Farmacie kandidater och receptarier	Tekn. biträden och laboratoriebiträden	Summa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
161		433 962	1 776	22 940	— 21 164	65,6	27,4	—	2,13	7,07	9,20
162	3.	435 430	13 062	23 872	— 10 810	61,7	28,9	1,00	1,23	7,28	9,51
163		436 787	42 908	22 309	20 599	62,3	20,3	—	1,80	5,21	7,01
164		437 473	34 144	26 255	7 889	61,6	24,4	—	2,00	6,40	8,40
165		439 552	51 226	27 562	23 664	60,5	21,5	—	1,91	5,24	7,15
166	3.	440 360	33 621	26 210	7 411	66,8	19,8	—	1,97	5,14	7,11
167	3.	441 071	24 338	24 584	— 246	63,1	26,8	0,25	1,79	7,57	9,61
168		446 053	37 075	25 563	11 512	61,1	24,3	—	2,39	5,21	7,60
169	1.	446 379	59 500	26 521	32 979	65,9	13,2	0,02	0,91	4,17	5,10
170	3.	446 535	21 121	23 415	— 2 294	65,0	22,9	—	2,10	6,05	8,15
171	3.	448 145	16 743	25 241	— 8 498	60,3	29,9	1,00	1,22	7,90	10,12
172		448 151	51 546	29 119	22 427	55,6	25,7	1,17	1,11	5,32	7,60
173		453 789	46 540	27 329	19 211	62,3	22,3	—	2,16	5,34	7,50
174		455 332	64 216	26 599	37 617	60,6	15,6	—	1,14	4,30	5,44
175		455 394	26 236	24 787	1 449	64,1	22,9	—	1,84	6,56	8,40
176	3.	456 139	6 454	22 147	— 15 693	63,6	27,1	1,00	1,62	4,40	7,02
177		457 363	59 707	27 844	31 863	58,0	22,9	—	2,07	5,75	7,82
178		461 209	46 646	28 458	18 188	60,6	24,1	—	2,17	6,85	9,02
179	3.	461 761	528	24 652	— 24 124	67,1	27,8	1,00	1,82	6,78	9,60
180		463 577	2 378	24 803	— 22 425	62,7	29,5	0,98	2,02	5,88	8,88
181	1.	465 816	42 953	28 532	14 421	55,2	27,8	1,00	1,77	6,57	9,34
182		466 103	50 224	27 301	22 923	64,4	18,7	—	1,17	6,06	7,23
183	3.	466 212	— 26 300	19 931	— 46 231	71,0	29,3	1,00	2,28	5,57	8,85
184	3.	469 638	45 943	25 826	20 117	58,1	23,9	—	2,46	6,15	8,61
185		477 687	45 671	26 488	19 183	60,8	22,6	0,08	1,95	6,06	8,09
186		478 726	57 888	29 826	28 062	59,5	20,9	—	2,54	5,47	8,01
187	1.	480 264	— 3 485	20 521	— 24 006	67,1	24,4	0,93	1,66	5,84	8,43
188		487 478	43 871	26 413	17 458	61,3	23,3	—	2,16	6,72	8,88
189	3.	487 595	34 042	29 594	4 448	62,1	23,8	1,00	1,13	6,57	8,70
190	1.	487 808	54 850	29 439	25 411	59,8	21,7	0,50	2,41	4,72	7,63
191		488 960	12 403	24 439	— 12 036	65,4	26,1	1,00	1,00	7,13	9,13
192	3.	496 574	33 643	25 518	8 125	65,4	21,3	0,54	1,45	5,08	7,07
193		497 040	16 041	24 111	— 8 070	63,8	24,7	0,19	1,77	7,78	9,74
194		497 543	12 190	26 107	— 13 917	62,0	29,3	1,00	1,99	7,60	10,59
195		497 553	9 333	22 544	— 13 211	65,3	24,9	—	1,95	8,44	10,39
196		502 111	— 1 103	24 304	— 25 407	60,6	32,3	1,00	2,54	7,62	11,16
197	3.	503 580	26 726	27 062	— 336	64,9	26,3	1,00	1,53	6,76	9,29
198		509 362	21 059	27 260	— 6 201	62,3	27,0	1,00	1,86	7,50	10,36
199		509 545	— 3 457	26 136	— 29 593	62,9	31,3	1,31	2,20	7,47	10,98
200	3.	511 906	4 738	25 741	— 21 003	67,9	25,3	0,01	3,06	7,34	10,41

1. Apoteket har överlåtits under år 1956
2. » » » » sista kvartalet 1955
3. Apoteket har filialapotek
4. Apoteket är nattapotek

Kommitténs förslag till nytt avgiftssystem tillämpat på 1956 års resultat								
1956 års resultat och kostnader oförändrade			Resultatet skulle förbättras med följande belopp, om kostnadsbesparingar genomfördes beträffande		Resultatet antas förbättrat genom att lönerna och varukostnaderna minskas med			
					Alt. 1. löner 10 % varukostnader 2 %		*Alt. 2.* löner 20 % varukostnader 2 %	
Innehavarens ersättning	Beräknad avgift på omsättning (negativ avgift = bidrag)	Över- el. underskott *efter* innehavarens ersättning och preliminär avgift	löner med 10 %	varukostnad med 2 %	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning
13	14	15	16	17	18	19	20	21
19 465	2 448	— 20 137	11 891	5 694	19 361	24 073	31 252	27 188
22 422	2 477	— 11 837	12 584	5 373	31 019	27 127	43 603	30 424
30 242	2 536	10 130	8 868	5 442	57 218	33 991	66 086	36 315
27 946	2 536	3 662	10 674	5 390	50 208	32 154	60 882	34 951
32 370	2 625	16 231	9 450	5 319	65 995	36 225	75 445	38 691
27 775	2 625	3 221	8 719	5 883	48 223	31 586	56 942	33 862
25 352	2 654	— 3 668	11 821	5 566	41 725	29 890	53 546	32 976
28 677	2 802	5 596	10 839	5 451	53 365	32 928	64 204	35 757
34 470	2 802	22 228	5 892	5 883	71 275	37 532	77 167	39 063
24 491	2 831	— 6 201	10 226	5 805	37 152	28 660	47 378	31 318
23 353	2 861	— 9 471	13 400	5 405	35 548	28 242	48 948	31 726
32 402	2 861	16 283	11 517	4 983	68 046	36 692	79 563	39 686
31 054	3 038	12 448	10 119	5 700	62 359	35 151	72 478	37 772
35 632	3 068	25 516	7 103	5 519	76 838	38 901	83 941	40 741
25 795	3 068	— 2 627	10 429	5 838	42 503	30 008	52 932	32 709
20 672	3 097	— 17 315	12 361	5 802	24 617	25 376	36 978	28 577
34 404	3 127	22 176	10 474	5 305	75 486	38 475	85 960	41 178
31 035	3 245	12 366	11 115	5 590	63 351	35 345	74 466	38 212
19 136	3 274	— 21 882	12 837	6 197	19 562	24 047	32 399	27 359
19 614	3 333	— 20 569	13 676	5 813	21 867	24 642	35 543	28 170
30 039	3 392	9 522	12 950	5 143	61 046	34 689	73 996	38 017
31 908	3 392	14 924	8 716	6 003	64 943	35 690	73 659	37 930
19 000	3 392	— 48 692	13 660	6 620	— 6 020	19 000	7 640	20 963
30 807	3 510	11 626	11 224	5 457	62 624	35 094	73 848	37 979
30 692	3 747	11 232	10 796	5 809	62 276	34 943	73 072	37 706
33 819	3 776	20 293	10 005	5 697	73 590	37 839	83 595	40 400
19 000	3 806	— 26 291	11 718	6 445	14 678	22 758	26 396	25 757
30 231	4 012	9 628	11 358	5 976	61 205	34 668	72 563	37 576
27 681	4 042	2 319	11 605	6 056	51 703	32 184	63 308	35 144
32 987	4 042	17 821	10 585	5 834	71 269	37 174	81 854	39 872
22 163	4 071	— 13 831	12 762	6 396	31 561	27 048	44 323	30 302
27 579	4 307	1 757	10 577	6 495	50 715	31 932	61 292	34 629
23 074	4 307	— 11 340	12 277	6 342	34 660	27 804	46 937	30 922
22 096	4 337	— 14 243	14 578	6 170	32 938	27 366	47 516	31 069
21 371	4 337	— 16 375	12 389	6 498	28 220	26 168	40 609	29 315
19 000	4 469	— 24 572	16 218	6 086	21 201	24 385	37 419	28 504
25 762	4 541	— 3 577	13 244	6 536	46 506	30 766	59 750	34 117
24 328	4 722	— 7 991	13 753	6 347	41 159	29 413	54 912	32 893
19 000	4 759	— 27 216	15 949	6 410	18 902	23 782	34 851	27 817
20 199	4 831	— 20 292	12 951	6 952	24 641	25 234	37 592	28 511

