SOU 1984:82



# APOTEKSBOLAGET MOT ÅR 2000

Delbetänkande av 1983 års läkemedelsutredning

SOU 1984:82

# APOTEKSBOLAGET MOT ÅR 2000

*Delbetänkande av 1983 års läkemedelsutredning*

109

Statens offentliga utredningar
1984:82
Socialdepartementet

# Apoteksbolaget mot år 2000

Delbetänkande av 1983 års läkemedelsutredning

Stockholm 1984

Omslag AdSum Magnus Günther
ISBN 91-38-08523-2
ISSN 0375-250X
Minab Gotab, Stockholm 1984, 80553

# Till Statsrådet Gertrud Sigurdsen

Genom beslut den 22 september 1983 bemyndigade regeringen statsrådet Sigurdsen att tillkalla en kommitté med högst åtta ledamöter med uppdrag att se över läkemedelslagstiftningen m.m. Kommittén utsågs den 22 november 1983 och har antagit benämningen 1983 års läkemedelsutredning. Av bilagda förteckning framgår kommitténs sammansättning samt dess sakkunniga, experter och sekreterare.

Kommittén får härmed överlämna ett delbetänkande: Apoteksbolaget mot år 2000 (SOU 1984:82).

Ledamoten Ward har på grund av sjukdom varit förhindrad att delta i slutfasen av arbetet med detta betänkande.

Reservation har avgivits av ledamoten Lennmarker och särskilda yttranden av ledamoten Carlberg och av avdelningschefen Lamnevik såsom sakkunnig.

Stockholm den 10 oktober 1984

*Ingemar Lindberg*

*Lilly Bergander* *Alec Carlberg*

*Arne Gadd* *Göran Lennmarker*

*Björn Tengroth* *Rosa Östh*

*/Bernt Åslund*

# Förteckning över medverkande i 1983 års läkemedelsutredning

Ordförande
Statssekreteraren Ingemar Lindberg

Övriga ledamöter
Riksdagsledamoten Lilly Bergander
Landstingsledamoten Alec Carlberg
Riksdagsledamoten Arne Gadd
Planeringschefen Göran Lennmarker
Professorn Björn Tengroth
Landstingsrådet Kurt Ward
Riksdagsledamoten Rosa Östh

Sakkunniga
Departementssekreteraren Göran Gustavsson
Departementsrådet Lars Hultstrand
Avdelningschefen Gunilla Lamnevik
Farmacie doktorn Rune Lönngren
Byråchefen Håkan Mandahl

Experter
Förbundsordföranden Kerstin Beckman-Danielsson
Professorn Lars-Olof Boréus
Direktören Ulf Edstedt
Apotekschefen Leif Eklund
Ombudsmannen Anita Fridén
Informationssekreteraren Marianne Millgårdh
Direktören Åke Nohrlander
Byråchefen Olof Pontusson
Ombudsmannen Jacob Ronsten
Apotekschefen Nils-Olof Strandqvist
Direktören Lars Werkö
Sjuksköterskan Lena Westin

Sekreterare
Revisionsdirektören Jan Hagvall
Hovrättsassessorn Lars-Åke Johnsson
Farmacie doktorn Bernt Åslund

# Innehållsförteckning

# Sammanfattning

I november 1983 tillkallade statsrådet Sigurdsen en kommitté för en översyn av läkemedelslagstiftningen m.m. Direktiven för utredningen återges i sin helhet i bilaga 1 och refereras i kap 2.

Enligt direktiven skulle kommittén med förtur överväga om det mot bakgrund av utvecklingen och vunna erfarenheter av Apoteksbolagets verksamhet finns anledning att göra ändringar för tiden efter år 1985 i de två avtal som finns mellan staten och Apoteksbolaget om bolagets verksamhet. Denna del av utredningens arbete redovisas i detta betänkande.

I kap 1 lämnas en *introduktion till läkemedelsområdet.* Det framhålls där att trots att läkemedel i någon form använts under snart sagt mänsklighetens hela historia, är det under de senaste 50 åren som huvuddelen av de nu använda läkemedlen utvecklats. Världsproduktionen av läkemedel närmade sig 1980 ett värde av 85 miljarder USD. De största läkemedelsproducenterna terna har sin hemvist i USA, Västtyskland, Schweiz och Japan. Svensk läkemedelsindustri har expanderat starkt under efterkrigstiden. För tio år sedan hade Sverige en starkt negativ handelsbalans i fråga om läkemedel men uppvisar nu ett svagt exportöverskott. Den totala läkemedelskonsumtionen i Sverige 1983 uppgick till ett värde av 5,4 miljarder kronor. Kostnaderna har ungefär femdubblats sedan 1970. Detta innebär en något långsammare ökningstakt än för de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård.

En redogörelse för *Apoteksbolagets tillkomst* ges i kap 3 och *grunderna för bolagets verksamhet* redovisas i kap 4. Beslut att grunda Apoteksbolaget fattades av 1970 års riksdag. Bolaget ägs till 2/3 av staten och till 1/3 av en av Apotekarsocieteten grundad stiftelse. Apoteksbolaget har med ett par smärre undantag ensamrätt till detaljhandel med läkemedel och driver sedan 1971 samtliga apotek i landet. Enligt det grundläggande avtalet med staten skall Apoteksbolaget svara för att en god läkemedelsförsörjning upprätthålls i landet. Bolaget skall eftersträva en god service till allmänheten och sjukvårdens organ och skall samtidigt befrämja att läkemedelskostnaderna hålls låga. En aktiv prispolitik skall bedrivas och bolaget skall verka för utvecklingen av en god läkemedelsinformation.

I kap 5 diskuterar utredningen ett antal *kännetecken på en god läkemedelsförsörjning.* Under hänvisning till citerat material bl.a. från Världshälsoorganisationen konstateras att läkemedlen för ett folks hälsa i stort spelar en underordnad roll men att de är omistliga hjälpmedel i sjukvården. Beträffande läkemedlens förhållande till hälso- och sjukvårdslagen uttalas att vissa övergripande regler i lagen är tillämpliga beträffande

behandling med läkemedel men att frågor om läkemedelsförsörjningens organisation ligger utanför lagens tillämpningsområde. Kriterierna på en god läkemedelsförsörjning är många. De komponenter i kriterierna som diskuteras är: tillfredsställande urval, fullgod kvalitet, adekvat forskning, anpassad produktion, rationell lagerhållning och distribution, objektiv information, optimal användning, skäliga priser och kostnader, effektiv kontroll samt fungerande kunskapsåterföring.

I kap 6 lämnas en översikt över *Apoteksbolagets organisation.*

Kap 7 har titeln *Apoteksbolagets mål och medel för etablering och service.* I detta kapitel skildras huvuddelen av de aktiviteter som ansluter till Apoteksbolagets uppgift att distribuera läkemedel till allmänhet och sjukvårdsorgan. Bolagets apotekslokaliseringar görs i nära samarbete med sjukvårdshuvudmännen. Under perioden 1971–1984 har omkring 160 nya apotek tillkommit. Ökningstakten är väsentligt högre än tidigare. Ett omfattande arbete pågår med att förnya apotekens lokalbestånd. Praktiskt taget alla apotek har fått nya eller renoverade lokaler under de 13 år bolaget verkat. Detta sammanhänger bl.a. med en strävan att göra en del av det receptfria sortimentet tillgängligt för självval för kunderna. Vidare pågår en successiv omläggning av receptexpeditionen som påverkar lokalsituationen. Denna omläggning syftar till ökad snabbhet och säkerhet i expeditionen bl.a. genom att dataterminaler används som hjälpmedel. Omkring hälften av alla recept expedieras nu enligt det nya systemet som beräknas vara fullt utbyggt 1988.

Nattjänst och beredskapstjänst har avvecklats vid apoteken på de flesta orter. Som kompensation härför tillhandahåller Apoteksbolaget utan kostnad för patient eller sjukvårdshuvudman patientdoser av ett antal läkemedel vid jourmottagningarna. I fråga om företagna inskränkningar i öppethållandetiderna ifrågasätter kommittén om man inte gått väl långt och att man i varje fall nått en gräns som inte bör överskridas.

Leveransberedskapen är hög. Varje läkemedel som efterfrågas på ett apotek minst tre gånger inom 12 månader hålls i lager på apoteket i fråga. Det som inte lagerhålls kan i regel levereras inom 24 timmar. Utredningen finner att bolaget väl uppfyllt sina åtaganden på denna punkt. Samtidigt rekommenderar kommittén att reglerna om bolagets skyldighet att tillhandahålla olika slags läkemedel uppmjukas så att Apoteksbolaget kan öka sina ansträngningar att sanera varuområdet från föråldrade preparat.

I kap 8 behandlas *inköp och intern distribution.* Utredningen finner att en smidig strukturrationalisering ägt rum inom den s.k. droghandelsbranschen. ADA som är helägt dotterföretag till Apoteksbolaget handhar nu 80% av bolagets interndistribution. Resten av läkemedlen distribueras från Kronans Droghandel AB som ägs av ett antal huvudsakligen utländska läkemedelsindustrier. Kommittén uttalar att det ankommer på Apoteksbolagets ledning att bedöma huruvida det är rationellt att Kronans särdistribuerande roll fortsätter.

Apoteksbolaget spelar en viktig roll då det gäller *prisbildning inom läkemedelsområdet.* Denna fråga behandlas i kap 9. Apoteksbolagets inköpspris på standardiserade industriproducerade läkemedel – s.k. farmacevtiska specialiteter – fastställs i förhandlingar mellan Apoteksbolaget och producenterna. Bolagets eget påslag skall täcka kostnaderna och möjliggöra

förräntning av det insatta kapitalet. Det material utredningen redovisar tyder på att svenska läkemedelspriser väl tål en jämförelse med priserna i andra länder även om Sverige sannolikt inte har de absolut lägsta priserna. I fråga om själva distributionskostnaderna synes Sverige ligga mycket lågt, kanske lägst bland jämförbara länder. Utredningen har inte funnit anledning att föreslå någon ändring av de regler som gäller för Apoteksbolagets del i fråga om prisbildningen på läkemedel. Det slås fast att bolaget kraftfullt måste hävda synpunkter av medicinsk och sjukvårdsekonomisk art i prisförhandlingarna så att lägsta möjliga läkemedelskostnader kan uppnås.

Huvuddelen av kommitténs arbete med frågor om läkemedelsinformation kommer att redovisas i ett senare betänkande. I kap 10 ges en beskrivning av *Apoteksbolaget och läkemedelsinformationen* utan att utredningen går in i någon detaljgranskning av aktiviteterna nu. Redan av direktiven framgår att bolaget även framgent bör ha ett stort ansvar på informationsområdet. Utredningen finner det angeläget att bolagets stöd till läkemedelskommittéerna fortsätter och betonar vikten av att kommittéerna får ökad genomslagskraft inom den öppna vården. Utgivandet av Läkemedelsboken bör fortsätta.

I kap 11 behandlas *den slutna vårdens läkemedelsförsörjning*. En redogörelse lämnas för ett antal särdrag hos denna del av försörjningen och de speciella ekonomiska avtal som finns på området. Enligt gällande lagstiftning skall även den slutna vården förvärva sina läkemedel genom Apoteksbolaget och utredningen menar att motiven för denna ordning fortfarande har stor bärkraft. Av de 26 sjukvårdshuvudmännen i landet har 25 uppdragit åt Apoteksbolaget att helt svara för även den slutna vårdens läkemedelsförsörjning, medan en, nämligen Stockholms läns landsting, driver den i egen regi. Även om inte utredningen är övertygad om att Stockholmsmodellen är avgjort ekonomiskt fördelaktig föreslår utredningen ingen ändring i den ordning enligt vilken sjukvårdshuvudmännen har frihet att ordna sin slutna vårds läkemedelsförsörjning på det sätt den finner lämpligast.

Sedan 1974 ansvarar Apoteksbolaget även för *totalförsvarets läkemedelsförsörjning* som framgår av kap 12. Detta har fungerat väl och utredningen föreslår ingen förändring i sak.

I kap 13 lämnas en redogörelse för *vissa personal- och utbildningsfrågor*. För att Apoteksbolaget skall kunna lyckas med uppgiften att ge en god service på läkemedelsområdet och att påverka läkemedelskostnaderna i sänkande syfte är det enligt utredningen väsentligt att man finner en väl avvägd balanspunkt mellan tekniska rationaliseringar och en progressiv personalpolitik. Bolaget är fortfarande mitt inne i en process som medför ytterligare förändringar av arbetsuppgifternas art och omfattning. Inte minst sammanhänger detta med den fortgående datoriseringen av receptexpeditionen och de ökade kraven på information inom läkemedelsområdet. Utredningens intryck är att man hittills lyckats bemästra såväl de tekniska som de personalmässiga problemen, men att stor fortsatt uppmärksamhet måste ägnas åt personalutvecklingsfrågor.

Apoteksbolagets *ekonomi och finanser* påverkades länge negativt av en övertagen pensionsskuld av 350 Mkr. Denna har numera avbetats och därjämte har gjorda pensionsåtaganden säkrats genom avsättningen om

tillhopa 1250 Mkr. En varulagerreserv och andra obeskattade reserver om närmare 800 Mkr har byggts upp. Utredningen konstaterar i kap 14 att bilden nu är väsentligt annorlunda än när bolaget började sin verksamhet. Behovet av betryggande reserver har emellertid framhållits i samband med prisbildningsfrågorna i kap 9, där det belysts hur det ekonomiska utfallet starkt kan påverkas av omständigheter utanför bolagets kontroll. Tillgängliga beräkningar rörande bolagets produktivitet uttryckt som en kvot mellan arbetsmängd och betalda personaltimmar utvisar en fortgående ökning.

I kap 15 redovisar utredningen sin syn på *Apoteksbolaget efter 1985*. Skildringen inrymmer en utvärdering av hittillsvarande verksamhet, synpunkter inför framtiden samt förslag till nytt avtal mellan staten och Apoteksbolaget.

Den studie utredningen gjort av Apoteksbolaget har i allt väsenligt givit vid handen att bolaget väl löst sin uppgift att svara för en god läkemedelsförsörjning i landet. De åtaganden bolaget gjort i avtalen med staten har infriats och de riktlinjer som anvisats har iakttagits. Detta hindrar inte att utredningen på enstaka punkter gjort vissa påpekanden. Vidare har kommittén konstaterat att i ett väsentligt avseende har förväntningarna vid Apoteksbolagets tillkomst inte infriats. I prop. 1970:74 hade framhållits att Apoteksbolaget genom sin ensamrätt skulle bli en mycket stor läkemedelsköpare och få möjlighet att driva en aktiv inköpspolitik och därigenom få både direkt och indirekt inflytande över prisbildningen på läkemedelsområdet. Utredningen är väl medveten om de hinder som förelegat för bolaget att driva en kommersiell inköpspolitik i vanlig mening men beklagar att man inte funnit former för att åtminstone i viss utsträckning bedriva en kombinerad inköps- och prispolitik.

Bland synpunkter inför framtiden förekommer några uttalanden som rör problemet att bibehålla ett monopolföretag vitalt. Den starka decentraliseringen anses värdefull och det stryks under att ju starkare kravet på vitalisering är desto viktigare torde det vara att öka regionernas självständighet. Det är emellertid viktigt att man ytterligare utvecklar metoder för att mäta effektivitet och uppnådda resultat. En speciell fråga som kräver fortsatt uppmärksamhet är avvägningen mellan central service inom företaget och köp av tjänster utifrån.

Det påpekas att Apoteksbolaget vid sidan av sina stora och egentliga uppgifter inom läkemedelsområdet är på väg att bli en inte obetydlig intressent på marknaden för penningplacering. Ju större de finansiella uppgifterna blir desto angelägnare blir det för ägare och styrelse att framgent uppmärksamma i vad mån särskilda organisatoriska och personella arrangemang kan erfordras i syfte att garantera en fortsatt gynnsam utveckling av den totala verksamheten. Primärmålet måste alltid vara att Apoteksbolaget skall upprätthålla en fullgod läkemedelsförsörjning till lägsta möjliga kostnader.

Apoteksbolaget har visat sig vara väl skickat för betydelsefulla uppgifter i fråga om producentobunden information. Vad som emellertid saknas för närvarande är ett obundet organ med resurser och förmåga att utnyttja den omfattande läkemedelsstatistiken till studier och bedömningar av samspelet mellan läkemedelskostnader och sjukvårdskostnader, värdering av olika läkemedels pris med hänsyn till effekterna på vården, uppföljning av

konstaterade statistiska fakta för att närmare tolka deras innebörd etc. Utredningen menar att det finns anledning att överväga om inte kvalificerade statistiska studier och därav föranlett uppföljningsarbete borde bli tyngdpunkten i det arbete som nu bedrivs inom ramen för Apoteksbolagets nämnd för information och statistik (ANIS). I så fall måste arbetet bedrivas på en högre resursnivå än vad som hittills varit fallet beträffande ANIS.

Text till ett nytt avtal mellan staten och Apoteksbolaget läggs fram. Giltighetstiden föreslås bli 1 januari 1986 – 31 december 2000. De nuvarande två avtalen föreslås bli ersatta av ett avtal. En rad formella förändringar och förtydliganden föreslås. Med hänsyn till att granskningen av Apoteksbolagets verksamhet utfallit mycket positivt är emellertid de sakliga förändringarna små.

# Summary

In November 1983 the cabinet minister, Mrs. Sigurdsen, appointed a commission to investigate the regulation on pharmaceuticals and some related matters. The instructions are presented in their entirety in Appendix 1 and an outline is given in Chapter 2. According to its instructions the Commission should as a first task consider if – in the light of present development and gained experiences from the activities of Apoteksbolaget (The National Corporation of Swedish Pharmacies) – there would be any reason for changes for the time-period after 1985 in the two existing agreements between the Government and Apoteksbolaget on the activities of the Corporation. That part of the Commission's work is accounted for in this report.

Chapter 1 contains an *introduction to the field of drugs*. It is pointed out that in spite of the fact that drugs in some form have been used during nearly the whole history of mankind, it is during the last 50 years that the main part of the drugs in use today was developed. World production of drugs in 1980 approached a value of 85 000 million USD. The largest producers of drugs are USA, the Federal Republic of Germany, Switzerland and Japan. The Swedish pharmaceutical industry has expanded considerably during the period following the Second World War. Ten years ago Sweden had a strong negative balance of trade in drugs but at present the export shows a weak surplus in the balance. The total consumption of drugs in Sweden in 1983 amounted to a value of 5 400 million SEK. The costs have nearly become five times as high since 1970. This means a somewhat slower rise than is the case for the total costs for health and institutional care.

An account for the *establishment of the Corporation* is given in Chapter 3 and the *basis for the activities of the Corporation* is stated in Chapter 4. The decision to establish the Corporation was made by Parliament in 1970. The Corporation is owned to 2/3 by the State and to 1/3 by a foundation under the auspices of Apotekarsocieteten. Since 1971 the Corporation has, with some exceptions, the exclusive right to conduct retail trade in drugs and runs all pharmacies in Sweden. The Corporation is required by the agreement with the Government to be responsible for maintaining a good supply of drugs in Sweden. The Corporation shall aim at presenting good services to the public and to the health-care organizations and endeavour to keep drug costs down. An active pricing policy shall be maintained and the Corporation shall promote the development of qualified information on drugs.

Chapter 5 discusses a few *characteristics of a satisfactory drug supply*. With

reference to documents quoted from i.a. WHO it is stated that to the total health of a nation the role of drugs is limited, but that they are indispensable means in health-care. Concerning the relation of drugs to the Health and Medical Care Act it is stated that there are certain extensive rules within the act applying to treatment with drugs, but that issues about the organization of drug supply are outside the scope of application of the act. The criteria for a good drug supply are several. The components of the criteria discussed are: reasonable selection, good quality, adequate research, adjusted production, rational stock-keeping and distribution, objective information, optimal use, moderate prices and costs, efficient control and a working feedback of knowledge.

Chapter 6 contains an *overview of the organization of the Corporation.*

Chapter 7 is entitled: *Goals and methods of the Corporation to establishment and service.* This chapter describes the main part of activities in connection with the Corporation's task of distributing drugs to the public and health-care organizations. Decisions about the location of a pharmacy are made in close contact with regional and local bodies, responsible for the health-care. During the period 1971–1984, 160 new pharmacies were established. This growth is considerably higher than before. An extensive work is going on to renew the pharmacies. Practically all pharmacies have got new or renovated facilities during the 13 years the Corporation has been operative. To some extent this is due to the ambition of making part of the OTC-drugs accessible to self-selection for customers. Furthermore, a successive reorganization of the dispensing of prescriptions has demanded a change. This reorganization aims at a high degree of promptness and reliability in the dispensing with the aid of computer terminals. About half of the prescriptions are dispensed in accordance with the system which is planned to be in full operation in 1988.

Emergency service in pharmacies has been discontinued in most districts. As a compensation the Corporation supplies emergency-dose service of a number of drugs at the emergency centres, free of charge for the patient or regional and local bodies, responsible for the health-care. Concerning limitations made in opening hours, the Commission believes that they probably are too far-reaching, and in any case it is a limit not to go beyond.

Distribution prepareness is high. Each drug asked for at least three times within 12 months at a pharmacy, will be kept in stock at the pharmacy in question. As a rule, drugs which are not kept in stock can be delivered within 24 hours. The Commission concludes that the Corporation has fulfilled its commitments well in this respect. At the same time the Commission recommends that the instructions concerning the Corporation's responsibility to supply different kinds of drugs be softened in order that the Corporation can increase its efforts to clear the product area from obsolete preparations.

Chapter 8 discusses *purchase and internal distribution.* The Commission finds that a smooth structural rationalization has taken place within the trade with drugs. ADA which is a subsidiary company to the Corporation and owned wholly by it, has a total of 80 per cent of the whole internal distribution. The remaining part of the drugs are distributed through

"Kronans Droghandel AB" which is owned by a number of mainly foreign pharmaceutical industries. The Commission states that it is the responsibility of the Corporation to determine whether it is rational that Kronan's specific role in distribution to the pharmacies continues.

The Corporation plays an important role as far as *control of drug prices* are concerned. This problem is dealt with in Chapter 9. The Corporation's purchase price for standardized industry produced drugs – so-called farmaceutical specialities – is laid down in negotiations between the Corporation and the producers. The Corporation's own mark-up shall cover the costs and make a yield of the invested capital. The material presented by the Commission indicates that drug prices in Sweden could easily bear a comparison with those in other countries, even if Sweden probably does not have the lowest prices of all. When it comes to distribution costs Sweden seems to be very low on the scale, perhaps lowest among comparable countries. When it comes to negotiations on drug prices, the Commission has not found any reason for suggesting a change of the rules in force. It is pointed out that the Corporation has to be determined in its viewpoints related to medical and health economic matters in price negotiations in order to contribute to as low drug costs as possible.

In Chapter 10 the Commission describes the *information on drugs* without going into a detailed discussion of current activities. Already the Commission's instructions make clear that the Corporation also in the future should have a great responsibility in the information area. The Commission is anxious that the Corporation continues its support to the drug committees and emphasizes the importance of their increased influence on the out-patient health-care. A continued publication of the Corporation's Therapy Handbook is recommended. The main part of the Commission's work on questions about information on drugs will be dealt with in a report later on.

Chapter 11 discusses *drug supply to hospitals and other institutional health-care services*. An account is given for a number of characteristics of this supply and the specific economic agreements existing in the area. Under provisions in force also the institutional health-care shall receive drugs through the Corporation, and the Commission is of the opinion that the motive for this procedure is still relevant. In Sweden, 25 of the 26 regional and local bodies responsible for the health-care have commissioned the Corporation to perform also the in-patient drug supply, while the Stockholm County Council has its own supply system. Even if the Commission is not convinced that the Stockholm model undoubtedly has been financially successful, no suggestion is made to change the arrangement according to which the regional and local bodies responsible for the health-care are free to choose the in-patient drug supply system they find most suitable.

Since 1974 the Corporation is also responsible for the *drug supply to the total defense* as is shown in Chapter 12. This arrangement has been functioning smoothly and the Commission makes no suggestion for a change.

Chapter 13 accounts for *certain questions concerning personell and educational matters*. If the Corporation shall be successful in giving a good service in the field of drugs and promoting low drug costs, it is according to

the Commission important to find a balance between technical rationalizations and a progressive personell policy. The Corporation is still in the middle of a process entailing further changes as to nature and extent of the work. Not least is this connected with the ongoing computerization of the dispensing of prescriptions and the increased demands for information within the field of drugs. The Commission's impression is that up to now there has been a success in overcoming problems of both technical and personell matters, but continued attention has to be given to questions related to personell development.

The Corporation's economy and financies were for a long time negatively affected by an inherited pension debt of 350 million SEK. The debt has now been settled and commitments for pensions have also been quaranteed by a provision of altogether 1250 million SEK. Untaxed reserves of a total approaching 800 million SEK have been built up. In Chapter 14 the Commission states that the picture is now considerably different from what it was when the Corporation came into existence. However, the need for sufficient reserves has been put forward in connection with the questions on price development in Chapter 9. There it is shown that the economic result could be heavily influenced by circumstances out of control of the Corporation. Available figures concerning the Corporation's productivity clearly show a positive trend.

In Chapter 15 the Commission accounts for its *viewpoints on the Corporation after 1985*. The commentary includes an evaluation of the work up to now, considerations for the future and a proposal for a new agreement between the Government and the Corporation.

The Commission's study of the Corporation shows that in all essentials the Corporation has well carried out its task of being responsible for a good drug supply in Sweden. The commitments made by the Corporation in the agreement with the Government have been fulfilled and the settled guidelines have been followed. This has not prevented the Commission from making certain remarks on a few points. Furthermore, the Commission observes that in one important way the Corporation has not come up to expectations. In the Government proposal 1970:74 it was pointed out that the Corporation by its sole right in distributing drugs would be a very large drug purchaser and have possibility to pursue an active purchase policy and in that way get a both direct and indirect influence over price development in the field of drugs. The Commission is well aware of the obstacles which have prevented the Corporation from pursuing a commercial purchase policy in the ordinary sense of the word, but regrets that there has been no way of finding forms to pursuing at least to some extent, a combined purchase and pricing policy.

Among viewpoints on the future there are some commentaires concerning the problem to keep a monopoly business vital. The strong decentralization is considered valuable and it is pointed out that the stronger the demand for a vitalization, the more important should it be to increase the independence of the regions of the Corporation. It is however important to further develop methods for measuring efficiency and obtained results. An issue of special interest which needs further attention is the balance between central services within the Corporation and purchase of services from outside.

It is pointed out that the Corporation along with its important and actual tasks within the field of drugs is having important interests on the investment market. The greater the financial tasks become, the more concerned the owners and the Board should be to realize to what extent specific organizational and personell arrangements will be needed to guarantee a continued successful development of the Corporation in all aspects. The primary goal always has to be to provide a good supply of drugs at lowest possible cost.

The Corporation has shown suited for important tasks concerning information independent from producers. What is lacking at present is, however, an independent body with resources and ability to utilize the comprehensive drug statistics for studies and evaluations of the interrelationship between drug costs and health-care costs, evaluating the prices of different drugs with regard to effects on the health-care, a follow-up of produced statistical data in order to give full interpretation of their meaning. The Commission states that there are reasons to consider whether qualified statistical studies and the follow-up work these have given rise to, should be the main point in the ongoing work within the Corporation's Committee of Information and Statistics (ANIS). If so, the work has to be carried on at a higher resource level than has been the case as regards ANIS up to now.

A draft text for a new agreement between the Government and the Corporation is presented. The period of validity is suggested to be 1 January 1986 – 31 December 2000. A suggestion is put forth that the present two agreements be replaced by one. A number of formal changes and clarifications are proposed. Given that the study of the Corporation's activities has turned out very positively, the factual changes are few.

# 1 Introduktion till läkemedelsområdet

## Läkemedelsarsenalens utveckling

Trots att läkemedel i någon form har använts under snart sagt mänsklighetens hela historia är det under de senaste 50 åren huvuddelen av de nu använda läkemedlen utvecklats. Den mest påtagliga skillnaden vid en ytlig jämförelse är att ännu i början av 1930-talet rörde det sig mest om individuellt komponerade salvor, piller, dekokter och liknande beredningar, medan man nu nästan uteslutande använder standardiserade, fabriksberedda preparat, där tabletter av varierande typ är den dominerande läkemedelsformen.

En något djupare granskning visar andra påtagliga skillnader. Numera innehåller ett läkemedel en eller möjligen ett fåtal verksamma beståndsdelar medan man förr komponerade in ett stort antal ingredienser som ansågs verkningsfulla. Flertalet ingredienser var länge huvudsakligen torkade växtdelar och ett antal enklare kemikalier medan det nu till största delen rör sig om komplicerade organiska kemiska föreningar. Den mest djupgående skillnaden har emellertid att göra med annorlunda krav på kunskapen om medlens verkningar. Äldre läkemedel användes i stor utsträckning på trosgrunder. I bästa fall hade man spårat ett samband mellan användningen och inträdande lindringar av symtom. I fråga om ett modernt läkemedel har man förhållandevis goda kunskaper om medlets verkningsmekanism och effekten skall vara vitsordad vid en statistiskt säkerställd prövning.

I stort sett kan man i den långa utvecklingskedjan urskilja tre epoker. Den första sträcker sig fram till 1800-talets början, den andra slutar i mitten av 1930-talet och den tredje omfattar de senaste 50 åren.

Under hela den inledande mångtusenåriga perioden dominerades läkemedelsarsenalen av torkade växtdroger, men även produkter från djurriket kom till användning. Härtill kom så småningom ett antal oorganiska salter samt några få alkaloider. All tillverkning av läkemedel skedde hantverksmässigt. Framväxten av en särskild yrkesgrupp för läkemedelsframställning börjar ske i södra Europa på 1200-talet och i Sverige börjar ett ordnat apoteksväsende att utbilda sig under 1600-talet.

Med de vetenskapliga genombrotten inom kemin under 1700-talets senare del och början av 1800-talet börjar en ny era även på läkemedelsområdet. Som en milstolpe brukar betraktas renframställningen av morfin ur opium som skedde 1806 och som sedan följdes av en rad andra processer där verksamma ämnen renframställdes ur olika droger. Framställning av helt nya ämnen tog fart sedan det under 1820-talet visats att flera ämnen, som

tidigare var kända endast i naturprodukter, kunde framställas med konst. Den spirande industriella synteskemin började under seklets senare del att framställa nya läkemedelssubstanser, i första hand av typen smärtstillande och febernedsättande medel. Redan dessförinnan hade man lagt grunden till kirurgiska ingrepp under totalnarkos i och med att eter och något senare kloroform med lyckat resultat prövades för ändamålet. De första decennierna av 1900-talet innebar stora framsteg för hormon- och vitaminforskningen. Sålunda renframställdes adrenalin första gången 1906 och 15 år senare insulin. Leverpreparat för behandling av perniciös anemi kom i bruk 1927. Salvarsan, ett syntetiskt medel mot syfilis, blev tillgängligt 1909 och brukar betraktas som det första exemplet på ett kemoterapeutikum. Det skall slutligen erinras om att det är under denna period som förutsättningarna för att framställa och använda vacciner och sera tillkommit.

En summering vid 1930-talets början ger vid handen att en betydande industriell tillverkning av läkemedel kommit igång. Efter att från början uteslutande ha bidragit med att producera substanser för användning vid apotekens beredning av färdiga läkemedel, har industrin övergått till att i mycket stor utsträckning tillhandahålla färdigförpackade standardiserade läkemedel. Tillkomsten av nya läkemedel och modifiering av äldre är i hög grad ett resultat av de omfattande landvinningarna inom de kemiska, biologiska och medicinska vetenskaperna. Av särskilt intresse i sammanhanget är att man för mer än 100 år sedan började ställa upp teorier om samband mellan kemisk konstitution och biologisk verkan.

Den tyske forskaren Gerhard Domagk meddelade 1935 att ett rött ämne "Prontosil rubrum" hade stark antibakteriell verkan och kunde häva streptokockinfektioner hos möss. Han meddelade samtidigt att hans egen dotter med gott resultat hade behandlats med Prontosil rubrum vid en svår infektion. Domagks upptäckt, som redan 1939 belönades med Nobelpriset i medicin, gav upphov till en intensiv forskning som på kort tid avkastade ett stort antal s.k. sulfapreparat. En serie av nya vapen mot flera infektionssjukdomar hade tillkommit. Vad som sedermera har kallats den terapeutiska revolutionen hade börjat.

Den första behandlingen av patienter med penicillin ägde rum 1941. Detta möjliggjordes sedan de engelska forskarna Chain och Florey med övervinnande av stora tekniska svårigheter lyckats utnyttja vetenskapliga iakttagelser som gjorts av deras landsman Fleming redan 1928 med resultat att en första ringa mängd penicillin för terapeutiskt bruk kunde framställas. Efter en massiv insats av ett stort antal forskargrupper vid universitet och industrilaboratorier i USA blev det successivt möjligt att bedriva produktion i industriell skala. Efter några få år hade man inte bara lyckats producera penicillin i stora mängder, man hade också utvecklat medlet tekniskt och terapeutiskt och man hade även fått fram nya intressanta medlemmar i antibiotikafamiljen.

Ur den långa raden av nya läkemedel som sedan tillkommit kan endast några få exempel nämnas här. Kortison och kortisonderivat har fått stor betydelse vid behandling av ledgångsreumatism, många hudsjukdomar och vissa typer av infektioner. Klorpromazin och andra s.k. neuroleptika har fått stor användning inom psykiatrin och väsentligt minskat behovet av vårdplatser inom mentalsjukvården. Samtidigt måste framhållas att såväl

kortisonpreparat som neuroleptika skapat nya problem i form av mer eller mindre svårartade biverkningar. Nya möjligheter att påverka hjärt- och kärlsjukdomar har tillkommit bl.a. genom de s.k. betablockarna och saluretika. De förra verkar huvudsakligen på hjärtat medan de senare ökar vätskeutsöndringen. En intressant typ av läkemedel är de s.k. beta-2-receptorstimulerande substanserna, som används för behandling av astma och andra luftrörssjukdomar. Stora landvinningar har gjorts beträffande lokalbedövningsmedel, blodersättningsmedel, medel för intravenös näringstillförsel, antikonceptionsmedel m.m.

Den stora tillväxten av nya läkemedel kulminerade under 1950-talet för att därefter fortgå men i minskad takt. Orsakerna härtill kan vara flera men två torde vara särskilt betydelsefulla. Den ena är att den explosionsartade utvecklingen möjliggjordes genom ett målmedvetet utnyttjande av grundforskningsresultat som senare mer eller mindre uttömts. Den andra är att talidomidkatastrofen i början av 1960-talet kraftigt skärpt uppmärksamheten på biverkningsproblemet, vilket i sin tur lett till ökade krav på tester och prövningar.

Det finns tecken som tyder på att nya genombrott kan vara att vänta på läkemedelsområdet. Skälet är främst den hastiga utvecklingen inom molekylärbiologin som banar väg för nya möjligheter inom såväl diagnostik som terapi.

## Produktion och handel

### Internationell översikt

Den totala produktionen av läkemedel i världen 1980 motsvarar ett värde av 83,6 miljarder USD enligt en undersökning av FN:s organ för industriell utveckling, Unido. Denna fördelade sig på sätt som framgår av tabell 1.

**Tabell 1. Världsproduktionen av läkemedel 1980.**

| Område | miljarder USD | | |
|---|---|---|---|
| Industriländer med marknadsekonomi | | | |
| Nordamerika | 18,6 | | |
| Västeuropa | 27,4 | | |
| Övriga[a] | 12,0 | | |
| planekonomi | | | |
| Östeuropa | 16,0 | | 74,0 |
| Utvecklingsländer | | | |
| Afrika | 0,5 | | |
| Asien[b] | 4,7 | | |
| Latinamerika | 4,4 | | 9,6 |
| | | Summa | 83,6 |

[a] Inberäknat Japan, Sydkorea och Oceanien
[b] Kina ej inräknat
Källa: Unido, Global Study of the Pharmaceutical Industry

Konsumtionen av läkemedel är mycket ojämnt fördelad. Enligt beräkning av FN:s center för transnationella företag var situationen 1980 den att man i utvecklingsländerna, där 63% av befolkningen fanns, konsumerade 13,8% av världsproduktionen av läkemedel. Mer än hälften av industriländernas konsumtion hänförde sig till fem länder, nämligen USA, Japan, Västtyskland, Frankrike och Italien i nu nämnd ordning. Självfallet föreligger också stora skillnader om man jämför konsumtionen per capita. I många länder i Afrika, Asien och Latinamerika är den endast en obetydlig bråkdel av vad den är i USA och Västeuropa.

I sitt betänkande Svensk Läkemedelsindustri (SOU 1980:33) påpekar läkemedelsindustridelegationen att en stor omstrukturering av läkemedelsindustrin inleddes under 1940-talet. Enligt delegationen föddes i själva verket dagens internationella läkemedelsindustri under detta decennium. Detta har dock inte inneburit att den gamla hemmamarknadsinriktade industrin försvunnit, framhåller delegation som räknar med att det fortfarande finns mer än 10 000 företag i världen som kan klassificeras som läkemedelsföretag. Av dessa är det dock inte mer än ett hundratal som har någon internationell verksamhet av betydelse. Dessa senare företag räknar man med svarar för cirka 90% av västvärldens läkemedelsförsörjning.

En lista över de 50 största läkemedelsföretagen 1980 som publicerats av tidskriften SCRIP (nr 653 och 654) toppas av Hoechst och Bayer i Västtyskland, följda av MSD, USA, Ciba-Geigy, Schweiz, American Home Products, USA, Hoffmann-La Roche och Sandoz, Schweiz, Pfizer och Warner-Lambert, USA samt Takeda, Japan. Svenska Astra kommer som nr 37 på listan. Länderfördelningen för samtliga 50 företag framgår av tabell 2.

Att USA, Japan, Västtyskland, Schweiz, Storbritannien och Frankrike bildar en högkapacitetsgrupp i fråga om läkemedelsproduktion kan visas också på andra sätt. Så t.ex. kan nämnas att av de 100 internationellt ledande läkemedlen under 1980 kom inte mindre än 86 från dessa länder. Bland de återstående 14 var Sverige och Danmark representerade med vardera ett.

**Tabell 2. Fördelningen av de 50 största läkemedelsföretagen 1980 efter hemland.**

| Land | Antal företag | Samlad omsättning (USD, miljoner) |
|---|---|---|
| USA | 17 | 15 935 |
| Japan | 14 | 7 307 |
| Västtyskland | 6 | 7 236 |
| Schweiz | 3 | 4 661 |
| Storbritannien | 4 | 3 447 |
| Frankrike | 2 | 1 518 |
| Nederländerna | 1 | 623 |
| Canada | 1 | 469 |
| Sverige | 1 | 451 |
| Italien | 1 | 297 |
| | 50 | 41 944 |

Källa: SCRIP

## Svensk läkemedelsindustri

Den svenska läkemedelsindustrin har expanderat starkt under efterkrigstiden. Detta gäller inte minst exportmarknaden som framgår av tabell 3.

Den svenska industrins expansion avspeglar sig också i statistiken över import och export av läkemedel. Efter att Sverige har haft en starkt negativ handelsbalans för läkemedel för tio år sedan föreligger nu ett svagt exportöverskott. Detta framgår närmare av tabell 4.

De industrier som nästan helt svarar för den svenska läkemedelsproduktionen är följande företagsgrupper som är sammanslutna i Läkemedelsindustriföreningen, nämligen Astra (inkl. Draco och Hässle), Ferring, Ferrosan, Kabi Vitrum, Leo och Pharmacia. Några nyckeldata för dessa industrier avseende 1982 lämnas i tabell 5.

**Tabell 3. Den svenska läkemedelsindustrins försäljning (Mkr).**

| År | Totalförsäljning | Utlandsförsäljning |
|---|---|---|
| 1950 | 73 | 11 |
| 1960 | 254 | 82 |
| 1970 | 880 | 363 |
| 1980 | 3433 | 2226 |

Källa: LIF

**Tabell 4. Sveriges import och export av läkemedel 1972–1982 (Mkr).**

| År | Import | Export |
|---|---|---|
| 1972 | 398,4 | 213,0 |
| 1974 | 513,5 | 310,6 |
| 1976 | 672,9 | 494,7 |
| 1978 | 940,9 | 861,0 |
| 1980 | 1 110,0 | 1 073,6 |
| 1982 | 1 432,5 | 1 550,5 |

Källa: SOS. Utrikeshandel

**Tabell 5. Vissa nyckeldata för Svensk läkemedelsindustri avseende 1981.**

| | Astra | Ferring | Pharmacia | Kabi-Vitrum | Leo och Ferrosan |
|---|---|---|---|---|---|
| Gruppens totala försäljning, (Mkr) | 2 250 | 50 | 1 441 | 874 | 638 |
| Läkemedel totalt (Mkr) | 2 154 | 47 | 489 | 755 | 373 |
| Utlandsförsäljning av läkemedel (Mkr) | 1 638 | 32 | 396 | 450 | 104 |
| FoUkostnader (inkl. kvalitetskontroll) (Mkr) | 373 | 7 | 150 | 136 | 108 |
| Antal anställda totalt | 6 267 | 134 | 3 700 | 2 300 | 1 194 |
| för FoU | 900 | 24 | 600 | 510 | 224 |

Källa: LIF

Såväl internationellt som nationellt är koncentrationsgraden inom läkemedelsindustrin mycket hög. Oftast föreligger en oligopolsituation, ibland ett monopol. Detta visades för svenskt vidkommande redan av koncentrationsutredningen i dess betänkande Läkemedelsindustrin (SOU 1969:36). Bilden verifieras av läkemedelsindustridelegationen (SOU 1980:33) som bl.a. bygger på undersökningar inom OECD, UN Commission on transnational corporations och David Schwartzmans arbete: Innovation in the Pharmaceutical Industry (Baltimore 1976).

Koncentrationsgraden är mest slående när det gäller farmacevtiska bulkkemikalier. Av 650 sådana kemikalier producerade i USA var endast sex tillverkade av fler än fyra företag och så många som 500 var tillgängliga hos endast en producent. Hög koncentrationsgrad föreligger i regel för de olika delmarknaderna. Dels förekommer ofta bara ett starkt begränsat antal olika preparat inom en viss terapeutisk grupp, dels domineras ofta marknaden för en viss typ av preparat av ett eller ett fåtal företag.

## Forskning och utveckling

Enligt läkemedelsindustridelegationen är läkemedelsindustrin världens mest FoU-intensiva industribransch. FoU-kostnaden uppges utgöra i genomsnitt 10% av omsättningen inom den forskande delen av industrin. Totalt uppskattades kostnaden av delegationen till ca 3 miljarder USD årligen. Av tabell 5 framgår att den svenska industrin 1981 vid en total läkemedelsförsäljning av 3,8 miljarder kronor förbrukat ca 775 Mkr eller 20% av omsättningen på forskning och utveckling.

Det kan finnas flera förklaringar till den stora skillnaden (10% och 20%) i fråga om forskningens procentuella andel av kostnaderna. Den främsta torde bero på variationer i beräkningssättet. Som framgår av tabell 5 ingår t.ex. kvalitetskontroll i de svenska siffrorna.

Den svenska läkemedelsindustrins forskningsverksamhet bedrivs i stor utsträckning i nära samarbete med universitet och högskolor samt med sjukvården. En del av detta samarbete innebär att högkvalificerade forskare inom industrin samtidigt innehar befattningar som adjungerade professorer vid svenska universitet. Främst gäller detta Karolinska institutet, den farmacevtiska fakulteten vid Uppsala universitet samt de medicinska fakulteterna vid Göteborgs och Lunds universitet. Det finns för närvarande cirka 25 sådana befattningar. Enligt gällande regler används 20% av dessa forskares arbetstid för akademisk forskning och forskarhandledning. Ett stort antal doktorander arbetar för närvarande under deras ledning både vid akademiska institutioner och i industrins laboratorier.

Endast ett par exempel skall nämnas på områden där forskningssamarbetet under senare år varit särskilt intensivt. Astra läkemedel samarbetar med Uppsala universitet, Karolinska institutet och Göteborgs universitet inom psykofarmakologi. Ögonsjukdomarnas behandling är ett samarbetsområde mellan Pharmacia och Uppsala universitet samt Karolinska institutet. Hässle bedriver kardiovaskulärforskning, inbegripet behandling av högt blodtryck, i samarbete med Göteborgs universitet. Samtliga svenska läkemedelsindustrier torde ha samarbete med den farmacevtiska fakulteten vid Uppsala universitet.

## Läkemedelskontrollen

Grunden för den nuvarande svenska läkemedelskontrollen är läkemedelsförordningen (1962:701), ändrad senast genom SFS 1983:467 med tillämpningskungörelse (1963:439), ändrad genom SFS senast 1983:867.

Den ojämförligt största delen av numera använda läkemedel utgörs av s.k. farmacevtiska specialiteter. En farmacevtisk specialitet är ett standardiserat läkemedel som är avsett att tillhandahållas förbrukaren i tillverkarens originalförpackning. Motsatsen är extemporepreparat. Dessa är läkemedel som tillreds på apotek efter anvisning av läkare, tandläkare eller veterinär i varje enskilt fall. Extemporepreparaten utgör numera mindre än två procent av samtliga sålda läkemedel.

En farmacevtisk specialitet får inte säljas utan att vara registrerad hos socialstyrelsen. Styrelsen får dock medge att en specialitet som inte är registrerad får säljas, om det föreligger ett speciellt behov av den, s.k. licensförsäljning. Det kan t.ex. röra sig om läkemedel för en viss person som drabbats av en i Sverige så sällsynt sjukdom att inget företag haft intresse av att introducera ett medel mot denna sjukdom här. En förutsättning för registrering av ett läkemedel är att medlets medicinska ändamålsenlighet – effekt och säkerhet – dokumenterats bl.a. genom klinisk läkemedelsprövning.

Varje läkemedel skall vara av fullgod beskaffenhet och det får vid normal användning inte medföra skadeverkningar, som står i missförhållande till den avsedda effekten.

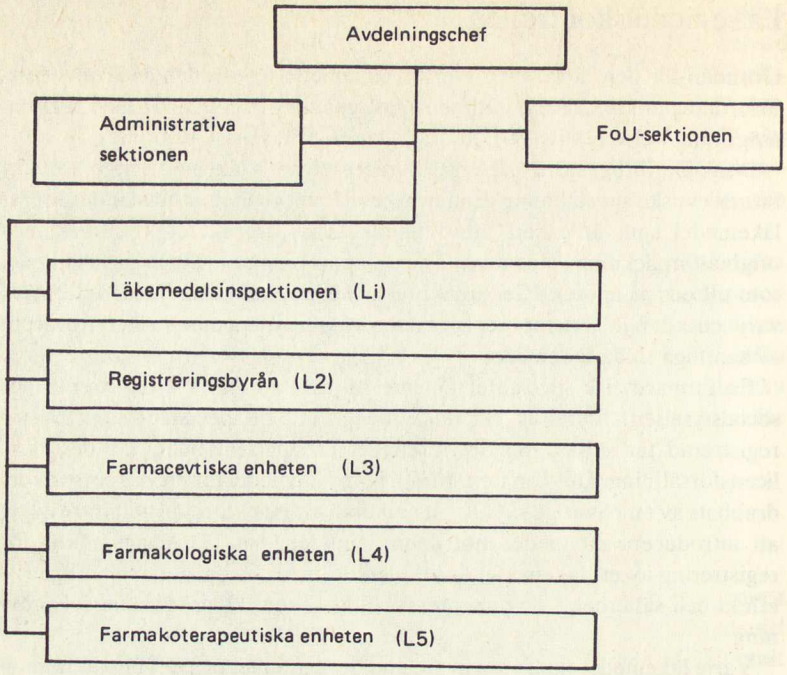
Registreringen av en farmacevtisk specialitet får enligt läkemedelsförordningen återkallas, om de förhållanden som legat till grund för registreringen inte längre föreligger eller om specialiteten är föremål för reklam som innefattar oriktig, starkt överdriven eller vilseledande uppgift om specialitetens verkan eller egenskaper i övrigt.

De handlingar och uppgifter om läkemedlet som finns hos socialstyrelsen i t.ex. ett registreringsärende omfattas av sekretesslagstiftningens bestämmelser om sekretess. Kort uttryckt gäller sekretessen uppgifter om tillverkarens affärs- och driftförhållanden, uppfinningar och forskningsresultat, om det kan antas att tillverkaren lider skada om uppgifterna röjs.

Yrkesmässig tillverkning av läkemedel får, med några få undantag, bedrivas endast av den som fått tillstånd till det. Också för den som vill föra in läkemedel till landet krävs det som regel tillstånd, om denne inte är behörig att tillverka eller idka handel med läkemedlet.

Kontrollen och tillsynen enligt läkemedelslagstiftningen ankommer på socialstyrelsen och utövas av dess läkemedelsavdelning. För att täcka kostnaderna för kontrollen av farmacevtiska specialiteter skall den som ansöker om registrering eller erhållit registrering betala särskilda avgifter.

Organisationen av socialstyrelsens läkemedelsavdelning framgår av figur 1.




*Figur 1. Socialstyrelsens läkemedelsavdelning. Organisationstablå.*

De olika enheterna har följande huvudsakliga uppgifter:

*FoU-sektionen:* Samordnar och följer upp det vetenskapliga utvecklingsarbete som bedrivs inom läkemedelsavdelningen. Vidare medverkar sektionen i arbetet med urval och kontroll av läkemedel.
*Läkemedelsinspektionen:* Utgör avdelningens fältorgan och inspekterar därmed bl.a. läkemedelstillverkare, apotek och vårdavdelningar.
*Registreringsbyrån:* Samordnar registreringen av läkemedel. Byrån handlägger även bl.a. anmälningar av naturmedel och preventivmedel samt svarar för utgivningen av informationen från läkemedelsavdelningen.
*Farmacevtiska enheten:* Bedömer läkemedlens kemiska och tekniska egenskaper samt deras hållbarhet. Vidare kontrollerar den farmacevtiska enheten sterila engångsartiklar.
*Farmakologiska enheten:* Bedömer säkerheten och effekten hos läkemedel utifrån djurexperimentella studier.
*Farmakoterapeutiska enheten:* Bedömer och kontrollerar läkemedlens medicinska säkerhet och effekt. Enheten övervakar vidare läkemedelsreklamen samt bedömer och informerar om rapporter rörande läkemedelsbiverkningar. Slutligen handläggs där frågor rörande licenspreparat och kliniska prövningar av läkemedel.

Antalet inkomna ansökningar om registrering av farmacevtiska specialiteter har under 1970-talet legat på i genomsnitt omkring 150 per år. Därefter har antalet successivt ökat. Endast enstaka ansökningar avslås. Däremot återkallas ca 20% av de inkomna ansökningarna av sökandena, ofta sedan det framgått att ett bifall ter sig tveksamt.

Antalet registrerade specialiteter har under de senaste 10 åren hållit sig

**Tabell 6. Antalet registrerade farmacevtiska specialiteter efter farmakologisk grupp 1984.**

| | |
|---|---|
| Medel vid sjukdomar i andningsapparaten | 141 |
| Hjärt- och kärlmedel samt diuretika | 251 |
| Medel för parenteral nutrition och för korrektion av elektrolyt-vätskerubbningar m.m. | 115 |
| Medel vid allergisjukdomar | 25 |
| Medel vid rubbningar i digestionsapparaten | 161 |
| Medel vid blodsjukdomar och maligna tumörer | 113 |
| Kemoterapeutika | 234 |
| Bakteriologiska humanpreparat | 36 |
| Vitaminer m.m. | 111 |
| Inre sekretion, ämnesomsättning | 146 |
| Medel vid psykiska rubbningar, organiska nervsjukdomar m.m. | 303 |
| Analgetika och anestetika m.m. | 219 |
| Medel inom gynekologi och obstetrik | 94 |
| Medel vid sjukdomar i öron, näsa, munhåla och svalg | 58 |
| Medel vid ögonsjukdomar | 89 |
| Dermatologiska medel | 180 |
| Medel vid förgiftningar | 11 |
| Diagnostiska medel | 64 |
| Antiseptika, desinfektionsmedel, spollösningar och tekniska hjälpmedel | 34 |
| Medel för veterinärt bruk | 177 |
| | 2 562 |

Källa: Apoteksbolaget AB

relativt konstant omkring 2 500. Under de senaste 4 åren har drygt 550 specialiteter tillkommit och omkring 425 försvunnit. Vid ingången av 1984 uppgick antalet registrerade specialiteter till 2 562, därav 918 svenska och 1 644 utländska. Tabell 6 visar hur dessa specialiteter fördelade sig på angivna 20 farmakologiska grupper.

Antalet licensansökningar är betydande som framgår av tabell 7.

Nedgången från 1980 förklaras delvis med att från mitten av januari 1980 avvecklades licensförfarandet för specialdestinerade livsmedel.

En enhet som bedriver verksamhet inom ramen för WHO:s biverkningsrapportering arbetar i nära anslutning till socialstyrelsens läkemedelsavdelning. Antalet rapporter avseende svenska läkemedelsbiverkningar har under senare år varierat mellan 2 000 - 3 000 årligen.

**Tabell 7. Antalet licensansökningar 1977–1983.**

| År | Antalet licensansökningar |
|---|---|
| 1979 | 39 594 |
| 1980 | 24 894 |
| 1981 | 25 461 |
| 1982 | 19 142 |
| 1983 | 19 571 |

Källa: Socialstyrelsen

**Tabell 8. Utvecklingen av den totala läkemedelskonsumtionen 1973–1983.**

| År | Mkr |
|---|---|
| 1973 | 1 676 |
| 1975 | 2 203 |
| 1977 | 2 843 |
| 1979 | 3 408 |
| 1981 | 4 100 |
| 1983 | 5 277 |

Källa: Apoteksbolaget AB

# Konsumtion och kostnader

## Totala kostnader

Den totala läkemedelskonsumtionen i Sverige 1983 uppgick till ett värde av 5,4 miljarder kronor. I detta belopp ingår Apoteksbolagets försäljning samt den försäljning som skett från statens bakteriologiska laboratorium (48 Mkr) och statens veterinärmedicinska anstalt (9 Mkr).

Utvecklingen av den totala konsumtionen mätt i utförsäljningspriser framgår av tabell 8.

Kostnaderna har nästan fördubblats under en sexårsperiod och torde ungefär ha femdubblats sedan 1970. Detta innebär en något långsammare ökningtakt än för de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård. Detta framgår av följande sammanställning som gjorts av LIF-RUFI med ledning av tillgänglig offentlig statistik:

| | 1970 | 1982 |
|---|---|---|
| Kostnaden för hälso- och sjukvård (Mkr) | 10 700 | 58 600 |
| Läkemedelsförsäljning | 1 100 | 4 700 |
| Läkemedelsförsäljning i % av totalkostnaden för hälso- och sjukvård | 10,7 | 8,0 |

## Vilka läkemedel ordineras?

Sedan 1978 bedrivs en kontinuerlig diagnos-receptundersökning som genomförs i samarbete mellan Sveriges Läkarförbund, socialstyrelsens läkemedelsavdelning, Apoteksbolaget AB och Läkemedelsstatistik AB.

Undersökningen rapporterar läkarnas förskrivningsvanor i öppen vård på grundval av ett statistiskt urval av läkare, ca 1 800 per år. Datainsamlingen sker kontinuerligt veckovis där de i undersökningen ingående läkarna under en vecka rapporterar sin öppenvårdsförskrivning. Den rullande stickprovsundersökningen ger en kartläggning av:

Diagnoser och symtom i öppen vård
Vilka läkemedel som förskrivs i öppen vård
Sambandet mellan diagnos/symtom och läkemedelsförskrivning i öppen vård

Som ett genomsnitt av tre tolvmånadsperioder 1980–1983 har följande fördelning konstaterats av diagnoser och symtom inom de angivna indikationsområdena:

| | % |
|---|---|
| Respirationsorganens sjukdomar | 13,3 |
| Mentala rubbningar | 11,6 |
| Cirkulationsorganens sjukdomar | 11,6 |
| Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar | 10,9 |
| Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven | 9,4 |
| Digestionsorganens sjukdomar | 6,7 |
| Urogenitalorganens sjukdomar | 6,6 |
| Hudens och underhudens sjukdomar | 6,1 |
| Infektiösa och parasitära sjukdomar | 3,7 |
| Endokrina sjukdomar | 3,0 |
| Övrigt | 17,1 |

Fördelning av kostnader och antal recept under 1983 ordnade efter farmakologiska grupper framgår av tabell 9.

**Tabell 9. Läkemedelskonsumtion i öppen vård. Fördelning av antal recipen och kostnader på indikationsgrupper.**

| Farmakologisk grupp enligt Apotekens läkemedelsregister | Recipen | | Värde | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 000-tal | % | tkr | % |
| Medel vid sjukdomar i andningsapparaten | 3 115 | 8,1 | 263 932 | 7,2 |
| Hjärt- och kärlsjukdomar samt diuretika | 6 080 | 15,9 | 830 654 | 22,7 |
| Medel vid allergisjukdomar | 506 | 1,3 | 28 723 | 0,8 |
| Medel vid sjukdomar i digestionsapparaten | 2 827 | 7,4 | 337 088 | 9,2 |
| Medel vid blodsjukdomar och maligna tumörer | 698 | 1,8 | 173 112 | 4,7 |
| Kemoterapeutika | 3 478 | 9,1 | 281 276 | 7,7 |
| Vitaminer m.m. | 1 083 | 2,8 | 87 959 | 2,4 |
| Inre sekretion, ämnesomsättning | 1 474 | 3,8 | 219 416 | 6,0 |
| Psykiska rubbningar, organiska nervsjukdomar m.m. | 5 642 | 14,7 | 350 850 | 9,6 |
| Analgetika och anestetika | 4 199 | 11,0 | 400 754 | 11,0 |
| P-piller | 589 | 1,5 | 67 359 | 1,8 |
| Övriga medel inom gynekologi och obstetrik | 795 | 2,1 | 82 221 | 2,2 |
| Medel vid sjukdomar i öron, näsa, munhåla och svalg | 2 219 | 5,8 | 98 439 | 2,7 |
| Medel vid ögonsjukdomar | 1 927 | 5,0 | 108 148 | 3,0 |
| Dermatologiska medel | 1 898 | 5,0 | 135 487 | 3,7 |
| Övriga standardläkemedel | 713 | 1,9 | 97 936 | 2,7 |
| Extempore m.m. | 1 046 | 2,8 | 93 904 | 2,6 |
| Summa | 38 289 | 100,0 | 3 657 258 | 100,0 |

Källa: Apoteksbolaget AB (uppräkning från stickprov)

**Tabell 10. Läkemedelskonsumtionen i öppen vård 1983 fördelat efter konsumenternas ålder och kön.**

| Åldersgrupp | Antalet expedierade recipen 1000-tal | | Antalet recipen per invånare | |
|---|---|---|---|---|
| | män | kvinnor | män | kvinnor |
| 0–14 | 1 486 | 1 378 | 1,9 | 1,8 |
| 15–44 | 3 585 | 6 408 | 2,0 | 3,7 |
| 45–64 | 4 337 | 6 159 | 4,8 | 6,6 |
| 65–74 | 3 041 | 4 337 | 8,0 | 9,8 |
| 75– | 2 613 | 4 790 | 11,6 | 13,3 |

Källa: Apoteksbolaget AB och Socialstyrelsen

## Vem förbrukar läkemedlen?

Det bör först understrykas att några exakta förbrukningssiffror inte existerar. De uppgifter som i olika sammanhang publiceras, hänför sig till försäljningen av läkemedel. Till stor del avspeglar dessa givetvis förbrukningen men det är inte närmare känt i vilken utsträckning de sålda läkemedlen verkligen förbrukas.

Flera undersökningar visar att ganska betydande kvantiteter läkemedel förvaras i hemmen utan att de sannolikt kommer att förbrukas. Det faller utanför ramen för det arbete utredningen nu redovisar att gå närmare in på olika aspekter av detta problem och utredningen åberopar på konventionellt sätt försäljningssiffror som mått på förbrukningen.

Det är verifierat av ett stort antal undersökningar och av den löpande statistiken att läkemedelskonsumtionen generellt sett ökar väsentligt med stigande ålder. Läkemedelskonsumtionen är högre bland kvinnor än bland män. Detta gäller särskilt i de produktiva åldersgrupperna. Dessa förhållanden belyses i tabell 10.

Kunskapen om hur läkemedelskonsumtionen möjligen varierar mellan olika yrkesgrupper, socialgrupper etc. är bristfällig. I betänkandet Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2) hänvisas till vissa undersökningar som tidigare gjorts med ledning av basmaterial från 1968 och 1974 års levnadsnivåundersökningar. Materialet är emellertid inte tillräckligt varierat för att möjliggöra mera heltäckande slutsatser.

## Läkemedelsförmån inom sjukförsäkringens ram

Sedan 1955 utgår inom sjukförsäkringens ram bidrag till läkemedelskostnader i öppen vård. Hela tiden har den ordningen gällt att vissa läkemedel (huvudsakligen för vissa kroniska sjukdomar) utlämnas helt kostnadsfritt medan i fråga om resten ett visst bidrag utgått över en viss minimikostnad. Listan över vilka läkemedel som utlämnas kostnadsfritt har ändrats och utökats ett flertal gånger. I fråga om rabatteringen har olika tekniska lösningar tillämpats vid skilda tidpunkter. Tabellerna 11–13 ger en översikt över förmånernas storlek och utveckling.

**Tabell 11. De samlade läkemedelsförmånerna (Läkemedel och förbrukningsartiklar).**

| År | Kostnad i tkr |
|---|---|
| 1974 | 1 042 018 |
| 1975 | 1 275 753 |
| 1976 | 1 415 721 |
| 1977 | 1 694 227 |
| 1978 | 1 869 624 |
| 1979 | 2 037 810 |
| 1980 | 2 326 123 |
| 1981 | 2 402 897[a] |
| 1982 | 2 918 800[a] |
| 1983 | 3 361 650[a] |

[a] Häri ingår, förutom kostnadsfria förbrukningsartiklar, kostnadsfria läkemedel och prisnedsatta läkemedel även belopp för kostnadsbefriade inköp och prisnedsatta livsmedel.
Källa: Riksförsäkringsverket. Månadsstatistik för allmän försäkring, kap: läkemedelsutgifter

**Tabell 12. Kostnadsfria läkemedel. Antal verifikationer och kostnader.**

| År | Verifikationer i 1 000-tal | Kostnad tkr |
|---|---|---|
| 1974 | 4 109 | 174 994 |
| 1975 | 4 241 | 211 414 |
| 1976 | 4 303 | 250 984 |
| 1977 | 4 461 | 305 988 |
| 1978 | 4 639 | 366 400 |
| 1979 | 4 811 | 418 323 |
| 1980 | 5 131 | 489 682 |
| 1981 | 5 260 | 566 507 |
| 1982 | 5 677 | 677 156 |
| 1983 | 5 879 | 780 011 |

Källa: Riksförsäkringsverket. Månadsstatistik för allmän försäkring, kap: läkemedelsutgifter

**Tabell 13. Prisnedsatta läkemedel. Antal verifikationer samt kostnader för det allmänna resp. den enskilde.**

| År | Verifikationer i 1 000-tal | Kostnader (tkr) för | |
|---|---|---|---|
| | | det allmänna | den enskilde |
| 1974 | 19 668 | 819 968 | 265 899 |
| 1975 | 20 694 | 999 556 | 285 697 |
| 1976 | 19 940 | 1 082 569 | 347 422 |
| 1977 | 19 891 | 1 284 030 | 356 417 |
| 1978 | 19 216 | 1 381 758 | 434 564 |
| 1979 | 19 036 | 1 477 980 | 433 723 |
| 1980 | 19 268 | 1 659 965 | 442 110 |
| 1981 | 17 548 | 1 598 895 | 616 742 |
| 1982 | 16 553 | 1 704 163 | 584 752 |
| 1983 | 17 014 | 1 940 978 | 608 602 |

Källa: Riksförsäkringsverket. Månadsstatistik för allmän försäkring, kap: läkemedelsutgifter.

# 2 Utredningsuppdraget

## Utredningens uppgifter i sammandrag

Direktiven för 1983 års läkemedelsutredning återges i sin helhet i bilaga 1. I det följande lämnas en översikt över direktiven och organisationen av utredningsarbetet.

I uppdraget ingår bl.a. att

- se över läkemedelsförfattningarna ur konstitutionell, systematisk och redaktionell synvinkel,
- bättre anpassa lagstiftningen till den nya hälso- och sjukvårdslagen,
- se över avtalen mellan staten och Apoteksbolaget AB,
- se över läkemedelsinformationen,
- överväga om någon form av behovsprövning bör införas i registreringsärenden,
- överväga olika former av s.k. generisk förskrivning av läkemedel,
- undersöka möjligheterna att ge de lokala läkemedelskommittéerna en starkare ställning
- överväga behovet att i fastare former reglera läkarnas förhållande till läkemedelsindustrin,
- överväga i vilken omfattning sekretess bör gälla vid prövning och registrering av läkemedel,
- överväga åtgärder för att registreringsförfarandet för nya läkemedel skall bli så snabbt som möjligt,
- undersöka förutsättningarna för ett vidgat internationellt samarbete i registreringsärenden och tillsyn.

## Tidigare utredningar och aktuell debatt

Efter en redogörelse för nuvarande förhållanden görs en summering av senare års utredningar och debatt beträffande läkemedelsfrågor. Därvid erinras till en början om att olika läkemedelsfrågor under senare år utretts av statliga kommittéer men att avgivna betänkanden inte lett till några större förändringar. Det omnämns också att vissa utredningar och förslag nyligen avgivits eller initierats inom förvaltningen i fråga om vissa specialfrågor på läkemedelsområdet. Därefter konstateras att få hälso- och sjukvårdsfrågor debatterats så intensivt under senare år som våra läkemedel.

De frågor som särskilt omnämns i skildringen av debatten är marknads-

föring och annan information om läkemedel, sekretessen inom läkemedelskontrollen, behovsprövning av nya läkemedel, ändamålsenligheten hos de moderna läkemedlen gentemot s.k. alternativa läkemedel, såsom naturmedel och homeopatiska medel. Slutligen omnämns att läkemedelsindustrin hävdat att registreringen av nya läkemedel tar alltför lång tid och att kostnaderna för kontrollen och tillsynen ökat oroväckande snabbt. I sammanhanget har man efterlyst ett vidgat internationellt samarbete mellan de nationella kontrollmyndigheterna, särskilt vad gäller registreringsärendena.

## Uppgifterna

Vid sin föredragning vid regeringssammanträdet den 22 september 1983 konstaterade statsrådet Sigurdsen att den svenska läkemedelskontrollen i stort sett fungerat väl och fortsätter: Den allmänna skärpning av kraven på läkemedlen som läkemedelsförordningen på sin tid innebar samt utbyggnaden av samhällets kontroll och tillsyn har starkt bidragit till att ge oss effektiva och säkra läkemedel. Sedan lagstiftningen trädde i kraft år 1964, har vi i vårt land också varit förskonade från läkemedelskatastrofer. Vid en internationell jämförelse kan konstateras att Sverige är ett av de länder som ställer de högsta kraven på sina läkemedel och har den strängaste kontrollen och tillsynen över dem. Läkemedelsförfattningarna bör emellertid ses över för att anpassas till den nya lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område. En översyn ur konstitutionell synvinkel påkallas också med hänsyn till de krav den nya regeringsformen uppställer.

Den övergripande målsättningen formuleras på följande sätt. Målet för läkemedelspolitiken bör vara att tillgodose människornas behov av säkra och effektiva läkemedel till så låga kostnader som möjligt för samhället och den enskilde.

Det slås fast att den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) bl.a. innebär att samhället fått ett större ansvar för befolkningens hälsa samtidigt som betydelsen för den enskildes engagemang betonats. Det erinras om att Apoteksbolagets tillkomst 1971 innebar att staten tog över ansvaret för läkemedelsförsörjningen i landet och att bolaget fick ansvaret för i princip alla inköp och all distribution av läkemedel genom apoteken. Det framhålls att svensk läkemedelsindustri bör kunna ge värdefulla bidrag till att förverkliga målen för den uppställda läkemedelspolitiken och att industrin liksom hittills bör ges goda utvecklingsmöjligheter. Allmänhetens aktiva medverkan till en bättre läkemedelsanvändning betonas. Om allmänheten ges bättre möjligheter att skaffa sig kunskap om olika läkemedels användningsområden och verkningar kan användningen av läkemedel bli säkrare och mer ändamålsenlig.

De konkreta utredningsuppdrag som läggs på kommittén avser sammanfattningsvis:

- frågan om nya avtal mellan staten och Apoteksbolaget AB efter 1985, då nu löpande avtal upphör att gälla,
- förbättring och förstärkning av den probleminriktade läkemedelsinformationen,

- ytterligare åtgärder för att begränsa läkemedelskostnaderna,
- vissa frågor beträffande läkemedelskontrollen, särskilt frågan i vilken omfattning sekretess bör gälla vid prövning och registrering av läkemedel samt huruvida kontrollen kan effektiviseras ytterligare bl.a. genom utvidgat internationellt samarbete, samt slutligen
- översyn av berörd lagstiftning.

I fråga om statens avtal med Apoteksbolaget uttalas följande:

Statens avtal med Apoteksbolaget AB gäller till utgången av år 1985. Med förtur bör kommittén överväga om det mot bakgrund av utvecklingen och vunna erfarenheter av bolagets verksamhet finns anledning att göra ändringar i avtalen för tiden efter år 1985. Exempel på frågor som bör övervägas är bolagets organisation, etableringspolitik, pris- och finansieringsfrågor, bolagets roll bl.a. i läkemedelsinformationen och samarbetet i olika avseenden med huvudmännen för hälso- och sjukvården. Bolaget bör ha en aktiv roll vid upphandlingen av läkemedlen och distributionen av dessa.

Apoteksbolaget svarar i dag för driften av sjukhusapoteken i landet. I Stockholms läns landsting svarar dock landstinget för driften av sjukhusapoteken. Kommittén bör analysera hur samarbetet mellan Apoteksbolaget och landstingen fungerat och överväga eventuella förändringar.

I frågan om den probleminriktade läkemedelsinformationen skall kommittén lämna förslag om hur denna kan förbättras oavsett vem som utför den. Målet på sikt bör vara att den probleminriktade informationen skall utgöra huvuddelen av läkemedelsinformationen i samhället. Socialstyrelsen och Apoteksbolaget i samarbete med landstingen bör ha det huvudsakliga ansvaret för denna information.

Nära anknytning till detta problemkomplex har kommitténs uppdrag att undersöka möjligheterna att ge de lokala läkemedelskommittéerna en starkare ställning när det gäller valet av läkemedelssortiment. De bör ges vidare uppgifter i både öppen och sluten vård. Detta får naturligtvis inte leda till att patienternas säkerhet i vården på något sätt äventyras framhålls det i direktiven. Läkemedelskommittéernas ställning bör stärkas också när det gäller läkemedelsinformationen. Kommittén bör överväga formerna för samverkan mellan läkemedelskommittéerna och apoteken. Kommittén bör därvid beakta de erfarenheter som kan vinnas i det projekt som genomförs i samverkan mellan socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, Apoteksbolaget och Landstingsförbundet.

En speciell fråga med viss anknytning till informationsproblematiken är läkarnas förhållande till läkemedelsindustrin. Härom anförs följande i direktiven:

Det är nödvändigt att allmänheten känner förtroende för att läkarna inte låter sig otillbörligt påverkas av läkemedelstillverkarna vid valet av läkemedel. Det är av största vikt att det inte finns grogrund för misstankar att läkarna har sådana ekonomiska förbindelser med läkemedelsindustrin att deras objektivitet vid förskrivning av läkemedel kan sättas i fråga. Kommittén bör överväga behovet att i mera fasta former reglera läkarnas förhållanden till läkemedelsindustrin och öka samhällets insyn i dessa förhållanden. Kommittén bör i detta sammanhang bl.a. beakta den verksamhet för bedömning av läkemedelsinformation som läkemedelsindustrin själv inrättat och det samarbete som förekommer mellan landstingskommunerna och industrin.

Kommitténs uppdrag på informationsområdet inbegriper även en utvärdering av läkemedelsinformationsrådets uppgifter. Därvid skall bl.a. undersökas i vad mån rådets arbete haft en återhållande effekt på den preparatbundna läkemedelsinformationen.

Då det gäller ytterligare åtgärder för att begränsa läkemedelskostnaderna berörs två speciella frågor, utöver den allmänna frågan att förbättra läkarnas och även patienternas prismedvetenhet när det gäller läkemedel. Den ena gäller huruvida någon form av behovsprövning bör införas i registreringsproceduren för farmacevtiska specialiteter. Den andra avser huruvida s.k. generisk förskrivning bör kunna tillämpas.

Vid sina överväganden om behovsprövning bör kommittén beakta erfarenheterna från Norge som redan tillämpar en sådan prövning. Det framhålls att en bestämmelse om behovsprövning inte får leda till att konkurrensen inom läkemedelsområdet inskränks. Även förutsättningarna för att avregistrera ett läkemedel bör ses över. I detta sammanhang bör kommittén också överväga vilket ansvar som bör ligga på tillverkaren när det gäller att följa den medicinska utvecklingen, informera tillsynsmyndigheterna om risken för biverkningar m.m.

En form av generisk förskrivning är att läkaren på receptet anger det generiska (icke varumärkesskyddade) namnet på det ordinerade läkemedlet i stället för som nu benämningen på den farmacevtiska specialiteten, som vanligen är varumärkesskyddad. Det generiska namnet ger en vägledning om läkemedlets kemiska och farmacevtiska grupptillhörighet. I direktiven sägs:

Att införa generisk förskrivning i större eller mindre skala kräver emellertid noggranna överväganden. Systemet har visserligen prövats utomlands men inställningen olika experter emellan skiljer sig avsevärt. Genom en ökad generisk förskrivning skulle förhoppningsvis vinnas en ökad säkerhet för patienterna mot förväxling av läkemedel vid förskrivning och lägre kostnader för samhället. Läkemedelsnamnen anpassas genom ett sådant system också bättre till den utbildning i läkemedelslära som läkarna får.

De uttalanden, som görs i direktiven om vissa frågor beträffande läkemedelskontrollen, har följande lydelse:

Kommittén bör vidare överväga i vilken omfattning sekretess bör gälla vid prövning och registrering av läkemedel. Därvid bör naturligtvis beaktas såväl tillverkarens behov av sekretess för t.ex. uppfinnings- och forskningsresultat som samhällets och allmänhetens berättigade behov av insyn. Som tidigare understrukits är den svenska läkemedelskontrollen av hög kvalitet. Kritik har emellertid framförts från industrin om en alltför långsam handläggning av registreringsärenden och kraftigt ökade kostnader för kontrollen. Vissa åtgärder har också från statsmakternas sida vidtagits för att effektivisera registreringen. Kommittén bör överväga vad som ytterligare kan göras för att registreringsförfarandet skall bli så snabbt som möjligt utan att säkerhetskraven eftersätts. Enligt min mening bör mycket stå att vinna med ett ytterligare utvidgat internationellt samarbete i kontrollen av och tillsynen över läkemedlen. Förutsättningarna bör därför undersökas att i registreringsärenden och i tillsynen enligt läkemedelslagstiftningen i större utsträckning än f.n. samarbeta med och tillgodogöra sig erfarenheterna från de nationella kontrollmyndigheterna i andra länder. Ett utvidgat samarbete får dock inte ske på bekostnad av säkerheten i läkemedelshanteringen. Samarbete bör därför sökas främst med de länder vars krav på läkemedlen i huvudsak stämmer överens med de svenska kraven.

Vad angår kommitténs översyn av berörd lagstiftning har redan sagts att läkemedelsförfattningarna bör anpassas till den nya lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område samt att de bör ses över från konstitutionell synpunkt, eftersom de nuvarande författningarna fortlever med stöd av den nya regeringsformens övergångsbestämmelser. Fördelningen av bestämmelserna mellan lag, förordning och föreskrifter från socialstyrelsen bör övervägas. Möjligheterna bör prövas att sammanföra de grundläggande bestämmelserna om läkemedel i en lag. Bestämmelserna om narkotika bör om möjligt bättre anpassas till de internationella konventioner på området som Sverige anslutit sig till.

## Arbetets bedrivande

Kommittén påbörjade sitt arbete i december 1983. Efter allmänna diskussioner om uppdragets innebörd tillsatte kommittén tre arbetsgrupper med ansvar inför kommittén att bereda de frågor som tillhör utredningens uppgifter att behandla.

En arbetsgrupp med ledamoten Arne Gadd som ordförande har till huvuduppgift att bearbeta frågor om läkemedelsinformation. Departementsrådet Lars Hultstrand och farmacie doktorn Rune Lönngren, båda sakkunninga hos kommittén, leder de andra arbetsgrupperna. Hultstrand är ordförande för gruppen för lagstiftningsfrågor inbegripet frågor om behovsprövning och generisk förskrivning, medan Lönngren är ordförande i den grupp som har huvudansvaret för beredning av frågor angående Apoteksbolaget.

I direktiven för utredningen har kommittén anbefallts att med förtur överväga om det mot bakgrund av utvecklingen och vunna erfarenheter av Apoteksbolagets verksamhet finns anledning att göra ändringar i avtalen för tiden efter år 1985. Med hänsyn härtill har tyngdpunkten i kommitténs arbete hittills legat på de frågor som är av direkt betydelse för de avtal mellan staten och bolaget som skall slutas för tiden efter 1985. Detta betänkande koncentrerar sig helt på sådana frågor. Erforderligt bakgrundsmaterial har i stor utsträckning erhållits från Apoteksbolaget.

# 3 Apoteksbolagets tillkomst

## Uppkomst och utveckling av ett svenskt apoteksväsende

Det apoteksväsende som upphörde vid utgången av 1970 hade sina rötter i 1600-talet. De av stor framsynthet präglade medicinalordningarna som utfärdades 1688 innehöll i fråga om läkemedel och apotek en rad bestämmelser och föreskrifter. Dessa syftade till att garantera en god kvalitet på läkemedlen och en fast ordning för hur de skulle tillhandahållas. Man ställde kompetenskrav på dem som skulle driva ett apotek. Läkemedlen skulle motsvara vad som föreskrevs i en fastställd farmakopé. Apoteken skulle vara tillgängliga dygnet runt. Priserna på läkemedel skulle fastställas i en medicinaltaxa. Ett nytt apotek kunde öppnas endast efter tillstånd (privilegium) meddelat av myndigheterna. Den som erhållit privilegium kunde utöva detta hela sin livstid. Privilegiet var säljbart och betingade så småningom mycket höga priser. Med hänsyn till de sociala och ekonomiska problem systemet skapade började så småningom beslut om inrättande av nya apotek att förbindas med personliga (icke säljbara) privilegier och sedermera beslöt statsmakterna att all handel med eller överlåtelse enskilda emellan av apoteksprivilegier skulle med utgången av 1920 upphöra att tillerkännas rättskraft.

Med utgångspunkt i det arbete som utfördes av 1912 års apotekssakkunniga och den nya lagstiftning som tillkommit i och med utfärdandet av 1913 års apoteksvarustadga påbörjades ett omfattande reformarbete av apoteksväsendet. Ett pensioneringssystem för apoteksinnehavare och anställd personal infördes, ordningen för utnämning av apoteksinnehavare närmade sig formerna för tillsättande av chefstjänster inom statsförvaltningen. En småningom långtgående ekonomisk kollektivisering av apoteksväsendet påbörjades. Genom det 1936 införda systemet med s.k. allmänna avgifter från apoteken skapades möjlighet att med bibehållande av enhetliga läkemedelspriser i hela landet genomföra en utjämning av apoteksinnehavarnas inkomster och främja en teknisk upprustning av apoteken och modifiera formerna för deras verksamhet.

## Utredningar om förändring

Under efterkrigstiden har tre statliga utredningar lagt fram förslag om väsentliga organisationsförändringar i fråga om det dåvarande apoteksvä-

sendet. I betänkandet Omorganisation av apoteksväsendet i riket m.m. (SOU 1951:34) föreslog 1946 års läkemedelsutredning att apoteksväsendet skulle ombildas och samlas i ett statligt aktiebolag. Förslaget utsattes för häftig kritik och ledde inte till något annat resultat än att två utredningsmän tillkallades för att på basis av betänkandet och avgivna remissyttranden ytterligare utreda frågekomplexet. Utredningen, som antog benämningen 1953 års läkemedelskommitté, framlade sina förslag i betänkandet Läkemedelsförsörjningens organisation (SOU 1959:5). Förslagen, som huvudsakligen berörde apotekens avgiftssystem och droghandelsfrågorna samt vissa ledningsfunktioner för apoteksväsendet, ledde inte till några positiva beslut från statsmakternas sida.

Sedan ny läkemedelslagstiftning utfärdats på grundval av förslagen i proposition 1962:184 bemyndigades dåvarande chefen för inrikesdepartementet statsrådet Johansson att åter låta utreda frågan om läkemedelsförsörjningens organisation. I utredningsdirektiven anförde departementschefen att det enligt hans mening var angeläget att läkemedelsförsörjningens organisation ytterligare reformerades i riktning mot ett större samhällsengagemang och att tidigare framlagda förslag inte kunde läggas till grund för önskvärda reformer. Den tillkallade utredningen – läkemedelsförsörjningsutredningen – redovisade sitt uppdrag i betänkandet Läkemedelsförsörjning i samverkan (SOU 1969:46). I anslutning till utredningen hade förhandlingar förts som lett till en överenskommelse mellan staten och Apotekarsocieteten om formerna för avlösning av dåvarande apotekssystem. De framlagda förslagen ledde till proposition till 1970 års riksdag och bildande av Apoteksbolaget AB.

## Proposition 1970:74

### Inledning

I proposition 1970:74 lades fram förslag om en ny organisation av läkemedelsförsörjningen. Propositionen innehöll dels förslag till en ny lag om detaljhandel med läkemedel samt vissa andra författningsförslag, dels en rad förslag beträffande den nya organisationen för läkemedelsförsörjningen och dels förslag om en förstärkt läkemedelskontroll. Staten skulle överta upphandling och distribution av läkemedel genom ett nyinrättat apoteksbolag. I detta skulle staten ha 2/3 av aktierna och en av Apotekarsocieteten grundad stiftelse 1/3. Åtgärder föreslogs som syftade till att underbygga en aktiv prispolitik och en ökad satsning föreslogs på en av producentintressen obunden läkemedelsinformation.

Föredragande departementschefen statsrådet Aspling uttalade att genom de åtgärder som föreslogs i propositionen skapades förutsättningar för ett slagkraftigt apoteksväsende som smidigt kan anpassa sig till den medicinska, tekniska och ekonomiska utvecklingen och därigenom även i framtiden kan tillgodose kraven på en god läkemedelsförsörjning. Den betydande förstärkning av läkemedelskontrollen som förordades var ägnad att göra läkemedelsbehandlingen säkrare och effektivare, framhöll departementschefen och fortsatte: Apoteksväsende och läkemedelskontroll i förening kommer att

medverka till en utbyggd läkemedelsinformation, obunden av producentintressen.

Flertalet av de frågor som berördes i propositionen kommer att behandlas i andra delar av betänkandet. Därvid kommer relevanta delar av propositionen att refereras. I detta kapitel begränsas skildringen till sådana grundläggande frågor som är av betydelse för förståelsen i stort av den nya organisationen för läkemedelsförsörjningen.

## Lagen om detaljhandel med läkemedel

Med detaljhandel skulle förstås, enligt lagförslaget, försäljning till annan än tillverkare av läkemedel för dennes rörelse eller återförsäljare och med läkemedel skulle förstås vara på vilken läkemedelsförordningen (1962:701) äger tillämpning. Detaljhandel med läkemedel skulle få drivas endast av staten eller av juridisk person i vilken staten äger ett bestämmande inflytande. Regeringen skulle äga bestämma av vem och på vilka villkor detaljhandel med läkemedel skulle få drivas.

Lagförslaget hade lagts fram av läkemedelsförsörjningsutredningen och det hade endast undantagsvis berörts av remissinstanserna.

Föredragande departementschefen framhöll att avsikten var att ensamrätten att driva detaljhandel med läkemedel skulle överlåtas på det nya Apoteksbolaget, men att lagen med den föreslagna formuleringen gav regeringen möjlighet att företa jämkningar i den principiella ensamrätten för bolaget.

Beträffande frågan om sjukhusens anskaffning av läkemedel anförde departementschefen följande:

De läkemedelsvanor som utbildas vid sjukhusen är många gånger tongivande för sjukvården i övrigt. Denna omständighet och betydelsen av att de läkemedelsfrågor som rör öppen resp. sluten vård inte onödigtvis fjärmas från varandra gör det enligt min mening angeläget att apoteksbolagets verksamhet omfattar även de läkemedelsinköp som berör sjukhusen. Även från ekonomisk synpunkt finner jag det viktigt att sjukhusens anskaffning av läkemedel sker med anlitande av bolaget. Ett av motiven för att skapa apoteksbolaget är att samhället skall kunna uppträda på marknaden som en stark och prismedveten köpare. Effekten härav skulle försvagas om de större sjukhusen och apoteksbolaget uppträdde var för sig. Från samlade samhällssynpunkter måste den väg utredningen föreslagit vara att vida föredra framför en uppsplittring av läkemedelsuppköpen. Genom representation för sjukvårdshuvudmännen i apoteksbolagets styrelse och genom olika former av samarbete mellan huvudmännen och bolaget bör man kunna trygga att sjukhusens intresse av att läkemedelsköp kan ske så förmånligt som möjligt tillgodoses. Som utredningen framhållit bör det vara självklart att speciella inköpsavtal skall kunna komma till stånd mellan bolaget och sjukvårdshuvudmännen. Jag biträder sålunda utredningen förslag.

## Apoteksbolaget och dess uppgifter

I anslutning till läkemedelsförsörjningsutredningens verksamhet drevs förhandlingar som resulterade i en överenskommelse mellan staten och Apotekarsocieteten om formerna för avlösning av dåvarande apotekssystem. Denna slöts den 17 september 1969. Överenskommelsen, som ingåtts

bl.a. under förutsättning av riksdagens godkännande, byggde på förutsättningen att det genom lagstiftning infördes principiell ensamrätt för staten att från och med 1971 driva detaljhandel med läkemedel och att staten upplät sin ensamrätt på ett för ändamålet bildat apoteksbolag. Bolaget skulle bildas genom aktieteckning från statens sida med 30 Mkr och från en av Apotekarsocieteten bildad stiftelse med 15 Mkr. Staten skulle förvärva egendom och organisationstillgångar av Apotekarsocieteten till ett sammanlagt värde av 31,9 Mkr. I detta belopp ingick bl.a. värdet av läkemedelsföretaget Vitrum. Vidare skulle staten inlösa apotekens lager och inventarier av de apoteksinnehavare som vid utgången av 1970 drev apoteksrörelse. Härvid skulle också övertas i rörelserna ingångna anställningsavtal, hyresavtal och andra förpliktelser. Staten garanterade att apoteksinnehavare som drev apoteksrörelse vid utgången av 1970 bereddes anställning inom Apoteksbolaget samt att personal inom apoteksväsendet fick anställning hos bolaget eller detta närstående enheter. Härutöver gjordes vissa preciseringar och berördes vissa övergångsföreteelser som förbigås i denna redogörelse.

I samband med inlösningen av apoteken skulle apotekens distriktslaboratorier (ACO) övergå i statens ägo. Den verksamhet som utövades av dessa och Apotekarsocietetens tekniska huvudavdelning, skulle enligt överenskommelsen drivas som dotterbolag till Apoteksbolaget under minst två år[1] räknat från den 1 januari 1971. Motsvarande skulle gälla för läkemedelsföretaget Vitrums fabriksdel.

Föredragande departementschefen förordade att överenskommelsen till alla delar godkändes för statens del. Han anslöt sig också till förslaget att ett avtal skulle upprättas mellan staten och Apoteksbolaget innefattande en närmare reglering av bolagets verksamhet. I avtalet borde ingå föreskrift om att statens rättigheter och skyldigheter enligt överenskommelsen skulle överföras till Apoteksbolaget.

I fråga om Apoteksbolagets organisation måste enligt departementschefen huvudprincipen vara att bolagsledningen har frihet och skyldighet att ge bolaget den organisation den finner mest ändamålsenlig.

Vitrums droghandel, som ingick i förvärvet från Apotekarsocieteten borde, antingen den drevs som dotterföretag till Apoteksbolaget eller om den sedermera direkt införlivades med bolaget, fungera som en inköpsavdelning och samtidigt utgöra dess apparat för intern varudistribution. Särskild uppmärksamhet borde ägnas åt möjligheten att effektivisera distributionen genom integration mellan partihandels- och detaljhandelsleden.

Bolaget borde ha rätt att självt fastställa sina utförsäljningspriser. Enhetliga priser borde hållas i hela landet och prissättningen skulle medge skälig förräntning av insatt kapital. I fråga om prissättning på farmacevtiska specialiteter borde man få till stånd den ordningen att förhandlingar mellan Apoteksbolaget och läkemedelsfabrikanterna blir det normala. Kravet på att ett läkemedels pris skall vara skäligt för att registrering skall kunna ske borde bibehållas. Samtidigt borde man föra in en föreskrift i tillämpningskungörelsen till läkemedelsförordningen av den innebörden att ett pris varom Apoteksbolaget och producenten är ense skall anses som skäligt, såvida inte särskilda skäl talade för annat.