Forts.

Apotek Nr	Anmärkning	Resultat m. m. under år 1956									
		Omsättning	Korrigerat driftsresultat (över- el. underskott *före* ersättning till innehavaren)	Ersättning till innehavaren enl. nuv. avgiftssystem	Över- el. underskott *efter* ersättning till innehavaren (kol. 4 ./. kol. 5)	Redovisad varukostnad i procent av omsättning	Lönekostnad i procent av omsättn. (innehavarens ersättn. ingår ej)	Antal anställda (innehavaren ingår ej)			
								Legitimerade apotekare	Farmacie kandidater och receptarier	Tekn. biträden och laboratoriebiträden	Summa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
201		513 698	14 820	25 317	— 10 497	62,9	24,9	—	2,21	8,35	10,56
202	3.	513 702	— 5 396	24 514	— 29 910	68,3	28,3	0,98	2,12	8,07	11,17
203		513 952	12 190	26 911	— 14 721	59,2	30,4	1,00	2,07	8,23	11,30
204		515 050	20 268	25 148	— 4 880	65,1	24,5	—	2,49	6,73	9,22
205		515 717	45 904	27 573	18 331	58,7	24,5	1,00	1,31	6,06	8,37
206		522 957	72 155	28 651	43 504	63,5	17,2	0,51	0,91	4,61	6,03
207		524 930	33 712	28 108	5 604	61,7	25,4	1,00	1,95	6,55	9,50
208		525 206	5 356	24 687	— 19 331	63,0	27,0	1,00	1,62	7,11	9,73
209	3.	525 837	44 695	29 045	15 650	58,6	27,5	1,00	1,85	7,93	10,78
210		528 511	84 011	29 514	54 497	64,0	14,3	—	1,00	5,19	6,19
211		532 545	48 248	26 451	21 797	67,7	16,1	—	1,95	3,79	5,74
212		533 667	33 638	26 050	7 588	61,6	25,3	—	2,58	7,24	9,82
213		534 518	66 982	31 538	35 444	56,7	25,8	1,06	1,75	6,54	9,35
214		534 791	15 194	24 115	— 8 921	65,8	22,8	—	2,74	6,23	8,97
215		534 819	57 652	27 391	30 261	64,0	18,5	—	1,69	5,53	7,22
216	3.	541 440	52 405	30 130	22 275	63,0	23,4	0,99	1,44	7,43	9,86
217	3.	551 786	13 801	25 282	— 11 481	63,1	29,4	1,00	2,16	9,18	12,34
218		553 614	21 787	23 515	— 1 728	65,2	23,0	1,00	1,00	6,77	8,77
219		553 924	51 984	28 015	23 969	63,8	20,6	—	2,08	6,39	8,47
220		554 793	68 259	30 115	38 144	61,6	20,8	—	2,08	7,57	9,65
221		573 947	27 721	28 569	— 848	63,6	25,8	1,00	2,63	6,55	10,18
222		574 814	11 742	27 321	— 15 579	60,4	31,3	2,03	1,00	9,69	12 72
223		577 674	5 731	27 966	— 22 235	62,1	30,2	1,58	1,82	8,48	11,88
224		579 087	25 898	26 069	— 171	68,1	30,9	0,92	1,68	4,85	7,45
225	3.	580 180	— 4 771	28 688	— 33 459	61,3	33,6	—	3,53	11,68	15,21
226		581 919	44 760	29 614	15 146	63,5	22,8	1,00	2,02	6,29	9,31
227	3.	582 566	— 5 396	25 428	— 30 824	64,3	27,9	1,00	2,48	7,89	11,37
228		582 902	61 174	32 313	28 861	56,3	27,9	1,99	1,86	6,56	10,41
229	2.	586 327	23 705	25 606	— 1 901	66,3	22,8	—	2,57	7,96	10,53
230		586 614	18 705	26 695	— 7 990	64,5	25,8	0,94	1,80	7,22	9,96
231		588 106	25 783	25 461	322	65,8	23,3	—	1,85	8,07	9,92
232		591 037	45 437	27 523	17 914	67,4	18,0	1,00	1,51	3,42	5,93
233		592 578	— 5 596	25 805	— 31 401	65,2	28,3	1,00	2,72	8,14	11,86
234		592 821	38 941	29 250	9 691	63,1	23,8	1,00	2,35	6,61	9,96
235		596 944	3 269	26 202	— 22 933	65,4	27,7	0,95	3,31	7,04	11,30
236	3.	599 213	— 7 881	27 101	— 34 982	68,5	29,8	2,00	1,94	8,06	12,00
237		599 674	— 8 475	24 452	— 32 927	63,8	30,9	1,00	2,58	8,54	12,12
238	3.	609 410	34 338	30 280	4 058	63,4	26,9	0,18	3,83	7,74	11,75
239		614 455	51 455	29 380	22 075	63,8	21,7	0,08	2,93	7,57	10,58
240	1.	617 071	55 711	29 514	26 197	65,4	18,7	1,01	1,73	4,38	7,12

1. Apoteket har överlåtits under år 1956
2. » » » » sista kvartalet 1955
3. Apoteket har filialapotek
4. Apoteket är nattapotek