[1]Övergångstiden avkortades sedermera till ett år.

Som framgår av citatet på sidan 47 fann departementschefen det viktigt att sjukhusens anskaffning av läkemedel skedde med anlitande av bolaget. Ett av motiven för att skapa Apoteksbolaget var att samhället skall kunna uppträda på marknaden som en stor och prismedveten köpare. Effekten härav skulle försvagas om de större sjukhusen och Apoteksbolaget uppträdde var för sig.

Då det gäller försäljningen till allmänheten skall Apoteksbolaget ha ansvaret för att distributionsnätet är väl anpassat till behovet. Om det av praktiska sjukvårds- och serviceskäl befanns lämpligt att ett försäljningsställe för allmänheten på ett sjukhus omhänderhades i huvudmannens regi borde hinder inte resas mot en sådan ordning, framhöll departementschefen. Apoteksbolaget skulle äga rätt att låta sjukvårdshuvudman på de villkor varom överenskommelse kunde träffas mellan bolaget och sjukvårdshuvudmannen fullgöra bolagets skyldigheter att tillhandahålla läkemedel åt allmänheten.

I avtalet mellan staten och bolaget borde tas in en föreskrift om att det skall åligga bolaget att verka för en förbättrad information och statistik på läkemedelsområdet. Bolagsstyrelsen borde vid sina priskalkyler ta hänsyn till att erforderliga medel skall kunna ställas till förfogande för dessa uppgifter.

I fråga om finansieringen erinrade departementschefen till en början om att det inom ramen för dåvarande apotekssystem fanns en s.k. regleringsfond som fyllde funktionen av att vara en utjämningsfond inom det avgiftssystem för apoteken som då fanns. Dispositionsrätten över fondens medel tillkom Kungl. Maj:t och fonden förvaltades av socialstyrelsen. Fondens medel, som beräknades uppgå till minst 30 Mkr, hade tillskjutits av läkemedelskonsumenterna genom de överskott som uppkommit på de av staten fastställda apoteksavgifterna. Departementschefen ansåg att i och med omorganisationen av apoteksväsendet skulle behovet av en regleringsfond bortfalla. Fonden borde inte leva kvar utan borde vid en omorganisation disponeras för ändamål som faller inom apoteksväsendet. Departementschefen förordade att 30 Mkr av fonden skulle tas i anspråk för statens aktieteckning i Apoteksbolaget.

I anslutning till finansieringsfrågorna lämnade departementschefen en redogörelse för aktuella pensionsfrågor inom apoteksväsendet. Redogörelsen utmynnade i att Apoteksbolaget genom föreskrift i avtalet mellan staten och bolaget borde åläggas att infria gjorda pensionsutfästelser. Som bidrag till fullgörande av detta åliggande borde bolaget få disponera befintliga pensionsfonder. Dessa förvaltades av socialstyrelsen och beräknades uppgå till drygt 60 Mkr. Fonderna borde överföras till bolaget. Frågan om pensionsfonderna behandlas närmare i kap 14.

## Riksdagsbehandlingen

I anledning av proposition 1970:74 väcktes sex motioner i första kammaren och sju i andra kammaren, varav sex var likalydande med dem som väcktes i första kammaren.

Inte i någon av de väckta motionerna ifrågasattes att ett apoteksbolag

borde komma till stånd. Däremot framfördes i några motioner avvikande meningar om hur vidsträckta bolagets uppgifter borde vara. I andra framfördes speciella krav i fråga om utbyggnaden av servicen på läkemedelsområdet. Två likalydande motioner berörde frågan om den framtida lokaliseringen av läkemedelskontrollen.

Propositionen och de väckta motionerna hänvisades till statsutskottet utom beträffande lagstiftningsförslagen, vilka hänsköts till andra lagutskottet. Andra lagutskottet (nr 37) tillstyrkte utan reservation förslagen i propositionen såvitt angick författningsdelarna. Statsutskottet (nr 98) konstaterade att konkreta invändningar inte rests mot principförslaget att staten övertog upphandling och distribution av läkemedel genom ett nyinrättat apoteksbolag och anslöt sig till förslaget i denna del.

Vissa motioner hade berört frågan om droghandelns ställning och inneburit yrkanden om ändring av propositionens förslag. Enligt utskottets mening borde de i propositionen förordade riktlinjerna för valet av distributionsväg tillämpas. Det förhållandet att en integration mellan inköpsledet och den interna distributionen får en partihandelsliknande karaktär kan inte leda till andra bedömningar, framhöll utskottet.

Förslaget om en ny prispolitik hade föranlett flera ändringsyrkanden motionsvägen. Utskottet anförde:

Enighet råder om det fortsatta behovet av en prövning av läkemedelspriserna. Motionsförslagen utgår från uppfattningen att apoteksbolaget genom sin monopolställning i sina förhandlingar inte på samma sätt som socialstyrelsen i sin prövning beaktar läkemedelsindustrins behov av att i sina kalkylnormer ta in kostnader för bl.a. forskning, produktutveckling och internationell marknadsföring. Utskottet ansluter sig till meningen att en mer aktiv priskonkurrens med läkemedel bör främjas och anser att förslaget i propositionen verkar i sådan riktning. Apoteksbolagets intresse att även på lång sikt främja en god läkemedelsförsörjning – vari en inhemsk industri har sin givna plats – torde medföra för samhället som helhet godtagbara avvägningar. Motionerna avstyrks i denna del. Även om den i propositionen förordade proceduren i prisfrågor kännetecknas av regelmässigt förekommande förhandlingar mellan apoteksbolaget och producenterna, kan som departementschefen anför, särskilda skäl tala för en socialstyrelsens sakprövning av även ett avtalat pris – vare sig prövningen sker på eget initiativ eller aktualiseras genom en anmälan. Syftet med motionerna I:1093 och II:1282 i denna del kan därför anses i huvudsak tillgodosett. Utskottet har ingen erinran mot vad departementschefen i övrigt anfört om prissättningen på läkemedel.

Statsutskottet anslöt sig till uppfattningen att ökade insatser behövdes från samhällets sida för att främja en obunden läkemedelsinformation och erinrade om att propositionens förslag innebar dels att de informationsuppgifter som anknöt till läkemedelskontrollen inordnades i en förstärkt kontrollorganisation inom socialstyrelsen, dels att Apoteksbolaget skulle ha ansvar för att ekonomiska resurser ställdes till förfogande för bl.a. sådan information som inte står läkemedelskontrollen nära. Bolaget, biträtt av en särskild nämnd, skulle från fall till fall bedöma av vem och under vilka former information m.m. skulle utövas. I vissa motioner hade förordats att informationsuppgifterna skulle koncentreras till socialstyrelsen. Förslaget bottnade i farhågor att socialstyrelsens erfarenheter inte skulle tas till vara på bästa sätt och att Apoteksbolaget inte skulle kunna rätt åta sig en så krävande

uppgift som informationen. Ingen erinran hade gjorts mot propositionens förslag i vad det avsåg en utbyggnad av den till kontrollorganisationen och socialstyrelsen knutna informationen. Enligt utskottets mening kunde inte heller bolagets ansvar för finansiering och valet av organ för en information besanna de i motionerna anförda farhågorna. Något motsatsförhållande kunde inte väntas föreligga. Utskottet avstyrkte bifall till ett motionsvis framfört yrkande om att avtalet mellan staten och Apoteksbolaget skulle få en sådan formulering att det klart framgick att Apoteksbolaget endast skulle syssla med detaljdistributionen av läkemedel.

I fråga om riktlinjer för läkemedelsdistributionen i övrigt tog utskottet bl.a. upp uttalandet i propositionen om att glesbygdens speciella förhållanden beaktades och underströk vikten av att allmänheten fick tillgång till service. Samtidigt uttalade utskottet förståelse för att det även på detta område är nödvändigt med vissa strukturrationaliseringar och fortsatte: Ett accepterande av sådana strukturella omdaningar understryker emellertid, enligt utskottets bestämda mening, behovet av kraftfulla försök att finna andra vägar för upprätthållandet av en god service inom det viktiga läkemedelsområdet.

Utskottet tillstyrkte i alla delar bifall till propositionens förslag och avstyrkte bifall till väckta motioner i ämnet. Mot utskottets beslut anfördes reservationer till förmån för olika yrkanden i motionerna.

Vid behandlingen i kamrarna biföll riksdagen utan votering förslaget att ett Apoteksbolag skulle bildas. I fråga om bolagets uppgifter skedde votering och rösträkning. Majoriteten biföll propositionens förslag. Minoriteter av storleksordningen 25–35% av riksdagens ledamöter anslöt sig till motionsvis framförda yrkanden.

## Bolagsbildningen och verksamhetens start

Apoteksbolaget bildades den 24 augusti 1970 med ett initialt aktiekapital av 5 000 kronor. Avtalet mellan staten och bolaget undertecknades den 18 september samma år. I avtalet stipulerades bl.a. att de förut nämnda pensionsfonderna skulle överlämnas till bolaget den 1 januari 1971 och att bolaget omedelbart efter undertecknandet skulle erhålla ett förskott ur fonderna å 2 Mkr.

Mot slutet av 1970 höjdes aktiekapitalet till 37,5 Mkr och aktieteckning skedde till en kurs av 120%. Vid ingången av 1971 fanns sålunda ett aktiekapital av 37,5 Mkr och en reservfond om 7,5 Mkr.

Vid årskiftet 1970–1971 överfördes samtliga tillgångar i pensionsfonderna till Apoteksbolaget. Fondernas sammanlagda behållning efter försäljning av innehavda värdepapper var 50 Mkr.

I enlighet med vad förut nämnts användes 30 Mkr ur den s.k. regleringsfonden för statens aktieteckning i Apoteksbolaget. I samband med att bolaget inlöste tillgångarna inom det tidigare apoteksväsendet tillfördes fonden ytterligare 25 Mkr genom överskott och upplösta reserver. Dessa medel tillfördes bolaget. Genom aktieteckningen samt överförandet av reglerings- och pensionsfondernas behållningar disponerade bolaget 120 Mkr vid starten.

## Inlösen av apoteken m.m.

Bolaget inlöste den 1 januari 1971 apotekens varulager och inventarier m.m. Inlösen skedde också av de till vissa apotek knuta s.k. distriktslaboratorierna, vid vilka tillverkning under varumärket ACO bedrevs. Värderingen genomfördes i huvudsaklig överensstämmelse med tidigare inom apoteksväsendet tillämpade normer. Vidare förvärvade bolaget samma dag Apotekarsocietetens tekniska huvudavdelning inklusive laboratorium samt delar av den administrativa huvudavdelningen. Vid årskiftet 1970–1971 övertog Apoteksbolaget statens aktieinnehav i Apoteksvarucentralen Vitrum Apotekareaktiebolaget. Under första halvåret 1981 inlöste sedan bolaget minoritetens aktier (ca 13%) i Vitrum.

Överenskommelse träffades den 8 december 1970 mellan Apoteksbolaget och Aktiebolaget Fortia, varigenom Apoteksbolaget för 10 Mkr förvärvade samtliga aktier i Apotekarnes Droghandel AB ADA med tillträde den 1 januari 1971. Köpet omfattade den del av ADA:s verksamhet som avsåg försäljning av farmacevtiska specialiteter och andra läkemedel till apotek. I Apoteksbolagets köp av ADA ingick inte några fastigheter, men i anslutning till uppgörelsen träffades avtal om långfristig förhyrning av de lokaler som erfordrades för verksamheten.

Följande sammanställning utvisar köpesummorna för de nämnda förvärven:

| | | Mkr |
|---|---|---|
| Apoteken | | |
| Fastigheter | 2,2 | |
| Inventarier m.m. | 65,1 | |
| Varor | 96,5 | 163,8 |
| ACO (distriktslaboratorierna) | | |
| Fastighet | 1,6 | |
| Inventarier, patent m.m. | 15,7 | |
| Varor | 16,4 | 33,7 |
| Delar av de tekniska och administrativa huvudavdelningarna (sedan 4,1 Mkr påförts ACO för del av den tekniska huvudavdelningen), fastighetsinredning, inventarier m.m. | | 3,5 |
| Vitrum | | 28,0 |
| ADA | | 10,0 |
| Summa | | 239,0 |

# 4 Grunder för Apoteksbolagets verksamhet

## Inledande översikt

Lag om detaljhandel med läkemedel utfärdades den 27 maj 1970 (nr 205). Enligt lagen får detaljhandel med läkemedel drivas endast av staten eller av juridisk person i vilken staten äger ett bestämmande inflytande. Regeringen bestämmer av vem och på vilka villkor detaljhandel med läkemedel får drivas.

Sedan Apoteksbolaget bildats uppdrog Kungl. Maj:t genom beslut den 18 september 1970 åt Apoteksbolaget att – med undantag för den rätt som tillkom Militärapoteket, statens bakteriologiska laboratorium och statens veterinärmedicinska anstalt – under tiden 1 januari 1971 – 31 december 1985 med ensamrätt driva detaljhandel med läkemedel.

Samma dag – den 18 september 1970 – undertecknades ett avtal mellan staten och Apoteksbolaget om Apoteksbolagets verksamhet.

I proposition till riksdagen den 16 februari 1973 (prop 1973:16) lades förslag fram till en samordning av civil och militär läkemedelsförsörjning. Riksdagen godkände förslaget och bemyndigade Kungl. Maj:t att i huvudsaklig överensstämmelse med vad som förordats i propositionen träffa avtal med Apoteksbolaget AB om vissa försvarsförberedelser m.m. på läkemedelsområdet (SoU 6, rskr 101). Genom Kungl. Maj:ts beslut den 11 maj 1973 godkändes för statens del ett sådant avtal vilket sedermera undertecknades av representanter för parterna. Avtalet gällde ursprungligen tiden 1 januari 1974 – 31 december 1983, men har sedan förlängts att gälla t.o.m. den 31 december 1985.

Lagen och de här nämnda avtalen återges i sin fullständiga lydelse i bilaga 2–4 till betänkandet. I det följande avsnittet ges en systematisk redogörelse för innebörden av lagen och avtalen.[1]

## Omfattningen av Apoteksbolagets ensamrätt

Statens bakteriologiska laboratorium (SBL) och statens veterinärmedicinska anstalt (SVA) har rätt till viss detaljhandel med sera och vacciner. Sedan den 1 januari 1974 när den särskilda militära apoteksorganisationen upphörde och dess uppgifter överfördes på Apoteksbolaget har bolaget ensamrätt till all annan detaljhandel med läkemedel. (2§ DL, 1§ Avt.).

Bolaget har rätt att låta sjukvårdshuvudman på de villkor varom överenskommelse kan träffas mellan bolaget och huvudmannen fullgöra

[1] Använda förkortningar

DL = Lagen om detaljhandel med läkemedel
Avt. = Avtalet om Apoteksbolagets verksamhet

bolagets skyldighet att tillhandahålla läkemedel åt allmänheten. (3§ Avt.)

Försäljningen från SBL och SVA uppgick till ett värde av 57 Mkr 1983, dvs. 1% av den totala detaljförsäljningen av läkemedel. Överenskommelse har träffats med Stockholms läns landsting om att landstinget tillhandahåller läkemedel till allmänheten från sjukhusapotek vid två sjukhus.

## Avvägning mellan service och kostnader

Bolaget skall svara för att en god läkemedelsförsörjning upprätthålls i landet. Verksamheten skall därvid bedrivas så att möjligheterna att utnyttja läkemedelsutvecklingens resultat främjas samtidigt som så låga läkemedelskostnader som möjligt upprätthålls (4§ Avt.). Texten ger uttryck för den balansgång mellan service och kostnader som kommer till uttryck på flera ställen i förarbetena till Apoteksbolagets tillkomst och även i avtalstexten.

En god service är i detta sammanhang ett sammansatt begrepp. Det kan ta sig uttryck i apotekstäthet, öppethållandetider, grad av lagerhållning och snabbhet i expeditionen m.m.

Enligt 5§ Avt. bestämmer bolaget i vilken utsträckning apotek och andra försäljningsställen för läkemedel skall finnas och var de skall vara belägna. Det redan i 4§ Avt. uttalade kravet på balans mellan service och kostnader upprepas med mera speciella formuleringar då det gäller beslut om apotekstätheten. Andra stycket 5§ Avt. lyder: Vid avvägning av försäljningsställenas utformning och placering skall bolaget eftersträva en god service till allmänheten och sjukvårdens organ, samtidigt som hänsyn tas till kravet på att läkemedelskostnaderna hålls på en försvarlig nivå.

Den regel som gäller vid avvägning av öppethållandetider finns i 7§ Avt. och lyder: Bolaget skall hålla sina försäljningsställen för läkemedel tillgängliga i sådan utsträckning att sjukvårdens behöriga krav inte eftersätts.

Frågan vilka varor som måste lagerhållas och/eller anskaffas behandlas i 6§ Avt. Beträffande anskaffningsskyldigheten gäller olika regler om begäran kommer från läkare, tandläkare eller veterinär å ena sidan eller från allmänheten å den andra. Om ett läkemedel behörigen förordnats av läkare, tandläkare eller veterinär är bolaget skyldigt att snarast möjligt anskaffa och tillhandahålla medlet. Med "behörigen förordnats" avses i sammanhanget dels att vederbörande person har rätt att utöva ifrågavarande medicinska yrke, dels att medlet är ett sådant som lagligen får användas. I praktiken rör det sig därvid om registrerade specialiteter, specialiteter för vilka licens erhållits och extemporeläkemedel. Då allmänheten begär läkemedel utan recept är bolagets expeditionsskyldighet begränsad till att avse tillåtna farmacevtiska specialiteter samt "läkemedel intagna i officiella läkemedelshandböcker". Med detta uttryck avses enligt förarbetena läkemedel intaget i Nordiska farmakopén och Pharmaconomia Svecia. I vilken utsträckning läkemedel behöver hållas i lager uttrycks i 6§ andra stycket Avt. så, att "bolaget skall eftersträva att tillgodose de behov som en rationell och effektiv hälso- och sjukvård kräver".

## Prispolitik

De normer för prissättning som skall gälla anges i 8§ Avt. Det stadgas att priserna på läkemedel skall vara enhetliga för hela landet. Regeln är avsedd att tillämpas vid försäljning till allmänheten. Om prissättningen vid leverans till sjukhus sägs uttryckligen i propositionen (sid 99) att det bör vara självklart att speciella inköpsavtal skall kunna komma till stånd mellan en sjukvårdshuvudman och bolaget. Regeln om enhetliga läkemedelspriser är ett uttryck för Apoteksbolagets socialpolitiska skyldighet att erbjuda en god service i såväl tätort som glesbygd. I propositionen berörs detta (sid 92) på följande sätt: Bolaget bör tillse att servicen till allmänhet och sjukvårdens organ är fullgod. I detta sammanhang vill jag erinra om det av flera remissinstanser understrukna kravet att glesbygdens speciella förhållanden beaktas. Samtidigt måste hänsyn tas till kravet att läkemedelskostnaderna hålls på en rimlig nivå. I den mån mindre lönsamma distributionsställen måste bibehållas från servicesynpunkt bör dessa finansieras inom ramen för bolagets samlade intäkter.

Vid riksdagsbehandlingen betonades också vikten av att tillgodose glesbygdens speciella förhållanden (SU 1970:98, sid 10).

I 8§ Avt. stadgas vidare att sådana normer för prissättning av tillhandahållna varor och tjänster skall tillämpas att bolagets kostnader täcks och skälig förräntning av det i bolaget insatta kapitalet erhålls. Enligt bolagsordningen för Apoteksbolaget är utdelningen till aktieägarna maximerad till 6% på aktiekapitalet. Kostnadstäckningen avser självfallet både kapital- och driftkostnader.

Bolagets åligganden att förhandla med tillverkarna av farmacevtiska specialiteter avspeglas inte i någon särskild bestämmelse i avtalet utan faller tillbaka på de uttalanden som gjordes i proposition 1974:70 och statsutskottets utlåtande 1970:98 samt föreskriften i 17§ kungörelsen (1963:439) om tillämpningen av läkemedelsförordningen den 14 december 1962 (nr 701).

## Läkemedelsinformation

Bolagets skyldigheter på informationsområdet behandlas i 9§ Avt. Där finns dels ett allmänt stadgande om att bolaget skall verka för utvecklingen av en god läkemedelsinformation och för fortlöpande produktion av statistik över läkemedelsförbrukningens art och omfattning, dels en föreskrift om att bolaget skall utse och bestrida kostnaderna för en särskild nämnd för dessa frågor. I nämnden skall finnas företrädare för Apoteksbolaget, socialstyrelsen, sjukvårdens huvudmän samt därutöver framstående medicinsk, farmacevtisk och annan erforderlig sakkunskap. ANIS, Apoteksbolagets Nämnd för Information och Statistik, har etablerats i överensstämmelse med det angivna stadgandet i 9§ Avt. Utöver denna paragraf har de uttalanden om information som förekom i proposition 1970:74 och vid riksdagsbehandlingen relevans.

## Säkerhet i expeditionen

En viktig fråga vid all läkemedelshantering är säkerheten. I 10§ Avt. förbinder sig Apoteksbolaget att tillse att den personal som sysselsätts inom läkemedelsdistributionen uppfyller de krav som erfordras från säkerhetssynpunkt. Detta stadgande bör närmast ses mot bakgrund av följande departementschefsuttalande i prop. 1970:74 (sid 94):

> När apoteksbolaget utövar ensamrätten att driva detaljhandel med läkemedel skall bolaget givetvis ställa sig till efterrättelse vad som föreskrivs i lag och författning om verksamheten. I viss utsträckning kommer det härvid att röra sig om föreskrifter utfärdade av socialstyrelsen. Primärt måste det vara bolagsledningens uppgift att organisera verksamheten så att den står i överensstämmelse med gällande bestämmelser. De bestämmelser som i övrigt kan behövas, kan utfärdas i administrativ ordning.

## Samråd

Flera av de bestämmelser som finns i avtalet har en allmän formulering av typen "rationell och effektiv hälso- och sjukvård", "sådan utsträckning att sjukvårdens behöriga krav inte eftersätts" etc. Inte minst behovet av en konkretisering av sådana bestämmelser gör det angeläget att samråd med andra samhälleliga organ äger rum. Bestämmelser om skyldighet till sådant samråd finns i 11§ Avt. Där stadgas att bolaget skall eftersträva ett intimt samråd med sjukvårdens huvudmän och med dem som eljest har att ta befattning med läkemedelsfrågor. Fortlöpande samråd skall hållas med socialstyrelsen och riksförsäkringsverket och dessa verk skall också ha rätt att erhålla de upplysningar och det biträde som fordras för deras verksamhet och som bolaget kan lämna.

## Pensionsåtaganden

Bestämmelserna om bolagets rättigheter och skyldigheter då det gäller vissa tidigare pensionsutfästelser finns i 12§ Avt. Som redan nämnts kommenteras dessa regler i annat sammanhang i betänkandet (kap. 14).

## Vissa försvarsförberedelser m.m. på läkemedelsområdet

Som förut sagts finns sedan 1973 ett särskilt avtal mellan staten och Apoteksbolaget om vissa försvarsförberedelser m.m. på läkemedelsområdet. Detta avtal grundar sig på beslut av 1973 års riksdag (prop 1973:16, SoU 6, rskr 101). Propositionen var föranledd av utredning och förslag som avgivits av Apoteksbolagets styrelse till följd av ett särskilt Kungl. Maj:ts uppdrag. Från den 1 januari 1974 övertog Apoteksbolaget ansvaret även för den militära läkemedelsförsörjningen. Avtalet är relativt detaljerat och behandlas närmare i kap 12.

# 5 Kännetecken på en god läkemedelsförsörjning

## Bakgrund

I de föregående kapitlen har läkemedelsutredningen lämnat en kortfattad redogörelse för hur läkemedelsarsenalen utvecklats genom tiderna, givit vissa statistiska uppgifter om produktion och konsumtion av läkemedel samt några fakta om den svenska läkemedelskontrollen. Vidare har utredningen lämnat några basala uppgifter om Apoteksbolagets tillkomst och skildrat grundvalarna för bolagets verksamhet. I fortsättningen kommer utredningen att redovisa den del av sitt uppdrag som avser betingelserna för Apoteksbolagets verksamhet efter 1985. Som en bakgrund till denna redovisning och som en utgångspunkt för hela sin utredning har kommittén funnit det lämpligt att söka sammanfatta sin syn på vad som kännetecknar en god läkemedelsförsörjning.

Under sitt arbete med att se över gällande läkemedelslagstiftning får kommittén anledning att komma närmare in på frågan om den tekniska definitionen av begreppet läkemedel. Detta skall inte föregripas här. Det är dock nödvändigt att klargöra vad utredningen i stort avser när den i fortsättningen talar om läkemedel. Kommittén håller sig till vad som är kärnan i nuvarande svenska läkemedelsbegrepp och vad som för övrigt till allt väsentligt överensstämmer med vad man avser i ett stort antal jämförbara länder:

Läkemedel är en vara som är avsedd att vid invärtes eller utvärtes bruk förebygga, påvisa, lindra eller bota sjukdom eller sjukdomssymtom.

I den svenska lagstiftningen innefattar läkemedelsbegreppet medel för såväl människor som djur. Det finns länder som har skilda definitioner och regler för humanmedicinska och veterinärmedicinska medel. Det finns ingen anledning att nu gå in på denna avgränsningsfråga. Eftersom de veterinärmedicinska preparaten i Sverige svarar för endast någon procent av den totala förbrukningen och eftersom betingelserna för användning av human- respektive veterinärmedicinska medel i flera avseenden är olika, avser den följande skildringen endast läkemedel avsedda för humant bruk.

## Läkemedlens roll och betydelse

Det är numera stor enighet om att väsentliga betingelser för god hälsa och dess bevarande är beroende av rätt sammansatt kost, rent dricksvatten, goda

bostäder, god arbetsmiljö, frisk luft, motion och god personlig hygien. Starkt negativt inverkar stress samt missbruk av tobak, alkohol och narkotika. Denna uppfattning står i god överensstämmelse med det ofta citerade hälsobegrepp som finns i världshälsoorganisationens stadgar:

Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom och svaghet.

Med utgångspunkt i konferensen i Alma-Ata i september 1978 driver och utvecklar världshälsoorganisationen ett övergripande program under mottot "Hälsa för alla år 2000". Även om detta program av naturliga skäl i första hand tar sikte på utvecklingsländernas situation kan det vara av intresse att se vilken roll och vilken relativ betydelse som tillskrivs läkemedlen i detta program.

I deklarationen från Alma-Ata konstateras att regeringarna har ett ansvar för befolkningens hälsa och målsättningen bör vara att omkring år 2000 skall alla världens folk åtnjuta en sådan hälsonivå som medger ett socialt och ekonomiskt produktivt liv. Nyckeln till att uppnå detta är en tillfredsställande primär hälsovård. Denna skall åtminstone inbegripa utbildning avseende förhärskande hälsoproblem och metoder att förebygga och lösa dem; främjande av livsmedelsförsörjning och goda matvanor; tillfredsställande tillgång på gott dricksvatten och basal hygien; mödra- och barnavård, inbegripet familjeplanering; immunisering mot de stora infektionssjukdomarna; förebyggande och kontroll av lokala endemiska sjukdomar; lämplig behandling av vanliga sjukdomar och skador; tillhandahållande av essentiella läkemedel.

Av de 22 rekommendationer som antogs av konferensen avser en de essentiella läkemedlen. Rekommendationen lyder:

Konferensen, som fäster avseende vid att primär hälsovård kräver kontinuerlig tillgång på essentiella läkemedel, att läkemedelsförsörjningen svarar för en avsevärd del av hälsosektorns utgifter och att en fortgående utvidgning av den primära hälsovården till att slutligen avse full nationell täckning för med sig en stor ökning av läkemedelsförsörjningen, rekommenderar att regeringarna formulerar en nationell policy och reglering med avseende på import, lokal produktion, saluhållande och distribution av läkemedel i syfte att säkerställa tillgången på essentiella läkemedel inom primärhälsovårdens olika organ till lägsta möjliga kostnad; att särskilda mått och steg tas för att motverka överförbrukningen av läkemedel; att prövade traditionella botemedel införlivas; och att effektiva system för administration och försäljning skapas.

Av de lämnade citaten torde framgå å ena sidan att läkemedlen för ett folks hälsa i stort spelar en underordnad roll, å andra sidan att de är omistliga hjälpmedel i sjukvården.

Som ett komplement till denna redogörelse för uttalanden av en officiell konferens med sikte i första hand på förhållandena i tredje världen skall anföras ett citat av en enskild person i en vetenskaplig tidskrift. Uttalandet har gjorts av professor E.B. Chain som tillsammans med Florey möjliggjorde att Flemings upptäckt av penicillinet 1928 resulterade i ett användbart läkemedel i början av 1940-talet (jfr. kap. 1). Uttalandet förekommer i tidskriften Nature 1963 och lyder:

För min del anser jag att läkemedel är en av vår tids största välsignelser –

kanske den allra största. Jag skulle kunna klara mig utan alla de snabba transportmedel som den moderna tekniken ställt till vårt förfogande: bilar, tåg eller jetflygplan. Jag skulle leva bra utan radio eller television och jag skulle till och med i nödfall klara mig utan elektriskt ljus – men jag ryser vid tanken på att behöva genomgå tortyren att dra ur en visdomstand utan lokalbedövning eller, ännu värre, få en lem amputerad eller att undergå en blindtarmsoperation utan att vara sövd. Jag skulle verkligen hata att vara i det läge vi alla var i innan arsenalen av moderna hjälpmedel och vacciner var tillgängliga för läkarna; då jag hjälplöst skulle ha kunnat se min hustru dö i barnsängsfeber eller mina vänner brytas ner av diabetes eller lungtuberkulos eller mina barn bli ofärdiga av engelska sjukan eller – ännu värre – förlamade av polio.

## Läkemedlens förhållande till hälso- och sjukvårdslagen

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) avses med hälso- och sjukvård "åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador". Behandling med läkemedel är sålunda definitionsmässigt en del av hälso- och sjukvården. Detta innebär bl.a. att behandling med läkemedel så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Det betyder också att tillgängliga möjligheter till läkemedelsbehandling inbegrips i den informationsskyldighet varom stadgas i 3 § fjärde stycket: "Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds".

Begreppet läkemedel förekommer emellertid inte i hälso- och sjukvårdslagen och ingenting antyder att frågor rörande organisationen av läkemedelsförsörjningen skulle falla under lagens bestämmelser. Denna uppfattning verifieras vid ett studium av förarbetena till lagen.

Förslag till hälso- och sjukvårdslag lades fram av hälso- och sjukvårdsutredningen i betänkandet Mål och medel för hälso- och sjukvården (SOU 1979:78). I betänkandet, som omfattar 495 sidor, behandlas läkemedelsfrågor i två kortare avsnitt. I avsnittet "Hälso- och sjukvårdsorganisationens uppbyggnad och omfattning" lämnas under rubriken "Vissa till hälso- och sjukvården angränsande områden" en tre sidor lång redogörelse för läkemedelsförsörjningen. I utredningens överväganden görs följande uttalande om läkemedelsförsörjningen (sid 288):

Läkemedelsförsörjningen genom sjukhusapotek utgör – även om Apoteksbolaget i flertalet fall har driftsansvaret – en naturlig del av landstingens hälso- och sjukvårdsverksamhet och omfattas härigenom av totalansvaret.

Läkemedelshanteringen i övrigt är en självständig verksamhet med egna huvudmän och ansvarsregler osv. Verksamheten har dock starka beröringspunkter med hälso- och sjukvården och kan även till viss del anses tillhöra denna. Vid apoteken ges en stor del av den individuella hälsoupplysning som från det allmännas sida erbjuds den enskilde. Den inskränker sig inte till upplysning om förebyggande åtgärder. Försäljningen av läkemedel över disk utan recept eller annan föregående läkarordination innebär i själva verket ofta en individuellt utredande och behandlande verksamhet. Den har därför mycket gemensamt med de hälso- och sjukvårdstjänster som erbjuds vid de egentliga vårdinrättningarna. Dessutom är ändamålet med

verksamheten att tillhandahålla läkemedel och hjälpmedel, som ju utgör en avgörande förutsättning för en stor del av hälso- och sjukvårdens behandlande verksamhet.

Vi har ändå inte funnit skäl att inordna den läkemedelsförsörjning som här avses i landstingens totalansvar. Verksamheten har redan principiellt en uppbyggnad som väl ansluter till landstingens hälso- och sjukvårdsorganisation. Redan etablerade samrådsformer torde innebära en garanti för att läkemedelsdistribution m.m. bedrivs under former och med en inriktning som står i överensstämmelse med ett hälsopolitiskt synsätt och som tar hänsyn till de vårdsökandes intressen. Vidare skulle betydande svårigheter uppstå vid försök att avgränsa den del av läkemedelsförsörjningen som skulle omfattas av totalansvaret. Läkemedelsförsörjningen förutsätts således genom de arbetsformer som redan tillämpas kunna anpassas till hälso- och sjukvårdens planering och utveckling. Den bör därför inte beröras av landstingens totalansvar i annan mån än vad här inledningsvis angivits.

I regeringens proposition 1981/82:97 med förslag till hälso- sjukvårdslag, m.m. omnämns inte läkemedelsfrågorna. Inte heller väcktes någon motion härom i anslutning till riksdagsbehandlingen av propositionen.

Hälso- och sjukvårdslagens text liksom förarbetena till lagen ger sålunda klart vid handen att vissa övergripande regler i lagen är tillämpliga beträffande läkemedelsbehandling men att frågor om läkemedelsförsörjningens organisation ligger utanför lagens tillämpningsområde.

## Många komponenter i kriterierna på en god läkemedelsförsörjning

### Inledande översikt

Någon har präglat sentensen: Rätt läkemedel skall tas av rätt person, i rätt dos, på rätt tid och vara tillgängligt till rätt pris. I sin tillspetsade, slagordsliknande form ger detta uttryck en bild av de många komponenter som samverkar till en god läkemedelsförsörjning.

Det ger vid handen att standarden på en läkemedelsförsörjning är beroende av vilket urval av läkemedel som finns att tillgå och vilken kvalitet medlen har. Detta är i sin tur beroende av bl.a. vilken forskning som frambringat medlen och hur användningen av medlen sker sedan de börjat användas i fullstor skala. Standarden är också beroende av hur produktionsapparaten ser ut och vilket distributionssystem som gör medlen tillgängliga för konsumtion. Att rätt person skall få rätt läkemedel förutsätter ett tillförlitligt informationssystem som ger besked om ett visst läkemedels fördelar och nackdelar i en viss situation. En god läkemedelsförsörjning kräver också att priserna på läkemedel är skäliga och det behövs kontrollmoment som penetrerar att uppställda mål förverkligas. Skall samspelet mellan dessa och andra faktorer fungera tillfredsställande krävs slutligen inslag av kunskapsåterföring. Utan sådan blir systemet snart tungrott och mindre effektivt.

I det följande tar utredningen upp dessa delfaktorer till diskussion.

## Tillfredsställande urval

Ett av de grundläggande kännetecknen på en god läkemedelsförsörjning är att det finns ett tillfredsställande urval av läkemedel att tillgå. Vad detta i praktiken innebär är en fråga som inte har något universellt svar. I viss mån måste problemet debatteras med utgångspunkt i de sociala och ekonomiska förhållanden som råder i övrigt.

I tekniska rapporter från Världshälsoorganisationen 1977, 1979 och 1983 (WHO Technical Report Series, No 615, No 649 och No 685) behandlas frågan om s.k. essentiella läkemedel. En modell-lista om ca 200 läkemedel har utarbetats. Syftet med ett urval av läkemedel inbegripet val av dosering och läkemedelsform har varit att identifiera de mest ändamålsenliga medlen och ge råd till länder som vill standardisera eller minimera antalet medel på nationella listor.

För flertalet utvecklingsländer skulle det innebära en stor standardhöjning av läkemedelsförsörjningen om de essentiella läkemedlen fanns att tillgå i betryggande omfattning. Jämfört med många andra betingelser för levnadsförhållandena skulle läkemedelssektorn i så fall te sig välutvecklad. I de utvecklade länderna däremot skulle en begränsning av läkemedelsurvalet till att avse endast essentiella läkemedel betraktas som en påtaglig standardsänkning.

Basen för en bedömning av om läkemedelsurvalet är tillfredsställande i ett land måste vara vilka sjukdomar som normalt förekommer i landet och i vad mån en rationell läkemedelsterapi finns att tillgå för behandling av dessa sjukdomar. Till detta kommer ett antal mer eller mindre sofistikerade bedömningsgrunder. Exempel på sådana är: Finns det tillräckligt antal variationer av en viss läkemedelstyp för att möta individuella behov beroende på individuell känslighet för ett visst preparat? Finns ett visst läkemedel representerat av tillräckligt många doserings- och administrationsformer för att möta individuella behov och förutsättningar för att genomföra en behandling? Finns läkemedel att tillgå även för en sjukdom som är mycket ovanlig i landet?

För att ett läkemedelsurval skall vara tillfredsställande måste det innehålla tillräckligt många varianter för att man skall ha tillgång till existerande medel med säkerställd verkan för aktuella behandlingsbehov men urvalet bör inte vara så stort att en rationell överblick försvåras eller omöjliggörs.

## Fullgod kvalitet

Gällande svensk läkemedelsförordning har ett övergripande stadgande av följande lydelse:

Läkemedel skall vara av fullgod beskaffenhet och får inte vid normal användning medföra skadeverkningar som står i missförhållande till den avsedda effekten.

Som framgår av förarbetena inrymmer detta stadgande kvalitetskrav från flera olika utgångspunkter. I stort sett rör det sig dels om ett antal krav ur medicinsk synvinkel, dels om ett antal fordringar av teknisk/ materialmässig beskaffenhet.

Från medicinsk synpunkt är det väsentligt att en läkemedelssubstans har

väldefinierade biologiska effekter. Detta gäller dels positiva effekter dvs. förmåga att påverka ett sjukdomstillstånd i lindrande och botande riktning, eller att påvisa ett sjukdomstillstånd, dels de negativa effekterna dvs. biverkningar. Vilka biverkningar som kan accepteras är beroende av deras art, frekvens och styrka samt relationen till svårighetsgraden och varaktigheten av den sjukdom som är för handen. Det är vidare viktigt från medicinsk synpunkt att läkemedelssubstansen föreligger i en sådan bruksfärdig läkemedelsform att substansen tas upp av kroppen och kan påverka det organ eller organsystem som skall behandlas.

Synpunkter av teknisk och materialmässig natur kräver bl.a. att ett läkemedel verkligen innehåller vad som uppges, att föroreningar ingår i så liten utsträckning som möjligt, att doserade läkemedel har tillräckligt små variationer med hänsyn till doseringen och att hållbarheten på medlet är tillfredsställande.

Utredningen kan möjligen ha anledning att komma tillbaka med en djupare analys av kvalitetsbegreppet i sitt lagstiftningsarbete men vill här sammanfattande uttala att en god läkemedelsförsörjning förutsätter att förekommande läkemedel är av fullgod kvalitet.

## Adekvat forskning

Ordet läkemedelsforskning torde i allmänhet förknippas med vetenskapligt och tekniskt arbete i syfte att få fram nya läkemedel. Utan tvivel är det så att de många nya läkemedel som kommit fram de senaste årtiondena är frukten av forskning. Målet för stora delar av den omfattande läkemedelsforskning som pågår globalt torde också vara att skapa nya och bättre läkemedel. Men det måste betonas att forskning och utveckling på läkemedelsområdet i hög grad också måste omfatta, och omfattar, väsentliga insatser då det gäller befintliga läkemedel.

En kreativ läkemedelsforskning är i hög grad beroende av de grundvetenskaper som ger förutsättningar för förståelsen av sjukdomar, deras uppkomst och behandling. Modern läkemedelsforskning kännetecknas också av ett nära samarbete mellan grundforskning och tillämpad forskning samt mellan akademisk och industriell forskning. Utan ett sådant samarbete hade flertalet av de betydelsefulla nya läkemedel som skapats under de senaste 50 åren aldrig kommit till. De tendenser till en viss stagnation som ibland kunnat spåras torde delvis bero på att möjligheter som skapats genom tidigare genombrott inom grundforskningen mer eller mindre uttömts. I och med att nya genombrott skett inom livsvetenskaperna och att nya väntas finns all anledning till förmodan att principiellt nya framsteg skall göras inom läkemedelsområdet.

Hur noggrant ett nytt läkemedel än prövats innan det lanseras på marknaden måste det uppmärksamt följas och bli föremål för forskning och utveckling. Endast en användning i full skala under tillräckligt lång tid möjliggör att vissa biverkningar kan upptäckas. Observationer under den klininska användningen kan ge upphov till såväl utvidgningar som inskränkningar i användningsområden och doseringsintervaller.

Även då det gäller äldre, i bruk varande läkemedel talar erfarenheten för att forskningsinsatser kan vara motiverade. Inte minst är det viktigt att de

inbegrips i objektiva jämförande undersökningar avseende olika läkemedel inom samma eller närliggande indikationsområden liksom i undersökningar avseende läkemedelsterapi jämfört med andra behandlingsformer.

Då det gäller den övergripande forskningen om läkemedel och deras användning är det nödvändigt med en samverkan mellan flera vetenskapsområden, medicin, farmaci och samhällsvetenskaper inbegripet ekonomi. Samarbete bör ske mellan högskoleinstitutioner, praktisk sjukvård, samhällsorgan och industri.

Det finns inget generellt svar på frågan i vilken utsträckning ett visst land måste vara engagerat i läkemedelsforskning för att ha en god läkemedelsförsörjning. Som på så många andra områden gäller dock det minimikravet att en fortlöpande kunskapsuppbyggnad måste ske inom ett land om man på ett effektivt och oberoende sätt skall kunna dra nytta av utvecklingen i omvärlden. För Sveriges del har engagemanget varit betydligt större. Flera goda förutsättningar har funnits för detta. En är den starka ställning som biokemi traditionellt har i landet. En annan är den målmedvetna satsning som skett av svensk läkemedelsindustri i fråga om samarbete med universitet och högskolor. Ytterligare en är den svenska sjukvårdens organisation och högtstående ställning.

I årets forskningsproposition gör föredragande statsrådet I. Carlsson följande uttalande om läkemedelsforskning och dess beroende av samspel mellan industri, universitet och sjukvård (Prop. 1983/84:107, sid 22):

> Det inom läkemedelsområdet sedan lång tid tillbaka väl fungerande samspelet mellan industrin och statligt finansierad forskning vid universitet och sjukhus torde vara en viktig förklaring till den internationellt sett framgångsrika position som såväl läkemedelsindustrin som den medicinska och farmacevtiska forskningen intar.

Läkemedelsutredningen har all anledning att ansluta sig till detta uttalande och anser för sin del att en fortsatt medveten satsning på läkemedelsforskning är en omistlig del inom den svenska läkemedelsförsörjningen.

## Anpassad produktion

Som framgår av den kortfattade historiska redogörelsen har förutsättningarna för läkemedelsproduktionen väsentligt förändrats under en relativt kort tidsrymd. För bara några få decennier sedan producerades de flesta läkemedlen på apoteken, medan numera det långt övervägande antalet tillverkas och förpackas i standardiserad form inom läkemedelsindustrin. Det framgår också att värdemässigt ungefär hälften och antalsmässigt ungefär två tredjedelar av i Sverige förbrukade läkemedel produceras utomlands.

När läkemedelsutredningen nu diskuterar olika kännetecken på en god läkemedelsförsörjning är problemställningen beträffande produktion i huvudsak följande: Vilka kvalitetskrav behöver ställas på en läkemedelsproduktion? I vilken utsträckning är en inhemsk läkemedelsproduktion nödvändig eller önskvärd? Vilket behov finns av tillverkningsresurser vid sidan av läkemedelsindustrin?

Genom internationellt samarbete har i huvudsak under de två senaste årtiondena detaljerade normer kommit fram om s.k. god tillverkningspraxis

och god laboratoriepraxis. Dessa normer benämns ofta GMP och GLP, vilket är förkortningar för normernas engelska benämning. Det är den inhemska lagstiftningens och kontrollens uppgift att tillse att dessa normer efterlevs. Utredningen torde få anledning att återkomma till detta i redovisningen av sitt lagstiftningsarbete.

I och för sig skulle det vara fullt möjligt för Sverige att under fredstid importera hela sitt behov av läkemedel. Det faller utanför ramen för utredningens uppdrag att närmare gå in på de handelspolitiska aspekterna härav. Utredningen vill dock peka på att Sverige har vänt en negativ handelsbalans på läkemedelsområdet till en positiv. Det ligger vidare i sakens natur att det från beredskapssynpunkt måste vara av stor betydelse att inom landet ha tillgång till en väl fungerande läkemedelsindustri. Därvid förutsätts att frågan om tillgång på råvaror och mellanprodukter är tillfredsställande löst. Det finns dock även andra vägande skäl som talar för betydelsen av en väl utvecklad inhemsk läkemedelsindustri.

Det finns sannolikt ingen industri som i fråga om forskning och utveckling är så starkt präglad av internationellt samarbete som läkemedelsindustrin. Den svenska forskningsbaserade industrin deltar aktivt i detta samarbete genom ett stort antal bilaterala och multilaterala projekt. Härigenom har Sverige fått del av en kunskap som ofta kan erhållas endast i utbyte mot annat originellt kunnande och som kan nyttiggöras endast om en tillräcklig kompetens byggts upp i det mottagande landet.

Av naturliga skäl föreligger helt andra förutsättningar att tekniskt och vetenskapligt utöva samhällskontroll över en inhemsk läkemedelsindustri än över en utländsk. Konventionen om ömsesidigt godkännande av inspektioner av läkemedelsindustrin, som tillkommit under aktiv svensk medverkan, bygger på detta förhållande. Genom den svenska läkemedelskontrollens insyn i industrins tekniska förhållanden och problem, skapas även på detta område en kunskapsbank som är av betydelse för att bättre kunna garantera en tillfredsställande kvalitetsnivå på alla läkemedel som förekommer i landet.

Det bör i detta sammanhang också nämnas att erfarenhetsmässigt arbetar industrin i de flesta framträdande läkemedelsproducerande länderna med en stark hemmamarknad som stöd. Ett undantag är Schweiz som är ett av världens mest framstående länder på läkemedelsområdet, men där blott några procent av produktionen avsätts inom landet.

Sammanfattande vill utredningen framhålla att ett lands läkemedelsförsörjning befrämjas av att det finns en högtstående läkemedelsindustri inom landet. I och för sig kan dock, i varje fall i fredstid, en invändningsfri läkemedelsförsörjning upprätthållas utan tillgång till en inhemsk industri. Av vilken typ en nationell läkemedelsindustri bör vara och vilken dess optimala storlek är beror i hög grad på landets naturliga förutsättningar. Sverige har visat sig vara väl ägnat för utvecklingen av en högtstående läkemedelsindustri. Det bör i detta sammanhang erinras om att ett branschråd för läkemedelsindustrin nyligen inrättats med industriministern som ordförande och hälsovårdsministern som vice ordförande.

I stort sett kan motiverade läkemedelsinsatser genomföras med anlitande av prefabricerade standardiserade läkemedel utvalda ur ett rimligt sortiment av sådana medel. De huvudsakliga rationella skälen till att ibland använda ett

medel som görs iordning för ett speciellt tillfälle är dels att medlet har så begränsad hållbarhet att det behöver beredas i nära anslutning till att det skall användas, dels att en speciell dosering eller koncentration behövs och att en sådan inte finns tillgänglig i standardsortimentet. Härtill kommer andra mer eller mindre traditionella skäl.

Utredningen konstaterar att omfattningen av den s.k. ex tempore tillverkningen numera är av ganska ringa omfattning men finner det rimligt att man inom ramen för en god läkemedelsförsörjning har utrymme för en sådan.

## Rationell lagerhållning och distribution

Inom varje område där en lokal, hantverksmässig framställning av varor mer eller mindre ersatts av industriell produktion gäller att ökade krav ställs på en rationell avvägning mellan lagerhållning och en väl fungerande distributionsapparat. Detta är i hög grad tillämpligt inom läkemedelsområdet.

Tidigare har nämnts att antalet befintliga farmacevtiska specialiteter som är godkända för användning i Sverige föreligger i närmare 5 000 olika förpackningsenheter. Antalsmässigt är majoriteten av dessa av utländskt ursprung. Sedan behov av ett visst läkemedel konstaterats är det objektivt sett ofta angeläget att medlet snarast kan börja användas, subjektivt upplevs behovet inte sällan som trängande.

De angivna omständigheterna talar alla i samma riktning. Den totala lagerhållningen av accepterade läkemedel måste vara så betryggande att inte leveranssvårigheter uppstår. Distributionssystemet måste vara sådant att en ekonomiskt optimal fördelning kan ske mellan lokal och central lagerhållning. Den som är i behov av ett visst läkemedel vid en viss tidpunkt skall inte behöva bli lidande till följd av dålig leveransberedskap.

I Sverige, med den i stora delar av landet rådande låga befolkningstätheten, är det vidare av särskild betydelse att distributionspunkterna är så fördelade och leveransmöjligheterna dit är så ordnade att även glesbygdsbefolkningen kommer i åtnjutande av en god läkemedelsservice.

## Objektiv information

En väl utbyggd och sund läkemedelsinformation är en av grunderna för en god läkemedelsförsörjning. Detta betonas i direktiven för läkemedelsutredningen och informationsproblemet är i själva verket en av huvuduppgifterna för utredningens arbete. Problemet kommer att behandlas ingående i ett senare betänkande och skall därför beröras endast mycket kortfattat i nuvarande sammanhang. I den följande framställningen bortses från den individuella information som läkaren ger patienten i det enskilda fallet.

I grundutbildningen för läkare och annan medicinalpersonal ingår såväl probleminriktad som produktbunden information. Med hänsyn till den fortgående hastiga utvecklingen inom läkemedelsområdet krävs emellertid en ständig uppföljning av kunskaperna. Denna förmedlas på många sätt, bl.a. genom artiklar i fackpressen, genom olika former av kursverksamhet, genom periodiskt utkommande böcker såsom FASS (utgives årligen av läkemedelsindustrin innehållande upplysningar om samtliga farmacevtiska

specialiteter i Sverige), Läkemedelsboken (utgiven av Apoteksbolaget med information om läkemedelsanvändning ordnad med hänsyn till sjukdomsgrupper), genom periodiskt utkommande skriftserier och meddelanden från socialstyrelsen, genom muntlig information av läkemedelsindustrins konsulenter och genom aktiviteter av ett stort antal läkemedelskommittéer i hela landet. Huvudinriktningen av all denna informationsverksamhet bör vara att underlätta läkarnas rationella val av läkemedel inom det befintliga sortimentet. Det torde råda stor principiell enighet om att en väl avvägd samverkan mellan berörda parter är en nödvändig förutsättning för ett gott resultat. Trots betydligt ökade insatser från det allmännas sida under senare år, är dessa fortfarande blygsamma i förhållande till industrins satsningar.

Information till allmänheten om läkemedels verkningar och läkemedlens rätta bruk har först på sistone börjat bedrivas på ett mera systematiskt sätt. Apoteksbolaget har gett ut ett antal informationsskrifter som tillhandahålls på apoteken och i den kvartalsvis utkommande kundtidningen Apoteket förekommer orienterande artiklar med råd om läkemedelsanvändning. Ett utbildningspaket med material som på begäran tillhandahålls skolorna har utarbetats. Läkemedelsindustrin har gett ut en första upplaga av Patient-FASS.

Med dessa exempel har utredningen endast velat visa informationsproblemets vidd och betydelse. Målet bör vara att få till stånd en så saklig och för olika målgrupper lämpligt inriktad läkemedelsinformation som möjligt. Att en sådan förekommer i tillräcklig omfattning är ett av kännetecknen på en god läkemedelsförsörjning.

## Optimal användning

Flera undersökningar visar att ordinerade läkemedel ofta inte används på föreskrivet sätt. Orsakerna härtill är flera. Konsumenten har kanske inte uppfattat de anvisningar som givits eller inte förstått betydelsen av att föreskrifterna noga följs. Man kan ha glömt betydelsefulla anvisningar eller – vilket inte är ovanligt – glömt om medicinen över huvud tagits vid en viss tidpunkt på dygnet.

Det är inte lika viktigt i alla situationer att användningsanvisningarna följs strikt. Ibland kan det vara avgörande för ett gott behandlingsresultat att verkligen följa föreskrifterna. Vid antibiotikabehandling t.ex. inträder ofta en klar förbättring redan efter ett par dagar men om inte hela kuren – i regel 10 dagar – genomförs finns stor risk för återfall och risk för att s.k. resistenta bakteriestammar bildas som sedermera inte går att behandla framgångsrikt. För många läkemedel gäller att deras verkan är beroende av om de sväljs hela eller tuggas och vid vilken tidpunkt de tas i förhållande till måltiderna. Detta i sin tur sammanhänger med att vissa medels maximala verkan är beroende av ett visst värde på syra-bas-skalan för att optimalt upptagande skall ske. Som ytterligare ett exempel skall nämnas att det ofta är betydelsefullt att en så jämn koncentration som möjligt upprätthålls i blodet av ett visst läkemedel för att en god effekt skall erhållas. Detta understryker vikten av att ordinerade doser fördelas på lämpligt sätt under dygnet.

Olika läkemedel som tas samtidigt kan påverka varandra, ibland i förstärkande ibland i försvagande riktning. En sådan ömsesidig inverkan kan

ibland också uppstå mellan vissa läkemedel och vissa födoämnen. Upplysningar om sådana förhållanden bör alltid lämnas till patienten i samband med ordination. Om en ordinerande läkare inte får veta att patienten förbrukar ett visst läkemedel som i annat sammanhang ordinerats av annan läkare kan givetvis en sådan upplysning utebli.

Ett skäl till att ordinerade läkemedel inte används på föreskrivet sätt är att patienten inte känner förtroende för den medikation som föreskrivits utan kanske till och med känner oro inför den. Detta kan i sin tur bero på att inte tillräckligt djupgående information lämnats om skälet till medicineringens art och omfattning. Oron kan också sammanhänga med att läkemedlet i yttre avseende avviker från det utseende det hade vid ett tidigare tillfälle etc.

Det här behandlade frågekomplexet är i viss mån en del av informationsproblematiken inom läkemedelsområdet. Delvis kommer denna att beröras i detta betänkande. Mera ingående återkommer utredningen till informationsfrågorna i ett senare betänkande. I detta sammanhang konstaterar utredningen emellertid att en aktiv medverkan från läkemedelskonsumentens egen sida är en av förutsättningarna för att en läkemedelsbehandling skall bli framgångsrik. Inom ramen för en god läkemedelsförsörjning måste därför finnas utrymme för att motivera patienten till en sådan medverkan.

## Skäliga priser och kostnader

Det är långvarig tradition i Sverige att läkemedeln inte skall vara föremål för fri prissättning. Redan i 1688 års medicinalordningar fanns en föreskrift om att läkemedelspriserna skulle följa en offentligt fastställd taxa. Allt sedan dess har läkemedelspriserna i varierande former varit ställda under samhällets kontroll.

Under modern tid har frågan om läkemedelspriser och läkemedelskostnader ofta varit föremål för en livlig offentlig debatt. Den har bl.a. behandlats av ett flertal statliga utredningar. Skälen härtill är flera. Det grundläggande torde vara att läkemedelsbehandling uppfattas som en viktig del av sjukvården och eftersom det i Sverige råder stor enighet om att ingen av ekonomiska skäl skall behöva avstå från en fullgod vård, har frågan om läkemedelspriserna kommit i förgrunden. Härtill kommer flera speciella skäl.

Det är omöjligt för den enskilde att bedöma i vad mån priset för ett läkemedel är skäligt. Produktionspriset på ett läkemedel behöver inte på något sätt stå i relation till den nytta det gör. Det behöver inte heller vara avhängigt av utseende eller andra påtagliga yttre förhållanden. Eftersom läkemedel i allmänhet har en liten volym upplevs priset redan på grund härav ofta som högt. Ett skäl som ofta anförs till stöd för behovet av offentlig priskontroll är att konsumenten ofta inte själv har något inflytande på valet av ett läkemedel. Även om det inte sällan förekommer att patienten har bestämda önskemål om vilket läkemedel denne vill ha görs valet av läkaren och sjukförsäkringen betalar i regel merparten. En likartad argumentering går ut ifrån att ungefär 2/3 av de totala läkemedelskostnaderna bärs av det allmänna som f.n. erlägger närmare 4 miljarder kronor årligen för läkemedel.

Som kommer att visas i fortsättningen är Sverige snarast ett medelprisland på läkemedelsområdet och läkemedelspriserna har stigit väsentligt mindre än priser i allmänhet. Liksom i flertalet jämförbara länder är totalkostnaden för läkemedel av storleksordningen 10% av de totala sjukvårdskostnaderna och läkemedelskostnaderna har snarast stigit i långsammare takt än sjukvårdskostnaderna totalt. Huruvida detta skall accepteras som tillfredsställande återstår att diskutera.

Olika metoder har prövats och fler har diskuterats för att hålla läkemedelspriser och läkemedelskostnader under kontroll. Utredningen återkommer till detta. Uppenbart är emellertid att en god läkemedelsförsörjning bör inrymma moment som innebär en rimlig garanti för att priser och kostnader är skäliga.

## Effektiv kontroll

I ett stort antal länder förekommer lagstiftning av varierande omfattning som reglerar vad som skall krävas av ett läkemedel och under vilka former läkemedel får tillverkas, tillhandahållas och användas. Med läkemedelskontroll i allmän bemärkelse avses hur sådan lagstiftning omsätts i praktisk handling och vilka de samhälleliga åtgärder är som svarar för att lagstiftningen efterlevs. Den praktiska målsättningen för läkemedelskontrollen bör vara att garantera att konsumenten får så bra läkemedel som möjligt. Det finns knappast några allmängiltiga mallar att gå efter i kontrollarbetet utan ställningstaganden måste ofta göras från fall till fall. Därför måste höga krav ställas på kontrollorganisationen.

Som nämnts har svensk läkemedelslagstiftning gamla anor. Läkemedelskontrollen tog sig till en början främst uttryck i att s.k. farmakopéer utfärdades med föreskrifter om de renhetskrav och kvalitetskrav i övrigt som skulle gälla för de speciella läkemedlen samt i tillsyn genom offentliga apoteksvisitationer och apoteksinspektioner med syfte att tillse att apotekarna efterlevde gällande föreskrifter.

Efter tillkomsten av apoteksvarustadgan 1913 togs de första stegen mot en central läkemedelskontroll. Statens farmacevtiska laboratorium startades under blygsamma former 1914 och en apoteksbyrå inrättades i medicinalstyrelsen 1920. Tillkomsten av kungörelsen om farmacevtiska specialiteter 1934 var ett i förhållande till flertalet andra länder progressivt steg mot en kontroll av de industriellt tillverkade läkemedlen och den successiva utbyggnaden av statens farmacevtiska laboratorium lade grunden för den nuvarande läkemedelsavdelningen inom socialstyrelsen.

Under sitt arbete med att se över läkemedelslagstiftningen får utredningen utan tvivel anledning att komma in på olika sidor av läkemedelskontrollen. Utan att föregripa detta sitt arbete kan utredningen klart konstatera att en effektiv och rationell läkemedelskontroll är en integrerande del i en god läkemedelsförsörjning.

## Fungerande kunskapsåterföring

Som torde framgå av skildringen under detta avsnitt är en god läkemedelsförsörjning beroende av ett samspel mellan ett stort antal faktorer. För att

detta skall fungera tillfredsställande krävs en omfattande kunskapsåterföring mellan olika led. Härvid spelar en väl utbyggd och fungerande läkemedelsstatistik en betydelsefull roll.

Genom de speciella förhållanden som råder i Sverige finns unika förutsättningar för en detaljerad landsomfattande statistik på läkemedelsområdet. Som i så många andra sammanhang spelar härvid den sedan länge väl utbyggda befolkningsstatistiken en grundläggande roll. Apoteksbolagets ställning som ensamförsäljare av alla läkemedel och läkemedelsförmånen inom sjukförsäkringen, som berör praktiskt taget all receptförskrivning inom den öppna vården, ger snart sagt obegränsade möjligheter att följa läkemedelskonsumtionen inom olika befolkningsgrupper med hänsyn till ålder, kön, geografisk hemvist m.m. Det inom socialstyrelsens läkemedelsavdelning uppbyggda mycket avancerade statistiksystemet SWEDIS kompletterar bilden, liksom de särskilda undersökningar och bearbetningar som sker av läkemedelsindustrins organ Svensk Läkemedelsstatistik AB. Det material som ännu bygger på uppräkningar av omfattande stickprov ur Apoteksbolagets fortlöpande receptstatistik kommer att ersättas av faktiska totalsiffor när Apoteksbolagets terminalsystem är fullt utbyggt omkring 1988. Genom ett intelligent utnyttjande av allt detta material kommer ökade förutsättningar att föreligga för att följa och påverka den fortsatta utvecklingen av läkemedelsterapin i landet.

Ett annat område där kunskapsåterföring är av väsentlig betydelse är informationen om verkningar och biverkningar. Läkemedelsindustrin, som frambringar läkemedlen, behöver information om iakttagelserna på fältet och sjukvårdens utövare behöver information om erfarenheter som gjorts inom landet i stort. Läkemedelskommittéerna, som är väl förtrogna med förhållandena inom det egna verksamhetsområdet, kan förmedla erfarenheter till andra delar av landet och central bearbetning av delresultaten kan medföra ett nyttiggörande av rönen i ett större sammanhang. Självfallet innebär ett ökat samarbete mellan olika yrkeskategorier inom sjukvården också att framsteg på läkemedelsområdet kan snabbare och säkrare nyttiggöras. En god läkemedelsförsörjning fordrar sålunda att kunskapsåterföringen är god mellan olika led.

# 6 Apoteksbolagets organisation

## Inledande översikt

Enligt bolagsordningen för Apoteksbolaget Aktiebolag är föremålet för bolagets verksamhet att tillhandahålla varor och tjänster inom läkemedelsområdet samt bedriva därmed förenlig verksamhet. ADA Aktiebolag är helägt dotterbolag till Apoteksbolaget och svarar för partilagerhållning och distribution av varor till apoteken. Apoteksbolaget äger därutöver tre vilande dotterbolag.

Apoteksbolaget ägs till 2/3 av staten och till 1/3 av Apotekarsocietetens stiftelse för främjande av farmacins utveckling m.m. Aktiekapitalet utgör 37,5 Mkr.

Styrelsen består av nio ledamöter och fem suppleanter. Av dessa utses fem ledamöter och två suppleanter av staten, två ledamöter och en suppleant av stiftelsen vartill kommer två ledamöter och två suppleanter som personalrepresentanter.

Apoteksbolagets nuvarande organisation har med vissa modifieringar tillämpats sedan 1979.

Organisationens centrala del består under verkställande direktören av sju sektorer samt två särskilda enheter. Sektorernas benämningar är: Ekonomi, Läkemedelsinformation, Personaladministration, Produktion/Laboratorium, Sortiment, Struktur och teknik samt Drift. De två särskilda enheternas arbetsområden avser Sjukhusfarmaci resp. Försvarsfrågor.

Den personal som ingår i dessa organisationsenheter uppgår till omkring 390 årsarbetare. Av dessa är ca 65 personer verksamma vid bolagets centrallaboratorium, återstoden vid huvudkontoret i Stockholm.

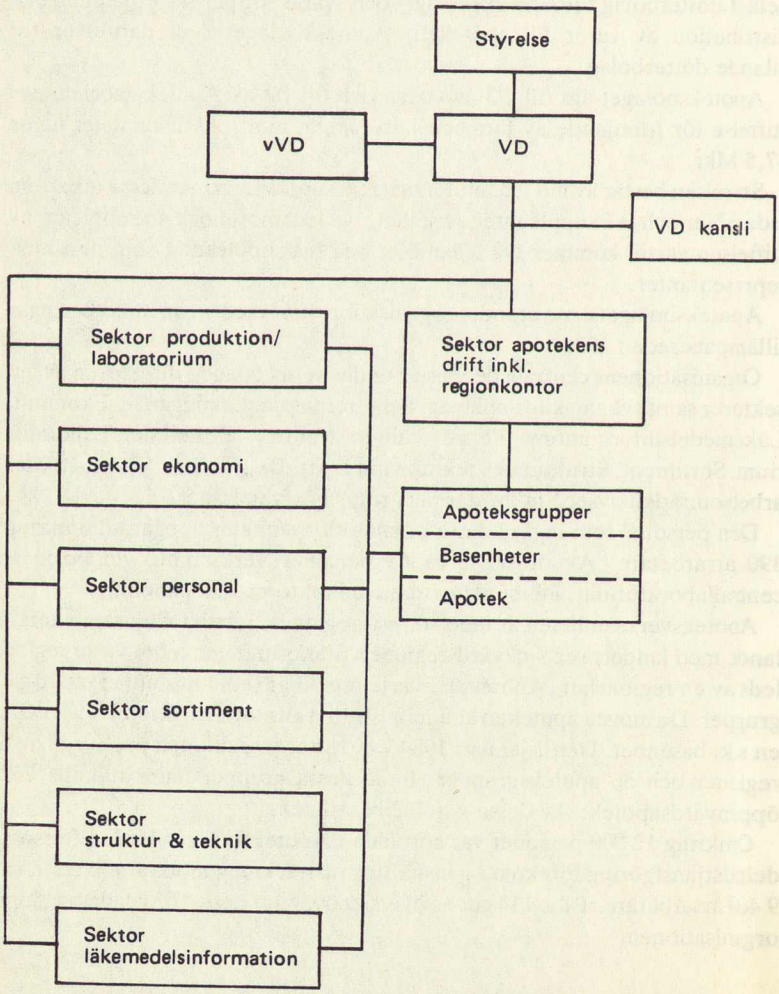
Apoteksverksamheten är indelad i sex regioner, relativt nära sammanfallande med landets sex sjukvårdsregioner. Verksamheten inom varje region leds av en regionchef. Apoteken i varje region är sammanslutna i ett 10-tal grupper. De minsta apoteken är administrativt anslutna till ett större apotek i en s.k. basenhet. Den 1 januari 1984 var driftorganisationen uppbyggd av 6 regioner och 56 apoteksgrupper. Inom dessa grupper fanns tillhopa 762 öppenvårdsapotek. Av dessa var 462 basapotek.

Omkring 12 000 personer var anställda i Apoteksbolaget 1983. Eftersom deltidstjänstgöring förekom i ganska stor utsträckning motsvarade detta ca 9 400 årsarbetare. Tabell 14 ger en översikt över hur dessa fördelade sig inom organisationen.

**Tabell 14. Antalet årsarbetare inom bolagets verksamhetsgrenar samt ungefärlig sysselsättningsgrad.**

| | Antal års-arbetare | Syssel-sättnings-grad (%) |
|---|---|---|
| Apotek och läkemedelscentraler | | |
| Apotekschefer | 750 | 98 |
| Övriga apotekare | 310 | 93 |
| Övriga receptarier | 2 150 | 77 |
| Apotekstekniker | 4 770 | 77 |
| Apoteksstäderskor | 680 | 63 |
| Övrig personal | 100 | 90 |
| Huvudkontor, laboratorium | 390 | 95 |
| Regionkontor | 30 | 100 |
| Produktion | 185 | 90 |
| Totalt | 9 375 | |

Källa: Apoteksbolaget AB




*Figur 2. Apoteksbolagets organisation (exkl. dotterbolagen)*

Apoteksbolagets organisation har åskådliggjorts i figur 2 och regionindelningen framgår av figur 3.


*Figur 3. Apoteksbolagets regionindelning*

# Huvudkontoret

## Allmänt om ledningsfunktionen

Verkställande direktören med biträde av en direktion leder verksamheten vid huvudkontoret. Förutom av VD består direktionen av vice VD och cheferna för de förut nämnda sju sektorerna.

Den centrala ledningens uppgift är att utarbeta beslutsunderlag för styrelsen, att genomföra styrelsens och verkställande direktörens beslut och intentioner rörande bolaget i dess relationer till kunder, samhällsorgan och omvärlden i övrigt samt att ge direktiv och riktlinjer beträffande apotekens verksamhet och att ge apoteken biträde och service.

Sektorerna är dels en resurs för företagsledningen i dess övergripande planerings- och beslutsprocess samt genomförande- och uppföljningsverksamhet, dels en resurs för att biträda apoteken med olika aktiviteter som anses lämpligt att utöva centralt.

Samtliga sektorschefer har ett ansvar inför verkställande direktören avseende utveckling, planering och uppföljning inom sina områden. Till den del sektorernas verksamhet riktar sig till apoteken föreligger från organisatorisk synpunkt en viss skillnad mellan Driftsektorn å ena sidan och de övriga sektorerna å den andra.

Driftsektorn svarar för planering, genomförande och uppföljning vad angår apotekens drift samt därmed förknippad utveckling och samordning. I detta ledningsarbete biträds sektorn av sektorerna Ekonomi, Läkemedelsinformation, Personaladministration, Produktion/ Laboratorium samt Struktur och teknik som alla har ett mot apoteken riktat service- och informationsansvar samt i vissa fall ett direkt genomförandeansvar.

## VD:s kansli

Verkställande direktörens kansli inrymmer en distributionsekonomisk funktion, en funktion för extern företagsinformation samt servicefunktioner avseende kontorsservice, intendentur och telefonväxel.

Apoteksbolagets verkställande direktör är tillika VD för bolagets dotterföretag ADA. Den distributionsekonomiska funktionens huvuduppgift är att kontinuerligt utreda och följa integrations- och samordningsfrågorna mellan parti- och detaljdistribution.

Funktionen för extern företagsinformation har i betydande utsträckning att svara för bolagets internationella kontakter på det farmacevtiska området.

| Personal | Årsarbetare |
|---|---|
| VD + sekr | 2,0 |
| Distributionsekonomi | 1,5 |
| Extern företagsinformation | 1,5 |
| HK service | 22,0 |
| Summa | 27,0 |

## Sektorer och enheter

Sektor Ekonomi har det grundläggande ansvaret i frågor som rör bolagets ekonomiska förvaltning.

| Personal | Årsarbetare |
|---|---|
| Chef + kansli | 3,0 |
| Redovisningsavdelning | 17,0 |
| Dataavdelning | 45,0 |
| Finansavdelning | 1,0 |
| Fastighetsavdelning | 6,0 |
| Summa | 72,0 |

Sektor Läkemedelsinformation har det grundläggande ansvaret för frågor rörande läkemedelsinformation och statistik över läkemedelsförbrukningen inom bolaget och verkar för en effektiv informationsstruktur i läkemedelsfrågor inom sjukvården.

| Personal | Årsarbetare |
|---|---|
| Chef + kansli | 2,0 |
| Statistikavdelning | 9,0 |
| Läkemedelsinformationsavdelning | 22,5 |
| Förlagsavdelning inkl. tryckeri och distribution | 26,0 |
| Summa | 59,5 |

Sektor Personaladministration har det grundläggande ansvaret inom det personaladministrativa området.

| Personal | Årsarbetare |
|---|---|
| Chef jämte kansli | 5,0 |
| Förhandlingsavdelning | 11,0 |
| Löneadministrativ avdelning | 20,0 |
| Apostrofen (Personaltidning) | 2,5 |
| Personalutvecklingsavdelning | 17,5 |
| Personalhälsovård | 4,0 |
| Summa | 60,0 |

Sektor Produktion/Laboratorium har det grundläggande ansvaret för den interna inspektionsverksamheten, laboratorieverksamheten och produktionen.

En särskild redogörelse lämnas för Apoteksbolagets centrallaboratorium mot slutet av detta kapitel.

| Personal | Årsarbetare |
|---|---|
| Chef + kansli | 3,0 |
| Laboratorium | 65,0 |
| Summa | 68,0 |

Sektor Sortiment har det grundläggande ansvaret för frågor rörande sortimentet i vid bemärkelse.

| Personal | Årsarbetare |
|---|---|
| Chef + kundtidning + kansli | 3,5 |
| Pris- och förhandlingsavdelning | 10,5 |
| Marknadsavdelning | 10,5 |
| Summa | 24,5 |

Sektor Drift har inom ramen för företagets allmänna politik det grundläggande ansvaret för apotekens löpande drift och svarar därvid för att verksamheten bedrivs på ett effektivt sätt såväl service-, kostnads- som effektivitetsmässigt. Den har därvid ansvaret för planering, genomförande och uppföljning av apotekens verksamhet.

| Personal utöver regionkontoren | Årsarbetare |
|---|---|
| Chef jämte kansli | 2,0 |
| Avd: drift, ekonomi, personal | 10,0 |
| Summa | 12,0 |

Sektor Struktur och teknik svarar för frågor rörande apoteksnätets struktur och apotekens arbetsteknik.

| Personal | Årsarbetare |
|---|---|
| Chef + kansli | 3,0 |
| Hyressektion | 4,0 |
| Arbetsteknik | 11,0 |
| Planering, inkl. terminalgrupp | 15,0 |
| Arkitektsektion | 8,0 |
| Byggsektion och anläggning | 8,0 |
| Inköpssektion | 5,5 |
| Summa | 54,5 |

Enhet Sjukhusfarmaci svarar för ekonomiska frågor rörande den slutna vårdens läkemedelsförsörjning och för frågor som har specifik sjukhusfarmacikaraktär.

Personal 8 årsarbetare

Försvarsenheten svarar för frågor angående bolagets egen verksamhet vid krig eller krigsfara samt för bolagets åtaganden enligt avtalet med staten av 1973-05-11.

Personal 4 årsarbetare

## Regionkontoren

Regionkontoren för Apoteksbolagets sex regioner är belägna i Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund, Göteborg och Umeå.

Regioncheferna är underställda chefen för driftsektorn och ingår i driftledningen. En regionchef är linjechef över gruppcheferna inom regionen och har det övergripande ansvaret för apoteksverksamheten inom regionen. Inom givna ramar och förutsättningar har regionchefen det totala driftansvaret avseende planering, uppföljning och resultat.

Bland en regionchefs uppgifter nämns här särskilt skyldigheterna att

- följa utvecklingen inom hälso- och sjukvårdssektorn inom landstingsområdena i regionen samt upprätthålla erforderliga kontakter med politiker och tjänstemän
- hålla erforderliga kontakter med kommunerna i frågor om etablering, omlokalisering och nedläggning av apotek inom regionen
- fatta beslut om apoteksombud typ I och II samt bereda ärenden om apoteksombud typ III
- följa upp att verksamheten i regionens apoteksgrupper bedrivs i överensstämmelse med målsättningarna i fastställd driftplan
- handlägga och prioritera ansökningar till befattningar som apotekschef inom regionen samt tillsätta befordringstjänster
- ansvara för det ekonomiska resultatet av verksamheten inom regionen i påverkbara delar
- övervaka att verksamheten på apoteken bedrivs enligt gällande riktlinjer, författningskrav och andra offentliga krav och vid behov ingripa
- svara för att verksamheten blir marknadsanpassad och kundorienterad samt bevaka att de centrala sortimentsaktiviteterna genomförs i regionen
- svara för att apotekens behov av driftmässig utveckling kartläggs

| Personal | Årsarbetare |
|---|---|
| Stockholm | 6,0 |
| Uppsala | 5,5 |
| Linköping | 5,5 |
| Lund | 5,0 |
| Göteborg | 5,5 |
| Umeå | 5,0 |
| Summa | 32,5 |

## Apoteksnätet

I den inledande översikten har nämnts att det vid senaste årsskiftet fanns 762 apotek med försäljning till allmänheten i landet, samt att 300 apotek av dessa replierade på 462 större apotek i s.k. basenheter. Detta är en anordning som är av betydelse främst administrativt. Gentemot allmänheten skall alla apotek tillhandahålla i princip samma service, inbegripet expedition av recept. I själva verket är termen apotek den inom bolaget använda benämningen på de försäljningsställen som har personal med behörighet att expediera recept. Utöver apoteken finns ett 20-tal apoteksfilialer samt omkring 1450 apoteksombud (jfr. kap. 7, avsnittet Distributionsnätets omfattning).

I kapitel 7 ges en jämförelsevis omfattande redogörelse för Apoteksbolagets mål och medel för etablering och service. Denna redogörelse skall inte föregripas här utan framställningen inskränker sig till att lämna vissa uppgifter av organisatorisk betydelse.

Inom var och en av de sex regionerna är apoteken sammanhållna i ett mindre antal grupper med i genomsnitt ett tiotal apotek i varje grupp. Gruppchefen är tillika apotekschef och fungerar som linjechef över basenhetscheferna i gruppen och har, under regionchefen, ansvaret för apoteksverksamheten inom gruppen. Bland särskilda uppgifter för gruppchefen märks, att

- upprätthålla erforderliga kontakter med kommunerna i övergripande frågor
- utarbeta strukturplaner med avseende på serviceutbudet inom gruppen samt fastställa dessa efter samråd med regionchefen
- utarbeta lång- och kortsiktig driftplan för apoteksgruppen
- ansvara för gruppens resultat med avseende på service och kostnader
- ansvara för gruppens samlade verksamhet innefattande bl.a. fördelningen av gruppens resurser mellan de olika basenheterna samt samordning av gruppens informations- och utbildningsverksamhet

Varje apotekschef, antingen denne är chef för en basenhet eller ett replierande apotek, har ansvaret för apotekets verksamhet inom givna ramar och förutsättningar. Till apotekschefens åligganden hör att

- följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården inom apotekets upptagningsområde
- upprätthålla eforderliga kontakter med apotekets medicinska närmiljö
- ansvara för apotekets verksamhet innefattande bl.a. den farmacevtiska verksamheten, arbetsorganisation och kundbetjäning, bedömning av personalbehov och förslag till erforderliga anpassningsåtgärder, arbetsfördelning mellan de anställda samt sortimentsarbete
- ansvara för personal- och arbetsmiljöfrågor inom apoteket, den ekonomiska skötseln samt erforderliga rapporter till närmast högre chef (basenhetschef, gruppchef, regionchef)

Basenhetscheferna är underställda gruppchefen och är linjechefer för apotekscheferna i basenheten. De har ansvaret för basenheternas verksamhet och svarar för det ekonomiska och servicemässiga resultatet.

# Apoteksbolagets centrallaboratorium

## Bakgrund

Huvuduppgiften för Apoteksbolagets centrallaboratorium (ACL) är att fungera som ett serviceorgan åt andra enheter inom Apoteksbolaget. ACL övertogs av Apotekarsocieteten när Apoteksbolaget bildades. Det hade grundats 1923 närmast för att kemiskt kontrollera de allt vanligare farmacevtiska specialiteterna. Apotekarna hade formellt ett ansvar för att även dessa varor uppfyllde grundläggande krav på äkthet och renhet. I praktiken var det emellertid inte möjligt att utföra analyser på de enskilda apoteken för att kontrollera specialiteterna. Därför kom laboratoriet till för att kollektivt uppbära apotekarnas ansvar. Sedan särskild lagstiftning kom till om farmacevtiska specialiteter 1934 övergick allt mera av denna typ av analysverksamhet i statlig regi. Tyngdpunkten i laboratoriets verksamhet blev sedermera råvarukontroll, mikrobiologisk kontroll av apoteksberedningar, preventivmedelskontroll samt att som ett WHO-center svara för vissa kemiska referenssubstanser.

## Nuvarande uppgifter

Som redan sagts är huvuduppgiften för ACL nu att vara serviceorgan åt andra enheter inom Apoteksbolaget. Härvid rör det sig främst om att kontrollera identitet och renhet av de kemiska substanser som används i läkemedelstillverkningen, att utföra mikrobiologiska tester på tillverkade produkter, att utöva hygienisk kontroll av tillverkningen samt att medverka vid urval av produkter att ingå i Apoteksbolagets sortiment av fria handelsvaror. Därutöver är ACL riksprovplats för mekaniskt verkande preventivmedel och fungerar som WHO-center för kemiska referenssubstanser. Slutligen bedrivs forsknings- och utvecklingsarbete.

Verksamheten att *kontrollera substanser och beredningar* som används eller tillverkas inom Apoteksbolaget är ett led i den interna kvalitetskontrollen. Samma syfte har uppgiften att utarbeta riktlinjer för hur tillverkningen skall ske inom företaget för att motsvara internationella regler om god tillverknings- och laboratoriepraxis (GMP och GLP).

En ny uppgift är att medverka vid urvalet av de produkter inom den fria sektorn (sjukvårds- och förbandsartiklar, sterila artiklar för engångsbruk, produkter för hudvård, kroppsvård och personlig hygien m.m.) som skall säljas på apotek. Bedömningen grundar sig på såväl fabrikanternas dokumentation som på egna, vid ACL utvecklade tester. Granskningen leder fram till produktspecifikationer för de medicinskt-tekniska varor bolaget beslutar att saluföra. ACL utför fortlöpande kontroll av dessa varor för att garantera att tidigare uppställda krav uppfylls. Exempel på aktuella produktgrupper är plåster och andra förbandsartiklar, tandborstar, febertermometrar och kontaktlinsprodukter.

Kontrollverksamheten avseende *preventivmedel* omfattar kondomer, pessarer, intrauterina preventivmedel – s.k. spiraler – samt kemiska medel (dock ej P-piller). Nya preventivmedel, som skall säljas i Sverige, måste först ha granskats av ACL och typgodkänts av socialstyrelsen. Samtliga tillverk-

ningssatser skall godkännas av ACL före försäljningen. Laboratoriet fick ställning som riksprovplats för preventivmedel 1978.

Uppgiften att vara *WHO-center för kemiska referenssubstanser* innebär att ta fram, kontrollera och distribuera referenssubstanser för de läkemedel som finns i den internationella farmakopéen. Dessa substanser distribueras till offentliga laboratorier över hela världen – främst U-länder – och användes där som referenssubstanser vid bedömning av renhet och halt hos de läkemedelssubstanser som ingår i landets läkemedelsarsenal. ACL har haft denna uppgift sedan 1956.

I fråga om *forskning och utveckling* grundar sig huvuddelen av verksamheten på följande omständigheter. Åtskilliga läkemedel som nu används i Sverige saknar den dokumentation som krävs för registrering av farmacevtiska specialiteter. För många av de äldre läkemedlen behövs därför bättre kunskap som gör det möjligt att korrekt bestämma dosstorlek, dosintervall, frånvaro av effekt hos vissa patienter liksom oväntade biverkningar hos andra. De flesta äldre läkemedel saknar patentskydd och har sannolikt en låg vinstnivå. Då de dessutom ofta även marknadsförs av mer än en läkemedelsindustri kan myndigheterna svårligen kräva en avsevärt förbättrad dokumentation för dessa äldre läkemedel av någon speciell industri.

Inom såväl Apoteksbolaget som vid socialstyrelsens läkemedelsavdelning bedrivs forskning som syftar till att förbättra dokumentationen för äldre läkemedel i avsikt att därmed förbättra terapin även vid användande av dessa medel. Inom Apoteksbolaget sker denna forskning vid de stora sjukhusapoteken samt vid ACL, som har en samordnande roll. Eftersom arbetet bedrivs i nära samarbete med kliniska farmakologer och kliniker kommer erhållna resultat snabbt till användning inom sjukvården. Forskningen har hittills lett till, förutom direkt praktiskt användbara resultat, 80 - 100 vetenskapliga publikationer per år.

## Utredningens överväganden

När statsmakterna 1970 fattade beslut om att apoteksväsendet skulle ombildas diskuterades inte något alternativ till aktiebolagsformen. I viss mån fanns en förebild inom den del av det socialrättsliga området som regleras av nykterhetslagstiftningen. Här skall endast nämnas att AB Vin- och Spritcentralen har ensamrätt att inom landet driva partihandel med rusdrycker. Med partihandel förstås därvid försäljning till återförsäljare i och för deras rörelse samt försäljning för export. All annan försäljning benämns detaljhandel. All detaljhandel utom s.k. utskänkning är förbehållen Systembolaget AB. Som detaljist har Systembolaget en monopolställning som ensam säljare men också en s.k. monopsonställning som ensam köpare av de produkter Vin- och Spritcentralen tillverkar eller förvärvar. Systembolaget har tillagts omfattande skyldigheter och rättigheter i nykterhetsvårdande syfte. Övergripande skyldigheter på nykterhetsvårdens område åvilar socialstyrelsen. En verksamhet av den typ Systembolaget bedriver benämns i den juridiska doktrinen i regel offentlig förvaltning genom enskilda.

Apoteksbolaget är ett typiskt exempel på offentlig förvaltning genom enskilda och bolaget har en såväl monopol- som monopsonställning. Skulle de senare förhållandena jämkas rubbas grundvalarna för Apoteksbolagets

verksamhet. I direktiven för läkemedelsutredningen har det inte förutsatts att någon ändring av den lagstiftning som är basen för bolagets verksamhet skall aktualiseras utan utredningen skall "överväga om det mot bakgrund av utvecklingen och vunna erfarenheter av bolagets verksamhet finns anledning att göra ändringar i avtalen för tiden efter 1985".

I prop 1970:74 uttalade föredragande departementschefen att i fråga om Apoteksbolagets organisation måste huvudprincipen vara att bolagsledningen har frihet och skyldighet att ge bolaget den organisation den finner mest ändamålsenlig. Han begränsade sig därför till att något beröra ett par frågor som han fann vara av särskild betydelse. Den ena avsåg styrelsens storlek och sammansättning, där han såg det som angeläget att sjukvårdshuvudmännen blev företrädda i styrelsen. Den andra gällde att han i likhet med läkemedelsförsörjningsutredningen och ett flertal remissinstanser ansåg det angeläget att en regional organisation kom till stånd och att därvid en anknytning till sjukvårdsregionerna var naturlig. Detta hindrar inte, fortsatte departementschefen, att man inom regionerna prövade olika möjligheter att på bästa sätt samordna apotekens verksamhet sinsemellan samtidigt som man eftersträvade effektiva förbindelselinjer mellan apoteken och de regionala och centrala ledningsorganen.

Vad angår styrelsens storlek och sammansättning är detta frågor som regleras genom beslut av ägarna vid bolagsstämma. Sedan bolagets verksamhet påbörjats har såväl socialdepartementet som sjukvårdshuvudmännen varit företrädda i styrelsen. Utredningen anser detta naturligt och utgår från att så kommer att bli fallet även i fortsättningen.

I direktiven för 1983 års läkemedelsutredning nämns bland exemplen på frågor som utredningen bör överväga angående Apoteksbolaget frågan om bolagets organisation. Uppdraget i denna del har tolkats så att utredningen i sin samlade bedömning av Apoteksbolagets verksamhet efter 1985 skall väga in allmänna synpunkter på bolagets organisation men inte göra någon organisationsmässig översyn av bolaget. Utredningen utgår från att det alltjämt bör vara bolagsledningens frihet och skyldighet att ge bolaget den organisation den finner mest ändamålsenlig.

Den organisation Apoteksbolaget nu har är resultatet av modifieringar som ägt rum under den tid bolaget verkat. Grundvalarna är emellertid desamma. Stommen i det riksomfattande bolaget är apoteken där varje apotekschef har ett självständigt ansvar för den farmacevtiska verksamheten och betjäningen av allmänheten. Apoteken är samlade i regioner med relativt nära anslutning till landets sjukvårdsregioner. Huvudkontoret har ett övergripande ledningsansvar men också ett starkt inslag av serviceaktiviteter gentemot apoteken, sjukvården och samhället i stort.

De organisatoriska förändringar som skett är i huvudsak dels att interna gränslinjer mellan olika aktiviteter inom huvudkontoret förskjutits, dels att en mera hierarkisk organisation tillkommit på fältet och att i samband därmed regionchefernas ställning formellt ändrats.

Under den inledande uppbyggnadsperioden ökade bolagets centralförvaltning ganska starkt. Sålunda steg antalet anställda under perioden 1971–1977 från 220 till 350 årsarbetare. Under denna tid genomfördes de flesta organisatoriska åtgärder som var en följd av att det tidigare apoteksväsendet ombildats till ett rikstäckande bolag. Exempel på sådana

åtgärder är uppbyggnad av organisationsenheter för centrala inköp och kvalitetsbedömningar, prisförhandlingar och databehandling. Sedermera har tillkommit omkring 40 årsarbetare. Mätt i relativa tal har kostnaden för huvudkontoret länge varit tämligen konstant. Efter att 1972 ha uppgått till 1,6% av den totala omslutningen har den sedan 1977 hållit sig vid omkring 1,9% av totalomsättningen.

Som framgår av den föregående skildringen är ett stort antal serviceaktiviteter av olika typ inbyggda i Apoteksbolagets huvudkontor. I vissa fall är det helt uppenbart att en sådan aktivitet måste vara en integrerande del av ledningsfunktion. Så t.ex. torde flera rationaliseringsåtgärder avseende apoteken som helhet vara möjliga att genomföra endast om viss central service kan erbjudas. I andra fall kan ett inbördes beroende mellan ledningsoch servicefunktioner vara mindre uppenbart. Utredningen återkommer med några principiella aspekter kring detta problem i sin avslutande utvärdering av Apoteksbolagets hittillsvarande verksamhet och i anslutning till synpunkter på den framtida verksamheten.

Den nuvarande fältorganisationen kan i varje fall på papperet te sig väl komplicerad. Mellan Apoteksbolagets högsta ledning och cheferna för de minsta apoteken föreligger många steg. Apotekschef – basenhetschef – gruppchef – regionchef – sektorchef – VD. I praktiken torde situationen vara mindre krånglig än den kan förefalla. Detta beror sannolikt på att sambandet mellan de olika länkarna i kedjan är olika starkt, beroende på vilken typ av fråga det gäller, ekonomisk rapportering, täckande av hastigt påkommande behov av personalförstärkning, långsiktigt utnyttjande av befintliga personella resurser, informationsaktiviteter, etableringsfrågor osv.