Kommitténs förslag till nytt avgiftssystem tillämpat på 1956 års resultat								
1956 års resultat och kostnader oförändrade			Resultatet skulle förbättras med följande belopp, om kostnadsbesparingar genomfördes beträffande		Resultatet antas förbättrat genom att lönerna och varukostnaderna minskas med			
					Alt. 1. löner 10 % varukostnader 2 %		*Alt. 2.* löner 20 % varukostnader 2 %	
Innehavarens ersättning	Beräknad avgift på omsättning (negativ avgift = bidrag)	Över- el. underskott *efter* innehavarens ersättning och preliminär avgift	löner med 10 %	varukostnad med 2 %	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning
13	14	15	16	17	18	19	20	21
22 735	4 904	— 12 819	12 791	6 462	34 073	27 586	46 864	30 810
19 000	4 904	— 29 300	14 538	7 017	16 159	23 072	30 697	26 736
22 072	4 904	— 14 786	15 624	6 085	33 899	27 543	49 523	31 480
24 108	4 940	— 8 780	12 619	6 706	39 593	28 977	52 212	32 157
30 522	4 976	10 406	12 635	6 055	64 594	35 213	77 229	38 384
37 111	5 230	29 814	8 995	6 642	87 792	41 036	96 787	43 294
27 462	5 303	947	13 333	6 478	53 523	32 434	66 856	35 781
20 344	5 303	— 20 291	14 181	6 618	26 155	25 565	40 336	29 124
30 174	5 339	9 182	14 461	6 163	65 319	35 330	79 780	38 945
40 003	5 448	38 560	7 558	6 765	98 334	43 584	105 892	45 473
31 062	5 566	11 620	8 574	7 211	64 033	35 008	72 607	37 152
27 410	5 629	599	13 502	6 575	53 715	32 429	67 217	35 804
35 679	5 665	25 638	13 791	6 061	86 834	40 622	100 625	44 056
22 783	5 665	— 13 254	12 193	7 038	34 425	27 572	46 618	30 608
33 355	5 665	18 632	9 894	6 846	74 392	37 524	84 286	39 987
32 049	5 883	14 473	12 670	6 822	71 897	36 902	84 567	40 057
22 423	6 282	— 14 904	16 223	6 964	36 988	28 173	53 211	32 196
24 403	6 355	— 8 971	12 733	7 219	41 739	29 351	54 472	32 509
31 892	6 355	13 737	11 411	7 068	70 463	36 475	81 874	39 305
35 928	6 391	25 940	11 540	6 835	86 634	40 485	98 174	43 347
25 847	7 080	— 5 206	14 808	7 301	49 830	31 308	64 638	34 966
21 900	7 116	— 17 274	17 992	6 944	36 678	28 059	54 670	32 503
20 416	7 225	— 21 910	17 446	7 175	30 352	26 497	47 798	30 806
25 397	7 261	— 6 760	12 103	7 887	45 888	30 334	57 991	33 324
19 000	7 298	— 31 069	19 494	7 113	21 836	24 372	41 330	29 167
30 011	7 370	7 379	13 268	7 390	65 418	35 093	78 686	38 357
19 000	7 406	— 31 802	16 254	7 492	18 350	23 514	34 604	17 513
34 049	7 406	19 719	16 263	6 563	84 000	39 664	100 263	43 665
24 808	7 515	— 8 618	13 368	7 775	44 848	29 988	58 216	33 263
23 583	7 551	— 12 429	15 135	7 567	41 407	29 145	56 542	32 853
25 317	7 588	— 7 122	13 703	7 739	47 225	30 570	60 928	33 927
30 132	7 697	7 608	10 639	7 967	64 043	34 691	74 682	37 297
19 000	7 769	— 32 365	16 770	7 727	18 901	23 612	35 671	27 704
28 502	7 769	2 670	14 109	7 481	60 531	33 770	74 640	37 212
19 798	7 914	— 24 443	16 535	7 808	27 612	25 737	44 147	29 772
19 000	7 987	— 34 868	17 857	8 209	18 185	23 437	36 042	27 794
19 000	8 023	— 35 498	18 530	7 652	17 707	23 303	36 237	27 806
27 344	8 410	— 1 416	16 393	7 727	58 458	33 205	74 851	37 189
31 504	8 625	11 326	13 334	7 840	72 629	36 649	85 963	39 889
32 538	8 754	14 419	11 539	8 071	75 321	37 303	86 860	40 107

Forts.

Apotek Nr	Anmärkning	Resultat m. m. under år 1956									
		Omsättning	Korrigerat driftsresultat (över- el. underskott *före* ersättning till innehavaren)	Ersättning till innehavaren enl. nuv. avgiftssystem	Över- el. underskott *efter* ersättning till innehavaren (kol. 4 ./. kol. 5)	Redovisad varukostnad i procent av omsättning	Lönekostnad i procent av omsättn. (innehavarens ersättn. ingår ej)	Antal anställda (innehavaren ingår ej)			
								Legitimerade apotekare	Farmacie kandidater och receptarier	Tekn. biträden och laboratoriebiträden	Summa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
241		620 346	— 3 632	25 967	— 29 599	66,2	27,3	1,00	2,72	8,31	12,03
242		623 705	— 634	25 374	— 26 008	68,2	25,1	1,00	2,18	7,82	11,00
243	1.	629 027	43 384	32 798	10 586	57,4	28,8	2,00	1,90	8,74	12,64
244		636 087	70 539	32 871	37 668	56,6	26,3	0,17	2,99	10,23	13,39
245		640 816	34 716	29 880	4 836	62,5	26,1	1,97	1,85	7,20	11,02
246		640 828	9 097	26 691	— 17 594	66,6	25,4	1,88	0,85	7,30	10,03
247		646 506	11 983	27 326	— 15 343	64,9	26,5	0,77	3,06	8,01	11,84
248		659 702	28 580	29 995	— 1 415	61,4	28,2	1,00	2,63	9,12	12,75
249		660 186	28 706	29 758	— 1 052	62,3	26,8	1,50	1,78	9,12	12,40
250		660 214	— 16 556	26 889	— 43 445	65,0	31,3	1,86	2,52	9,40	13,78
251		665 877	— 230	24 341	— 24 571	63,1	30,5	1,08	2,68	11,30	15,06
252		676 415	17 187	27 303	— 10 116	64,7	26,2	0,98	2,95	7,32	11,25
253	3.	682 088	7 404	29 137	— 21 733	67,1	26,6	1,00	2,67	9,84	13,51
254		686 994	23 002	28 992	— 5 990	61,4	28,7	1,00	2,94	10,47	14,41
255		696 187	73 421	33 727	39 694	61,2	22,6	1,56	2,22	7,05	10,83
256		696 215	34 299	30 477	3 822	63,8	25,5	0,99	2,47	9,43	12,89
257		696 394	64 102	30 345	33 757	65,8	19,3	—	2,46	7,16	9,62
258	3.	699 561	— 22 547	27 978	— 50 525	65,6	31,4	1,95	2,76	11,33	16,04
259		700 563	11 719	27 449	— 15 730	65,8	26,6	2,00	2,02	8,54	12,56
260		703 373	— 26 483	27 565	— 54 048	64,3	32,5	1,53	2,66	11,98	16,17
261		703 389	86 348	34 914	51 434	58,7	24,1	1,00	2,87	9,29	13,16
262		707 805	66 316	32 253	34 063	63,1	21,6	0,99	1,93	7,57	10,49
263		711 457	— 542	27 574	— 28 116	65,0	28,1	1,35	2,57	9,88	13,80
264		717 746	— 66 202	20 743	— 86 945	76,2	27,0	1,61	2,58	8,37	12,56
265	1.	718 805	70 913	35 666	35 247	59,8	24,3	1,00	2,44	10,25	13,69
266	1. 3.	722 250	— 62 982	25 154	— 88 136	68,9	32,5	1,65	2,79	12,33	16,77
267		722 592	536	27 946	— 27 410	64,4	29,2	1,86	2,86	9,17	13,89
268		728 148	73 719	32 293	41 426	58,6	24,9	0,83	2,62	9,65	13,10
269	4.	730 090	— 57 318	24 590	— 81 908	67,9	36,9	1,83	6,53	9,44	17,80
270		731 461	36 588	30 248	6 340	65,3	24,2	1,00	2,23	10,01	13,24
271		744 775	37 440	32 140	5 300	60,6	27,8	2,00	2,69	7,69	12,38
272		745 567	4 627	27 357	— 22 730	68,7	24,2	0,90	2,69	8,31	11,90
273		757 805	69 775	31 413	38 362	63,7	20,4	0,99	2,41	7,56	10,96
274		772 510	65 558	32 261	33 297	60,7	24,9	2,06	2,50	6,71	11,27
275		776 558	60 152	33 802	26 350	59,5	27,4	1,03	3,09	11,74	15,86
276		784 698	88 467	34 548	53 919	61,4	21,1	1,00	3,40	6,60	11,00
277		786 367	97 868	27 933	69 935	68,2	24,8	1,00	2,80	10,24	14,04
278	3.	787 714	81 127	35 218	45 909	59,3	25,4	1,00	3,98	9,64	14,62
279	3.	795 265	46 421	33 157	13 264	62,9	27,3	1,95	2,98	10,33	15,26
280		797 144	41 546	32 443	9 103	63,5	25,4	1,00	2,60	11,78	15,38