Från flera synpunkter synes regionindelningen och regionkontoren ha varit värdefulla inslag i organisationen. Regionerna har sådan storlek att de ger utrymme för ett kvalificerat och meningsfyllt samordningsarbete. De är å andra sidan inte större än att de väl kan överblickas och medger god personkontakt och personkännedom. I kapitel 15 betonar utredningen det potentiella värdet med regionerna då det gäller att bemästra en av de svårigheter varje monopolföretag har, nämligen problemet att trots avsaknad av konkurrens bibehålla företagets vitalitet.

När apotekens terminalsystem om några år blir fullt utbyggt torde behov som förestavat vissa inslag i den nuvarande organisationen i övrigt komma i ett annat läge. Med sin tolkning av utredningsuppdraget beträffande organisationsfrågor har utredningen saknat anledning att gå djupare in på detta eller att i övrigt närmare granska organisationsstrukturen. Utredningen utgår emellertid från att bolagsledningen kommer att ta till vara alla möjligheter att hålla organisationen så enkel och flexibel som möjligt.

# 7 Apoteksbolagets mål och medel för etablering och service

## Inledning

Enligt statsmakternas beslut (jfr. kap. 3) är Apoteksbolagets främsta uppgift att upprätthålla en god läkemedelsförsörjning. Apoteken bör också försälja förbandsartiklar, hudvårdspreparat och andra varor som naturligen kompletterar läkemedelssortimentet. Bolaget beslutar i frågor om apotekens lokalisering och öppethållande. Inom ramen för de regler som finns i avtalet mellan staten och Apoteksbolaget avväger bolaget sin servicenivå i fråga om lagerhållning av läkemedel och tillhandahållande av tjänster. Bolaget skall tillse att servicen till allmänheten och sjukvårdens organ är fullgod. Ett särskilt krav är att glesbygdens speciella förhållanden beaktas.

Det framhölls i prop. 1970:74 att övertagandet av den tidigare befintliga apoteksorganisationen innebar en garanti för god service till allmänheten. Samtidigt ansågs den nya organisationsformen ge ökade möjligheter till rationaliseringar genom utnyttjande av moderna tekniska resurser. Särskilt nämndes att Apoteksbolaget borde ta modern datateknik i sin tjänst för att effektivisera verksamheten.

Målsättningen var att skapa ett slagkraftigt apoteksväsende som smidigt kunde anpassa sig till den medicinska, tekniska och ekonomiska utvecklingen.

## Distributionsnätets omfattning

### Utgångsläget 1970

Omedelbart innan Apoteksbolaget övertog ansvaret för landets läkemedelsförsörjning fanns omkring 600 apotek, varav drygt 360 självständiga och resten filialapotek samt ett fåtal sjukhusapotek.

Som ett komplement till apoteken fanns läkemedelsförråd av tre olika typer. Det mest utvecklade drevs i en särskild av vederbörande apotekare hyrd lokal och med en av denne anställd föreståndare. Endast standardförpackade läkemedel eller på apoteken färdigställda förpackningar av lösviktsvaror fick lagerhållas. Den enklaste typen utgjordes av en transportabel låda som byttes ut av apoteket varje månad, varigenom översyn och komplettering av förrådet ägde rum. Sortimentet var begränsat till 20 receptfria läkemedel. Många små orter fick sina läkemedel via medicinlådor som

dagligen med buss eller tåg gick mellan orten och närmaste apotek. Ett mindre antal kommissionärer fanns också.

Totalt fanns alltså i landet ca 600 apotek med kvalificerad personal och omfattande lagerhållning samt ytterligare 700 utlämningsställen för läkemedel och ca 1500 medicinlådor.

Basenheten i systemet var de självständiga apoteken, som under sig kunde ha ett eller flera filialapotek. Utåt fungerade i stort de två typerna av apotek på samma sätt även om, under de närmaste åren före bolagsbildandet, ett antal apotek med starkt förenklad utrustning och därmed med reducerade möjligheter till läkemedelsberedning tillkommit.

Inrättandet av apotek styrdes av befolkningsunderlaget. Ett självständigt apotek krävde ett befolkningsunderlag på omkring 20 000 personer, medan ett filialapotek kunde inrättas om 5 000–15 000 personer bodde inom det tilltänkta avsättningsområdet. Beslut om inrättande av självständiga apotek och sjukhusapotek meddelades – efter kontakter med primärkommunala och landstingskommunala organ – av Kungl. Maj:t medan socialstyrelsen beslutade om filialapotek.

Följande sifferuppgifter ger en uppfattning om koncentrationen av apotek över landet åren innan bolagsbildandet. Vid årsskiftet 1966–1967 var 143 (25%) av de 576 apoteken belägna i de tre storstadsområdena (Stockholm, Göteborg och Malmö). 104 (18%) av landets apotek var belägna på orter med ett befolkningsunderlag, som krävde mer än ett apotek på respektive ort. Således fanns 329 apotek på orter med endast ett apotek.

Cheferna vid omkring 400 av de 600 apoteken var apotekare och de övriga receptarier. Personalen vid ett medelstort apotek uppgick till ca 15 anställda, varav 1–2 apotekare, tre receptarier, åtta apotekstekniker och tre andra befattningshavare.

Den normala lokaliseringen av apoteken inom samhällena var i kommersiella centra. Expeditionsapotek vid sjukhusen förekom endast undantagsvis.

## Nuläget

Till den öppna vårdens tjänst finns nu omkring 760 apotek samt närmare 1500 andra distributionsställen för läkemedel. Distributionsnätets huvudkomponenter och antal framgår av följande översikt som avser förhållandena vid ingången av 1984:

| | |
|---|---|
| Apotek | 762 |
| Apoteksfilialer | 19 |
| Apoteksombud typ I | 310 |
| Apoteksombud typ II | 458 |
| Apoteksombud typ III | 684 |

Majoriteten av landets apotek har en likartad, allsidig service till allmänheten. De varierar dock starkt i fråga om storlek vilket framgår av tabell 15.

**Tabell 15. Apotekens fördelning på storleksklasser efter antalet årsarbetare.**

| Antal årsarbetare | Antal apotek |
|---|---|
| - 5 | 250 |
| 6–10 | 240 |
| 11–20 | 166 |
| 21– | 106 |
| | 762 |

Källa: Apoteksbolaget AB

Omkring 10% av de befintliga apoteken har en speciell karaktär i och med att de inrättats inom vårdcentraler och särskilt anpassats för att betjäna vårdcentralen och dess patienter. Anpassningen innebär bl.a. att man starkt begränsat sortimentets omfång och sammansättning. Detta har kunnat ske genom intimt samarbete mellan personal vid vårdcentral och apotek. Öppethållandetiderna har samordnats med mottagningstiderna vid centralen. Genom ett visst sambruk av lokaler har investerings- och driftskostnader kunnat minskas.

Alla enheter, som ingår i distributionsnätet vid sidan av apoteken, förmedlar paket som gjorts i ordning på apoteket till följd av inskickade recept eller gjorda beställningar av receptfria läkemedel. Därutöver finns i flertalet fall en viss direktservice. Hos apoteksombuden av typ II sker försäljning av läkemedel ur ett sortiment av 10–12 receptfria läkemedel. Apoteksombuden av typ III kan ha ett sortiment som omfattar ett 70-tal olika receptfria medel. Vid apoteksfilialerna förekommer en mera allsidig handköpsservice. På ett fåtal filialer belägna på orter med fast läkartjänst kan ett begränsat antal receptbelagda läkemedel utlämnas direkt eftersom de enligt överenskommelse med läkaren försetts med standardiserade användningsanvisningar.

I tabell 16 ges uppgifter om hur landets apotek fördelar sig procentuellt på de olika länen. Som en jämförelse anges också befolkningens fördelning. Det framgår att apotekstätheten inte strikt följer befolkningstätheten. Förklaringen torde främst vara att söka i skillnader i den demografiska strukturen mellan länen. Så är exempelvis apotekstätheten betydligt lägre i Stockholms län, där inte mindre än 96% av befolkningen bor i tätorter, än i Västerbottens län där befolkningen i tätort uppgår till endast 70%.

Ett mått som ibland används då man vill göra internationella jämförelser beträffande tillgång till apotek är antalet apotek i förhållande till antalet invånare. I Sverige finns f.n. ett apotek per 10 900 invånare. Apotekstätheten är av liknande storleksordning i de övriga nordiska länderna. Industrialiserade länder utanför Norden uppvisar ofta en betydligt högre förekomst av apotek för motsvarande invånarantal. Sålunda är det inte sällsynt med en apotekstäthet av 1:5 000 eller till och med 1:2 000. Det är emellertid att märka att apoteken därvid i regel har ett brett sortiment utanför läkemedelssektorn t.ex. kosmetika. Vidare är det i regel så att apotekstätheten är extremt hög i tätorter och särskilt i storstäder medan den är låg på landsbygden.

**Tabell 16. Länsvis fördelning av invånare och apotek 1983.**

| Län | Procentuell andel av | |
|---|---|---|
| | invånare | apotek |
| Stockholms | 18,6 | 15,9 |
| Uppsala | 3,0 | 3,0 |
| Södermanlands | 3,0 | 2,8 |
| Östergötlands | 4,7 | 5,4 |
| Jönköpings | 3,6 | 3,5 |
| Kronobergs | 2,1 | 2,2 |
| Kalmar | 2,9 | 2,6 |
| Gotlands | 0,7 | 0,7 |
| Blekinge | 1,8 | 1,6 |
| Kristianstads | 3,4 | 3,4 |
| Malmöhus | 9,0 | 6,8 |
| Hallands | 2,8 | 2,1 |
| Göteborg och Bohus | 8,5 | 8,9 |
| Älvsborgs | 5,1 | 4,6 |
| Skaraborgs | 3,2 | 3,1 |
| Värmlands | 3,4 | 4,3 |
| Örebro | 3,3 | 3,3 |
| Västmanlands | 3,1 | 3,0 |
| Kopparbergs | 3,4 | 4,1 |
| Gävleborgs | 3,5 | 3,7 |
| Västernorrlands | 3,2 | 3,8 |
| Jämtlands | 1,6 | 2,6 |
| Västerbottens | 2,9 | 4,5 |
| Norrbottens | 3,2 | 4,1 |

Källa: Apoteksbolaget AB

# Etableringspolitik

## Politikens innebörd

Den politik som Apoteksbolaget följt vid nyetablering och omstrukturering av redan befintliga apotek har enligt uppgift inneburit följande:

1. Ökad anpassning till sjukvårdens lokalisering och speciellt hänsynstagande till utbyggnaden av vårdcentraler genom
   a) etablering av apotek i nya vårdcentraler
   b) etablering av expeditionsapotek vid regional-, läns- och länsdelssjukhus.

2. Nedläggning av vissa apotek i de större städernas citykärnor.

3. Differentiering av serviceutbudet mellan olika apotek, bl.a. med hänsyn till behovet av apotek vid såväl medicinska som kommersiella centra.

En målsättning har varit att förse landets samtliga kommuner med apotek. Strävan har vidare varit att lokalisera apoteken så att den läkemedelsköpande allmänheten får så god närservice som möjligt. Detta innebär i fråga om

expedition av nyutskrivna recept att apotek bör finnas så nära receptutfärdarna som möjligt, dvs. i nära anslutning till sjukhusmottagningar, vårdcentraler och andra läkarstationer. Beträffande förnyade läkemedelsköp mot recept samt vid behov av läkemedel utan recept och andra handköpsvaror är kravet att apotek i möjligaste mån skall finnas på platser där allmänheten gör sina inköp av andra varor, dvs. i köpcentra av olika slag.

Regelmässigt har bolaget gjort avvägningar mellan servicebehov och kostnader. De analyser bolaget gjort av förhållandena i utgångsläget 1971 hade visat, att många apotek bar sina egna kostnader men att det också fanns åtskilliga som uppvisade driftsunderskott. Förekomsten av underskottsapotek var inte, som man möjligen skulle kunna tro, begränsad till glesbygder med svagt kundunderlag utan kunde förekomma till och med i storstädernas citykärnor.

Rullande etableringsplaner har gjorts upp som kontinuerligt följs upp vid överläggningar med företrädare för landstingen. Planerna stäms också av med primärkommunerna särskilt vad gäller åldersfördelningen inom befolkningsunderlaget.

Primärkommunerna kontaktas alltid i nedläggningsfrågor och när det gäller väsentliga omlokaliseringar av apotek, t.ex. till en vårdcentral med ocentralt läge. Även i övrigt hålls kommunerna informerade. Kontakten med kommunerna i etableringsfrågor sker alltid genom regionkontoren.

## Normer för genomförande

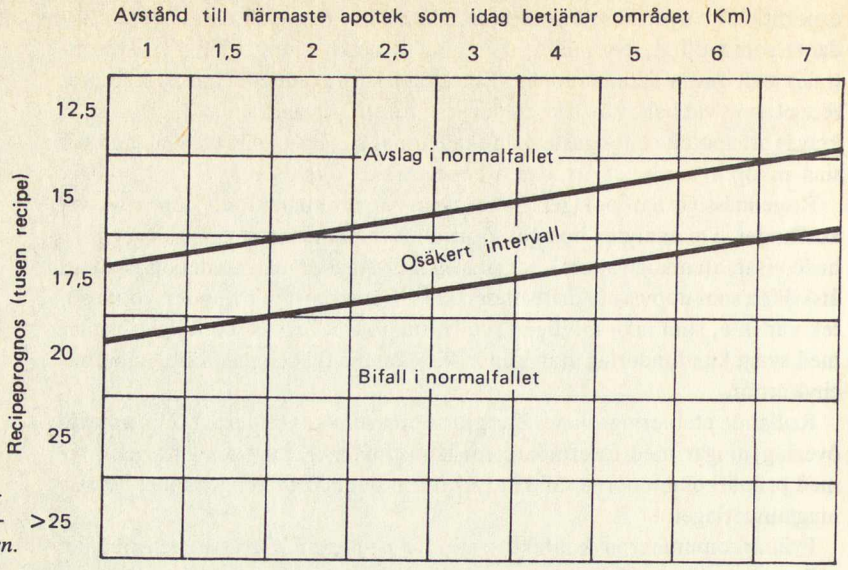
I storstädernas citykärnor anses behovet av apotek generellt sett vara täckt. Eventuella förändringar innebär i regel sammanslagning eller nedläggning av befintliga apotek. Det riktvärde som tillämpas är att minst 80% av befolkningen skall ha ett apotek tillgängligt inom ett gångavstånd om högst 1 000 m.

Fortsatt nyetablering beräknas främst ske vid vårdcentraler. De två typfallen är att det rör sig om ett apotek antingen i ett förortsområde eller i en fristående mindre tätort. I båda fallen baseras beslutet om eventuell etablering på sådana faktorer som beräknad folkmängd i upptagningsområdet, folkmängd i närområdet, antal läkare samt avstånd till närmaste apotek som betjänar området innan eget apotek fanns. Med ledning av sådana data kan i sin tur en prognos göras beträffande den recipemängd som skulle bli aktuell vid ett nytt apotek.

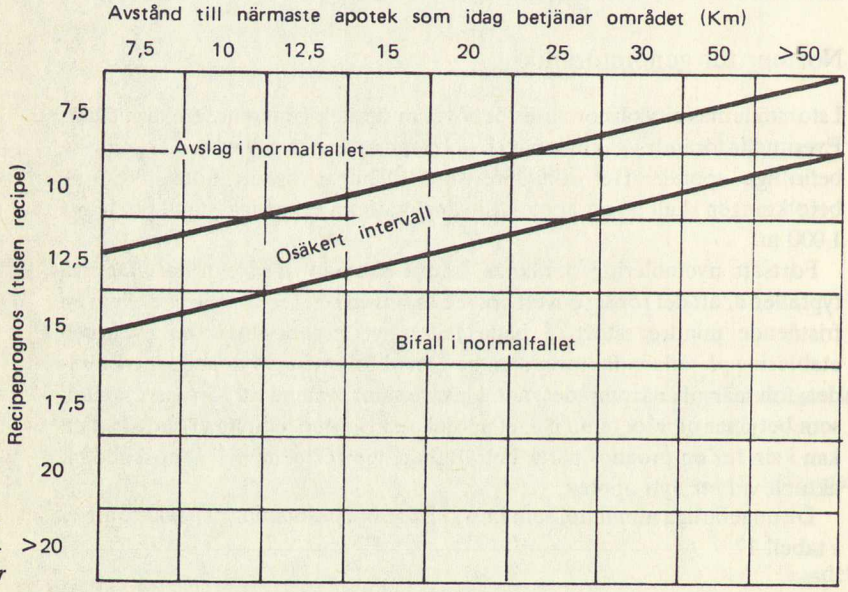
De ungefärliga minimital som krävs i fråga om befolkning och läkare anges i tabell 17.

**Tabell 17. Minimital vad gäller befolkning och läkare som krävs vid nyetablering av vårdcentralsapotek.**

| | Förorts-områden | Mindre tätorter |
|---|---|---|
| Befolkning i upptagningsområdet | 10 000 | 5 000 |
| Befolkning i närområdet | 5 000 | 2 000 |
| Antal läkare | 3 | 2 |




*Figur 4. Nyetableringsmatris för vårdcentralsapotek i förortsområden.*




*Figur 5. Nyetableringsmatris för vårdcentralsapotek i mindre tätorter*

Som ytterligare illustration till hur kriterierna tillämpas visas i figurerna 4 och 5 två s.k. matriser för nyetablering av vårdcentralsapotek i förortsområden respektive mindre tätort.

Av tabell 18 framgår vilka ungefärliga gränser i fråga om avstånd till närmaste apotek och antal boende i närområdet, som tillämpas vid beslut om etablering av apoteksombud. Vid prövningen i de enskilda fallen tas hänsyn även till allmänna kommunikationer och befolkningens åldersfördelning.

**Tabell 18. Etablering av apoteksombud.**

| Avstånd i km till närmaste apotek | Minsta antal boende i närområdet för etablering |
|---|---|
| ≤5 | Inga ombud |
| 6–10 | 1 000 |
| 11–15 | 750 |
| 16–20 | 500 |
| >20 | 250 |

Källa: Apoteksbolaget AB

Dessutom beaktas vid valet av ombudsort kommunernas varuförsörjningsplaner samt samhällsstödet till glesbygdens handel (uppgiften som apoteksombud kan vara en viktig del i glesbygdshandelns ekonomiska underlag).

## Effekter av etableringspolitiken

Från 1971 till 1984 har antalet öppenvårdsapotek ökat från 623 till 762. Tabell 19 visar hur de befintliga apoteken fördelade sig länsvis vid de båda tidpunkterna.

**Tabell 19. Antal apotek 1 jan 1971 och 1 jan 1984 fördelat på län.**

| Län | 1971 | 1984 |
|---|---|---|
| Stockholms | 113 | 121 |
| Uppsala | 19 | 23 |
| Södermanlands | 19 | 21 |
| Östergötlands | 33 | 41 |
| Jönköpings | 22 | 27 |
| Kronobergs | 14 | 17 |
| Kalmar | 17 | 20 |
| Gotlands | 5 | 5 |
| Blekinge | 8 | 12 |
| Kristianstads | 24 | 26 |
| Malmöhus | 45 | 52 |
| Hallands | 9 | 16 |
| Göteborg och Bohus | 53 | 68 |
| Älvsborgs | 26 | 35 |
| Skaraborgs | 18 | 24 |
| Värmlands | 25 | 33 |
| Örebro | 22 | 25 |
| Västmanlands | 20 | 23 |
| Kopparbergs | 25 | 31 |
| Gävleborgs | 26 | 28 |
| Västernorrlands | 20 | 29 |
| Jämtlands | 16 | 20 |
| Västerbottens | 25 | 34 |
| Norrbottens | 19 | 31 |
| | 623 | 762 |

Källa: Apoteksbolaget AB

När det gäller fördelningen av apotek på tätorter av olika storlek ger tabell 20 en viss information.

Det bör observeras att en minskning/ökning inom en grupp inte nödvändigtvis behöver innebära att antalet apotek minskat/ökat utan förklaringen kan delvis vara att befolkningen i vissa tätorter ändrats väsentligen.

Minskningen av antalet apotek på orter med färre än 2 000 boende beror på att vissa av de minsta apoteken lagts ned och ersatts med andra former för läkemedelsdistribution. En stark nyetablering har skett på orter med mellan 2 000 och 50 000 boende.

Som framgår av tabell 21 har en klar majoritet av de nyetablerade apoteken förlagts till sjukhus eller vårdcentraler.

Eftersom samtidigt 45 apotek lades ned var nettotillskottet 139.

Nedläggningarna har främst skett i de större städerna, oftast genom att två apotek sammanslagits eller ersatts med ett helt nytt. I ett fåtal fall har nedläggningarna skett på mindre orter. Omstruktureringarna specificeras i tabell 22.

Utbyggnaden med den nya typen av apotek vid vårdcentraler har gått mycket snabbt. De första försöken med denna apotekstyp inleddes under 1976 och 1977 i Odensala i Östersund, Rotebro i Sollentuna och Noltorp i Alingsås. Försöken utmynnade i goda erfarenheter såväl vad gäller ekonomi som ett accepterande av den nya serviceformen från allmänhetens och läkarnas sida. De 69 vårdcentralsapotek som omnämns i tabell 21 har alla öppnats 1976 eller senare. Därutöver har beslut fattats om att etablera ytterligare 27 sådana apotek.

Det har beräknats att 1970 hade 3% av landets befolkning mer än 30 km till närmaste apotek. Genom nyetableringar och befolkningsomfördelningar har andelen som har mer än 30 km minskat till mindre än 1%.

**Tabell 20. Antal apotek fördelade på tätorter av olika storlek.**

| Boende i tätorter | 1971 | 1984 |
|---|---|---|
| Färre än 2 000 | 101 | 94 |
| 2 000–5 000 | 121 | 153 |
| 5 000–50 000 | 179 | 258 |
| Fler än 50 000 | 222 | 257 |

Källa: Apoteksbolaget AB

**Tabell 21. Typ av apotek vid nyetableringar 1971–1983.**

| Typ av apotek | 1971–1983 (öppnade) |
|---|---|
| Konventionella | 53 |
| Expeditionsapotek på sjukhus | 62 |
| Vårdcentralsapotek | 69 |
| Summa | 184 |

Källa: Apoteksbolaget AB

**Tabell 22. Nedläggningar eller sammanslagningar av apotek och apoteksfilialer.**

| | 1971–1983 |
|---|---|
| Apotek i Stockholms, Göteborgs och Malmös innerstadsområden | 17 |
| Apotek i rena centrumlägen på övriga flerapoteksorter | 15 |
| Övriga apotek på flerapoteksorter (inkl. Stockholm, Göteborg och Malmö) | 9 |
| Ensamapotek | 4 |
| Apoteksfilialer | 6 |

Källa: Apoteksbolaget AB

Minskning av service inom hälso- och sjukvård brukar ofta skapa debatt på berörd ort. När det gäller apoteksnedläggningarna är det, under den period av mer än 13 år det rör sig om, i huvudsak tre fall som förorsakat en mera omfattande offentlig debatt.

I Trosa planerades – och genomfördes efter kontakter med landsting och kommun – 1973 en förflyttning av det centralt placerade apoteket till den nybyggda vårdcentralen. Diskussionerna kring förflyttningen gick ut på att apoteket vid denna placering hamnade för långt från centrum.

1982 utbröt ännu en häftig diskussion av liknande art. Apoteket i Brösarp skulle flyttas till en ny vårdcentral. I detta fall synes problemen åtminstone delvis ha berott på brister i informationen. Förflyttningen av apoteket sköts på framtiden.

En mycket omfattande diskussion startade när förslaget till nedläggning av apoteket på Dalarö blev känt 1981. Detta fall berörde ej samma typ av strukturproblem, utan nedläggning av ett apotek i en glesbygd, vilket kan förklara att fallet även diskuterades i riksdagen via interpellationer och frågor. Nedläggningen, som genomfördes, motiverades med att den ekonomiska basen för verksamheten förändrats, bl.a. genom förflyttning av provinsialläkartjänsten.

Då det gäller den del av distributionsnätet som kompletterar apoteken har några större förändringar inte skett under Apoteksbolagets tid. Såväl indragningar som nyetableringar av apoteksombud har skett. Totalantalet är f.n. omkring 1450. En strävan har varit att merparten av ombuden skall tillhandahålla åtminstone några receptfria läkemedel.

## Apotekens tillgänglighet

### Tidigare praxis

Före 1971 var tiden för de flesta apotekens öppethållande på dagtid normalt 9 – 18 måndag – fredag och 9 – 13 lördag. De allra minsta apoteken i landsorten hade lunchstängt. Under övriga tider kunde angelägna läkemedel erhållas genom speciellt anordnad jourtjänst. I de största städerna fanns fasta nattapotek och i ett antal andra orter förekom farmacevtisk beredskaps-

tjänst, som fullgjordes antingen genom att farmacevt fanns på apoteket eller var tillgänglig i hemmet. Vissa blandformer av dessa system förekom också.

## Nuvarande ordning

Efter några års erfarenhet av den gamla ordningen för öppethållande gjorde bolaget en översyn av tillämpade tider och regler. Denna resulterade i att de mindre apotekens öppethållande under dagtid förkortades genom införande av lunch- eller lördagsstängning i större utsträckning än tidigare. Vidare avvecklades jour- och beredskapstjänsten på de flesta apoteken. Det förlängda öppethållandet på kvarvarande jourapotek avkortades. Apotekens jourservice ersattes i stor utsträckning med att patientdoser ställdes till förfogande för gratis utdelning vid akutmottagningar.

Sålunda är det möjligt att på jourcentraler och akutmottagningar där närbeläget apotek ej är tillgängligt lämna ut jourdoser utan kostnad för landstinget eller patienten. Doserna lämnas ut i den omfattning som behövs för att patienten skall klara medicineringen till dess apoteket öppnar igen.

På ett par platser i landet – Skövde och Helsingborg – där större jourmottagningar förekommer på sjukhusen har försök gjorts med expediering under kvällstid av nyskrivna recept i särskilt utrymme av jourmottagningen. Erfarenheterna av sådana speciella "jourapotek" uppges vara goda och en viss ökning av antalet har nyligen skett och ytterligare några planeras. Sålunda erhålles redan nu samma service vid jourmottagningar i Eskilstuna, Karlskrona och Umeå medan Växjö står i tur. Expeditionen sker – beroende på sjukhusapotekets läge i förhållande till jourmottagningen – i speciella lokaler eller i det ordinarie apoteket vid sjukhuset.

För etablering av "jourapotek" tillämpas regeln att underlaget måste vara minst 5–6 recept per timme. Detta gör att högst ett jourapotek per landsting kan komma ifråga, men antalet väntas snarast bli lägre.

I mitten av 1983 hade 244 av landets då 745 apotek ett "normalt" öppethållande (49 – 52 timmar per vecka eller mer). 103 av apoteken hade ett längre öppethållande än "normalapoteket". Samtliga dessa hade öppet 3 timmar eller längre på söndagar. 52 av dem hade öppet kvällar till kl 19 eller längre.

Lördagsstängning året runt tillämpas för närvarande på 254 apotek i landet. En stor del av de lördagsstängda apoteken är vårdcentralsapotek, där vårdcentralerna är lördagsstängda året om. Lördagsstängning temporärt under sommaren har börjat tillämpas i allt större utsträckning, framförallt i Stockholm och Göteborg. Sommaren 1983 hade 128 sådana apotek lördagsstängt.

Av landets omkring 750 apotek har 292 lunchstängt. Lunchstängning gällde fullt ut för apotek med färre än 20 000 recipen per år och i stor utsträckning för apotek upp till 40 000 recipen. Till detta kommer att 57 apotek tillämpade lunchstängning temporärt. En del av de lunchstängda apoteken är vårdcentralsapotek bemannade med endast en person.

Under sommaren 1983 hade 50 apotek semesterstängt.

Vid fastställande av lördagsstängning av ett apotek tillämpas följande regler:

1. Annat lördagsöppet apotek skall finnas inom gångavstånd eller kunna nås med lokaltrafik (1 tim resa t.o.r.).
2. Antalet expedierade nyutskrivna recipen skall understiga 10, dvs. 2,5 – 3 per timme.
3. Handköpsförsäljningen skall understiga 2 500 – 3 000 kr med 3 personers bemanning.

Nettokostnaden för att hålla alla f.n. lördagsstängda apotek öppna även under lördagar uppskattas till 7 Mkr per år. Om dessa apotek hölls öppna även lördagar beräknas att de skulle besökas av 50 000 receptkunder per år, dvs. ca 200 kunder per apotek och år.

Den årliga kostnaden för att hålla öppet hela dagen på samtliga nu lunchstängda apotek har av bolaget uppskattats till 18 miljoner kronor med en felmarginal av ± 5 Mkr. Den inexakta uppgiften förklaras av svårbedöma schemaläggningseffekter och att bortfallet av försäljning av andra varor än läkemedel inte kan bedömas. Antalet receptkunder som kan förväntas besöka apoteken under lunchtid om de vore öppna uppskattas till ca 500 000 per år, dvs. i genomsnitt 1 500 kunder per apotek och år.

Apoteksbolagets kostnader för utdelade patientdoser vid jourmottagningarna under 1983 var 2,7 Mkr, ett belopp som mångdubbelt understiger vad speciell apoteksjour skulle kostat.

## Sortiment och leveransberedskap

### Översikt

Det varusortiment Apoteksbolaget tillhandahåller hänför sig i stort sett till tre olika sektorer, nämligen

- läkemedel
- s.k. kostnadsfria förbrukningsartiklar
- fria handelsvaror med naturlig anknytning till läkemedels – hälsovårdsområdet

Apoteksbolagets totala försäljning 1983 uppgick till drygt 6 010 Mkr. Den fördelade sig på sätt tabell 23 utvisar.

**Tabell 23. Fördelning av Apoteksbolagets försäljning.**

| | % |
|---|---|
| Läkemedel mot recept i öppen vård | 63 |
| Läkemedel utan recept | 8 |
| Hygien- och förbandsartiklar | 7 |
| Kostnadsfria förbrukningsartiklar mot hjälpmedelskort | 4 |
| Leveranser till sjukhus | 16 |
| Tjänster | 2 |
| | 100 |

Källa: Apoteksbolaget AB

Eftersom leveranserna till sjukhus huvudsakligen avser läkemedel uppgår försäljningen av läkemedel till närmare 90% av bolagets totala försäljning medan övriga varor svarar för drygt 10%.

Handel med *läkemedel* är också huvuduppgiften för Apoteksbolagets verksamhet. I kapitel 4 har lämnats en redogörelse för bolagets skyldigheter ifråga om lagerhållning och tillhandahållande av läkemedel. Vissa prisnedsatta livsmedel är jämställda med läkemedel.

Med *kostnadsfria förbrukningsartiklar* avses i detta sammanhang de förbrukningshjälpmedel som kostnadsfritt tillhandahålls stomiopererade personer, personer med urininkontinens eller urinretention, personer med tarminkontinens samt diabetikernas tekniska hjälpmedel. Artiklarna, som är av engångs- eller korttidskaraktär, finns medtagna i den hjälpmedelsförteckning som förs av Handikappinstitutet på socialstyrelsens uppdrag.

Redan innan Apoteksbolaget bildades distribuerade apotek i flera landsting, genom lokala överenskommelser mellan landsting och apotek, de kostnadsfria förbrukningshjälpmedlen. En av anledningarna till detta var att artiklarna, p.g.a. sin engångskaraktär, avvek från det normala sortimentet på sjukhusens hjälpmedelscentraler, vilka på de flesta orter skötte distributionen.

De nuvarande formerna för tillhandahållande av kostnadsfria förbrukningsartiklar kom till 1972. Bestämmelserna innebar att socialstyrelsen gavs ansvar för sortimentet medan Apoteksbolaget skulle ansvara för distributionen i hela landet. Initialt ordnades utbildning på apoteken för att skapa kunskap om produkterna och deras användningsområden. Numera finns i varje apoteksgrupp utsedd en person som "sammanhållande i hjälpmedelsfrågor". Personen i fråga skall vara gruppens interna och externa resurs och kunskapskälla för de kostnadsfria förbrukningsartiklarna.

Apoteksbolagets befattning med sådana *fria handelsvaror* som har naturlig anknytning till läkemedels – hälsovårdsområdet berördes i proposition 1970:74. Det uttalades att även om Apoteksbolagets främsta uppgift var att tillhandahålla läkemedel borde apoteken även i fortsättningen försälja förbandsartiklar, hudvårdspreparat och andra varor som naturligen kompletterar läkemedelssortimentet.

Till skillnad från vad som gäller för läkemedel, rabattberättigade livsmedel och kostnadsfria förbrukningsartiklar bestämmer Apoteksbolaget själv över sortimentet av fria handelsvaror. Denna försäljning sker i konkurrens med andra detaljister.

Före Apoteksbolagets bildande bestämde varje apotek över sitt sortiment av fria handelsvaror. Sortimentet mellan olika apotek varierade därför i hög grad. Detta system innebar dessutom att de små kvantiteter som inköptes inte medgav konkurrenskraftiga inköpspriser. Efter bolagets tillkomst ansvarar marknadsavdelningen för sortimentsurval, inköp, information och marknadsföring av de fria varorna.

Bättre inköpspriser har kunnat erhållas efter omläggningen från att varje apotek bestämde sitt sortiment och gjorde sina egna inköp till att en central planering och inköpsverksamhet kommit till. Samtidigt har produkter som uppfyller bolagets kvalitetskrav kunnat erhållas. Utvecklingen inom bolaget har gått mot ett större antal egna varor, antingen under eget märke eller produkter speciellt producerade eller förpackade för apoteken.

I Apoteksbolagets sortimentsfilosofi ingår att försäljningen av de fria handelsvarorna skall påverkas genom en "etisk marknadsföring". Bolaget har därvid satsat på utbildning av apotekens personal men även på bl.a. broschyrer, affischer och i någon mån annonser. Exponering av de fria varorna i s.k. självköpsavdelningar på apoteken ingår som en del av marknadsföringen.

## Läkemedelssortimentet

Större delen av detta betänkande behandlar Apoteksbolagets befattning på olika sätt med läkemedel. Redan i kapitel 1 har lämnats relativt detaljerade uppgifter om vilket sortiment av farmacevtiska specialiteter som är tillåtet för användning i Sverige och som Apoteksbolaget sålunda är skyldigt att tillhandahålla. I fråga om farmacevtiska specialiteter begränsas därför framställningen här till att avse vissa uppgifter om lagerhållningen.

Som framgår av kapitel 4 har Apoteksbolaget skyldighet att utöver farmacevtiska specialiteter tillhandahålla läkemedel intagna i officiella läkemedelshandböcker och ex tempore läkemedel. Denna skyldighet för med sig att Apoteksbolaget måste bedriva viss tillverkning. En redogörelse för denna verksamhet lämnas i ett senare avsnitt av detta kapitel.

Förut har nämnts att ungefär 2 500 farmacevtiska specialiteter finns på den svenska marknaden. Dessa förekommer i ungefär dubbelt så många förpackningsstorlekar. Det föreligger alltså en skyldighet för varje apotek att tillhandahålla vilken som helst av inemot 5 000 förpackningsvarianter av farmacevtiska specialiteter. Skyldigheten att lagerhålla för omedelbar leverans begränsas däremot av vad som en rationell och effektiv hälso- och sjukvård fordrar. Den huvudregel som tillämpas innebär att sådana specialiteter lagerförs som efterfrågas minst 3 gånger per år. Detta leder i praktiken till en mycket varierande lagerhållning vid apoteken. Så t.ex.

**Tabell 24. Apotekens sortimentsvidd.**

| Levererade till antal apotek | Förpackningsvarianter av registrerade farmacevtiska specialiteter | |
|---|---|---|
| | Antal | % |
| 800 – | 121 | 2 |
| 700 – 799 | 666 | 14 |
| 600 – 699 | 477 | 10 |
| 400 – 599 | 807 | 17 |
| 200 – 399 | 759 | 16 |
| 100 – 199 | 514 | 10 |
| 50 – 99 | 414 | 9 |
| 1 – 49 | 769 | 16 |
| 0 | 320 | 6 |
| | 4 847 | 100 |

Anm: Avser såväl öppenvårdsapoteken som Apoteksbolagets apotek inom sjukhusen.
Källa: Statistiska sammanställningar 1983, Apoteksbolaget AB

måste ett storstadsapotek med kunder som företer recept från ett stort antal olika läkare ha en stor bredd på sitt sortiment, medan exempelvis ett mindre apotek vid en vårdcentral kan starkt begränsa sitt sortiment.

Statistiken från 1983 utvisar att 320 förpackningsvarianter över huvud taget aldrig efterfrågades medan å andra sidan 121 varianter var aktuella på alla eller i det närmaste alla apotek. En ytterligare information om apotekens sortimentsvidd erhålles av tabell 24.

## Kostnadsfria förbrukningsartiklar

Socialstyrelsen skall upprätta förteckning över kostnadsfria förbrukningsartiklar. Dessförinnan skall artiklarna ha prövats av Handikappinstitutet, som är den instans som tekniskt och funktionellt testar de produkter som ingår eller förväntas ingå i sortimentet. Apoteksbolaget ansvarar för prisförhandlingar med tillverkarna samt för att förpackningarnas utformning är lämplig.

Produkterna diskuteras i en rådgivande sortimentsgrupp med deltagare från avnämarsidan, sjukvården, Handikappinstitutet och Apoteksbolaget.

Sortimentet kostnadsfria förbrukningsartiklar bestod i mars 1984 av 699 artikelvarianter fördelade på 345 stomi, 252 inkontinens och 102 diabetes. Bredden på sortimentet har sedan 1973 ökats väsentligt.

Distributionen av de kostnadsfria artiklarna sker på två i princip olika vägar. Produkter för de stomiopererade samt diabetikernas tekniska hjälpmedel distribueras via ADA och apoteken till användaren. Inkontinensmedel distribueras från en speciell ADA-distribunal i Partille direkt till konsumenten. Det senare beror på de stora svårhanterliga förpackningar som detta sortiment i huvudsak utgöres av.

Oberoende av vilken artikel det gäller lämnar kunden sitt hjälpmedelskort – receptliknande rekvisitionsblankett – till närmaste apotek. Varan lämnas antingen ut direkt eller rekvireras för hemsändning till kunden. Kostnaden för varan inklusive frakt debiteras riksförsäkringsverket.

Av tabell 25 framgår det årliga försäljningsvärdet av förbrukningshjälpmedlen.

Vissa förklaringar till försäljningsökningarna ges i fortsättningen.

Under tioårsperioden har antalet diabetiker legat förhållandevis stilla på ca 42 000. Antalet stomiopererade har ökat från ca 11 000 till 13 000 medan

**Tabell 25. Det årliga försäljningsvärdet av förbrukningsartiklar 1973–1983.**

| | Stomi Mkr | Diabetes Mkr | Inkontinens Mkr | Totalt Mkr |
|---|---|---|---|---|
| 1973 | 10 | 7 | 16 | 33 |
| 1975 | 20 | 10 | 32 | 62 |
| 1977 | 29 | 15 | 55 | 99 |
| 1979 | 39 | 25 | 75 | 139 |
| 1981 | 54 | 40 | 110 | 204 |
| 1983 | 71 | 76 | 165 | 312 |

Källa: Apoteksbolaget AB

antalet personer som behandlas för inkontinens mer än fördubblats till nuvarande ca 70 000.

För diabetessortimentet skedde tidigt en snabb övergång till injektionsmaterial av engångstyp. De senaste åren har dessutom en markerad svängning mot mindre storlek på sprutor med fast monterad kanyl ägt rum. Diabetesterapin har under tiden gått mot fler men mindre dagliga doser. Vidare har testmaterial för blodsockermätning samt blodprovstagare tillkommit. De sistnämna produkterna står för en stor del av kostnadsökningen.

Antalet stomiopererade har således ökat med ca 2 000 sedan 1973. Vidare har väsentligt bättre men också dyrare produkter lanserats. Genom den under perioden tillkomna stomiterapeutkåren har ett aktivt arbete mot optimalare bandagering skett.

Prisindex för kostnadsfria förbrukningsartiklar (index 100, 1974) var 211,5 i december 1983. Konsumentprisindex har under samma period ökat från 135,1 till 323,1. Någon tillgänglig statistik över kostnaderna för de kostnadsfria inkontinensmedlen internationellt finns inte, i huvudsak beroende på att distributionen går genom mycket olika kanaler. Apoteksmarginalen för produkter för stomiopererade och diabetiker är 17,6%. För inkontinensmedel, som beställs på apotek men sänds direkt till hemmet från distribunalen i Partille, är marginalen 10% exklusive fraktkostnaderna.

## Fria handelsvaror

Bolaget fastställde 1972 nu gällande riktlinjer för hur produkterna inom gruppen fria handelsvaror skall väljas ut. Dessa riktlinjer kan sammanfattas enligt följande:

1. Produkterna skall ha en naturlig anknytning till läkemedels – hälsovårdsområdet, således till apotekens övriga verksamhet.
2. Produkterna skall ha en god kvalitet och en dokumenterad effekt.
3. Produkterna skall ha skäliga priser.
4. Produkterna skall inte vara flera än att de fortlöpande kan kontrolleras kvalitetsmässigt.

Som redan nämnts medverkar Apoteksbolagets centrallaboratorium vid kvalitetsbedömningen och kontrollen av de fria handelsvarorna.

För att biträda vid Apoteksbolagets urval av fria handelsvaror bildades 1973 ett sortimentsråd. I rådet ingår representanter för bl.a. apoteken och Apoteksbolagets centrallaboratorium. I tillämpliga delar sker urvalet av sortiment i nära samarbete med sjukvården, läkare, tandläkare och veterinärer.

Jämfört med utgångsläget har apotekens sortiment av fria handelsvaror i konsumentförpackningar nedbringats från ca 2 700 till ca 1 300.

De fria handelsvarorna har koncentrerats till ADA:s centrallager i Västberga, varifrån 95% av dessa varor distribueras till apoteken. Denna koncentration samt en rationellare distribution till apoteken har medverkat till att partihandelsmarginalen för de fria handelsvarorna successivt sänkts från ca 19% år 1972 till 9% år 1984.

Apoteksbolaget uppger att politiken när det gäller prissättningen av de fria

handelsvarorna är att, utöver kostnadstäckning, dessa varor skall ge ett så högt bidrag som möjligt till företagets nettovinst. Från 1972 till 1984 har marginalen på de fria handelsvarorna höjts från 30% till 35%. Effekten i kostnadstäcknings/vinsthänseende förstärks ytterligare av att medelpriset per förpackning under samma tid ökat från 3:75 kr till 13:70 kr. Detta beror främst på införandet av storförpackningar. Marginalen på en fri handelsvara är i princip högre än marginalen på ett receptfritt läkemedel med samma pris.

Försäljningen av de fria handelsvarorna har ökat från 90 Mkr (5,8% av bolagets totala omsättning) 1972 till 430 Mkr (7,2%) 1983, exklusive moms. Prisökningarna svarade för ca 240 Mkr av detta medan återstoden, ca 100 Mkr, hänförs till volymökningar. Under samma tid har antalet sålda förpackningar ökat från 24 milj till 31,4 milj (+30,8%). En viss förskjutning mot större förpackningar har skett. Detta gäller exempelvis hudvårdspreparat, tandborstar, dambindor och tamponger.

**Tabell 26. Förändringar inom olika totalmarknader 1976–1983.**

| | Försäljningen år | | Förändring % |
|---|---|---|---|
| | 1976 (milj) | 1983 (milj) | |
| Ansiktsvatten | 1,1 förp | 0,9 förp | – 18 |
| Dambindor | 16,8 förp | 23,0 förp | + 37 |
| Handkrämer | 2,3 förp | 1,7 förp | – 26 |
| Tamponger | 16,9 förp | 17,3 förp | + 2 |
| Tandborstar | 8,2 förp | 14,1 förp | + 72 |
| Transpirationsmedel | 11,4 förp | 8,2 förp | – 28 |
| Solskyddsmedel | 1,5 förp | 1,5 förp | 0 |
| Tvål | 4,9 kg | 5,3 kg | + 8 |
| Hårschampo | 3,8 kg | 4,8 kg | + 26 |
| Tandkräm | 2,6 kg | 2,8 kg | + 8 |

Källa: Apoteksbolaget AB

**Tabell 27. Apotekens marknadsdelar (volym) samt det totala försäljningsvärdet (hela marknaden) av vissa fria handelsvaror.**

| | Försäljnings-värde 1983 (Mkr) | Apotekens andel i % år | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1976 | 1979 | 1982 | 1983 |
| Ansiktsvatten | 20 | 36 | 56 | 70 | 81 |
| Dambindor | 150 | 8 | 15 | 16 | 15 |
| Solskyddsmedel | 42 | 13 | 19 | 17 | 22 |
| Tamponger | 95 | 10 | 18 | 24 | 25 |
| Tandborstar | 64 | 15 | 48 | 54 | 58 |
| Transpirationsmedel | 178 | 5 | 7 | 9 | 12 |
| Hårschampo | 222 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Tandkräm | 162 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| Handkräm | 24 | 17 | 21 | 28 | 27 |
| Tvål | 197 | 2 | 5 | 11 | 14 |

Källa: Apoteksbolaget AB

Av tabell 26 framgår att endast ett fåtal av de aktuella varugrupperna genomgått någon betydande volymökning totalt sett i Sverige sedan 1976. Många grupper är i stället minskande.