1. Apoteket har överlåtits under år 1956
2. » » » » sista kvartalet 1955
3. Apoteket har filialapotek
4. Apoteket är nattapotek

Kommitténs förslag till nytt avgiftssystem tillämpat på 1956 års resultat								
1956 års resultat och kostnader oförändrade			Resultatet skulle förbättras med följande belopp, om kostnadsbesparingar genomfördes beträffande		Resultatet antas förbättrat genom att lönerna och varukostnaderna minskas med			
					Alt. 1 löner 10 % varukostnader 2 %		*Alt. 2* löner 20 % varukostnader 2 %	
Innehavarens ersättning	Beräknad avgift på omsättning (negativ avgift = bidrag)	Över- el. underskott *efter* innehavarens ersättning och preliminär avgift	löner med 10 %	varukostnad med 2 %	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning
13	14	15	16	17	18	19	20	21
19 000	8 883	— 31 515	16 935	8 213	21 516	24 207	38 451	28 305
19 000	9 055	— 28 689	15 655	8 507	23 528	24 694	39 183	28 482
29 499	9 270	4 615	18 116	7 221	68 721	35 630	86 837	40 015
36 070	9 571	24 898	16 729	7 201	94 469	41 861	111 198	45 910
27 367	9 786	— 2 437	16 725	8 010	59 451	33 328	76 176	37 358
21 192	9 786	— 21 881	16 277	8 536	33 910	27 172	50 187	31 095
21 888	10 044	— 19 949	17 132	8 392	37 507	28 039	54 639	32 168
25 888	10 604	— 7 912	18 604	8 101	55 285	32 324	73 889	36 807
25 889	10 604	— 7 787	17 693	8 226	54 625	32 110	72 318	36 356
19 000	10 604	— 46 160	20 665	8 583	12 692	22 046	33 357	27 006
19 000	10 862	— 30 092	20 309	8 403	28 482	25 836	48 791	30 710
23 125	11 292	— 17 230	17 722	8 753	43 662	29 479	61 384	33 732
20 770	11 550	— 24 916	18 144	9 154	34 702	27 294	52 846	31 630
24 497	11 765	— 13 260	19 717	8 436	51 155	31 226	70 872	35 938
36 548	12 152	24 721	15 734	8 521	97 676	42 345	113 410	46 105
27 197	12 152	— 5 050	17 753	8 884	60 936	33 564	78 689	37 807
34 256	12 152	17 694	13 440	4 582	82 124	38 546	95 564	41 744
19 000	12 324	— 53 871	21 966	9 178	8 597	21 046	30 563	26 274
21 789	12 374	— 22 444	18 635	9 219	39 573	28 418	58 208	32 854
19 000	12 473	— 57 956	22 860	9 045	5 422	20 290	28 282	25 731
39 464	12 473	34 411	16 952	8 258	111 558	45 439	128 510	49 457
34 717	12 722	18 877	15 289	8 932	90 537	40 457	105 826	44 081
19 000	12 871	— 32 413	19 992	9 249	28 699	25 802	48 691	30 540
19 000	13 220	— 98 422	19 379	10 938	— 35 885	19 000	— 16 506	19 000
35 735	13 269	21 909	17 467	8 597	96 977	41 887	114 444	46 009
19 000	13 419	— 95 401	23 473	9 953	— 29 556	19 000	— 6 083	19 000
19 126	13 468	— 32 058	21 100	9 307	30 943	26 303	52 043	31 282
36 398	13 717	23 604	18 131	8 534	100 384	42 691	118 515	46 970
19 000	13 816	— 90 134	26 940	9 915	— 20 463	19 000	6 477	20 522
27 598	13 867	— 4 877	17 701	9 553	63 842	34 003	81 543	38 163
27 798	14 563	— 4 921	20 705	9 027	67 172	34 785	87 877	39 651
20 087	14 613	— 30 073	18 043	10 244	32 914	26 735	50 957	30 975
35 327	15 210	19 238	15 459	9 654	94 888	41 204	110 347	44 821
34 341	15 956	15 261	19 235	9 378	94 171	41 036	113 406	45 537
33 076	16 156	10 920	21 278	9 241	90 671	40 217	111 949	45 196
39 701	16 554	32 212	16 557	9 636	114 660	45 830	131 217	49 705
41 803	16 603	39 462	19 502	10 726	128 096	48 846	147 598	52 390
37 903	16 703	26 521	20 008	9 342	110 477	44 741	130 485	49 403
29 816	17 051	— 446	21 711	10 004	78 136	37 206	99 847	42 264
28 680	17 151	— 4 285	20 274	10 124	71 944	35 763	92 218	40 487

Forts.

Apotek Nr	Anmärkning	Resultat m. m. under år 1956									
		Omsättning	Korrigerat driftsresultat (över- el. underskott *före* ersättning till innehavaren)	Ersättning till innehavaren enl. nuv. avgiftssystem	Över- el. underskott *efter* ersättning till innehavaren (kol. 4 ./. kol. 5)	Redovisad varukostnad i procent av omsättning	Lönekostnad i procent av omsättn. (innehavarens ersättn. ingår ej)	Antal anställda (innehavaren ingår ej)			
								Legitimerade apotekare	Farmacie kandidater och receptarier	Tekn. biträden och laboratoriebiträden	Summa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
281		802 554	77 867	34 599	43 268	62,8	22,3	0,92	2,89	8,78	12,59
282		803 314	— 29 891	21 799	— 51 690	67,5	27,1	1,00	3,08	10,93	15,01
283		806 900	48 657	31 356	17 301	68,1	20,4	1,49	1,88	7,73	11,10
284	3.	807 744	1 974	31 207	— 29 233	65,0	28,4	1,94	3,11	11,07	16,12
285		807 864	95 536	35 519	60 017	60,4	21,0	0,96	2,57	8,59	12,12
286		821 350	62 873	32 866	30 007	64,4	22,4	0,82	2,90	8,37	12,09
287	3.	833 542	65 659	34 586	31 073	62,4	25,2	2,00	2,35	9,76	14,11
288		835 735	59 383	32 142	27 241	59,0	23,6	2,00	1,61	10,25	13,86
289		836 941	44 236	32 386	11 850	62,8	25,6	1,84	1,58	12,14	15,56
290	3.	837 523	38 134	35 032	3 102	63,7	27,2	0,95	4,00	11,95	16,90
291		838 833	22 753	30 973	— 8 220	62,8	28,0	2,23	3,00	9,24	14,47
292		839 814	21 757	31 026	— 9 269	65,1	27,1	2,00	1,97	12,74	16,71
293		845 474	79 650	34 854	44 796	59,8	23,9	1,37	3,35	8,22	12,94
294	1. 3.	846 304	41 098	35 229	5 869	63,0	27,3	2,09	2,92	10,44	15,45
295		852 251	7 777	30 605	— 22 828	61,3	31,4	2,00	3,47	13,37	18,84
296		867 547	56 254	34 741	21 513	64,4	23,7	2,00	2,61	9,04	13,65
297		880 231	47 078	31 763	15 315	68,4	21,0	0,98	2,87	8,44	12,29
298	1. 3.	881 365	54 161	37 617	16 544	60,7	25,4	0,83	4,57	10,31	15,71
299		886 123	32 384	31 649	735	65,0	24,2	1,83	2,86	9,08	13,77
300	1.	899 051	69 122	36 346	32 776	59,7	25,8	1,32	2,63	13,03	16,98
301		914 269	39 894	31 347	8 547	64,0	25,0	1,00	3,16	12,34	16,50
302	1. 3.	914 329	79 972	41 543	38 429	57,8	27,3	1,93	4,71	9,33	15,97
303	3.	915 188	69 478	38 271	31 207	58,1	29,3	2,00	3,47	13,80	19,27
304		921 915	29 883	32 624	— 2 741	67,9	23,2	2,00	2,49	10,36	14,85
305		923 426	15 045	25 228	— 10 183	68,3	21,2	1,49	3,17	8,42	13,08
306	3.	923 784	26 814	33 401	— 6 587	63,4	28,2	2,64	1,96	11,87	16,47
307		929 005	28 790	36 288	— 7 498	60,4	25,3	0,59	4,00	13,78	18,37
308		935 175	45 895	33 078	12 817	63,8	24,8	2,00	1,89	12,86	16,75
309		940 580	134 905	39 816	95 089	54,2	25,2	2,18	2,70	10,68	15,56
310	3.	941 801	87 569	38 085	49 484	62,5	23,5	2,00	3,00	9,67	14,67
311		944 126	— 33 552	24 855	— 58 407	70,8	25,0	1,94	2,84	12,04	16,82
312		948 981	63 090	37 399	25 691	63,5	25,3	1,52	4,32	10,56	16,40
313		955 105	81 207	34 426	46 781	66,2	19,7	0,50	3,18	10,10	13,78
314		960 427	— 83 839	24 269	—108 108	70,8	28,9	2,69	2,02	15,31	20,02
315		961 679	45 673	33 974	11 699	59,4	28,0	3,00	1,82	14,49	19,31
316		964 603	97 887	34 427	63 460	64,7	18,3	1,00	2,78	9,51	13,29
317	1.	968 874	89 157	45 608	43 549	56,4	27,3	1,97	4,40	11,02	17,39
318		969 723	75 408	39 990	35 418	56,8	30,0	1,91	3,61	16,00	21,52
319		981 680	56 993	35 485	21 508	61,7	26,2	1,00	4,65	11,29	16 94
320	3.	990 674	— 24 833	30 463	— 55 296	65,1	30,1	2,70	2,32	15,95	20,97

1. Apoteket har överlåtits under år 1956
2. » » » » sista kvartalet 1955
3. Apoteket har filialapotek
4. Apoteket är nattapotek

Kommitténs förslag till nytt avgiftssystem tillämpat på 1956 års resultat								
1956 års resultat och kostnader oförändrade			Resultatet skulle förbättras med följande belopp, om kostnadsbesparingar genomfördes beträffande		Resultatet antas förbättrat genom att lönerna och varukostnaderna minskas med			
					Alt. 1 löner 10 % varukostnader 2 %		*Alt. 2* löner 20 % varukostnader 2 %	
Innehavarens ersättning	Beräknad avgift på omsättning (negativ avgift = bidrag)	Över- el. underskott *efter* innehavarens ersättning och preliminär avgift	löner med 10 %	varukostnad med 2 %	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning
13	14	15	16	17	18	19	20	21
37 065	17 470	23 332	17 897	10 080	105 844	43 556	123 741	47 708
19 000	17 470	— 66 361	21 770	10 845	2 724	19 632	24 494	24 683
30 288	17 696	673	16 461	10 990	76 108	36 657	92 569	40 476
19 458	17 752	— 35 236	22 940	10 501	35 415	27 216	58 355	32 538
41 069	17 752	36 715	16 965	9 759	122 260	47 242	139 225	51 161
33 524	18 487	10 862	18 398	10 579	91 850	40 217	110 248	44 467
34 167	19 221	12 271	21 005	10 486	97 150	41 442	118 155	46 294
32 717	19 334	7 332	19 723	9 862	88 968	39 552	108 691	44 108
29 174	19 391	— 4 329	21 426	10 512	76 174	36 520	97 600	41 448
27 771	19 447	— 9 084	22 781	10 670	71 585	35 465	94 366	40 704
24 233	19 504	— 20 984	23 487	10 536	56 776	32 058	80 263	37 460
24 004	19 560	— 21 807	22 759	10 934	55 450	31 754	78 209	36 988
37 240	19 843	22 567	20 207	10 112	109 969	44 183	130 176	48 810
28 411	19 899	— 7 212	23 104	10 663	74 865	36 144	97 969	41 435
20 781	20 239	— 33 243	26 761	10 449	44 987	29 302	71 748	35 430
31 826	21 143	3 285	20 561	11 174	87 989	39 061	108 550	43 749
29 734	21 821	— 4 477	18 485	12 042	77 605	36 694	96 090	40 909
31 349	21 877	935	22 387	10 700	87 248	38 893	109 635	43 997
26 384	22 160	— 16 160	21 444	11 520	65 348	33 899	86 792	38 789
34 691	22 894	11 537	23 196	10 735	103 053	42 393	126 249	47 659
28 056	23 837	— 11 999	22 857	11 703	74 454	35 901	97 311	41 090
37 154	23 837	18 981	24 961	10 570	115 503	45 219	140 464	50 885
34 772	23 900	10 806	26 815	10 634	106 927	43 272	133 742	49 359
25 754	24 343	— 20 214	21 388	12 520	63 791	33 417	85 179	38 250
22 400	24 406	— 31 761	19 577	12 614	47 236	29 675	66 813	34 100
25 060	24 469	— 22 715	26 051	11 714	64 579	33 595	90 630	39 482
25 507	24 786	— 21 503	23 504	11 222	63 516	33 355	87 020	38 667
29 326	25 165	— 8 596	23 192	11 933	81 020	37 230	104 212	42 448
49 354	25 545	60 006	23 703	10 196	168 804	56 981	192 507	62 314
38 703	25 608	23 258	22 132	11 773	121 474	46 332	143 606	51 311
19 000	25 734	— 78 286	23 603	13 369	3 420	19 770	27 023	25 080
33 132	26 051	3 907	24 009	12 052	99 151	41 210	123 160	46 588
37 190	26 430	17 587	18 816	12 646	112 669	44 238	131 485	48 453
19 000	26 747	— 129 586	27 756	13 600	— 42 483	19 000	— 14 727	19 000
29 231	26 873	— 10 431	26 927	11 425	84 025	37 822	110 952	43 853
40 829	27 063	29 995	17 652	12 482	128 021	47 549	145 673	51 485
38 882	27 316	22 959	26 450	10 929	126 536	47 218	152 986	53 116
35 816	27 379	12 213	29 092	11 016	115 516	44 760	144 608	51 248
31 709	28 138	— 2 854	25 720	12 114	94 827	40 146	120 547	45 882
19 000	28 708	— 72 541	29 819	12 899	17 885	22 970	47 704	29 590