I tabell 27 redogörs dels för Apoteksbolagets marknadsandelar, dels för marknadens totala försäljningsvärde vad gäller vissa fria handelsvaror.

Tabell 27 visar att apotekens marknadsandelar ökat inom de flesta grupperna. Den stagnerande totalmarknaden för denna grupp av varor innebär att försäljningsökningarna på apoteken främst skett genom att andelar tagits från annan handel.

## Snabbhet och säkerhet i expeditionen

### Apotekens terminalsystem

När statsmakterna 1970 fattade beslut om en ny organisation för läkemedelsförsörjningen utgick man från att Apoteksbolaget skulle ta modern datateknik i sin tjänst för att effektivisera verksamheten. Läkemedelsförsörjningsutredningen hade lagt fram riktlinjer för ett på automatisk datateknik byggt nytt system för expediering och registrering av recept vid apoteken. Enligt utredningen (SOU 1969:46 sid 109) skulle konsekvenserna för apoteken bli

a) personalbesparingar genom mekanisering av rutinerna och taxering och etikettutskrivning, genom centralisering och mekanisering av orderarbete och utbetalningar,
b) optimal lagerhållning,
c) kontroll av svinn genom framräkning av apotekens lager med åtföljande avstämning med verkliga inventeringsvärden,
d) snabbare expedition.

Vidare anförde utredningen:

Det maskinella orderarbetet innebär också fördelar för nuvarande leverantörer genom en mer planmässig beställningsrutin. Läkemedelstillverkaren får ett bättre prognosunderlag för sin tillverkning, läkemedelsgrossisten får med ett bättre prognosunderlag lägre kostnader för orderbehandling, varuhantering, transport och lagerinvestering.

För apoteksbolagets ledning innebär datasystemet att man får ett instrument för prognoser och styrning av lagerhållningen. Detta medför möjligheter till kostnadsbesparingar. Man kan vidare följa upp försäljningen genom rapportering av adekvat information till chefer på olika nivåer. Andra möjligheter systemet ger är simulering av utfall av olika tänkbara åtgärder, framtagning av statistik som ger underlag för kostnadsberäkningar och lönsamhetskalkyler.

Vid mitten av 1970-talet prövades inom Apoteksbolaget ett försökssystem med terminaler på 10 apotek. Systemet var uppbyggt kring en centraldator och innehöll ett flertal funktioner.

I linje med den allmänna utvecklingen på dataområdet utvecklades 1977–1978 ett nytt system byggt på minidatorteknik. Systemet installerades och prövades på ett 30-tal apotek under 1978–1979. Hösten 1979 beslutades

om en utbyggnad av systemet. Vid utgången av 1983 hanterades ca halva receptmängden via terminaler. 170 apotek – företrädesvis större – hade då installerat totalt 450 terminaler.

Beslut har fattats om en utbyggnad av apotekens terminalsystem till att omfatta landets alla apotek. En nyutveckling av systemet baserad på mikrodatorteknik pågår. Senast 1988 beräknas alla apotek ha terminaler.

Apoteksbolaget har producerat ett speciellt utbildningspaket för utbildning av den personal på apoteken som skall arbeta med terminalerna. Denna utbildning sker i två steg. Från varje apotek, som skall få terminaler, kallas minst en person till en central handledarutbildning om en vecka. Handledaren utbildar därefter apotekets personal under 8 – 10 timmar per person.

Apotekens terminaler utnyttjas för närvarande för följande funktioner:

*Etikettutskrift.* Efter registrering av ett recept erhålls etiketter för klistring på förpackningarna.
*Prisberäkning (taxering).* Recepten prissätts automatiskt. På en särskild prisetikett fås uppgift om vad patienten skall betala och om Rfv:s andel.
*Faktureringsunderlag, Rfv.* Vid dagens slut erhålls en summering av alla recepts Rfv-andelar.
*Manuell varunummerkontroll.* På etiketten finns preparatets varunummer tryckt. Vid framplockning av varan jämförs detta nummer med det varunummer som finns på fabrikantetiketten.
*Information.* Information i form av tekniska användaranvisningar ("måste sväljas hela" o. d.) skrivs automatiskt på etiketten om det inte ingår i fabrikantens märkning av förpackningen. På sidoetikett informeras om vilka användaranvisningar patienten skall få.
*Statistikunderlag.* Receptstatistik överförs till Apoteksbolagets dataavdelning för vidare bearbetning. Därifrån kan centralt stickprov rörande receptförsäljningen erhållas.
*Telefonservice.* Underlag för betalning av telefonarvoden till bl.a. läkare överförs till bolagets centrala dator.
*Varubeställning.* Beställning av varor sker genom registrering av varunummer och kvantitet. Vid en viss tidpunkt på dagen överförs automatiskt informationen till partidistributören.

Parallellt med den fortsatta spridningen planeras en utveckling av systemet i funktionellt hänseende. För följande funktioner är arbetet längst framskridet:

*Maskinell plockkontroll.* Denna funktion har sedan 1981 testats på 5 apotek. För ett generellt införande avvaktas att streckkodmärkningen, t.ex. EAN (European Article Number), vunnit genomslag på läkemedelssortimentet.
*Kassafunktion.* Ett första testsystem kommer att installeras under 1984. I stället för varans pris inmatas manuellt varans nummer. När kodmärkningen införts avläses detta nummer optiskt. En av fördelarna med systemet är att datorn lagrar försäljningsstatistik.
*Lokal receptstatisik.* Avsikten är att via terminalerna lokalt följa receptförskrivningen vid t.ex. en vårdcentral. Funktionen togs i bruk i februari 1984.

De hittillsvarande erfarenheterna av terminalsystemet uppges vara mycket goda. Såväl säkerhet som snabbhet har ökat i expeditionsarbetet. Vidare har systemet påtagligt ökat möjligheterna att ge kunderna olika slags information om utlämnade läkemedel. Redan utnyttjade eller potentiella möjligheter att ytterligare rationalisera administrativa, ekonomiska och andra rutiner tillmäts också stor betydelse.

## Reformerad receptservice

Vid tiden för Apoteksbolagets bildande pågick en standardisering av apotekens receptrutiner mot en stationsorienterad hantering. Denna tenderade att ibland hämma flexibiliteten, speciellt på de större apoteken.

En uppmjukning av stationstänkandet skedde efterhand. Under senare delen av 1970-talet övergick apoteken mer och mer mot s.k. direktreceptur. Införandet av direktreceptur kopplades i början till introduceringen av apotekens terminalsystem men spreds efterhand även till apotek utan terminaler.

Användandet av direktreceptur vid recepthanteringen bygger på följande tankegångar:

1. Receptet tas emot vid disken först när möjlighet finns att omedelbart expediera receptet. Även om kunden härigenom kan få vänta något på att lämna sitt recept undviks att recepten samlas på hög och den samlade vänte- och betjäningstiden bör bli kortare.
2. Den som tar emot receptet skall också lämna ut ordinerat läkemedel. Villkoren för den muntliga informationen bör därigenom bli bättre.

Nyorienteringen i recepthanteringen uppges ha inneburit en markant ökning av andelen recept som expedieras vid första kundbesöket. De apotek som mest konsekvent hunnit genomföra direktreceptur expedierar 80 – 90% av recepten direkt medan genomsnittet för alla apotek är 50%.

Receptrutinerna kan fortfarande variera åtskilligt mellan olika apotek och även mellan olika belastnings- och bemanningssituationer på ett och samma apotek. Enligt utförda studier har följande betjäningstider uppnåtts när dataterminaler, moderna lokaler och ändamålsenlig arbetsorgnisation utnyttjas:

| | Median | Variation |
|---|---|---|
| | min | min |
| Kötid | 1 | 0 – 10 |
| Genomloppstid | 5 | 2 – 10 |
| Betjäningstid | 6 | 2 – 20 |

## Självval inom det receptfria sortimentet

Under de senaste åren har servicen för det receptfria sortimentet förnyats på de flesta apoteken. Detta har skett i mer eller mindre stor utsträckning

beroende på lokal- och personalmässiga förhållanden på respektive apotek.

De flesta apotek har numera öppna försäljningsavdelningar i någon form. På de mindre apoteken, med begränsat kundutrymme, säljs endast fria handelsvaror samt läkemedel inom samma varugrupper i dessa avdelningar. Kunderna väljer, i regel utan hjälp av apotekspersonal, den vara de vill ha och betalar vid disken.

På större apotek – med möjlighet att avdela personal för rådgivning och information – har särskilda öppna färsäljningsavdelningar för både receptfria läkemedel och andra varor inrättats. På dessa apotek exponeras/lagras varorna i relativt stor omfattning i kundutrymmet. Kunden väljer på egen hand eller vid behov med hjälp av personalen de varor han vill ha och betalar vid utgångskassan. De receptfria läkemedel som får försäljas under dessa former finns upptagna på en lista fastställd av socialstyrelsen. Denna typ av självvalsavdelningar har, efter en försöksperiod 1978–1979, införts på alla medelstora och stora apotek som fått nya lokaler eller blivit genomgripande ombyggda. Detta har inneburit att f.n. ca 150 apotek har sådana försäljningsavdelningar. Totalt säljs 25% av de receptfria läkemedlen vid dessa apotek.

Apoteksbolaget har formulerat följande tre delmål för denna typ av självvalsavdelningar som kundbetjäningsform:

1. Förbättra kundernas överblick över det receptfria sortimentet samt förbättra informationsmiljön för de kunder som önskar en mer kvalificerad information.
2. Förbättra möjligheterna att tillgodose varierande kundönskemål rörande bl.a. snabbheten och informationsgraden i den receptfria expeditionen.
3. Förbättra personalens arbetsinnehåll rörande den receptfria expeditionen genom att förenkla de hanteringsmässiga delarna av arbetet och utveckla de informerande delarna.

Enligt dessa mål har försäljningsstimulansen inte varit ett huvudsyfte med införandet av självvalsavdelningar där såväl läkemedel som fria handelsvaror säljs. I stället har de service- och arbetsmässiga aspekterna betonats. Speciellt gäller detta de receptfria läkemedlen. I enlighet med denna policy har Apoteksbolaget i samråd med sjukvårdshuvudmännen och medicinsk expertis utarbetat informationsmaterial kring de receptfria läkemedlen. Lokalt har på senare år sådana s.k. egenvårdshäften i stor utsträckning använts vid urvalet av och informationen om de icke receptbelagda läkemedlen.

De öppna försäljningsavdelningarna har visat sig ha försäljningsstimulerande effekter för icke-läkemedelssortimentet. En försäljningsökning på 20–30% för detta sortiment har noterats vid införande av den nya serviceformen. Försäljningen av receptfria läkemedel har däremot inte ökat.

Ungefär 75% av apotekens försäljning av icke-läkemedel sker f.n. via någon form av självbetjäning.

# Kundinformation

## Inledande anmärkning

I avtalet mellan staten och Apoteksbolaget heter det att bolaget skall verka för utvecklingen av en god information på läkemedelsområdet och utredningen kommer att i kapitel 10 ge en samlad bild av Apoteksbolaget och läkemedelsinformationen. Här tar utredningen upp sådana aktiviteter som bedrivs av Apoteksbolaget i syfte att vid kundkontakterna på apoteket dels lämna allmän läkemedelsinformation, dels ge speciell information om det eller de läkemedel som aktualiserat kundbesöket.

## Information vid receptexpedition

I samband med att läkemedel lämnas ut mot recept ges viss information om läkemedlet.

Enligt riktlinjerna för apotekens läkemedelsinformation till allmänheten skall denna anpassas till den aktuella situationen och meddelas så att kunderna inte onödigtvis oroas eller mister förtroendet för den av läkaren angivna behandlingen. Vidare skall apoteken som komplement till den muntliga informationen överlämna skriftligt material om aktuellt läkemedel, då detta bedöms kunna förbättra kundens läkemedelsanvändning.

Användaranvisningar som ges bygger på en kombination av muntlig och skriftlig information av två typer. En del är repetition av förskrivarens information och en del består av teknisk information.

Exempel på repetition av förskrivarens information är att "vid intag av läkemedlet blir reaktionförmågan tillfälligt nedsatt" eller att "läkemedlet kan ge muntorrhet". I några fall är denna information kombinerad med mer omfattande skriftlig text i folderform.

Den tekniska informationen är av typen "införes i ändtarmen", "löses/utröres i vatten" eller "måste sväljas hela".

Genom sifferkoder signaleras till apotekspersonalen att information skall ges. På apotek med dataterminaler sker automatiskt utskrift av sifferkoderna på en etikett som fungerar som påminnelse. På övriga apotek förs koden över från prislista, alternativt separat preparatlista, till receptet. I de fall information inte finns med i märkningen på läkemedelsförpackningen fästes en etikett med den aktuella informationen på förpackningen. Den som lämnar ut läkemedlet anpassar sedan den muntliga informationen till patienten.

Under 1983 har detta informationssystem införts på alla apotek efter överenskommelse med lokal läkemedelskommitté och efter information till förskrivarna. Anvisningarna finns i tvåspråkiga foldrar för 12 språk, framför allt de vanligaste invandrarspråken.

En annan typ av information som är under utveckling går under benämningen "behandlingsanvisningar". Informationen är skriftlig och för likartade läkemedel kan en och samma behandlingsanvisning användas. Det har beräknats att man med 60 varierande typer av behandlingsanvisningar kan täcka minst 90% av antalet läkemedel som expedieras för att användas i öppenvården.

Den skriftliga informationen sammanställs av Apoteksbolagets informationsavdelning med utgångspunkt från den text som socialstyrelsen och berörda läkemedelsindustrier varit överens om. Texterna granskas sedan av ledande medicinsk expertis samt av produktchefer på läkemedelsindustrin. Till patienterna har behandlingsanvisningen rubriken "Information om Ditt läkemedel".
Informationen samt praktiska råd och anvisningar ges under rubrikerna:

"Hur verkar medicinen?"
"Hur ska man ta medicinen?"
"Hur länge ska man ta medicinen?"
"Vilka biverkningar kan man få?"
"Graviditet och amning"
"Förvaring"

## Information vid köp av receptfria läkemedel

Enligt riktlinjerna för apotekens läkemedelsinformation är apotekens uppgift i fråga om receptfria läkemedel att hjälpa kunden hitta lämplig behandling vid lindriga akuta sjukdomstillstånd. Vid misstankar om att allvarliga tillstånd kan dölja sig bakom symtomen måste kunden hänvisas till läkare.

Vidare anges i riktlinjerna, att då kunden önskar hjälp vid sitt läkemedelsval, skall apoteket genom frågor försöka få fram upplysningar, som klarlägger behandlingssituationen och de personliga önskemålen. Därefter skall preparat rekommenderas som tillgodoser medicinska, farmacevtiska och prismässiga synpunkter. Rådgivningen skall, om så är möjligt, baseras på de rekommendationer som läkemedelskommitté eller liknande utarbetat för det aktuella sjukvårdsområdet.

De lokalt utarbetade råden och rekommendationerna för egenvård är dokumenterade i broschyrer som allmänheten kan få på apoteken. Egenvårdsbroschyrer finns i nästan alla landstingsområden. Detta innebär att invånarna i över 90% av landet har tillgång till en lokal kostnadsfri egenvårdsrådgivning. Utarbetandet av råden har i regel skett i arbetsgrupper som utsetts av läkemedelskommittéerna. Informationsapotekarna har ofta haft det sammanhållande ansvaret.

Apoteken har de senaste åren, under tidsbegränsade perioder, aktivt försökt påverka självmedicineringen. Avsikten har dels varit att tydligt avgränsa vid vilka besvär och symtom som egenvård kan rekommenderas, dels att informera om vilka läkemedel som har bäst dokumenterad effekt. Exempel på ämnesområden för foldrar har varit förstoppning, hemorrojder, hosta, smärta, sur mage och halsbränna.

Foldrar har även utarbetats för att tillhandahållas när nya receptfria läkemedel blivit tillgängliga, t.ex. medel mot fotsvamp, lindriga eksem samt nästäppa vid förkylning. Det kan dels röra sig om nyregistrerade receptfria läkemedel, dels om tidigare receptbelagda läkemedel.

Som komplement till övrig skriftlig information till allmänheten utges sedan 1980 kundtidningen "Apoteket". Tidningen utkommer fyra gånger per år med en upplaga av 500 000 exemplar. Den ger råd inom egenvård samt informerar om läkemedel och närstående varor samt apotekens service.

## Centralisering av apotekstillverkningen

### Bakgrund

I läkemedelsförsörjningsutredningens redogörelse (SOU 1969:46, sid 13) för dåvarande förhållanden nämns att sedan 1946 hade en centralisering pågått i fråga om apotekens tillverkning av standardiserade läkemedel och halvfabrikat. När utredningen avgav sitt betänkande 1969 skedde tillverkningen vid 13 apotek förbundna med s.k. distriktslaboratorier. Sju av dessa laboratorier disponerade lokaler som var helt skilda från de apotek som laboratorierna organisatoriskt tillhörde. Tillverkningsprogrammet var omfattande. Laboratoriernas en gros prislista för 1968 omfattade ungefär 1 600 varuslag fördelade på mer än 3 000 förpackningsstorlekar.

Flertalet apotek tillredde de ex tempore läkemedel som beställdes även om man hos vissa apotek kunde spåra en tendens att söka överlåta på distriktslaboratorierna att tillverka mera komplicerade beredningar. Det förekom också att vissa apotek vid sidan av distriktslaboratorierna erbjöd tjänster på ex tempore området till de övriga apoteken.

Enligt överenskommelsen 1969 mellan staten och apotekarsocieten om formerna för avlösning av dåvarande apotekssystem skulle den verksamhet som bedrevs vid distriktslaboratorierna och apotekarsocietetens tekniska huvudavdelning sammanföras till ett särskilt bolag (ACO) som till en början skulle vara dotterföretag till Apoteksbolaget men som förutsattes senare bli avyttrad till den statliga Kabi-koncernen. När denna avyttring ägde rum (per den 1 januari 1972) behöll Apoteksbolaget vissa tillverkande enheter som inte var av intresse för Kabi-koncernen. De tillverkande enheter som behölls inom Apoteksbolaget var belägna i Linköping, Malmö, Solna, Örebro och Umeå.

### Vidtagna och planerade åtgärder

Den centralisering av tillverkningen som började inom apoteksväsendet långt före tillkomsten av Apoteksbolaget har fortsatt. Den fortgående centraliseringen har tre markanta inslag innebärande att tillverkningen

1) inbegriper förpackning av substanser, som levereras under identitets- och renhetsgaranti;
2) omfattar även ex tempore området;
3) koncentreras till Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå, där ADA:s distribunaler för leverans till apoteken är belägna.

Centraliseringen av apotekens förvärv och undersökning av erforderliga substanser, inbegripet spritlösningar av olika koncentration, har genomförts. Inköp av substanserna görs centralt. Efter analytisk identitets- och renhetskontroll förpackas de för leverans till apoteken.

Inom ex tempore området innebär centraliseringen att apoteken vid ny- eller ombyggnad endast undantagsvis förses med lokaler och utrustning för annan tillverkning än enkla blandningar och lösningar inbegripet antibiotikaspädningar. För andra mera arbets- och resurskrävande beredningar skall serviceapotek anlitas. Serviceapotek finns i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå. Det senare fick för ändamålet nya lokaler 1981, serviceapoteken i

Göteborg och Malmö planeras få nya lokaler 1985 och serviceapoteket i Stockholm 1986 eller 1987.

Produktion av standardiserade lagerberedningar är koncentrerad till Umeå såvitt angår sterila läkemedel och i övrigt till Malmö. Det rör sig härvid om serietillverkning av frekventa beredningar som inte finns att tillgå som fabrikstillverkade farmacevtiska specialiteter. Tillsammantaget är det fråga om en tämligen heterogen grupp av läkemedel. Det har uppgivits att Apoteksbolaget kontinuerligt för diskussioner med företrädare för receptutfärdarna, sjukvårdens huvudmän och socialstyrelsen i syfte att söka nedbringa sortimentet. För närvarande omfattar sortimentet ca 1 200 artiklar, varav ca 200 standardiserade läkemedel (ca 1 miljon förpackningar) i konsumentförpackning, omkring 100 fria handelsvaror (ca 1,3 miljoner förpackningar) och återstoden utgångsmaterial för apotekens ex tempore beredning.

## Förnyelse av apotekens lokalbestånd

### Bakgrund

Under en 25-årsperiod närmast före Apoteksbolagets bildande undergick apoteken en väsentlig förändring i fråga om inredning och utrustning. Detta sammanhängde i stor utsträckning med att läkemedelsarsenalen helt ändrade karaktär under denna tid. Apotekens ex tempore beredning av läkemedel fick mer och mer vika till förmån för standardförpackade fabriksberedda farmacevtiska specialiteter. Härigenom ställdes en helt ny typ av krav ifråga om apotekens lagerlokaler. I samband med att ex tempore läkemedlen minskade i antal blev behovet av apoteksmässig tillverkning av farmacevtiska halvfabrikat mindre. Detta ledde till en viss centralisering av apotekens s.k. preparandatillverkning och fler och fler av de preparativa apotekslaboratorierna blev överflödiga. Det var emellertid inte bara förändringarna inom läkemedelsområdet som medförde nya krav på apotekslokalerna. Betydelsen av en god arbetsmiljö började allmänt sett att betonas mer och mer. Ökade krav ställdes på speciella personallokaler och arbetshygieniska och personalhygieniska aspekter fick ökad betydelse vid planering och inredning av arbetslokaler. Under senare hälften av 1940-talet omorganiserades den samhälleliga inspektionen av apoteken. Inte minst genom mycket aktiva insatser från den nya inspektionens sida kom under ett par decennier en betydande modernisering och standardhöjning att ske av apotekens lokaler. Generellt sett var det sålunda ett lokalbestånd av god kvalitet Apoteksbolaget övertog vid starten 1971.

### Genomförda åtgärder

Tidigare har redogjorts för Apoteksbolagets etableringspolitik. Inom ramen för denna har ett stort antal nya apotek tillkommit och andra har omlokaliserats. De krav som särskilt påverkat de nya lokalernas utformning har sammanhängt med vissa av de förhållanden som redan skildrats. Det gäller särskilt den ökade informationsverksamheten, de nya rutinerna för

receptexpedition, självval av det receptfria sortimentet samt apotekens terminalsystem.

Lokalprogrammen har även påverkats av den ökade koncentrationen till ren expeditionsverksamhet på speciellt de mindre apoteken. För apotek lokaliserade till sjukhus och vårdcentraler har det varit betydelsefullt att vissa ytor kunnat utnyttjas gemensamt av personalen vid apoteket och inom sjukvården. Det kan slutligen nämnas att man i ökad utsträckning begagnat sig av tekniska lösningar för varuförvaringen som medgivit en mera kompakt förvaring.

Om samutnyttjandeaspekten ej beaktas innebär dagens ytnormer att ytbehovet för ett apotek minskat med ca 10% sedan början av 1970-talet. Detta har skett trots att kundutrymmena på medelstora och stora apotek ökat med 100 – 200% (ju större apotek desto större ökning). Ökningen av kundytan på dessa apotek beror främst på inrättandet av öppna försäljningsavdelningar för det receptfria sortimentet. Receptdiskens längd ökar dessutom med ökad receptvolym eftersom de nya receptrutinerna innebär att kunden i regel stannar vid disken under expeditionen.

För de mindre apoteken, med eget kundutrymme, är den yta kunderna disponerar ungefär densamma som tidigare.

En konsekvens av den ökade satsningen på varor i kundutrymmet är att lagringsbehovet bakom disken minskat. Detta tillsammans med kompaktare varuförvaringsmetoder har minskat ytbehovet bakom disken till närmare hälften jämfört med normerna i början av 1970-talet.

Den minskade beredningsverksamheten på apoteken samt koncentrationen till ren expeditionsverksamhet har inneburit att de bakre utrymmena (kontors- och personalutrymmen, beredningsutrymmen, varuhanteringsutrymmen m.m.) totalt sett minskat med ca 20%. Samordningen av kontorsverksamheten till större apotek har medfört att denna ytminskning är mest markant på de mindre apoteken. Genomförda minskningar av lokalytan har ej gällt personalutrymmena.

De allra minsta apoteken finns på och i anslutning till vårdcentraler. Dessa apotek består nästan enbart av ren expeditionsyta. Övriga ytor – personalutrymmen, kundutrymmen m.m. – delas med vårdcentralen. Den egna ytan på vårdcentralsapoteken stannar därmed vid ca 30 $m^2$ jämfört med ca 150 $m^2$ för de minsta apoteken i början av 1970-talet.

Det har upplysts att omkring 50 apotek årligen öppnas i nya eller totalrenoverade lokaler. Detta innebär att sedan Apoteksbolaget började sin verksamhet har ett från lokalsynpunkt sett nytt apotek tillkommit i landet varje vecka under snart 14 års tid.

## Utredningens överväganden

När statsmakterna 1970 fattade beslut om en omorganisation av apoteksväsendet byggde detta på att formerna för avlösning av det gamla systemet redan fastlagts i en förhandlingsöverenskommelse mellan staten och Apotekarsocieteten. Tack vare detta kunde övergången bli mjuk. Som läkemedelsförsörjningsutredningen framhöll var det inte fråga om att ingripa mot oefterrättliga brister utan det gällde att skapa en organisation som gav

större möjligheter till ökad anpassning till dagens samhälle än vad den dåvarande organisationen kunde ge. I detta avsnitt har lämnats en redogörelse för den etableringspolitik Apoteksbolaget driver och de effekter den haft under 13 år. Ett närmare studium av dessa förhållanden och en jämförelse med den tidigare ordningen ger klart vid handen att det nya systemet är överlägset.

Redan en siffermässig jämförelse av tillväxttakten för nya apotek ger anmärkningsvärda resultat. Under perioden 1971 – 1984 har omkring 160 nya apotek tillkommit. Detta är en ökningstakt som helt saknar motstycke i apoteksväsendets historia. Likväl är detta enligt utredningens mening inte det mest intressanta. Det betydelsefullaste är att på kort tid har ett nytt och väsentligt utökat apoteksnät kunnat åstadkommas genom en kombination av nyanläggningar och omlokaliseringar under större hänsynstagande till hälso- och sjukvårdens krav och med beaktande av andra samhälleliga lokaliseringsaspekter. Eftersom denna omdaning inbegripit ett antal nedläggningar och flyttningar av befintliga apotek är det värt att notera att såvitt känt är det endast i tre fall under hela perioden som strukturförändringar inom apoteksnätet föranlett någon mer omfattande offentlig debatt. Detta vittnar på sitt sätt om att den omfattande förändring av apoteksnätet som skett, varit väl förankrad hos befolkningen i de olika trakter som berörts. Med den rullande planering som sker från Apoteksbolagets sida och med de inbyggda regelbundna kontakter som finns med i första hand landstingen men även med kommunerna finns det all anledning att även fortsättningsvis tillämpa den beslutsordning som nu gäller i fråga om etablering och lokalisering av apotek och andra försäljningsställen för läkemedel.

Ett markant inslag i den förda etableringspolitiken är att ett stort antal apotek lokaliserats till sjukhus och vårdcentraler. Av de 762 apotek som fanns vid senaste årskiftet var 188 eller 25% lokaliserade på detta sätt, medan sådan lokalisering hörde till undantagen före Apoteksbolagets tillkomst. Det var en av intentionerna bakom 1970 års reform på läkemedelsområdet att denna typ av apotekslokalisering skulle komma till stånd, men det är tveksamt om någon räknade med att man på så kort tid skulle komma så långt som skett. I och med att detta sagts måste det också understrykas att det till de apotek som lokaliserats i sjukvårdens omedelbara närhet genomsnittligt lämnas in färre recept än till de övriga apoteken. Som nämnts är f.n. 25% av landets apotek belägna vid sjukhus och vårdcentraler men av den totala receptmassan som expedierades under 1983 hänförde sig endast 17% till dessa apotek. Detta förhållande torde ytterligare bekräfta att en god service till allmänheten kräver i varje fall i något större samhällen att apotek finns såväl inom medicinska som kommersiella centra. Eftersom båda typerna anlitas omväxlande är det också angeläget att expeditionen sker under så likartade yttre former som möjligt, så att undran eller oro inte uppstår onödigtvis. Erfarenheten visar att särskilt sådana patienter som under en något längre tid förbrukar ett visst läkemedel lätt känner otrygghet inför även små skillnader i fråga om läkemedlets utseende och variationer i formerna för expeditionen vid olika tillfällen. Inte minst gäller detta om expeditionerna skett vid olika apotek. Det nuvarande sammanhållna apotekssystemet med sina fasta rutiner torde ha bidragit till att undanröja många anledningar till sådan oro som avses här.

Hand i hand med den omfattande nyetableringen och omstruktureringen har en fullständig genomgång av apotekens lokalbestånd ägt rum. Praktiskt taget alla nu existerande apotek är inrymda i lokaler som jämfört med 1970 antingen är helt nya eller har undergått totalrenovering. Detta är anmärkningsvärt eftersom det framgår av den lämnade redogörelsen att Apoteksbolaget inte övertog ett apoteksväsende som från lokalsynpunkt var omodernt eller nedslitet. Förklaringen är till stor del att initierade nya arbetsrutiner och nya tekniska lösningar för läkemedelsexpeditionen krävt ändrade lokaldispositioner. Det rör sig bl.a. om att successivt ta i bruk dataterminaler som hjälpmedel i receptexpeditionen och att erbjuda självval av en större eller mindre del av det receptfria sortimentet. Utredningen återkommer till dessa och andra nya inslag i apoteksverksamheten, men vill här beträffande byggnads- och inredningsaktiviteterna först och främst konstatera, att de knappast skulle ha kunnat genomföras i sådan takt och i sådan omfattning utan ett sammanhållet system med stor beslutskraft. Det är givetvis omöjligt att bedöma huruvida ytterligare nya tekniska lösningar kan komma att påkalla en fortsatt omdaning av apotekslokalerna i motsvarande takt i framtiden. Med all säkerhet är nya innovationer att vänta. Samtidigt torde det vara rimligt att anta att det tar ett antal år innan ett optimalt utnyttjande av redan genomförda och beslutade förändringar kommit till stånd. Utredningen räknar med att en stabil grund för åttiotalets och nittiotalets apotek nu är lagd och utgår från att större principiella förändringar aktualiseras endast om mycket påtagliga resultat i fråga om snabbhet och säkerhet i expeditionen skulle kunna uppnås eller helt nya former för läkemedelsterapi skulle kräva det.

Ianspråkstagande av datateknik i receptexpeditionen har gått relativt långsamt. Redan i läkemedelsförsörjningsutredningens betänkande fanns långt utvecklade idéer och förslag om hur ett avancerat datasystem inom Apoteksbolaget skulle möjliggöra att man i detalj följde läkemedelskonsumtionens utveckling från såväl kostnadssynpunkt som från medicinska och sociala synpunkter. Datasystemet skulle kontrollera lagernivån vid varje apotek, informera om nödvändiga varuanskaffningar samt sköta kontakterna med leverantörerna, som därigenom kunde förse apoteken med varor utan några personalinsatser från apotekens sida. Även för apotekens kamerala verksamhet bedömdes datasystemet bli starkt personalbesparande. Statsmakterna var klart positiva till att Apoteksbolaget snarast möjligt skulle ta modern datateknik i sin tjänst för att effektivisera verksamheten.

Då det gäller kamerala och personaladministrativa rutiner har databehandling utnyttjats länge inom Apoteksbolaget. Utvecklingstakten har varit betydligt lägre då det gällt receptexpedition med hjälp av dataterminaler. Ett skäl härtill torde ha varit att man länge hämmades i utvecklingsarbetet av att man ville inbegripa en rad moment av den komplicerade – men krympande – ex tempore expeditionen. Sedan positiva erfarenheter erhållits under en försöksperiod och sedan minidatortekniken gjort sitt intåg började en utbyggnad av apotekens terminalsystem. Omkring hälften av alla recept expedierades genom detta system 1983. Erfarenheterna är goda och systemet beräknas vara helt utbyggt 1988. Läkemedelsutredningen hälsar med tillfredsställelse att en datorisering av receptexpeditionen nu är på väg i

fullstor skala. Utredningen har erfarit att utbyggnaden sker under positiv medverkan från personalens sida och räknar med att man skall utnyttja alla möjligheter att dra fördelar av systemet. Förutom att underlätta expeditionsarbetet och göra detta säkrare och snabbare kan systemet ge värdefull ökad kunskap om våra läkemedelsvanor och bidra till ett bättre beslutsunderlag för ändrade handlingsmönster. Med hänsyn till läkemedlens betydelse medicinskt, socialt och ekonomiskt är det av vikt att ökad kunskap på området genereras och tillvaratas.

Ursprungligen var alla apotek tillgängliga dygnet runt söndag som vardag. Långt före Apoteksbolagets tillkomst hade avsevärda inskränkningar kommit till stånd i denna skyldighet till obegränsat öppethållande. Apoteksbolaget har fortsatt på den inslagna vägen och har för många apotek ytterligare begränsat den tid de är tillgängliga. Det rör sig bl.a. om att ett stort antal apotek tillämpar lunchstängning. I orter med mer än ett apotek förekommer också att något apotek har helt stängt under semestertid. Vidare har nattjänst och beredskapstjänstgöring avvecklats för apoteken på de flesta orter. Som en kompensation härför tillhandahåller Apoteksbolaget patientdoser av ett antal läkemedel utan kostnad för patient och landsting så att medicinering kan påbörjas i akuta fall till dess läkemedel kan förvärvas i normal ordning från apotek. Detta innebär utan tvivel en betydande besparing i fråga om de samlade sjukvårdskostnaderna. I vilken utsträckning detta leder till en motsvarande besparing beträffande den enskildes och samhällets totala kostnader i samband med sjukdom och olycksfall är inte utrett. Ett senare apoteksbesök för normalt förvärv av det ordinerade läkemedlet kan innebära extra tidsåtgång och resekostnader. Det allvarligaste kan emellertid vara att man ryggar tillbaka för det extra besväret och underlåter att skaffa läkemedel för fortsatt medicinering. Särskilt om det rör sig om en antibiotikakur kan det innebära en medicinsk komplikation att den inleds med några doser men sedan inte fullföljs. De rikligt förekommande lunchstängningarna av apoteken kan kanske mera betecknas som en olägenhet för allmänheten men självfallet kan även här kostnadsaspekter för den enskilde komma in i bilden. Enligt utredningens mening är det knappast tillfredsställande att apoteket på orten har lunchstängt om inte andra serviceorgan allmänt tillämpar stängning under lunchtid samtidigt.

Utredningen har förståelse för de åtgärder som vidtagits med hänsyn till de stora besparingar som kunnat uppnås. Likväl ifrågasätter kommittén om man inte i vissa fall gått väl långt och i varje fall torde man nu ha nått en gräns som inte bör överskridas. Utredningen finner det mycket intressant med de positiva försök som gjorts – den omnämnda utdelningen av patientdoser och anordnande av särskild läkemedelsjour vid vissa sjukhus – för att kompensera det servicebortfall som inskränkt öppethållande och indragen jourtjänst inneburit. Kommittén räknar med att Apoteksbolaget fortsätter att pröva positiva lösningar på problemet att hålla angelägna läkemedel tillgängliga på obekväm arbetstid.

Avtalet mellan staten och Apoteksbolaget fastlägger vilka typer av läkemedel bolaget är skyldigt att tillhandahålla i olika situationer men lämnar till bolagets bedömning i vilken utsträckning dessa läkemedel behöver hållas i lager eller endast anskaffas när de efterfrågas. Utredningens uppfattning är att Apoteksbolaget håller en mycket hög leveransberedskap

särskilt ifråga om farmacevtiska specialiteter som är den läkemedelstyp som helt dominerar sortimentet. En vara inom detta sortiment som efterfrågas minst tre gånger inom 12 månader hålls i lager och övriga specialiteter kan i regel levereras till apotekskunden inom 24 timmar från det att de efterfrågats. Enligt utredningens mening har man klart uppfyllt avtalets fordran på att lagerhållningen skall vara sådan att den tillgodoser de krav en rationell och effektiv hälso- och sjukvård kräver.

Utöver farmacevtiska specialiteter måste bolaget kunna leverera andra läkemedel som läkare, tandläkare och veterinär behörigen föreskriver. Då allmänheten står som beställare är leveransskyldigheten utöver receptfria farmacevtiska specialiteter inskränkt till att omfatta läkemedel upptagna i officiella läkemedelshandböcker. Utredningen har tidigare redogjort för vad detta i praktiken innebär och konstaterar här att det rör sig om en mycket smal men synnerligen artrik sektor. Bolaget har även här hållit en hög leveransberedskap och ingen anmärkning kan riktas mot bolagets sätt att fullfölja sina åtaganden enligt avtalet på denna punkt. Sektorns existens inrymmer emellertid vissa problem som utredningen något vill uppehålla sig vid.

Den egentliga ex tempore förskrivning som förekommer uppgår till ungefär 2% av samtliga utskrivna recipen. I princip kan de utskrivna medlen innehålla vilket som helst av ett stort antal ingredienser och det kan röra sig om ett flertal läkemedelsformer. Det är inte rimligt med tanke på kostnaderna att varje apotek har resurser att tillreda varje ex tempore beredning, men då fri förskrivningsrätt existerar är det nödvändigt att alla apotek kan tillhandahålla allmänheten de läkemedel som ordinerats på recept. Det är en från alla synpunkter invändningsfri väg Apoteksbolaget slagit in på när man låter ett växande antal apotek vara i avsaknad av resurser för att framställa flertalet ex tempore beredningar och i stället låta dem repliera på serviceapotek vid varudistribunalerna i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå. Däremot kan det i varje fall formellt vara något tveksamt när en ofta förskriven ex tempore beredning tillverkas i större skala och distribueras till apoteken som lagervara för att expedieras vid behov. Sakligt och framför allt ekonomiskt ter sig förfaringssättet tilltalande men det är uppenbart att man skapar en grå zon gentemot lagstiftningen om farmacevtiska specialiteter. Preparat av den antydda typen stämmer överens med farmacevtisk specialitet så som begreppet definieras i läkemedelsförordningen: Med farmacevtisk specialitet förstås standardiserat läkemedel som är avsett att tillhandahållas förbrukaren i tillverkarens originalförpackning. De standardiserade originalförpackade ex tempore läkemedlen har emellertid inte varit föremål för den kontroll som gäller för farmacevtiska specialiteter.

Ett motsvarande resonemang kan föras om ett antal handköpspreparat som finns på apoteken och som utgörs av preparat beskrivna i officiella läkemedelshandböcker men som tillverkas centralt och tillhandahålls i originalförpackat skick. Även i detta fall är eventuella invändningar huvudsakligen av formell natur.

Mera allvarliga blir betänkligheterna i fråga om en tredje variant på detta tema. Det handlar om centraltillverkade originalförpackade preparat som har sitt ursprung i äldre läkemedelshandböcker eller som till sin samman-

sättning motsvarar avregistrerade farmacevtiska specialiteter.

Samtliga här beskrivna tre typer av läkemedel produceras inom ramen för den centraliserade tillverkning som sker i Malmö och Umeå. Från vissa synpunkter kan det vara lovvärt att lagertillverkning centraliseras på sätt som skett. Det bidrar till att tillverkningen rent tekniskt kan ske på en högre standardnivå och ekonomiskt torde det vara ändamålsenligt. Om emellertid förfarandet bidrar till att hålla medicinskt obsoleta preparat vid liv sedan de borde ha försvunnit ter sig det hela mer tveksamt. Utredningen torde ha anledning att återkomma till dessa frågor i sitt lagstiftningsarbete. Kommittén utgår emellertid från att Apoteksbolaget inom ramen för sin förmåga söker åstadkomma en fortsatt sanering av området.

Då det gäller apotekens varuutbud vid sidan av läkemedlen är det huvudsakligen två varugrupper det rör sig om, s.k. kostnadsfria förbrukningsartiklar och sådana fria handelsvaror som har naturlig anknytning till läkemedels – hälsovårdsområdet.

Såvitt utredningen kunnat finna har det varit av stort värde för de handikappade, som har behov av kostnadsfria förbrukningsartiklar, att Apoteksbolagets resurser ställts till förfogande för att tillhandahålla dem. Försäljningen har ökat betydligt under de mer än tio år som bolaget haft att syssla med dessa varor. Likväl motsvarar den fortfarande endast 4% av bolagets samlade omsättning. Försäljningen av andra fria handelsvaror sker i konkurrens med handeln i övrigt. Det har inte framkommit något som tyder på att Apoteksbolaget i denna konkurrens otillbörligt utnyttjar sin ställning som monopolförsäljare inom ett annat område. Den kvalitets- och prismedvetenhet som präglar Apoteksbolagets befattning med varugruppen ter sig som ett värdefullt inslag i konkurrensen.

För delar av det receptfria sortimentet har Apoteksbolaget målmedvetet satsat på en övergång till självval. Detta har ofta bidragit till att göra apoteksinteriörerna mera kundvänliga och ger allmänheten goda möjligheter att få en överblick över ett varusortiment som inte alltid är så lättillgängligt.

# 8 Inköp och intern distribution

## Inledning

Apoteksbolagets nuvarande organisation för inköp och intern distribution har vuxit fram genom förvärv och successiv fusionering av flertalet av de enheter som tidigare existerade som de huvudsakliga inköpskällorna för apoteken. När läkemedelsförsörjningsutredningen 1969 avlämnade sitt betänkande var dessa: Apotekarnes Droghandel AB (ADA), Kronans Droghandel AB (Kronan), Apoteksvarucentralen Vitrum Apotekare AB (Vitrum), Astra Distribution (Distra) samt AB Läkemedels-Distribution (Leo). Därtill kom en intern partihandelsdistribution inom apoteksväsendet för distribution av distriktslaboratoriernas produkter (ACO).

De äldsta företagen ADA, Kronan och Vitrum försålde ursprungligen framför allt kemikalier och droger, därav termen droghandel, som till nyligen varit benämningen inom branschen på ett grosshandelsföretag för läkemedel. Sedermera när farmacevtiska specialiteter hade kommit i bruk i större utsträckning införlivades dessa i droghandelns sortiment. De tre företagen ADA, Kronan och Vitrum saluförde länge i allt väsentligt samma varor i inbördes konkurrens.

Under 1930-talet började det tillverkande läkemedelsföretaget Astra att försälja sina produkter till apoteken genom egna kanaler. Från 1943 organiserades denna försäljning genom ett särskilt bolag Distributions AB Kemiska Produkter (Distra). Detta företag saluförde så småningom inte bara läkemedel från Astra och dess tillverkande dotterbolag utan förvärvade också agenturer, delvis med ensamrätt, från andra läkemedelstillverkare. Aktiebolaget Leo, Helsingborg, startade senare AB Läkemedels-Distribution för försäljning av sina produkter till apoteken.

När läkemedelsförsörjningsutredningen tillkallades 1963 var bilden i stort sett den att huvuddelen av läkemedlen salufördes av tre konkurrerande sortimentsgrosshandelsföretag medan vissa läkemedel bara såldes via en kanal. I direktiven för utredningen uttalades att konkurrensen inom branschen närmast var en servicekonkurrens, vars samhälleliga värde oftast torde vara ringa. Enligt direktiven borde det allvarligt övervägas att centralisera droghandelsverksamheten till ett statsägt monopolföretag. Apotekssakkunniga av år 1931 hade framlagt ett förslag av denna innebörd redan i mitten av 1930-talet. Ett liknande förslag framfördes också reservationsvis inom 1946 års läkemedelsutredning medan 1953 års läkemedelskommitté förordade att en apotekarägd droghandel inrättades vid sidan av de övriga företagen.

## Läkemedelsförsörjningsutredningen

I sitt betänkande Läkemedelsförsörjning i samverkan (SOU 1969:46) analyserade utredningen förhållandena inom droghandeln, dels med utnyttjande av redan befintligt utredningsmaterial, främst det som förebragts av 1953 års läkemedelskommitté, dels med anlitande av egna undersökningar.

Utredningen ansåg att droghandeln hävdat sig väl under 1960-talet jämfört med andra partihandelsföretag. Dock ansåg utredningen att det fanns utrymme för icke obetydliga rationaliseringar. Sådana borde snarast komma till stånd och rationaliseringsvinsterna borde komma läkemedelskonsumenterna till godo. Det underströks att droghandelns huvudsakliga uppgift på läkemedelsområdet är att ombesörja fysisk distribution av varorna. Den inom annan grosshandelsrörelse väl så väsentliga uppgiften att genom kommersiella medel pressa prissättningen och därigenom vinna kunder saknade här i stort sett relevans.

Som redan nämnts distribuerades i mitten av 1960-talet vissa läkemedel genom mer än ett partihandelsföretag (flerkanalsdistribution) medan andra distribuerades genom endast ett (enkanalsdistribution). Utredningen redovisade relativt omfattande studier avseende en jämförelse mellan dessa system och kom till den slutsatsen att en övergång till enkanalsystem kunde medföra betydande besparingar. Vid sina överväganden uttalade utredningen bl.a. följande:

> Framlagt utredningsmaterial visar att övergång till enkanalsystem kan medföra betydande besparingar. En förutsättning är emellertid att inte antalet grosshandelsföretag ökar och att inte något företag blir så litet att det distribuerar endast ett litet antal icke försumbara preparat. Skulle utvecklingen bli sådan att denna förutsättning inte kommer att föreligga, kan de nu beräknade vinsterna förbytas i kostnadsökningar för apoteken till följd av att antalet kontakter apotek–grosshandel skulle öka oproportionerligt mycket. Ingenting talar emellertid för att en sådan utveckling skulle ske efter det att apoteksbolaget etablerats.
>
> En övergång till enkanalsystem innebär att ett nytt konkurrensmedel införs. Det blir en konkurrens från droghandlarnas sida att få distribuera en viss producents preparat och producenterna får ökat intresse av att veta vilket droghandelsföretag som är effektivast. I relationen droghandel–apotek innebär enkanalsystemet i sig ingen garanti för att det nya konkurrensmedlet skulle ha någon ekonomisk effekt. Utan ändringar i övrigt av systemet för läkemedelsdistributionen skulle därför en ökad övergång till enkanalsdistribution mycket väl kunna innebära att rationaliseringsvinsterna helt kom att fördelas mellan producent och droghandlare. Detta vore en för samhället icke acceptabel utveckling. Med tillkomsten av apoteksbolaget uppstår emellertid en helt ny situation.

Därefter beskrev utredningen hur prisbildningen kunde tänkas följa nya mönster med den nya modellen. Enligt utredningens mening fanns så många och så intressanta nya utvecklingslinjer att man borde pröva dessa. Med hänsyn därtill ansåg utredningen det inte påkallat att då införa ett statsmonopol på grosshandeln med läkemedel. När utredningen gjorde sina slutliga ställningstaganden förelåg överenskommelsen mellan staten och Apotekarsocieteten om formerna för avlösning av dåvarande apotekssystem. Enligt denna överenskommelse skulle Apoteksbolaget tillföras bl.a.

den partihandelsverksamhet som bedrevs av det av Apotekarsocieteten ägda företaget Vitrum.

## 1970 års riksdagsbehandling

I proposition 1970:74 redovisades att vid remissbehandlingen av läkemedelsförsörjningsutredningens betänkande skilda synpunkter förts fram på frågan om droghandelns ställning. För egen del anförde föredragande departementschefen, statsrådet Aspling bl.a. följande:

Enligt min mening bör den nuvarande Vitrums droghandel antingen den drivs som dotterföretag till apoteksbolaget eller om den sedermera direkt införlivas med bolaget fungera som en inköpsavdelning för bolaget och samtidigt utgöra dess apparat för intern varudistribution. Det är mot denna bakgrund jag i likhet med utredningen anser att man bör pröva vilka resultat som kan uppnås med mindre genomgripande åtgärder än att monpolisera droghandeln. Liksom nu kommer varje producent av läkemedel som godtagits för användning i vårt land att ha oinskränkt möjlighet att få sina produkter sålda av apoteken. Den skillnaden kommer emellertid att finnas att de nuvarande 375 apoteksinnehavarna i deras egenskap av kunder hos partihandeln avlöses av en enda kund, nämligen apoteksbolaget. Huruvida bolaget köper produkterna i större partier för att självt distribuera varorna till apoteken eller om bolaget låter ett fristående droghandelsföretag ombesörja distributionen bör bli en förhandlingsfråga i det enskilda fallet. Avgörande för bolaget skall vara att så snabbt, tillförlitligt och billigt som möjligt få fram varorna till apoteken. Tack vare att apoteksbolaget kommer att vara i besittning av en egen distributionsapparat blir det möjligt att väga olika alternativ mot varandra och välja det kostnads- och servicemässigt fördelaktigaste distributionssättet. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt möjligheten att effektivisera distributionen genom en integration mellan partihandels- och detaljhandelsleden. Erfarenheterna från annan detaljhandel tyder på att sådana rationaliseringsvinster kan uppnås redan genom en begränsad egen partihandelsverksamhet. Denna strävan från apoteksbolagets sida innebär dock självfallet inte att någon åtskillnad skall göras mellan olika grosshandelsföretag och producenter enbart på grund av ägandeförhållanden.

I två likalydande motioner hade föreslagits, såvitt nu är ifråga, att hela Vitrum skulle erhålla en från Apoteksbolaget fristående ställning från bolagets start, och i två andra likalydande motioner hade yrkats att Vitrums droghandelsrörelse efter en övergångstid skulle skiljas från Apoteksbolaget samt att riksdagen skulle uttala att en sortimentsorienterad distribution borde bibehållas.

Statsutskottet (SU 1970:98) avstyrke bifall till motionerna, anslöt sig till vad departementschefen uttalat och anförde:

Enligt utskottets mening bör de i propositionen förordade riktlinjerna för valet av distributionsnivå tillämpas. Det förhållandet att en integration mellan inköpsledet och den interna distributionen får en partihandelsliknande karaktär kan inte leda till andra bedömningar. Som departementschefen anfört innebär detta självfallet inte att någon åtskillnad skall göras mellan olika grosshandelsföretag och producenter enbart på grund av ägandeförhållanden.

Riksdagen beslöt i enlighet med statsutskottets förslag.

# Utvecklingen efter 1970

## Strukturrationalisering

Utvecklingen av den tidigare droghandelns verksamhet har inte blivit den förväntade. Visserligen har en konsekvent enkanalsdistribution kommit till stånd. Men det mest påtagliga är att en knappast förutsedd strukturrationalisering ägt rum. Mot slutet av 1970, dvs. kort innan Apoteksbolaget började driva landets apotek, förvärvade bolaget partihandelsföretaget ADA. Detta innebar att bolaget den 1 januari 1971 förfogade över tre partihandelsorgan nämligen ADA, Vitrum och ACO-distribution. De övriga företag som levererade varor till apoteken var Astra distribution, Kronans Droghandel (KD) och Läkemedelsdistribution. Sedermera har två av dessa, nämligen Astradistribution (1975) och Läkemedelsdistribution (1984) övertagits av Apoteksbolaget. Genom företagsförvärv och strukturrationaliseringar har sålunda fem tidigare organisationsenheter reducerats till en. Numera sker all den partihandelsverksamhet som bedrivs i Apoteksbolagets regi genom ADA. Vid sidan av ADA finns fortfarande Kronans Droghandel. De ursprungligen sex företagen hade 20 olika lagerställen. ADA har f.n. fem lagerställen och Kronans Droghandel tre.

Översiktligt är läget på partihandelssidan vad gäller antalet lagerställen f.n. följande:

| | |
|---|---|
| *ADA* | |
| Stockholm, Årstadal | specialiteter |
| Stockholm, Västberga | handelsvaror |
| Malmö | specialiteter |
| Umeå | specialiteter |
| Göteborg | specialiteter |
| *Kronan* | |
| Stockholm | specialiteter |
| Göteborg | specialiteter |
| Malmö | specialiteter |

Antalet lagerställen är sålunda 8 att jämföra med 20 år 1971. Sortimentsmässigt är leveranssituationen följande:

| | *Andel av leveranserna till apoteken* |
|---|---|
| *ADA* | |
| Reg specialiteter | 80% |
| Fria handelsvaror | 100% |
| Produktionsavdelningens varor | 100% |
| | *Andel av leveranserna till apoteken* |
| *Kronan* | |
| Reg specialiteter | 20% |

Till detta kommer ett speciellt av ADA administrerat lager i Partille för distribution av bidragsberättigade inkontinensartiklar direkt till konsumenterna.

Beslut har fattats av Apoteksbolaget att i Kungens kurva i Huddinge kommun uppföra ett nytt lagerkomplex varvid de två lagren i Stockholm slås samman till ett.

## Integration och effektivisering

En samverkan har kommit till stånd i fråga om transport av varor från partihandeln till apoteken. Transportsamverkan mellan ADA och KD sker f.n. på så sätt att KD levererar sina varor plockade i backar till ADA för vidare befordran till apoteken. ADA har huvudavtalet med åkarna medan KD har en överenskommelse om samverkan med ADA. Det gemensamma transportsystemet utnyttjas också för transport av annat gods än varor från partihandeln. Sedan lång tid distribueras sålunda all internpost från Apoteksbolagets huvudkontor till apoteken via detta system. Transporten av varor mellan apoteken sker också på detta sätt. Transportsystemet används även för återtransport av hushållens läkemedelsrester samt inom omsättningsverksamheten av försvarets läkemedel. På senare tid har även tvätt- och bytesverksamheten av apotekens kläder inkluderats.

Apoteksvaruförsörjningssystemet är ett datorstött varubeställningssystem som funnits i drift på samtliga apotek sedan i mitten av 1975. Systemet, som bygger på beställningar via varunummer, ökar säkerheten i beställningarna samt minskar kostnaderna på såväl apotek som partihandel. Sedan 1981 utnyttjas automatisk orderöverföring från apotek till partihandel. Vid en viss tid töms automatiskt apotekens dataterminaler på där lagrade beställningar. Reklamationsrutiner har utarbetats där tillverkningsfel rapporteras bakåt i kedjan och snabbt når partihandel, tillverkare, Apoteksbolagets centrallaboratorium och socialstyrelsens läkemedelsavdelning.

Som nämnts redan i kap. 7 pågår också integration vad gäller produktionsavdelningens enheter inkl. serviceapoteken som successivt håller på att lokaliseras vid ADA:s distribunaler. Senast 1987 skall detta program vara genomfört.

# Utredningens överväganden

Praktiskt taget alla varor som säljs på apoteken distribueras dit genom ADA:s försorg. Likaså köps nästan alla varor via ADA. Undantaget är farmacevtiska specialiteter från 31 av de 156 läkemedelsproducenter som var representerade på den svenska läkemedelsmarknaden 1983. Dessa specialiteter lagerförs av Kronans Droghandel AB, som ägs av ett antal läkemedelsindustrier, huvudsakligen utländska. Apoteken lämnar sina beställningar till Kronan, som i särförpackat skick levererar varorna till ADA för vidare transport till apoteken. Det är alltså inte fråga om grosshandel i egentlig bemärkelse. Från producenternas fabrikslager har de farmacevtiska specialiteterna levererats till ADA eller Kronan för vidare distribution till apoteken.

Från att ursprungligen ha varit ett av landets flera droghandelsföretag har ADA successivt övergått till att bli en Apoteksbolagets enhet för inköp och intern distribution. En grundläggande förutsättning härför har varit det starka organisatoriska sambandet mellan Apoteksbolaget och ADA. Bl.a. har företagen samma VD och ADA fungerar delvis som en sektor inom Apoteksbolaget.

De successiva förvärv av droghandelsföretag som Apoteksbolaget gjort genom köpen av Vitrum, ACO-distribution, ADA, Distra och Leos Läkemedelsdistribution har inneburit en smidig strukturrationalisering inom en bransch som växte fram under helt andra omständigheter än de nuvarande. Det ankommer på Apoteksbolagets ledning att bedöma huruvida det är rationellt att Kronans särdistribuerande roll fortsätter. Det vore troligen naturligast om Apoteksbolaget övergick till att köpa in de av Kronan salufördа läkemedlen i större poster för att med egna resurser ombesörja att de enskilda apoteken erhåller sitt behov efter rekvisition genom en beställningspunkt. Detta förutsätter givetvis att förhandlingar kommer till stånd i fråga om leveransvillkoren.

# 9 Prisbildning inom läkemedelsområdet

## Producentpriset på farmacevtiska specialiteter

### Inledning

Som har påpekats flera gånger tidigare i betänkandet är de farmacevtiska specialiteterna numera de allt dominerande läkemedlen. Minst 95% av alla försålda läkemedel är specialiteter. I prop. 1970:74 diskuterades huruvida man åtminstone på sikt skulle kunna slopa den särskilda prisgranskningen. Det ansågs inte tillrådligt för det dåvarande. I stället förordades en ny procedur där fabrikantens pris skulle fastställas i förhandlingar med Apoteksbolaget.

Före Apoteksbolagets tillkomst ålåg det socialstyrelsen att, vid registreringen av farmacevtiska specialiteter, fastställa de högsta priser på läkemedel som leverantörerna fick betinga sig vid försäljning till apotek. Socialstyrelsens roll i prisbildningen överfördes till Apoteksbolaget i två etapper: 1971 för ärenden i samband med nyregistrering av farmacevtiska specialiteter och 1973 beträffande redan registrerade specialiteter. Den ordning som därefter gällt vid prissättningen är i korthet följande.

För att ett läkemedel skall få säljas i Sverige måste det, enligt 1962 års läkemedelsförordning, vara godkänt, "registrerat", av socialstyrelsen. För godkännande krävs dels att läkemedlet skall vara av god kvalitet och medicinskt ändamålsenligt, dels att priset skall vara skäligt. Sedan den 1 januari 1971 gäller för ett nytt läkemedel att det pris som Apoteksbolaget och producenten enas om anses skäligt såvida ej särskilda skäl talar för annat.

När det gäller priset på redan registrerat preparat kan detta ändras efter förnyade förhandlingar mellan Apoteksbolaget och läkemedelsföretaget.

Kan de två parterna inte enas om prissättningen kan läkemedelsföretaget föra ärendet vidare till socialstyrelsen. Överklaganden av socialstyrelsens beslut kan göras hos kammarrätten. Som nämns i det följande har det ytterst sällan förekommit att prisfrågor förts vidare till socialstyrelsen eller kammarrätten.

I mars 1978 införde regeringen allmän skyldighet att till statens pris- och kartellnämnd (SPK) förhandsanmäla prishöjningar på varor och tjänster. Fram till det allmänna prisstoppets slopande 1982 förde SPK överläggningar med svensk läkemedelsindustri om de prishöjningsramar, som kunde godkännas med hänsyn till kostnadsutvecklingen för respektive företag.

Inom sålunda fastställda ramar diskuterades prisändringar i förhandlingar mellan Apoteksbolaget och vederbörande läkemedelsföretag. Redan långt före anmälningsskyldighetens införande 1978 och den därvid genomförda modifierade ordningen hade regelmässigt samråd mellan SPK och Apoteksbolaget etablerats. Således infordrade SPK redan 1975 uppgifter från de svenska läkemedelsföretagen för att användas vid prisövervakningen av läkemedel.

För närvarande gäller att SPK utifrån de svenska företagens kostnadsunderlag räknar fram en prisändringsram för respektive företag. Apoteksbolaget informeras om den framräknade ramen. Med utgångspunkt från det sålunda framlagda materialet förhandlar varje företag med Apoteksbolaget om hur genomsnittliga förändringar skall slå igenom på enskilda preparat. Härvid väger också Apoteksbolaget in betydelsen av intäkterna i förhållande till volymutvecklingen.

Efterkrigstidens läkemedelsmarknad kännetecknades tidigt av en kraftig expansion. Samtidigt var inflationen förhållandevis måttlig. Läkemedelsföretagen kunde hävda och förbättra sina ekonomiska resultat genom volymökningar och rationaliseringar. Krav på prisökningar på redan registrerade specialiteter restes sällan.

Apoteksbolagets tillkomst råkade sammanfalla med några väsentliga förändringar i denna situation. Dels tog inflationen fart under 1970-talet, dels avtog marknadens expansion inom Sverige. Ökad oro på valutaområdet har också förekommit. Detta föranledde att producenterna i väsentligt ökad utsträckning började att framföra prishöjningskrav för redan registrerade specialiteter. Kostnadsutvecklingen åberopades som grund.

Förhandlingarna mellan Apoteksbolaget och läkemedelsföretagen har därefter i hög grad präglats av problem förknippade med den allmänna kostnadsutvecklingen. Prisdiskussionerna har till övervägande del gällt krav på höjning av gällande priser. Förhandlingar om priser på nya preparat har utgjort en mindre del av arbetet.

## Bedömningsfaktorer för prisets skälighet

Vid bedömning av frågan om skäligheten av priset på en viss produkt beaktas i huvudsak följande faktorer, oavsett om det gäller en ny produkt eller ett redan registrerat preparat:

- specialitetens terapeutiska betydelse samt dess effekt på övriga behandlings- och vårdkostnader
- priset på synonympreparat i Sverige
- priset på samma preparat i andra länder
- produktkalkylen (råvarupriser, tillverkningskostnader, kostnader för emballage m.m.)
- försäljningsvolymen

Bakgrunden till att Apoteksbolaget väger in dessa parametrar vid förhandlingar om prissättningen är följande.

*Specialitetens terapeutiska* betydelse påverkar alltid prissättningen av nya läkemedel. Om det nya läkemedlet bedöms sakna fördelar i jämförelse med redan registrerade preparat bör ett lägre pris sättas på det nya läkemedlet.

Har det nya preparatet däremot fördelar så motiverar detta ett högre pris. Anledningen därtill är att priskontrollen inte får motverka kvalitativa förbättringar. De totala kostnaderna för behandlingen kan bli lägre om ett i och för sig dyrare men bättre läkemedel introduceras.

*Jämförelsen av priset på synonympreparat* är speciellt viktigt om det nya preparatet saknar terapeutiska fördelar i jämförelse med de läkemedel som redan finns på marknaden. Ett nytt synonympreparat borde inte öka den totala försäljningen av preparatgruppen. Däremot ökar kostnaderna för att hantera läkemedlen. Av denna anledning bör priset på det nya läkemedlet vara lägre.

*Priset på samma preparat i andra länder* har stor betydelse vid diskussionerna om prissättningen. Importerade läkemedel har nämligen nästan undantagslöst prissatts i andra länder. Sedan 1973 har därför uppgifter samlats om läkemedelspriserna i följande elva länder: Danmark, Norge, Finland, Belgien, Storbritannien, Frankrike, Holland, Italien, Schweiz, Västtyskland och Österrike. De priser som insamlats gäller farmacevtiska specialiteter. Vid förhandlingarna har partihandelns inköpspris störst betydelse men i vissa fall har även apotekens inköpspris (AIP) respektive utförsäljningspris (AUP) jämförts.

Apoteksbolaget har i förhandlingarna hävdat att medianpriset på de jämförda läkemedlen i dessa elva länder skall vara normgivande. Såväl svensk som utländsk läkemedelsindustri har hävdat att eftersom prisnivån för andra varor här i landet ligger högre än i de övriga elva länderna skall utgångspunkten vid förhandlingarna ligga högre än medianvärdet.

*Produktkalkylen* har en begränsad användning vid förhandlingarna om prissättningen av ett läkemedel men kan vara aktuell då råvarupriset och tillverkningskostnaden är känd. Det bör även påpekas att det inom läkemedelsområdet inte finns något direkt samband mellan ett medels produktionskostnad och dess värde inom sjukvården.

*Försäljningsvolymen* är, som framgår senare, en betydelsefull faktor vid prisdiskussionerna. Särskilt gäller detta vid nyregistreringar men även vid diskussioner om prishöjningar av redan registrerade preparat.

## Prisförhandlingar om nya läkemedel

Det normala när ett nytt läkemedel introduceras här i landet är att det redan tidigare finns tillgängligt i andra länder. Om så är fallet ingår priset i dessa länder vid diskussionerna om prissättningen. Vidare diskuteras läkemedlets terapeutiska värde och hur det påverkar den totala behandlingskostnaden.

Med dessa diskussioner som utgångspunkt har i regel överenskommelse kunnat nås om ett pris som ansetts skäligt. Här kan nämnas att endast ett tiotal av ca 30 000 förhandlingar (inkluderar såväl nya läkemedel som prishöjningar) under åren gått till socialstyrelsen för beslut. Endast ett företag har överklagat några få ärenden till kammarrätten.

I många fall har den beräknade försäljningsvolymen tagits med i diskussionerna. Apoteksbolaget och läkemedelsföretaget har då ibland kunnat enas om ett pris på läkemedlet kopplat till en viss volym. Om denna volym överskridits, vilket Apoteksbolaget lätt kan konstatera genom sin

egen statistik, har nya förhandlingar skett.

Produktkalkyler har, vilket redan tidigare påpekats, sällan använts vid diskussionerna om nya läkemedel. De har endast varit aktuella om råvarupriserna varit kända. Även då är betydelsen av produktkalkyler av mindre värde, eftersom jämförelsematerial saknas när det rör sig om en helt ny läkemedelssubstans.

## Prisförhandlingar om prisändringar

Det har tidigare omnämnts att förhandlingar angående prishöjningar blivit mycket vanligare än förhandlingar om prissättningen av nya preparat.

Förhandlingarna om prishöjningar har bedrivits något olika beroende på om det gällt preparat tillverkade i utlandet eller preparat från läkemedelsindustrin i Sverige.

Prisförhandlingarna med de utländska företagen har generellt sett varit betydligt mindre komplicerade än förhandlingarna med de svenska företagen, då de registrerade produkterna nästan undantagslöst kunnat jämföras med priser i andra länder.

Förhandlingarna med de utländska företagen har i stort sett kunnat föras med användande av de tidigare nämnda kriterierna för preparatvisa bedömningar. Prisförhandlingarna med de utländska företagen har skett med de enskilda företagens svenska representanter eller dotterbolag.

Skälen till att förhandlingarna med de svenska företagen ofta varit komplicerade kan bl.a. föras tillbaka på arbetsmarknadsmässiga samt handels- och forskningspolitiska omständigheter.

Ursprungligen presenterade de svenska företagen var för sig eller genom Läkemedelsindustriföreningen (LIF) behovet av prishöjningar till följd av kostnadsutvecklingen i Sverige. Dessa krav på prishöjningar var specificerade för varje enskilt preparat. Tämligen omgående fann dock parterna att det skulle vara av värde med visst generellt underlag för bedömning av de preparatvisa äskandena om prishöjningar. Parterna utarbetade därför på initiativ av läkemedelsföretagen en kalkylmodell, den s.k. LIF-modellen. Med hjälp av denna kalkylmodell beräknades hur förändringen av priset och volymen påverkade kostnaderna och intäkterna och därmed branschens ekonomiska utveckling.

Användningen av LIF-modellen tycks ha underlättat förhandlingarna. Dock synes uppskattningen av storleken på hur mycket kostnaderna för forskning och utveckling, marknadsföring samt adminstration skulle få påverka prishöjningarna ha vållat problem.

Efter att med hjälp av LIF-modellen ett generellt prishöjningsbehov uträknats vidtog diskussioner om de enskilda preparaten. De tidigare omnämnda bedömningsfaktorerna och speciellt priset i andra länder användes då.

LIF-modellen för att beräkna ett generellt prishöjningsbehov sattes delvis ur spel när regeringen 1978 införde skyldigheten att till SPK förhandsanmäla prishöjningar. Prishöjningar för varje enskilt läkemedelsföretag baseras därefter på respektive företags kostnadssituation. Tidigare räknades – med utgångspunkt från LIF-modellen – en genomsnittlig prishöjning fram som gällde för samtliga svenska läkemedelsföretag.

Mot bakgrund av att numera såväl SPK som Apoteksbolaget av samhället ålagts ett ansvar för prissättningen på läkemedel har SPK och Apoteksbolaget träffat en informell överenskommelse om en arbetsfördelning. Innebörden av överenskommelsen framgår av den redogörelse för nuvarande förhållanden som lämnats i det inledande avsnittet.

## Prisutvecklingen

Inom läkemedelsområdet finns vissa speciella svårigheter när det gäller att ge en rättvis bild av prisernas utveckling och prisförhandlingarnas betydelse för denna utveckling. En av anledningarna därtill är den successiva förändringen av preparatbeståndet beroende på den farmacevtiska utvecklingen. En annan är problemen med att vid varje tidpunkt välja ut representativa läkemedel för denna jämförelse.

I följande tabeller jämförs utvecklingen av läkemedelspriserna i Sverige med elva andra länder. Tabellerna visar hur prisläget i Sverige var 1973, 1977 och 1983 jämfört dels med de enskilda länderna, dels med ett vägningstal för samtliga jämförda länder. Här bör påpekas att även denna jämförelsemetod är behäftad med vissa svagheter, främst beroende på att endast ett relativt begränsat antal preparat är exakt desamma i de olika länderna. Vidare återspeglar inte alltid omräkningar med hjälp av gällande kurs skillnaden i kostnader mellan olika länder.

Av tabellerna framgår hur många gemensamma specialiteter Sverige har med respektive land vid varje tidpunkt. Sålunda visar tabell 28 att år 1973 var 226 specialiteter gemensamma i Sverige och Danmark, 261 i Sverige och Norge osv. Om index är över 100 är priset högre i det jämförda landet, om index är under 100 är det lägre. De elva länderna kan inte jämföras sinsemellan. Jämförelsen kan endast göras gentemot Sverige.

**Tabell 28. Kostnaden i Sverige för vissa av LIF-RUFI-företag tillverkade läkemedel jämfört med kostnaden för samma preparat med svensk volym i 10 europeiska länder. AIP-priser 1973-01-01.**

| Land | Antal specialiteter | I svenska priser Mkr | I resp. lands priser Mkr | Index (Sverige=100) |
|---|---|---|---|---|
| Danmark | 226 | 331 | 332 | 100 |
| Norge | 261 | 406 | 378 | 93 |
| Belgien | 191 | 268 | 223 | 83 |
| Storbritannien | 165 | 261 | 188 | 72 |
| Västtyskland | 142 | 232 | 276 | 119 |
| Schweiz | 155 | 237 | 258 | 109 |
| Österrike | 160 | 239 | 224 | 94 |
| Nederländerna | 206 | 305 | 346 | 114 |
| Italien | 143 | 235 | 235 | 100 |
| Frankrike | 133 | 215 | 170 | 79 |
| Vägningstal | | 2729 | 2630 | 96 |

Källa: Apoteksbolaget AB

**Tabell 29. Kostnaden i Sverige för vissa av LIF-RUFI-företag tillverkade läkemedel jämfört med kostnaden för samma preparat med svensk volym i 11 europeiska länder. AIP-priser 1977-07-01.**

| Land | Antal specialiteter | I svenska priser Mkr | I resp. lands priser Mkr | Index (Sverige=100) |
|---|---|---|---|---|
| Danmark | 289 | 669 | 705 | 106 |
| Norge | 313 | 760 | 762 | 100 |
| Belgien | 218 | 535 | 553 | 103 |
| Storbritannien | 220 | 551 | 383 | 70 |
| Frankrike | 155 | 405 | 254 | 63 |
| Nederländerna | 251 | 622 | 830 | 133 |
| Italien | 153 | 372 | 223 | 60 |
| Schweiz | 208 | 455 | 562 | 123 |
| Västtyskland | 167 | 433 | 571 | 132 |
| Österrike | 189 | 460 | 488 | 106 |
| Finland | 324 | 730 | 700 | 96 |
| Vägningstal | | 5 992 | 6 031 | 101 |

Källa: Apoteksbolaget AB

**Tabell 30. Kostnaden i Sverige för vissa av LIF-RUFI-företag tillverkade läkemedel jämfört med kostnaden för samma preparat med svensk volym i 11 europeiska länder. AIP-priser 1983-07-01.**

| Land | Antal specialiteter | I svenska priser Mkr | I resp. lands priser Mkr | Index (Sverige=100) |
|---|---|---|---|---|
| Danmark | 310 | 1 026 | 1 164 | 113 |
| Norge | 327 | 1 066 | 1 094 | 103 |
| Belgien | 195 | 670 | 557 | 83 |
| Storbritannien | 232 | 814 | 966 | 119 |
| Västtyskland | 171 | 545 | 835 | 153 |
| Schweiz | 220 | 703 | 1 232 | 175 |
| Österrike | 196 | 768 | 870 | 113 |
| Nederländerna | 251 | 815 | 1 121 | 138 |
| Italien | 128 | 437 | 296 | 68 |
| Frankrike | 136 | 443 | 269 | 61 |
| Finland | 315 | 1 002 | 1 096 | 109 |
| Vägningstal | | 8 289 | 9 500 | 115 |

Källa: Apoteksbolaget AB

En jämförelse av tabellerna 28, 29 och 30 antyder att priserna ökat i mindre grad i Sverige än i de jämförda länderna mellan åren 1973 och 1983 omräknat till svensk valuta.

Enligt tabell 30 var läkemedelspriserna år 1983 högre i 8 länder än i Sverige. Endast Belgien, Frankrike och Italien hade en lägre prisnivå än Sverige. Dock bör påpekas att antalet gemensamma specialiteter är få med Frankrike och Italien.

**Tabell 31. Den totala parti- och detaljhandelsandelen i % av läkemedelspriset i olika länder.**

| | 1977 | 1983 | | 1977 | 1983 |
|---|---|---|---|---|---|
| Sverige | 41 | 35 | Finland | 42 | 42 |
| Italien | 36 | 36 | Västtyskland | 42 | 42 |
| Belgien | 37 | 37 | Schweiz | 45 | 45 |
| Frankrike | 41 | 41 | Nederländerna | 45 | 45 |
| Norge | 38 | 41 | Danmark | 43 | 46 |
| Storbritannien | 41 | 41 | Österrike | 47 | 47 |

Källa: Apoteksbolaget AB

**Tabell 32. Prisindex på farmacevtiska specialiteter i jämförelse med nettoprixindex.**

| År (december) | Index, AIP | | | Nettoprisindex |
|---|---|---|---|---|
| | Svensk industri | Utländsk industri | Totalt | |
| 1970 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 1972 | 108,8 | 102,2 | 105,6 | 110,6 |
| 1974 | 116,4 | 105,7 | 111,0 | 134,0 |
| 1976 | 140,2 | 116,2 | 127,8 | 162,2 |
| 1978 | 162,8 | 132,8 | 147,2 | 196,8 |
| 1980 | 187,5 | 143,2 | 163,8 | 240,2 |
| 1982 | 215,5 | 179,3 | 197,2 | 292,0 |
| 1983 | 243,6 | 191,3 | 216,0 | 308,7 |

Källa: Apoteksbolaget AB

De priser som jämförts i de olika tabellerna är apotekens inköpspriser. Dessa inkluderar emellertid kostnader för distribution och övrig hantering i det mellanled som i regel finns mellan fabrik och detaljist. Dessa kostnader och påslag är mycket vanskliga att jämföra eftersom de utförda prestationerna i mellanledet kan vara ganska varierande. I tabell 31 har angivits en sifferserie för 1977 och 1983 utvisande den totala marginalen i parti- och detaljistledet i 12 olika länder.

Enligt tabell 31 har Sverige numera de lägsta relativa distributionskostnaderna bland de angivna länderna och därmed sannolikt de lägsta i Europa.

Prisutvecklingen kan också studeras genom en jämförelse mellan nettoprisindex och index för farmacevtiska specialiteter. En sådan jämförelse illustreras i tabell 32.

Av tabell 32 framgår att priserna på läkemedel tillverkade av svensk läkemedelsindustri har ökat mer än utländsk. Här bör dock påpekas att medelvärdet på de svenska preparaten är betydligt lägre än de utländska.

Om korrigering sker för effekterna av genomförda devalveringar i Sverige har svensk och utländsk industri erhållit i stort sett lika stor kompensation beräknat i kronor på medelpriset.

# Apoteksbolagets prissättning och marginaler

## Grunder för prissättningen

Apoteksbolagets priser på läkemedel skall enligt avtalet med staten vara enhetliga över landet. Sådana normer för prissättningen av varor och tjänster skall tillämpas att bolagets kostnader täcks och att skälig förräntning av det i bolaget insatta kapitalet erhålles (8 § avtalet).

Som förut nämnts finns i bolagsordningen den bestämmelsen att utdelningen till aktieägarna får uppgå till högst 6% av aktiekapitalet per år. I absoluta tal utgör det maximala utdelningsbeloppet 2,25 Mkr årligen. Med nuvarande ekonomiska omslutning är detta mindre än 4,0 promille av totalomsättningen. Idealsituation är sålunda att verksamheten varje år genererar exakt så stort överskott, att det efter skatt är möjligt att utdela 2,25 Mkr till aktieägarna. Som bolaget framhållit i en tioårsöversikt som lämnas i årsredovisningen för 1980 är emellertid verkligheten inte sådan att ett sådant idealt utfall kan nås varje år. Bolagets ekonomiska utveckling styrs nämligen till mycket stor del av omvärlden.

I fråga om intäkterna bestäms volymen av försäljningen huvudsakligen av läkarnas receptförskrivning, sjukhusens rekvisitioner och allmänhetens behov av receptfria läkemedel. Det är inte bolagets uppgift att verka för en ökning av denna volym. I den mån det kan förmodas röra sig om en onödig läkemedelsanvändning är det tvärtom bolagets skyldighet att medverka till en minskning. Vad utgiftssidan beträffar är denna starkt beroende av utfallet av löneförhandlingarna på arbetsmarknaden eftersom i genomsnitt 80% av bolagets kostnader avser löner.

Ett exempel på hur faktorer utanför bolagets kontroll påverkar det ekonomiska utfallet kan tas från det första verksamhetsåret. I början av 1971 uppgick löner och sociala avgifter till knappt 290 Mkr räknat på årsbasis. Löneförhandlingarna på arbetsmarknaden fick detta år ett långdraget förlopp. Först under sommaren träffades löneuppgörelser mellan de centrala parterna, med retroaktiv verkan. För Apoteksbolagets del uppgick 1971 års lönekostnadsstegring på grund av de nya avtalen till 45 Mkr. Trots att bolaget genomförde en prishöjning på 4% per den 1 september, kunde en betydande förlust för hela 1971 inte undvikas. Ett exempel av annat slag härrör från 1980.

Åren 1977–1979 hade lämnat överskott men för 1980 väntades en relativt kraftig förlust uppstå som ett samlat resultat av inflationen, löneuppgörelsen på våren och en tendens till minskad försäljningsvolym. På grund av statsmakternas beslut mot slutet av året att höja patienternas andel av kostnaden för varje läkemedelsexpedition mot recept från maximalt 25 kronor till 40 kronor från den 1 januari 1981 inträffade en betydande försäljningsökning mot slutet av 1980. Merförsäljningen medförde att resultatet nära nog kunde balanseras.

På grund av förekommande svängningar av exemplifierad art tolkar bolaget föreskriften i avtalets 8 § så att bolaget över ett antal år räknat skall täcka sina kostnader och ge avsedd förräntning på det insatta kapitalet.

En faktor som också påverkar läkemedelspriserna men som åtminstone delvis inte på samma sätt är beroende av omvärlden hänför sig till

pensionsåtaganden för bolagets personal. I kapitel 14 lämnas en närmare redogörelse för denna fråga. Här skall endast nämnas att bolaget under nästan hela sin hittillsvarande verksamhet haft att avbetala en övertagen pensionsskuld. Under 1982 gjordes en sista särskild avsättning på 90 Mkr för att reducera den överskjutande pensionsskulden. Någon motsvarande utgiftspost fanns inte under 1983 och bolaget uppger i sin senaste årsberättelse att apoteksdriften allt mindre kommer att belastas av pensionskostnader och fortsätter: Härigenom stärks bolagets möjligheter att motverka prishöjningar på läkemedel. Detta har skett under 1983 genom marginalsänkningar i mars och juni.

Fram till 1976 beräknades utförsäljningspriserna genom att man till inköpspriserna lade ett procentuellt påslag på inköpspriserna, lika för alla specialiteter. Under 1976 genomfördes en marginalökning som höjde utförsäljningspriserna med drygt 3%. För att begränsa effekten av höjda priser i inköpsledet beslöts senare, att inga procentpåslag skulle göras på höjningen under perioden maj – december 1976. Effekten blev att den procentuella ökningen av läkemedelspriserna blev lägre för dyrare varor än för billigare. Liknande arrangemang har upprepats senare.

Vid prissättningen användes sålunda en kombination av fasta och procentuella pålägg. Innan Apoteksbolaget fastställer sina pålägg sker överläggningar med statens pris- och kartellnämnd.

Slutligen skall nämnas att bolaget har tolkat avtalet med staten så att enhetliga priser skall tillämpas för varje kundkategori under hänsynstagande till vilka kostnader bolaget har för varje leverans.

Vid leveranser till läkare, veterinärer och tandläkare ges en över hela landet lika stor rabatt på apotekens utförsäljningspriser. Motiveringen till detta är att denna kundkategori i regel köper flera förpackningar samt att enligt expeditionsförfattningarna enklare expeditionsrutiner får tillämpas vid dylika leveranser.

För sjukhusleveranser gäller speciella avtal som förhandlats fram i Samarbetsnämnden för sjukhusens läkemedelsförsörjning mellan Apoteksbolaget och Landstingsförbundet och sedan godkänts i respektive styrelse. Detta behandlas närmare i kap. 11.

## Marginalutvecklingen

Marginalen är den del av ett utförsäljningspris som motsvarar försäljarens pålägg. Tabell 33 visar den genomsnittliga marginalprocentens utveckling när det gäller Apoteksbolagets totala försäljning samt försäljningen av farmacevtiska specialiteter i sluten och öppen vård.

**Tabell 33. Den genomsnittliga marginalprocentens utveckling åren 1972–1983.**

| År | Total försäljning | Farm spec, öppen och sluten vård | Farm spec, öppen vård |
|---|---|---|---|
| 1972 | 33,0 | 32,7 | 35,0 |
| 1973 | 33,5 | 34,4 | 36,7 |
| 1974 | 33,4 | 33,3 | 35,6 |
| 1975 | 32,8 | 32,8 | 35,2 |
| 1976 | 33,3 | 33,6 | 35,8 |
| 1977 | 34,2 | 34,5 | 36,8 |
| 1978 | 33,9 | 34,3 | 36,5 |
| 1979 | 33,4 | 33,6 | 35,7 |
| 1980 | 32,7 | 33,1 | 35,3 |
| 1981 | 33,6 | 34,1 | 36,5 |
| 1982 | 32,5 | 32,6 | 34,8 |
| 1983 | 29,3 | 29,7 | 31,6 |
| 1984 | 28,6 | 29,0 | 30,9 |

Källa: Apoteksbolaget AB

**Tabell 34. Förändringen av nettoprisindex och AUP-index över åren.**

| År (december) | Index, AUP. Försäljning till andra än sjukhus | Nettoprisindex |
|---|---|---|
| 1970 | 100,0 | 100,0 |
| 1972 | 117,7 | 110,6 |
| 1974 | 122,4 | 134,0 |
| 1976 | 142,7 | 162,2 |
| 1978 | 170,4 | 196,8 |
| 1980 | 190,1 | 240,2 |
| 1982 | 226,4 | 292,0 |
| 1983 | 236,3 | 308,7 |

Källa: Apoteksbolaget AB

Tabellen 34 visar hur nettoprisindex och apotekens utförsäljningspriser förändrats under åren.

## Förslag av särskild utredare 1978

Genom beslut den 17 november 1977 bemyndigade regeringen dåvarande statsrådet Troedsson att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att se över priskontrollen av läkemedel. Den tillkallade utredaren redovisade sitt uppdrag den 20 juni 1978 i en rapport benämnd Pillerpriser (Ds S 1978:11).

I sin rapport framhöll utredaren som sin uppfattning:

- att det är mindre lämpligt att Apoteksbolaget är både myndighet och kommersiellt företag och att ansvarsfördelningen mellan Apoteksbolaget och SPK är oklar,
- att den nuvarande metoden för priskontroll inte tillräckligt uppmuntrar till

priskonkurrens och att priskontrollen måste sättas in i ett större sjukvårdsekonomiskt sammanhang och

- att priskontrollen i detaljistledet inte är tillräckligt aktiv med tanke på Apoteksbolagets monopolställning, organisation och stora betydelse för läkemedelskostnaderna.

Utredarens förslag till förändringar inbegrep att en läkemedelsekonomisk enhet och en särskild prisnämnd skulle tillkomma inom den läkemedelskontrollerande myndigheten "oavsett om den i framtiden kommer att heta socialstyrelsens läkemedelsavdelning eller läkemedelsverket". Priskontrollen skulle läggas under denna myndighet i varje fall vad angick producentpriserna.

I fråga om prissättningen i industriledet innebar förslaget att såväl den svenska som den utländska industrin i princip skulle få frihet att själva prissätta sina produkter, så länge prisnivån för företagens sortiment som helhet inte översteg en viss överenskommen gräns. De svenska företagen hade att hålla sig inom ett överenskommet täckningsbidrag, med villkoret att prisnivån i Sverige fick överskrida prisnivån i vissa jämförelseländer endast om det förelåg godtagbara skäl härför. För de utländska företagen skulle detta senare bli ett huvudvillkor. Men friheten för företagen att själva ta ansvar för prissättningen på enskilda produkter var själva grundidén. Under en övergångsperiod borde dock denna frihet i någon mån begränsas.

Den priskontrollerande enheten skulle ha till uppgift att följa läkemedelsindustrins utveckling i Sverige och i utlandet, utvecklingen av import och export och hur denna påverkades av olika internationella överenskommelser, allt med särskild hänsyn till hur kostnader och priser kunde komma att påverkas. Enheten borde också studera de kostnadsmässiga aspekterna av samarbetet mellan läkemedelsindustri, universitetsforskning och sjukvård. Dessa utredningar borde vara av intresse inte bara för läkemedelsavdelningen utan också för andra hälsovårdsmyndigheter.

Med avseende på priskontrollen av läkemedel skulle det bli enhetens uppgift:

- att förbereda och inleda förhandlingar om, samt administrera långsiktsavtal med näringslivet,
- att göra bedömningar av läkemedelsprissättningens kort- och långsiktiga inverkan på de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna,
- att insamla och bearbeta de statistiska uppgifter, som behövs för internationella prisnivåjämförelser,
- att verka för ökad information om läkemedelspriser och stickprovsmässigt kostnadskontrollera läkarnas receptförskrivningar i samarbete med Apoteksbolaget och andra berörda myndigheter, samt
- att etablera nödvändiga kontakter med Apoteksbolaget, statens pris- och kartellnämnd, priskontrollerande myndigheter i utlandet samt internationella organisationer.

Sammanfattande innebar den föreslagna priskontrollen i tillverkningsledet följande.

Den produktvisa kontrollen skulle till stor del ersättas av en övergripande kontroll av totalt täckningsbidrag och prisnivåer på sortimenten. Priskontrollens syfte skulle vara att åstadkomma en allmän prispress men ändå

befrämja initiativ till effektivitetsförbättringar och kostnadssänkningar och ge företagen största möjliga handlingsfrihet. De närmare reglerna för kontrollen skulle fastställas genom avtal, som förhandlats fram av prismyndigheten och läkemedelsföretagen med iakttagande av följande principer:

Företagen får fritt prissätta enskilda produkter inom de ramar som nedan anges. För de tillverkande företagen i Sverige sker en kontroll av totalt täckningsbidrag, dvs. försäljningsintäkter med avdrag för direkta produktkostnader från försäljningen av farmaceutiska specialiteter exkl. rent veterinärmedicinska preparat i Sverige. Förhandlingar om täckningsbidragets storlek får föras utifrån en analys av företagens samkostnader och vinst. Avtalet bör innehålla regler om redovisningsprinciper, om hur stor del av samkostnaderna som skall täckas med bidrag från försäljningen i Sverige resp. från utlandsförsäljningen (export och utlandsproduktion) och från licenser, om hur täckningsbidraget skall tillåtas öka som en följd av ökning i verksamhetsvolymen och om i vilken utsträckning vinster genom rationalisering och ökad exportvolym skall påverka prissättningen i Sverige. Prisnivån i Sverige på resp. företags sortiment kontrolleras genom jämförelse med den prisnivå företagen håller på samma sortiment i vissa jämförelseländer. Jämförelsen bör baseras på grosshandelns inköpspriser. Prisnivån i Sverige bör inte tillåtas vara högre än i jämförelseländerna om inte företagen kan ange godtagbara skäl för detta t.ex. växelkursförändringar eller speciella kostnader för den svenska marknadens krav. Jämförelseländerna bör ha en marknadssituation motsvarande vår med egen forskande och exporterande läkemedelsindustri. För importföretagen kommer den internationella prisjämförelsen att vara den viktigaste delen av kontrollen.