Forts.

Apotek Nr	Anmärkning	Resultat m. m. under år 1956									
		Omsättning	Korrigerat driftsresultat (över- el. underskott *före* ersättning till innehavaren)	Ersättning till innehavaren enl. nuv. avgiftssystem	Över- el. underskott *efter* ersättning till innehavaren (kol. 4 ./. kol. 5)	Redovisad varukostnad i procent av omsättning	Lönekostnad i procent av omsättn. (innehavarens ersättn. ingår ej)	Antal anställda (innehavaren ingår ej)			
								Legitimerade apotekare	Farmacie kandidater och receptarier	Tekn. biträden och laboratoriebiträden	Summa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
321	3.	1 018 003	33 608	34 116	— 508	65,6	24,4	2,00	2,50	13,27	17,77
322		1 018 912	83 043	36 878	46 165	65,0	19,4	1,01	3,00	11,14	15,15
323		1 027 491	— 42 880	32 717	— 75 597	67,6	29,8	2,25	3,31	15,55	21,11
324		1 028 984	127 837	40 794	87 043	61,0	21,5	1,00	3,53	10,39	14,92
325		1 048 969	— 1 723	32 214	— 33 937	66,6	26,5	1,75	3,35	15,47	20,57
326		1 062 827	— 17 785	27 759	— 45 544	66,5	28,1	1,97	4,77	12,54	19,28
327		1 063 749	124 356	40 774	83 582	62,3	20,6	1,89	2,93	9,58	14,40
328		1 071 218	103 104	35 036	68 068	60,1	25,4	1,97	3,43	14,39	19,79
329	1.	1 071 671	108 346	42 735	65 611	62,7	20,9	2,00	3,55	9,89	15,44
330		1 077 386	72 978	36 892	36 086	64,9	22,9	1,83	3,61	12,08	17,52
331		1 098 032	137 739	42 130	95 609	62,5	19,5	1,98	2,50	10,16	14,64
332	3.	1 103 792	63 652	37 229	26 423	63,3	25,6	2,00	3,45	12,96	18,41
333		1 109 454	135 187	42 069	93 118	62,9	19,7	1,00	4,03	10,76	15,79
334		1 116 517	115 108	41 247	73 861	60,4	23,6	1,79	3,48	14,11	19,38
335		1 118 389	48 880	36 289	12 591	63,3	25,4	1,91	3,96	13,91	19,78
336	4.	1 121 437	19 774	34 395	— 14 621	64,5	30,6	1,47	7,18	14,52	23,17
337	3.	1 125 655	89 735	42 022	47 713	62,2	25,1	2,13	3,90	13,50	19,53
338	3.	1 134 090	33 066	37 431	— 4 365	64,0	28,3	3,07	3,57	14,63	21,27
339		1 143 752	112 721	41 209	71 512	61,8	22,7	1,00	4,50	13,13	18,63
340	4.	1 148 938	103 109	40 110	62 999	63,3	25,2	1,87	5,45	13,22	20,54
341		1 156 176	24 929	33 469	— 8 540	66,5	24,0	2,00	3,88	13,79	19,67
342		1 159 729	174 536	43 705	130 831	62,9	16,7	0,85	3,95	9,22	14,02
343	1. 3. 4.	1 164 561	70 289	42 510	27 779	61,3	29,4	1,93	7,33	13,72	22,98
344		1 172 827	67 768	37 097	30 671	65,3	22,6	1,13	4,32	14,10	19,55
345		1 185 993	35 799	33 491	2 308	71,7	20,2	2,72	2,65	8,64	14,01
346		1 193 042	96 872	35 993	60 879	68,2	21,9	2,76	2,91	10,35	16,02
347	4.	1 212 207	102 294	43 736	58 558	58,5	30,7	1,90	6,69	18,43	27,02
348	3.	1 213 300	62 978	38 957	24 021	63,1	25,2	0,96	5,11	17,47	23,54
349	1.	1 227 375	149 517	46 370	103 147	61,0	20,6	1,00	3,74	13,62	18,36
350	3.	1 230 435	129 843	45 264	84 579	60,8	23,3	2,96	4,54	10,38	17,88
351		1 245 596	130 485	45 690	84 795	61,5	22,7	2,00	3,45	15,33	20,78
352		1 251 931	135 466	41 200	94 266	64,6	18,7	0,68	3,91	13,93	18,52
353		1 261 400	93 480	37 606	55 874	65,0	21,1	1,88	3,25	13,39	18,52
354		1 261 827	93 486	39 567	53 919	68,1	19,1	1,97	3,02	12,04	17,03
355	3.	1 262 157	89 629	43 569	46 060	62,5	25,8	3,81	3,87	12,83	20,51
356		1 284 037	93 204	40 787	52 417	63,5	22,8	1,90	3,36	15,38	20,64
357	3.	1 289 103	123 209	44 954	78 255	62,1	23,2	1,21	4,57	15,80	21,58
358		1 303 954	138 869	47 267	91 602	60,5	23,9	2,00	4,68	16,30	22,98
359		1 332 307	96 121	38 648	57 473	68,1	18,3	1,00	3,75	13,55	18,30
360	3.	1 336 109	138 190	46 360	91 830	60,3	23,3	2,16	3,71	16,26	22,13

1. Apoteket har överlåtits under år 1956
2. » » » » sista kvartalet 1955
3. Apoteket har filialapotek
4. Apoteket är nattapotek

Kommitténs förslag till nytt avgiftssystem tillämpat på 1956 års resultat								
1956 års resultat och kostnader oförändrade			Resultatet skulle förbättras med följande belopp, om kostnadsbesparingar genomfördes beträffande		Resultatet antas förbättrat genom att lönerna och varukostnaderna minskas med			
					Alt. 1 löner 10 % varukostnader 2 %		*Alt. 2* löner 20 % varukostnader 2 %	
Innehavarens ersättning	Beräknad avgift på omsättning (negativ avgift = bidrag)	Över- el. underskott *efter* innehavarens ersättning och preliminär avgift	löner med 10 %	varukostnad med 2 %	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning
13	14	15	16	17	18	19	20	21
26 461	30 537	— 23 390	24 839	13 356	71 803	34 940	96 642	40 455
37 436	30 607	15 000	19 767	13 246	116 056	44 764	135 823	49 153
19 000	31 167	— 93 047	30 619	13 892	1 631	19 360	32 250	26 127
47 252	31 307	49 278	22 123	12 554	162 514	54 916	184 637	59 805
19 000	32 707	— 53 430	27 798	13 972	40 047	27 850	67 845	33 994
19 000	33 687	— 70 472	29 865	14 136	26 216	24 768	56 081	31 338
46 358	33 757	44 241	21 913	13 254	159 523	54 095	181 436	58 916
41 683	34 247	27 174	27 209	12 876	143 189	50 502	170 398	56 488
42 836	34 317	31 193	22 398	13 439	144 183	50 720	166 581	55 648
34 982	34 667	3 329	24 672	13 984	111 634	43 448	136 306	48 851
49 165	36 137	52 437	21 412	13 725	172 876	56 860	194 288	61 549
32 940	36 584	— 5 872	28 257	13 974	105 883	42 188	134 140	48 377
48 606	36 968	49 613	21 856	13 957	171 000	56 449	192 856	61 235
44 094	37 582	33 432	26 350	13 488	154 946	52 778	181 296	58 523
29 656	37 659	— 18 435	28 407	14 159	91 446	38 935	119 853	45 128
23 311	37 889	— 41 426	34 316	14 467	68 557	33 945	102 873	41 426
38 562	38 273	12 900	28 254	14 003	131 992	47 774	160 246	53 934
26 175	38 887	— 31 996	32 095	14 516	79 677	36 290	111 772	43 255
43 460	39 654	29 607	25 963	14 137	152 821	52 162	178 784	57 796
41 272	40 038	21 799	28 953	14 546	146 608	50 667	175 561	56 921
24 385	40 575	— 40 031	27 748	15 377	68 054	33 700	95 802	39 693
56 700	40 882	76 954	19 367	14 589	208 492	64 034	227 859	68 218
34 182	41 266	— 5 159	34 238	14 278	118 805	44 662	153 043	52 057
33 570	41 880	— 7 682	26 506	15 317	109 591	42 562	136 097	48 261
26 697	42 878	— 33 776	23 957	17 007	76 763	35 504	100 720	40 655
39 827	43 415	13 630	26 128	16 273	139 273	48 944	165 401	54 561
40 891	44 954	16 449	37 215	14 183	153 692	51 890	190 907	59 854
32 477	45 038	— 14 537	30 575	15 312	108 865	42 297	139 440	48 840
50 997	46 207	52 313	25 284	14 974	189 775	59 612	215 059	65 023
46 786	46 457	36 600	28 669	14 962	173 474	56 123	202 143	62 259
46 793	47 793	35 899	28 275	15 321	174 081	56 079	202 356	62 102
47 854	48 294	39 318	23 411	16 175	175 052	56 286	198 463	61 273
38 911	49 046	5 523	26 616	16 398	136 494	48 073	163 110	53 742
38 819	49 129	5 538	24 101	17 186	134 773	47 572	158 874	52 681
38 001	49 129	2 499	32 564	15 777	137 970	48 250	170 534	55 153
38 666	50 966	3 572	29 276	16 307	138 787	48 284	168 063	54 461
44 998	51 384	26 827	29 907	16 011	169 127	54 686	199 034	60 996
48 301	52 663	37 905	31 165	15 778	185 812	58 206	216 977	64 782
39 185	55 190	1 746	24 381	18 146	138 648	48 116	163 029	53 236
48 020	55 551	34 619	31 131	16 113	185 434	57 941	216 565	64 479

Forts.

Apotek Nr	Anmärkning	Resultat m. m. under år 1956						Antal anställda (innehavaren ingår ej)			
		Omsättning	Korrigerat driftsresultat (över- el. underskott *före* ersättning till innehavaren)	Ersättning till innehavaren enl. nuv. avgiftssystem	Över- el. underskott *efter* ersättning till innehavaren (kol. 4 ./. kol. 5)	Redovisad varukostnad i procent av omsättning	Lönekostnad i procent av omsättn. (innehavarens ersättn. ingår ej)	Legitimerade apotekare	Farmacie kandidater och receptarier	Tekn. biträden och laboratoriebiträden	Summa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
361	1. 3.	1 342 688	97 227	51 276	45 951	60,4	26,9	2,29	5,57	17,65	25,51
362	3.	1 344 795	79 211	43 785	35 426	60,9	26,7	1,96	4,42	18,89	25,27
363	3.	1 351 557	177 363	52 389	124 974	55,8	25,8	2,75	4,78	16,77	24,30
364		1 379 634	110 685	44 712	65 973	61,8	24,5	2,29	2,94	19,65	24,88
365	4.	1 397 929	32 710	36 027	— 3 317	65,3	28,7	2,04	7,59	18,04	27,67
366	1. 3.	1 421 325	55 809	46 378	9 431	61,3	29,3	2,99	4,74	24,64	32,37
367	1.	1 423 298	68 514	42 184	26 330	64,7	24,0	1,66	4,29	19,77	25,72
368	1. 3. 4.	1 428 516	— 16 820	32 727	— 49 547	65,1	31,8	3,00	7,90	21,65	32,55
369	3.	1 436 391	— 74 936	25 431	—100 367	68,8	29,6	3,61	5,43	19,69	28,73
370	1. 3.	1 442 813	176 527	51 000	125 527	61,0	20,7	1,76	3,89	15,63	21,28
371	3.	1 488 334	53 635	38 459	15 176	66,4	22,8	1,99	4,41	17,66	24,06
372	3.	1 501 690	74 805	40 726	34 079	69,9	19,7	3,00	4,12	10,58	17,70
373	3.	1 528 365	102 138	46 390	55 748	62,7	25,8	2,75	5,94	18,80	27,49
374	3.	1 590 398	100 366	42 476	57 890	69,2	19,0	0,90	5,00	17,67	23,57
375		1 611 847	192 437	49 517	142 920	64,6	18,0	2,00	3,00	15,53	20,53
376	4.	1 630 796	123 367	48 772	74 595	59,1	28,5	2,60	8,13	22,21	32,94
377	1.	1 646 134	114 122	46 226	67 896	66,3	21,6	1,98	7,11	13,13	22,22
378		1 658 803	206 226	50 326	155 900	64,7	17,7	1,08	3,46	18,35	22,89
379	4.	1 688 704	89 742	44 421	45 321	64,4	25,6	2,84	7,92	16,55	27,31
380		1 695 845	145 401	52 533	92 868	61,0	25,0	2,78	5,27	20,08	28,13
381		1 746 894	178 374	52 204	126 170	62,9	21,2	2,65	4,68	18,23	25,56
382		1 778 359	136 999	49 865	87 134	62,7	24,5	5,80	5,50	14,10	25,40
383	4.	1 818 051	145 353	48 055	97 298	65,0	22,6	2,93	6,23	19,31	28,47
384	3.	1 924 208	— 19 936	41 088	— 61 024	68,9	25,5	3,91	6,22	22,97	33,10
385	3.	1 982 364	89 472	53 163	36 309	62,9	27,8	4,52	7,00	25,59	37,11
386		2 009 432	162 123	45 852	116 271	66,5	18,5	3,02	3,89	14,78	21,69
387		2 026 256	116 259	47 912	68 347	66,1	21,7	3,81	4,35	19,95	28,11
388	4.	2 106 864	128 672	46 431	82 241	65,2	24,1	3,62	10,63	17,84	32,09
389	3. 4.	2 131 681	202 813	60 038	142 775	61,5	24,8	2,86	6,93	27,16	36,95
390		2 294 908	292 927	64 048	228 879	63,4	18,4	2,92	3,80	21,15	27,87
391	3.	2 354 300	310 695	73 136	237 559	60,7	21,5	2,90	8,53	22,50	33,93
Summa		247 692 629	15 410 974	11 200 494	4 210 480	63,4	24,3	340,84	868,79	3 101,36	4 310,99
Apotek med dlab.		31 478 692	2 844 407	1 087 321	1 757 086	63,7	22,9	73,60	119,98	540,73	734,31
Samtliga apotek		279 171 321	18 255 381	12 287 815	5 967 566	63,4	24,0	414,44	988,77	3 642,09	5 045,30

1. Apoteket har överlåtits under år 1956
2. » » » » sista kvartalet 1955
3. Apoteket har filialapotek
4. Apoteket är nattapotek

Kommitténs förslag till nytt avgiftssystem tillämpat på 1956 års resultat								
1956 års resultat och kostnader oförändrade			Resultatet skulle förbättras med följande belopp, om kostnadsbesparingar genomfördes beträffande		Resultatet antas förbättrat genom att lönerna och varukostnaderna minskas med			
					Alt. 1 löner 10 % varukostnader 2 %		*Alt. 2* löner 20 % varukostnader 2 %	
Innehavarens ersättning	Beräknad avgift på omsättning (negativ avgift = bidrag)	Över- el. underskott *efter* innehavarens ersättning och preliminär avgift	löner med 10 %	varukostnad med 2 %	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning	Korrigerat driftsresultat	Innehavarens ersättning
13	14	15	16	17	18	19	20	21
39 418	56 183	1 626	36 118	16 220	149 565	50 409	185 683	57 993
35 555	56 363	— 12 707	35 906	16 380	131 497	46 483	167 403	53 987
56 069	56 995	64 299	34 870	15 083	227 316	66 509	262 186	73 797
42 133	59 522	9 030	33 801	17 052	161 538	52 761	195 339	59 826
25 836	61 147	— 54 273	40 121	18 257	91 088	38 037	131 209	46 423
30 608	63 365	— 38 164	41 645	17 425	114 879	42 895	156 524	51 557
33 251	63 559	— 28 296	34 159	18 417	121 090	44 187	155 249	51 292
19 000	64 141	— 99 961	45 427	18 599	47 206	28 819	92 633	38 268
19 000	64 820	— 158 756	42 517	19 765	— 12 654	19 000	29 863	25 182
55 541	65 499	55 487	29 866	17 602	223 995	65 367	253 861	71 549
30 102	69 866	— 46 333	33 934	19 765	107 334	41 218	141 268	48 242
34 410	71 235	— 30 840	29 583	20 994	125 382	44 829	154 965	50 923
40 040	73 932	— 11 834	39 432	19 166	160 736	52 112	200 168	60 235
39 675	80 365	— 19 674	30 218	22 011	152 595	50 435	182 813	56 659
58 450	82 728	51 259	29 013	20 825	242 275	68 666	271 288	74 614
44 290	84 827	— 5 750	46 478	19 276	189 121	57 770	235 599	67 298
42 395	86 485	— 14 758	35 556	21 828	171 506	54 159	207 062	61 448
61 070	87 921	57 235	29 361	21 465	257 052	71 439	286 413	77 428
37 307	91 236	— 38 801	43 231	21 751	154 724	50 564	197 955	59 383
48 662	92 009	4 730	43 414	20 689	209 504	61 739	252 918	70 595
55 210	97 961	25 203	37 034	21 976	237 384	67 189	274 418	74 707
46 811	101 596	— 11 408	43 570	22 301	202 870	60 183	246 440	69 027
48 361	106 407	— 9 415	41 080	23 635	210 068	61 434	251 148	69 732
19 000	119 712	— 158 648	49 067	26 516	55 647	30 241	104 714	40 152
37 073	127 295	— 74 896	55 110	24 938	169 520	53 243	224 630	64 375
51 587	130 885	— 20 349	37 174	26 725	226 022	64 430	263 196	71 902
42 368	133 223	— 59 332	43 970	26 787	187 016	56 590	230 986	65 428
44 863	144 407	— 60 598	50 775	27 474	206 921	60 591	257 696	70 797
59 765	148 012	— 4 964	52 866	26 220	281 899	75 662	334 765	86 288
77 585	172 163	43 179	42 226	29 099	364 252	91 850	406 478	100 296
81 139	181 435	48 121	50 617	28 581	389 893	96 979	440 510	107 102
11 296 497	6 203 827	—2 089 350	6 014 709	3 134 867	24 560 550	13 283 400	30 575 259	14 649 627
1 000 859	1 690 560	152 988	710 956	400 960	3 956 323	1 228 279	4 667 279	1 376 177
12 297 356	7 894 387	—1 936 362	6 725 665	3 535 827	28 516 873	14 511 679	35 242 538	16 025 804

KUNGL. BIBL.
13 JULI 1959
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1959

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen)

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning

Kompetensfördelningen av administrativa besvärsmål mellan Kungl. Maj:t i statsrådet och regeringsrätten. [4]

Kommunalförvaltning

Statens och kommunernas finansväsen

Politi

Nationalekonomi och socialpolitik

Preliminär nationalbudget för år 1959. [3]

Hälso- och sjukvård

Läkemedelsförsörjningens organisation. [5]

Allmänt näringsväsen

Fast egendom. Jordbruk med binäringar

Statligt stöd till jordbrukets inre rationalisering. [1]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk

Industri. Handel och sjöfart

Kommunikationsväsen

Bank-, kredit- och penningväsen

Försäkringsväsen

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt

Filmstöd och biografnöjesskatt. [2]

Försvarsväsen

Utrikes ärenden. Internationell rätt

IDUNS TRYCKERIAKTIEBOLAG ESSELTE AB

STOCKHOLM 1959