Restriktioner angående prissättningen på enskilda produkter bör åtminstone under en övergångsperiod finnas beträffande dels hur högt priset på en enskild produkt maximalt får höjas per år eller under avtalsperioden, dels att nya synonymprodukter skall åsättas ett lägre pris under en introduktionsperiod.

Avtalen föreslås vara fleråriga och ange regler för årliga prisjusteringar, som baseras på det ekonomiska utfallet under det närmast föregående räkenskapsåret eller ett medeltal av de två–tre närmast föregående åren.

Eventuella tvister om avtalets tolkning skall hänskjutas till skiljenämnd.

Någon särskild kontroll av grossistledet ansågs inte vara påkallad.

När det gällde Apoteksbolagets prissättning lämnade utredaren frågan öppen huruvida kontrollen över denna borde handhas av den föreslagna prisenheten hos socialstyrelsen eller av statens pris- och kartellnämnd. Utredaren anförde:

När det gäller kontrollen av Apoteksbolagets prissättning ligger frågan till på ett annat sätt. Här har SPK genom sina erfarenheter från övriga detaljhandeln en obestridlig kompetens. Om man nu redan mer eller mindre har lovat nämnden att få ansvar för priskontrollen på läkemedel, så kan man som en kompromiss låta den ta hand om detaljhandelsledet. I sentimentala stunder har jag också funderat på en sådan lösning. Men gjorde man detta, skulle man inte uppfylla kommittédirektivens önskemål, att priskontrollen bör åvila en och samma myndighet, eller det som jag tycker ännu viktigare önskemålet att ansvaret för samhällets samtliga hälso- och sjukvårdskostnadsfrågor skall ligga hos ett och samma departement. Men de interdepartementala konflikter som skulle kunna uppstå, bör väl inte leda till någon katastrof. Jag lämnar frågan öppen. Under alla förhållanden kommer SPK liksom Apoteksbolaget att få en viktig uppgiftsinsamlande och rådgivande funktion gentemot den nyinrättade läkemedelsekonomiska enheten.

De framlagda förslagen har inte föranlett några åtgärder från statsmakternas sida.

## Utredningens överväganden

Läkemedelskostnaderna är en produkt av priset och volymen av försålda läkemedel. För såväl individ som samhälle är det betydelsefullt att de samlade läkemedelskostnaderna är så låga som möjligt. Därför bör priset på ett läkemedel inte betraktas isolerat utan måste ses i förhållande till de faktorer som påverkar volymen av läkemedelsförbrukningen. Dessa är i första hand behovet över huvud taget av ett visst läkemedel i en given situation, effekten av medlet, den tid det behöver användas samt dess roll för den totala behandlingskostnaden. Bedömningen av dessa faktorer förutsätter i sin tur en ingående kännedom om läkemedlets egenskaper. Hur grundlig denna kännedom är hos konsumenten eller den ordinerande läkaren är beroende av i vilken utsträckning saklig information är tillgänglig och utnyttjas. En av förutsättningarna för att minimera läkemedelskostnaderna är sålunda att läkemedelspriserna är skäliga, men skäligt pris är inte nödvändigtvis detsamma som att priset är lågt, inte heller att det är rimligt med hänsyn till framställningskostnaderna.

Det är mot denna bakgrund man måste se frågan om samhällets inflytande på prisbildningen inom läkemedelsområdet. Såväl i Sverige som i flera andra länder är det sedan ett par decennier en tendens att i stället för en teknisk priskontroll söka sig fram till en process som sammantaget medger en optimal läkemedelsanvändning till rimliga kostnader.

När läkemedelsförsörjningsutredningens betänkande remissbehandlades anmälde i varje fall tre remissorgan, nämligen näringsfrihetsombudsmannen, statens pris- och kartellnämnd samt Kooperativa förbundet att de var tveksamma till priskontroll över huvud taget. De hänvisade till allmänna erfarenheter av att priskontroll lätt kan motverka sitt eget syfte och menade att tillkomsten av Apoteksbolaget och den föreslagna statliga informationen om läkemedel borde ha större effekt i prispressande syfte. I prop. 1970:74 framhöll föredragande departementschefen att det var ostridigt att de av staten redan genomförda och de av utredningen därutöver föreslagna åtgärderna innebar att konkurrenssituationen väsentligen förändrades. Han tillade att situationen kunde framdeles bli så förändrad att man kunde överväga att slopa den särskilda prisgranskningen på läkemedel. Vad som föreslogs, och som också blev statsmakternas beslut, var att få till stånd en ordning där förhandlingar mellan Apoteksbolaget och läkemedelsfabrikanterna blev det normala men bibehålla kravet på att ett läkemedels pris skall vara skäligt för att registrering skall kunna ske. En föreskrift har förts in i tillämpningskungörelsen till läkemedelsförordningen av den innebörden att ett pris varom bolaget och producenten är ense i normalfallet skulle anses som skäligt.

Den principiella kritik som ibland riktats mot det nuvarande systemet har avsett att Apoteksbolaget inte samtidigt borde ha en myndighetsuppgift och bedriva kommersiell verksamhet. Under senare år har dock sådan kritik framförts alltmera sällan. Utredningen vill för sin del klart deklarera att

Apoteksbolaget inte har någon myndighetsuppgift inom detta område utan bolaget skall driva inköpsförhandlingar. I förhandlingarna mellan industrin som säljare och Apoteksbolaget som köpare har säljaren medinflytande över vad som skall betraktas som skäligt. Kan parterna inte enas kan säljaren hänskjuta frågan till socialstyrelsen för myndighetsprövning huruvida ett visst pris kan anses skäligt. Som nämnts har detta skett beträffande bara ett tiotal av ca 30 000 förhandlingsobjekt. Detta torde i varje fall visa att industrin accepterat proceduren och funnit Apoteksbolagets agerande rimligt.

Från mera allmänna utgångspunkter kan det i varje fall skenbara samförståndet möjligen uppväcka misstanken att Apoteksbolaget inte uppträder tillräckligt hårt som förhandlare utan accepterar onödigt höga läkemedelspriser. För att få en mätare i detta avseende har utredningen i den föregående redogörelsen anfört några sifferserier som försöker visa hur de svenska läkemedelspriserna ligger till vid en internationell jämförelse. Det måste starkt understrykas att sådana jämförelser kan vara behäftade med stora svagheter av en rad skäl som utredningen inte går in på närmare. Flera tecken tyder emellertid på att svenska läkemedelspriser väl tål en jämförelse med priserna i andra länder, även om Sverige sannolikt inte har de absolut lägsta priserna. I fråga om distributionskostnaderna synes Sverige ligga mycket lågt, kanske lägst.

En jämförelse mellan de totala läkemedelskostnaderna för olika år ger inte en lika positiv bild. Kostnadsutvecklingen mätt med faktiska utgiftssiffror är snabbare än prisutvecklingen mätt med indextalen. Detta behöver i och för sig inte vara någon motsägelse. Ytterligare kunskapsunderlag behövs emellertid för att tillfredsställande förklara denna företeelse och dess djupare innebörd.

Både svenska och utländska undersökningar bekräftar att läkemedelsförbrukningen stiger starkt med tilltagande ålder. Med den befolkningsutveckling som ganska länge ägt rum, kännetecknad av en ökande relativ andel av befolkningen i högre åldersgrupper, är det i och för sig naturligt om kostnaderna stiger redan vid oförändrade priser och självfallet i snabbare takt med stigande priser. Ser man emellertid till de senare årens receptstatistik visar denna ingen tendens till ökning utan snarare en minskning av antalet per år expedierade recipen. Mycket detaljerade studier av vilka de enskilda läkemedlen är som förbrukas i olika åldersgrupper och hur doseringarna påverkar den totalt förbrukade mängden skulle kunna ge värdefull information till ytterligare belysning av frågan.

Man vet att det sedan länge pågår en förskjutning mot användning av dyrare läkemedel. I betydande utsträckning kan det visas att det därvid rör sig om mera rationella läkemedel som inte sällan medför kortare vårdtider. Flera av de modernare läkemedlen, t.ex. de som används mot högt blodtryck, har inneburit ökade möjligheter till helt eller partiellt arbete under behandlingstiden. Det bör i detta sammanhang erinras om att, som nämns i kapitel 1, läkemedelskostnaderna har ökat i lägre takt än sjukvårdskostnaderna totalt.

Utredningen får anledning att i sitt fortsatta arbete ytterligare befatta sig med läkemedelskostnaderna. Enligt sina direktiv skall utredningen överväga dels om någon form av behovsprövning bör införas i registreringsprocedu-

ren, dels huruvida införandet av s.k. generisk förskrivning kan rekommenderas (jämför s. 204, första stycket). Båda dessa frågor är kopplade till önskemålet att hålla läkemedelskostnaderna så låga som möjligt. Utredningen återkommer också med vissa synpunkter på hela detta frågekomplex i kapitel 15.

Den nu företagna granskningen av prisbildningen på läkemedelsområdet har inte föranlett utredningen att påkalla någon ändring av de regler som i denna del gäller för Apoteksbolagets verksamhet. Införandet av det nuvarande förhandlingsförfarandet ser utredningen som en ordning där en insiktsfull sammanvägning sker av medicinska och farmacevtiska hänsynstaganden med samhällsekonomiska och företagsekonomiska synpunkter. Den arbetsfördelning som åtminstone tidvis tillämpats mellan Apoteksbolaget och SPK kan härvid innebära både fördelar och nackdelar. Med hänsyn till sina befogenheter och breda erfarenhet har SPK utan tvivel de bästa förutsättningarna att göra en företagsekonomisk granskning av ett visst företag. Resultatet av en sådan granskning kan vara ett värdefullt bidrag i slutförhandlingarna om ett visst läkemedelspris. Jämfört med de motiv för prisändringar som kan komma fram vid en strikt företagsekonomisk granskning kan emellertid från medicinska och sjukvårdsekonomiska synpunkter justeringar vara motiverade såväl uppåt som nedåt. I så fall måste Apoteksbolaget kraftfullt hävda de senare synpunkterna.

# 10 Apoteksbolaget och läkemedelsinformationen

## Bakgrund

Redan i sin inledande presentation av förslagen i prop. 1970:74 framhöll föredragande departementschefen att de inneslöt nya möjligheter att bedriva läkemedelsinformation i samhällets regi. Apoteksväsende och läkemedelskontroll i förening skulle medverka till en utbyggd läkemedelsinformation, obunden av producentintressen. I den del av departementschefsyttrandet som speciellt ägnades åt läkemedelsinformationen nämndes att frågan om denna informations omfattning, inriktning och betydelse då nyligen belysts av Nordisk läkemedelskommitté, av koncentrationsutredningen och av läkemedelsförsörjningsutredningen. Den samlade bilden var, att läkemedelsinformationen är av stor betydelse för konsumtionsmönstret, att läkemedelsindustrin gör stora satsningar på information, att samhällets insatser vid sidan därav är blygsamma och att behov av samordning föreligger.

I avtalet mellan staten och Apoteksbolaget om bolagets verksamhet ålades bolaget att verka för utvecklingen av en god information på läkemedelsområdet och för fortlöpande produktion av statistik över läkemedelsförbrukningens art och omfattning. Till tryggande av ett allsidigt samarbete i dessa frågor förband sig bolaget att utse och bestrida kostnaderna för en särskild nämnd med företrädare för, förutom bolaget, socialstyrelsen och sjukvårdens huvudmän samt därutöver framstående medicinsk, farmacevtisk och annan erforderlig sakkunskap. En sådan nämnd existerar under benämningen ANIS.

Frågan om läkemedelsinformationen till läkarna och sjukvården i övrigt samt till allmänheten blev sedermera föremål för en särskild utredning. Sålunda tillkallade dåvarande statsrådet Troedsson med stöd av ett regeringsbemyndigande den 15 juli 1977 en kommitté med fem ledamöter som i en rapport (DsS 1978:13) avgav sina synpunkter och förslag. Ett resultat av utredningens arbete var att ett särskilt läkemedelsinformationsråd inrättades 1980. Rådet har åtta ledamöter varav regeringen utser två, nämligen ordföranden och vice ordföranden. I övrigt utses en ledamot av envar av socialstyrelsen, konsumentverket, Landstingsförbundet, Apoteksbolaget AB, Läkemedelsindustriföreningen (LIF) och RUFI, Representantföreningen för utländska farmacevtiska industrier. Målet för rådets verksamhet är att öka läkemedelskunskapen i samhället och därigenom skapa förutsättningar för en bättre användning av läkemedel. Det ingår i

läkemedelsutredningens uppgifter att utvärdera rådets verksamhet. Detta uppdrag kommer att redovisas i ett senare betänkande.

Om bakgrunden till ANIS bör följande nämnas. Enligt överenskommelsen mellan staten och Apotekarsocieteten har denna grundat en Stiftelse för främjande av farmacins utveckling m.m. med ett kapital av 15 Mkr. Stiftelsens kapital har använts för aktieteckning i Apoteksbolaget, där stiftelsen äger en tredjedel. Avkastningen av stiftelsens egendom skall enligt överenskommelsen tillföras en organisationsenhet med uppgift att bl.a. främja information och statistik på läkemedelsområdet. Läkemedelsförsörjningsutredningen hade föreslagit att denna enhet skulle bestå av ett självständigt läkemedelsinstitut bekostat av stiftelsens avkastning samt genom speciella avgifter på försäljningen av farmacevtiska specialiteter. Institutet skulle främja och samordna en av producentintressen obunden information. Det skulle få en budget av omkring 8 Mkr vid starten. Institutet självt skulle endast ha ett fåtal anställda. Huvuduppgiften skulle vara att initiera och samordna. Mera omfattande arbeten skulle läggas ut som beställningsuppdrag hos bl.a. universiteten. Som exempel på åtgärder nämndes inrättande av två professurer – en i komparativ farmakologi och en i farmacevtisk infomationsbehandling – anordnande av symposier och kurser, anställande av konsulter i läkemedelsfrågor för tjänst vid sjukhus m.m. Vid remissbehandlingen av detta förslag gavs stor anslutning till behovet av de föreslagna åtgärderna. Däremot gick meningarna isär då det gällde frågan hur behovet bäst skulle tillgodoses.

Föredragande departementschefen sade sig vara övertygad om att ökade insatser behövdes från samhällets sida för att främja en obunden läkemedelsinformation och förordade åtgärder från såväl socialstyrelsens som Apoteksbolagets sida. Härvid var tillkomsten av den nämnd som sedermera fått namnet ANIS en del av förslaget. Styrelsen för Apoteksbolaget borde vid sina priskalkyler ta hänsyn till att erforderliga medel skulle kunna ställas till förfogande för information och statistik. Det borde vara bolagets sak att bedöma vilka avsättningar som behövdes. Med ett räkneexempel visades vilken obetydlig effekt verksamheten skulle få på läkemedelspriserna. Även om ett så begränsat bidrag som 0,5% av omsättningen skulle avsättas innebure detta att 7 Mkr skulle stå till förfogande. Därtill kom beräknade 0,75 Mkr från stiftelsen.

## Basala resurser och aktiviteter

De naturliga förutsättningarna för Apoteksbolagets medverkan i läkemedelsinformationen har sin grund i att bolaget i sin verksamhet har fler kontakter med allmänheten än någon annan institution inom hälso- och sjukvården, att bolagets personal kommer i kontakt med praktiskt taget alla läkare, tandläkare och veterinärer samt med en stor del av den övriga medicinalpersonalen i landet, att bolagets personal, som finns över hela landet, i stor utsträckning har god kompetens för att medverka inom väsentliga delar av läkemedelsinformationen samt att bolaget enligt avtalet med staten skall ställa ekonomiska resurser till förfogande för ändamålet.

Det har beräknats att apoteken har ca 60 miljoner kundkontakter per år.

Bolaget uppger att av dessa föranleder ca 25 miljoner någon form av informationsinsats. Den procentuella fördelningen av arten av information berör tidsmässigt 60% allmänna upplysningar, 13% praktiska användningsanvisningar, 21% information om läkemedlets effekt och 6% övrigt.

Inom Apoteksbolaget har formulerats vissa riktlinjer för apotekens information. Enligt dessa gäller följande grundregler:

1. Informationen skall kännetecknas av saklighet och vederhäftighet. Den skall följa de regler och överenskommelser på området, som myndigheter och sjukvårdshuvudmän står bakom, och skall vara i överensstämmelse med vedertagna uppfattningar på de farmacevtiska och medicinska områdena.
2. Informationen skall vara obunden av producentintressen och får inte vara ogrundat konsumtionsökande.
3. Apotekspersonalen är underkastad tystnadsplikt och får inte uppge vad den erfar om den enskildes personliga förhållanden. Detta utesluter inte upplysning till läkare för att förhindra t.ex. dubbelförskrivning.

Informationsverksamheten på det enskilda apoteket skall, inom ramen för de allmänna reglerna, anpassas till lokala förhållanden på sjukvårdsområdet. Informationen skall därvid om möjligt utformas i samförstånd med lokal läkemedelskommitté eller liknande och berörda läkare.

Det framhålles i riktlinjerna att apotekens läkemedelsinformation syftar till att åstadkomma en ökad förståelse för och kunskap om läkemedelsanvändningen. Därigenom skall apoteken bidra till ett gott behandlingsresultat.

Till stöd för informationsverksamheten på fältet förekommer flera centrala aktiviteter. I första hand rör det sig om litteraturservice från biblioteken vid den centrala informationsavdelningen och centrallaboratoriet samt uppgifter från statistikproduktionen. Antalet frågor från apoteken till Apoteksbolagets centrala informationsavdelning är i genomsnitt 50 per dag. Kontakterna avser utländska specialiteter (ca 35%), svenska läkemedel (ca 10%), allmänna farmakologiska frågor (ca 10%), författningsfrågor (ca 25%), och litteraturfrågor (ca 10%). Av litteraturfrågorna uppges många fordra kvalificerat sökningsarbete. Centrallaboratoriet har ett 15-tal frågor per dag som främst har kemisk men ofta även mikrobiologisk anknytning. Av centrallaboratoriets frågor kommer 25% från sjukhusapoteken.

"Aktuellt om läkemedel" är en skriftserie som innehåller sammanfattningar av vetenskapliga artiklar angående läkemedel i medicinska tidskrifter. Den utges av informationsavdelningen och distribueras via sjukhusapoteken till sjukhusens kliniker. Urvalsarbetet görs i samarbete med Klinisk farmakologiska institutionen vid Huddinge sjukhus och Farmacevtiska centralen, Södersjukhuset.

Den statistik som produceras av Apoteksbolaget ger kunskap om vilka läkemedel som försäljs, var de försäljs, mottagargrupperna fördelade på ålder och kön m.m. I fråga om den slutna vården bearbetas statistiken klinikvis. Källor för bolagets statistikproduktion är detaljerade data om inleveranserna till apoteken samt utleveranser till enskilda och sjukhusen. Vidare bearbetas kontinuerliga stickprov av hela receptmassan mera detaljerat. Materialet från den tidigare nämnda diagnos– receptundersök-

ningen redovisar diagnosprofil för läkemedel, läkemedelsprofil för olika sjukdomar samt patienternas ålder och kön.

## Information till läkare och andra kvalificerade grupper

### Utgivning av Läkemedelsboken

Fyra upplagor har kommit ut av en av Apoteksbolaget publicerad terapihandbok, kallad Läkemedelsboken. Den har kommit ut vartannat år sedan den första upplagan gavs ut i maj 1977. Boken går ut i en upplaga av 100 000 exemplar och delas ut kostnadsfritt till läkare, sjukhus och institutioner.

Läkemedelsboken vänder sig i första hand till öppenvårdsläkaren, således icke-specialisten, och är avsedd för praktiskt terapeutiskt handledande.

I boken diskuteras – i ett 50-tal kapitel – läkemedlen uppdelade efter indikationsområden. Vart och ett av kapitlen består av en terapiöversikt och ett preparatavsnitt. Terapiöversikterna, som är författade av inom respektive område speciellt kunniga svenska läkare, utmynnar i rekommendationer beträffande preparatgrupp eller enskilt preparat.

Förutom de kapitel som avhandlar de olika läkemedelsgrupperna förekommer också allmänna kapitel som bl.a. tar upp läkemedelsbehandling under amning, hos barn, hos åldringar och hos gravida kvinnor. Vidare behandlas farmakokinetik, akuta förgiftningar och motgifter samt läkemedel vid bl.a. nedsatt njur- och leverfunktion.

### Aktiv medverkan i läkemedelskommittéerna

Ursprunget till läkemedelskommittéerna var ett uttalat behov av rekommendationer för preparatval inom den slutna sjukvården för att underlätta den enskilde läkarens val av läkemedel och för att rationalisera läkemedelshanteringen på sjukhusen. Den första läkemedelskommittén i landet tillsattes 1961 vid Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet. Sedan dess har ungefär 130 läkemedelskommittéer tillkommit.

Sammansättningen av läkemedelskommittéerna varierar. Vanligen består majoriteten av läkare med speciellt intresse och kunnande inom läkemedelsområdet. I regel fungerar apotekare och i vissa fall receptarier från sjukhusapotek som kommittéernas sekreterare.

Tyngdpunkten i arbetet ligger alltjämt inom den slutna vårdens område men ett stort antal läkemedelskommittéer har numera representanter för öppen vård.

Utarbetandet av rekommenderande preparatlistor har hittills dominerat läkemedelskommittéernas arbete. I ökande utsträckning har dock kommittéerna engagerat sig även i andra uppgifter, såsom läkemedelsrutinerna på vårdavdelningarna och samordningen av läkemedelsindustrins muntliga information.

Vid läkemedelskommittéernas arbete och uppföljning av deras rekommendationer utgör förbrukningsstatistiken en viktig faktor. Först genom de senaste årens utvecklade förbrukningsstatistik har resultatet av rekommen-

dationerna kunnat följas upp. Det har då visat sig att följsamheten till läkemedelsrekommendationerna inom sluten vård vanligen är mycket hög.

På Apoteksbolagets huvudkontor tas årligen fram sammanställningar, som jämför olika sjukhus under en femårsperiod. I dessa sammanställningar redovisas läkemedelskostnad per vårddag, antalet dygnsdoser, antal förpackningar samt belopp och procentuella förändringar mellan åren.

I Apoteksbolagets Läkemedelsboken anges numera vid de olika preparaten i vad mån de rekommenderats av regionala läkemedelskommittéer och i så fall av vilken eller vilka. Öppenvårdsapoteken medverkar i allt större utsträckning till att föra ut läkemedelskommittéernas rekommendationer i den öppna vården. Ett närmande till varandra av den läkemedelsanvändning som sker i öppen och sluten vård sker också via de informationsapotekare som finns inom var och en av Apoteksbolagets apoteksgrupper. Dessa informationsapotekare har utbildats under medverkan av medicinsk och klinisk expertis vid undervisnings- och regionsjukhusen. Avsikten är att informationsapotekarna skall få kunskaper om och motiv för läkemedelsval av expertis inom sin egen sjukvårdsregion. Dessa kunskaper skall sedan användas vid diskussioner om läkemedelsval inom det egna sjukvårdsdistriktet.

Informationsapotekarna i grupperna deltar i regel också i läkemedelskommittéernas arbete via ledamotskap eller adjungering.

## Terapikonferenser och symposier

Apoteksbolagets nämnd för information och statistik initierade 1974 s.k. terapikonferenser som ordnades i samverkan med sjukvårdshuvudmännen. Det rörde sig om muntliga genomgångar och diskussioner med den öppna vårdens läkare kring läkemedelskommittéernas preparatrekommendationer och tankegångarna bakom dessa. Terapikonferenserna ingick som ett led i den efterutbildningsverksamhet som sjukvårdshuvudmännen på några håll i landet ordnade för öppenvårdsläkarna.

Erfarenheter från en relativt regelbunden verksamhet i Göteborg, Norra Älvsborgs län och Norrbottens län låg till grund för en utvidgad och systematiserad försöksverksamhet som började 1976 och bedrevs av Apoteksbolaget, Landstingsförbundet och socialstyrelsen gemensamt. Drygt 60 konferenser genomfördes.

I syfte att nå flera deltagare och aktivera till diskussion om läkemedelsvalet lokalt ändrades inriktningen på terapikonferenserna så småningom. Vid centralt ordnade upptaktskonferenser har ett speciellt utarbetat utbildningsmaterial diskuterats med en grupp deltagande läkare som sedan genomfört lokala terapikonferenser i sina landstingsområden eller sjukvårdsdistrikt. De första konferenserna av detta slag genomfördes hösten 1982. Ämnet var Farmakoterapevtiska principer vid behandling av urinvägsinfektioner. Därefter har ytterligare två konferensserier hållits. Den ena avsåg läkemedel till gravida kvinnor och den andra behandling av diabetes. För utarbetandet av kursmaterialen har arbetsgrupper tillsatts med hög medicinsk kompetens. Projektet har drivits i samarbete med Landstingsförbundet, socialstyrelsens läkemedelsavdelning, Svensk förening för klinisk farmakologi och Svensk

distriktsläkarförening.

Totalt har mellan 800 och 1 000 personer från större delen av landet deltagit. En fortsatt verksamhet planeras.

### Medverkan i lokal utbildning

På åtskilliga håll i landet har man under senare år etablerat samarbete lokalt mellan apoteken och sjukvårdens organ för löpande utbildningsverksamhet. Det har bl.a. rört sig om allmän läkemedelsutbildning för sjukvårdspersonal som information om vissa läkemedel eller grupper om läkemedel. Eftersom den kvalificerade farmacevtiska personal som medverkat finns tillgänglig på orten för andra huvuduppgifter har sådana arrangemang kunnat komma till stånd.

## Information till allmänheten

### Kundinformation i apoteken

I kapitel 7 har lämnats en redogörelse för den information som normalt ges till apotekens kunder vid läkemedelsinköp. Därvid har bl.a. nämnts de användaranvisningar och behandlingsanvisningar som finns eller är under utarbetande. Vidare har nämnts de råd om egenvård som ges i foldrar, broschyrer och kundtidningen "Apoteket", som alla tillhandahålls i apotekslokalerna. Detaljer om denna information upprepas inte här.

### Riktad information till speciella avnämargrupper

Apoteksbolaget har producerat informationsmaterial om läkemedel för speciella avnämargrupper och bolagets personal har i viss utsträckning varit engagerad i riktad utbildning för sådana grupper. Det har varit frågan om skolungdom, studieförbund, patienter på sjukhus, kommunal hemvårdspersonal, pensionärsföreningar och idrottsförbund. Om denna verksamhet har utredningen inhämtat följande.

Apoteken har i ökad utsträckning engagerats i läkemedelsinformation i skolorna. Speciellt ökade apotekens engagemang i samband med att Apoteksbolaget, efter framställning av läkemedelsinformationsrådet, producerade ett utbildningsmaterial för grundskolans högstadium kallat "Läkemedel hur funkar dom?". Under läsåret 1982/83 deltog apotekspersonal i undervisning i omkring 40% av alla klasser i årskurs 9. Närmare 50 000 tonåringar nåddes av utbildningen. Under våren 1984 påbörjades via apoteken distribution av ett nytt utbildningspaket avsett för lågstadiet. Ca 10 000 exemplar har producerats. Vidare är ett material för mellanstadiet under planering.

Apoteksbolaget överlämnade hösten 1979 till samtliga studieförbund med rikspridning ett material till en studiecirkel för allmänheten med namnet "Våra läkemedel". Under de senaste tre åren har något hundratal studiecirklar, om 9 x 3 timmar, med detta material som stöd anordnats i studieförbundens regi. Materialet har, i reviderat skick, ånyo sänts till

studieförbunden under april 1984.

En videofilm – "Fråga om din medicinering" – har producerats för visningar på vårdavdelningar. Avsikten är att ge patienterna sådana kunskaper att de har större praktiska möjligheter att fråga avdelningssköterska och läkare om sin medicinering.

Enligt Apoteksbolagets informationsriktlinjer ska apoteken verka för att kommunal vårdpersonal, t.ex. hemsamariter, får lämplig information och utbildning kring läkemedel och läkemedelshantering. Apoteken har i de flesta kommuner återkommande information för den kommunala hemvårdspersonalen. Ett kompendium har utarbetats för de apoteksanställda som har hand om informationen till hemvårdspersonalen.

Ett bildmaterial – "Råd om medicinering" – finns som underlag för information till pensionärer. En arbetsgrupp har nyligen tillsatts inom Apoteksbolaget med uppgift att se över behovet av ytterligare informations- och utbildningsmaterial för de äldre åldersgrupperna.

Apoteksbolaget producerade 1981 i samarbete med Riksidrottsförbundet en tidning om doping avsedd för aktiva idrottare. Under våren 1984 har ett kompendium om doping producerats, avsett för tränare och ledare. Informationen har dels avsett riskerna med dopingmedel använda i syfte att nå bättre idrottsresultat, dels har den gällt sådana läkemedel som finns på dopinglistor men som är av stor betydelse för att undvika ohälsa. Det gäller framförallt allergi- och astmamedel.

## Utredningens överväganden

I ett senare betänkande kommer utredningen att utförligt behandla problematiken kring läkemedelsinformationen och särskilt frågan om en ytterligare förstärkning av den probleminriktade informationen (jfr. kap. 2). Utredningen har därför inte för avsikt att nu gå i någon detaljgranskning av de informationsaktiviteter som förekommer i Apoteksbolagets regi och som i korthet refererats i detta kapitel.

Allmänt vill emellertid utredningen konstatera att den relativt omfattande verksamhet Apoteksbolaget utvecklat i fråga om läkemedelsinformation står helt i samklang med de intentioner statsmakterna hade när beslut fattades om att bilda bolaget. Att Apoteksbolaget även framgent bör ha ett stort ansvar i fråga om läkemedelsinformation framgår klart av direktiven för läkemedelsutredningen.

Det aktiva stöd i läkemedelskommittéernas arbete som Apoteksbolaget lämnar centralt, regionalt och lokalt har varit väsentligt för verksamhetens utveckling. Utredningen anser det angeläget att detta stöd fortsätter.

Läkemedelskommittéerna har hittills haft sin största betydelse inom den slutna vården. Av såväl medicinska som ekonomiska skäl ter det sig angeläget att läkemedelskommittéerna får ökad genomslagskraft även inom den öppna vården, där inte mindre än ca 80% av läkemedelsförbrukningen sker. De initiativ som tagits inom Apoteksbolaget i syfte att påverka utvecklingen i denna riktning är lovvärda och bör fortsätta. Detsamma gäller utgivandet av den terapihandbok som under benämningen Läkemedelsboken redan utkommit i fyra upplagor.

Det är närmast en självklarhet att Apoteksbolaget med sin täta förgrening över hela landet har en unik position då det gäller information till allmänheten. Enligt utredningens mening har bolaget väl tagit till vara sina möjligheter i detta avseende.

# 11 Den slutna vårdens läkemedelsförsörjning

## Bakgrund

Jämfört med många andra länder hade sjukhusfarmacin i Sverige länge en svag ställning. Apotekare förekom endast vid ett fåtal sjukhus. De förfogade oftast över en liten personal och de lokaler de hade tillgång till var små och tekniskt mindre väl rustade. Det stora flertalet sjukhus erhöll sina läkemedel från apotek i orten och sjuksköterskor ansvarade för distributionen inom sjukhusen och i viss utsträckning också för tillredning av en del läkemedel. Det var för övrigt först 1938 som någon författningsmässig reglering kom till stånd om läkemedelsförsörjningen inom den slutna vården. Detta skedde som en direkt följd av en svår läkemedelsolycka vid ett sjukhus i Stockholm.

En pionjärgärning utfördes vid Karolinska sjukhuset i Stockholm dit det statliga Militärapoteket lokaliserades 1940 för att tillika fungera som sjukhusapotek. Med personella och tekniska resurser som dittills varit okända inom svensk sjukhusfarmaci utvecklades ett omfattande och djupgående samarbete mellan apoteket och ett flertal av sjukhusets kliniker. Tillverkning i stor skala förekom för såväl sjukhusets som krigsmaktens behov. En liknande utveckling skedde så småningom vid Södersjukhuset i Stockholm, där sjukhusapoteket under 1960-talet utvidgades till att bli en farmacevtisk central.

En vändpunkt kom i och med statsmakternas ställningstaganden till sjukhusfarmaci vid behandling av frågan om ny läkemedelslagstiftning 1962.

I proposition 1962:184 med förslag till läkemedelsförordning m.m. föreslog föredragande departementschefen, statsrådet Johansson, att de större sjukhusen, främst undervisnings- och regionsjukhusen, borde utrustas med farmacevtiska avdelningar. Dessa avdelningar skulle inte bara ha till uppgift att förse klinikerna med läkemedel för den dagliga sjukvården utan skulle också ha resurser för att från farmacevtiska utgångspunkter deltaga i forskningsarbetet på läkemedelsområdet och i övrigt medverka vid lösningen av sjukhusproblem, som står läkemedelsfrågorna nära. Som exempel på sådana angavs problemställningar på steriliseringsteknikens område.

Även för den praktiska sjukvården borde, angavs det i propositionen, tillgång till farmacevtisk kunskap vara av stort värde. Samordningen mellan medicin och farmaci på Karolinska sjukhuset, som enligt såväl sjukhusledning som läkare och apotekare hade varit till allas fördel gavs som exempel.

Slutligen påpekades att förutsättningen var att sjukhusapoteken hade tillräckliga personella, lokalmässiga och instrumentella resurser.

I propositionen föreslogs vidare att sjukhusen, i viss utsträckning och på vissa villkor, skulle kunna medges rätt att genom egna sjukhusapotek svara för sin läkemedelsförsörjning. Endast få sjukhus kom att utnyttja denna möjlighet. Stockholms stad gjorde redan 1963 en framställning om att få driva apotek vid fyra av stadens sjukhus och 1965 övertogs sjukhusapoteken vid Södersjukhuset och Sabbatsbergs sjukhus av Stockholms stad. Därefter inrättades under slutet av 1960-talet fristående sjukhusapotek vid ytterligare tre av Stockholms stads sjukhus, nämligen S:t Erik, S:t Göran och Serafimerlasarettet. Utanför Stockholm tillkom självständiga sjukhusapotek vid Centrallasarettet i Västerås och Lillhagens sjukhus i Göteborg. Vid Apoteksbolagets bildande fanns således sju fristående sjukhusapotek som drevs av sjukvårdshuvudmännen. Vidare fanns ytterligare 22 sjukhusapotek som drevs av apotek på orten.

De ökade kraven på den sjukhusfarmacevtiska verksamheten medförde att nya initiativ togs för en samordning av farmaci och medicin. Fler och fler farmacevter kom att söka sig till sjukhusen och riktvärden avseende bemanningen av sjukhusapoteken sattes upp. Sålunda uppskattades i utredningar som gjordes hos SPRI och Apotekarsocieteten behovet vid undervisningssjukhusen till fem apotekare, fem receptarier och 20 personer tillhörande gruppen övrig personal. Motsvarande siffor för sjukhusapotek vid centrallasarett om ca 750 vårdplatser angavs till två apotekare, två receptarier och ca 10 övriga.

Läkemedelsförsörjningsutredningen föreslog att i normalfallet skulle vid ett sjukhus finnas antingen en farmacevtisk avdelning eller ett sjukhusapotek. Den farmacevtiska avdelningen skulle förfoga över personal, utrustning och lokaler som medgav att den inte bara kunde förse vårdavdelningarna med läkemedel för den dagliga sjukvårdens behov utan också kunde medverka till att rationell läkemedelsterapi tilllämpades inom sjukhuset.

Vid sjukhus, som inte hade farmacevtiska avdelningar, skulle enligt utredningen finnas sjukhusapotek. Dessa skulle distribuera läkemedel inom sjukhuset och i övrigt på ett efter förhållandena lämpligt sätt biträda beträffande sjukhusets läkemedelsförsörjning.

Utvecklingen inom sjukhusfarmacin har under de senaste 15 åren gått snabbt. Det gäller såväl ökningen av antalet sjukhusapotek och bemanningen av dessa, som apotekens uppgifter. Således finns nu ca 130 sjukhusapotek i landet och bemanningen av dessa stämmer i stort med de tidigare angivna riktlinjerna.

För att uppfylla kraven på samarbete mellan farmaci och medicin inleddes tidigt informella kontakter mellan Apoteksbolaget och landsting samt kommuner utanför landsting. 1972 bildades en central nämnd (Samarbetsnämnden för sjukhusens läkemedelsförsörjning) mellan Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Apoteksbolaget. Nämndens huvuduppgift är att ge förslag till avtal mellan bolaget och landstingen.

## Institutionella förhållanden

Enligt lagen om detaljhandel med läkemedel har staten eller juridisk person i vilken staten äger ett bestämmande inflytande ensamrätt till detaljhandel med läkemedel. Staten har överlåtit denna ensamrätt till Apoteksbolaget AB. Med detaljhandel avses i lagen försäljning till annan än tillverkare av läkemedel för dennes rörelse eller återförsäljare. Även inköpen av läkemedel till sjukhusen skall således ske genom Apoteksbolaget (jfr. kap. 3).

Kungörelsen (1970:738) angående läkemedelsförsörjningen vid sjukvårdsinrättningarna anger att vid sjukvårdsinrättningar skall finnas särskilda anordningar för att tillgodose läkemedelsförsörjningen inom inrättningen. Om verksamheten vid sjukvårdsinrättningen är uppdelad på flera avdelningar bör det finnas dels avdelningsförråd med läkemedel för den dagliga sjukvården inom avdelningen, dels sjukhusapotek för avdelningsförrådens gemensamma behov.

Enligt gällande regler skall sålunda alla inköp av läkemedel till sjukhusen ske via Apoteksbolaget. Läkemedelsförsörjningen inom sjukhuset får sjukvårdshuvudmannen däremot ordna enligt eget gottfinnande.

Sedan 1973, då driften av sjukhusapoteken vid Centrallasarettet i Västerås och Lillhagens sjukhus i Göteborg övertogs av Apoteksbolaget, ansvarar bolaget enligt överenskommelse med respektive sjukvårdshuvudman för sjukhusens läkemedelsförsörjning inom 22 av landets 23 landsting ävensom de utanför landsting stående Gotlands, Göteborg och Malmö kommuner. Stockholms läns landsting (SLL) har en egen organisation för sjukhusens läkemedelsförsörjning.

Vid 33 region- och länssjukhus samt vid 67 länsdelssjukhus och andra sjukhus finns nu apotek i Apoteksbolagets regi. Av dessa 100 sjukhusapotek har 95 apotek även försäljning till allmänheten. Till detta kommer att i storleksordningen 300 apotek för öppen vård har större eller mindre sjukhusleveranser till små sjukvårdsinrättningar. Totalt finns vid Apoteksbolagets 100 sjukhusapotek 115 apotekare, 180 receptarier, 385 apotekstekniker och 90 övrig personal. Härutöver tillkommer personal vid expeditionsapoteken, som 1983 uppgick till 35 apotekare, 145 receptarier och 230 apotekstekniker. Av de 35 apotekartjänsterna är 12 informationsapotekartjänster, fördelade på 24 halvtidstjänster.

I läkemedelsförsörjningen inom Stockholms läns landsting deltar 31 sjukhusapotek förutom Farmacevtiska centralen vid Södersjukhuset. Dessa är uppdelade i två kategorier, sjukhusapotek (A) vid sju större akutsjukhus samt 24 sjukhusapotek (R), i huvudsak de f.d. centralförråden, vid andra sjukvårdsinrättningar. Förutom dessa 31 sjukhus med sjukhusapotek finns det ett stort antal mindre sjukvårdsinrättningar som saknar egna sjukhusapotek. Flertalet sjukhus inom Stockholms läns landsting levererar därför läkemedel även till enheter utanför det egna sjukhuset. De 31 sjukhusapoteken bemannas med 13 apotekare, 45 receptarier och 56 apotekstekniker.

Vid en del av sjukhusapoteken runt om i landet har flera apotekartjänster kunnat besättas med personer med vetenskaplig kompetens. I början av 1970-talet fanns endast ett par apotekare med doktorsexamen eller motsvarande engagerade på sjukhusapotek mot ett 30-tal för närvarande.

# Särdrag hos den slutna vårdens läkemedelsförsörjning

## Inledning

I stort sett samma läkemedelssubstanser och beredningsformer används inom sluten och öppen vård. Dock finns på grund av särdragen hos den slutna vården variationer i användningen av såväl de olika substanserna som olika beredningsformer och förpackningar av dessa substanser.

Som exempel på skillnaden kan följande data nämnas. Den farmakologiska gruppen hjärt- och kärlmedel samt diuretika utgjorde 1983 inom den öppna vården 22,7% (ekonomiskt värde) av de receptförskrivna läkemedlen. Motsvarande siffra inom den slutna vården var 3,4%. Medel för parenteral nutrition samt vid elektrolytvätske-balansrubbningar används i mycket obetydlig omfattning inom den öppna vården men utgjorde 1983 hela 17,2% av den slutna vårdens läkemedel. Detsamma gäller antiseptika, desinfektionsmedel, spollösningar och tekniska hjälpmedel. Inom den öppna vården används de i mycket liten utsträckning men utgjorde 1983 i ekonomiskt avseende 12,4% av den slutna vårdens läkemedel. Speciellt karakteristiskt för den slutna vården är diagnostiska medel. De utgjorde 4,3% av den slutna vårdens läkemedel 1983. Motsvarande gäller för narkosmedel och reagenser för laboratoriebruk.

Vid behandling med läkemedel på sjukhus står patienten under direkt uppsikt av läkare och övrig sjukvårdspersonal. Detta innebär att behandlingen blir säkrare eftersom personalen lätt kan förvissa sig om att patienten får ordinerat läkemedel i rätt dos. Närkontakten med den sjukvårdande personalen gör vidare att om patienten reagerar överkänsligt på läkemedlet eller behandlingen på annat sätt visar sig olämplig kan denna genast avbrytas eller annat läkemedel sättas in.

Behandling på sjukhus möjliggör också att vissa speciella administreringssätt, t.ex. intravenösa injektioner och infusionsterapi, kan användas rutinmässigt.

Sjukvård vid sjukhus ger stora möjligheter till standardisering och begränsning av läkemedelssortimentet. Den därmed ökade enhetligheten i läkemedelsförbrukningen bör medföra en säkrare och rationellare läkemedelshantering.

## Speciella arbetsuppgifter

Arbetsområdena steriliseringsteknik, analysverksamhet och radiofarmaci inrymmer flera speciella uppgifter som är av särskild betydelse inom den slutna vården.

Vid vissa sjukhus, bl.a. vid den Farmacevtiska centralen vid Södersjukhuset ansvarar chefsapotekaren för all steriliseringsteknisk verksamhet. Sjukhusapotekens medverkan inom radiofarmacin har under senare år ökat kraftigt. I allt större utsträckning förser numera apoteken sjukhusen med de radiofarmacevtiska preparat de har behov av.

Den analytiska verksamheten har många tillämpningsområden. Det kan t.ex. röra sig om läkemedelsanalys i biologiskt material eller analytisk kontroll av serietillverkade produkter. I vissa fall har sjukhusapotekens

analytiska kompetens även tagits i anspråk för uppgifter utanför själva läkemedelsområdet.

En viktig uppgift har apotekarna vid sjukhusen i sin medverkan inom läkemedelskommittéerna. Som nämnts i kapitel 10 har sådana kommittéer inrättats vid omkring 130 sjukhus sedan den första kommittén etablerades vid Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet för mer än 20 år sedan. Vid sjukhusen torde det vara en genomgående regel att sjukhusapotekaren fungerar som sekreterare i dessa kommittéer.

Läkemedelskommittéerna har aktivt bidragit till att rationalisera och effektivisera läkemedelsterapin inom den slutna vården. Med stöd av apotekens inleveranser till avdelningar och kliniker producerar Apoteksbolaget en detaljerad statistik som tillhandahålls sjukhusen. Genom denna är det möjligt att följa hur utfärdade rekommendationer efterlevs. För jämförelse sjukhusen emellan tjänar en komparativ statistik över läkemedelskostnaderna under den senaste femårsperioden vid olika sjukhus. Förutom att den totala läkemedelskostnaden för respektive sjukhus anges presenteras även kostnaden per vårddag för hela sjukhuset och uppdelat på olika kliniker. Vidare anges läkemedelskostnaden per farmakologisk grupp och kostnaden för vissa enskilda preparat och preparatgrupper. Slutligen redogörs även för antalet dygnsdoser och antalet förpackningar. En motsvarande statistik produceras inom SLL för de egna sjukhusens behov.

## Medverkan i forskningen

I början av 1970-talet utvecklades vid Militärapoteket en bioanalytisk forskning som med förhållandevis små resurser nådde goda resultat genom samarbete inte bara med specialister vid Karolinska sjukhuset utan också med forskare vid farmacevtiska fakulteten vid universitet i Uppsala. I samband med utredningen angående samordning av civil och militär läkemedelsförsörjning diskuterades ingående den vid Militärapoteket bedrivna forskningsverksamheten och dess betydelse inte minst för Karolinska sjukhuset. Utredningen framhöll vikten av att de befintliga forskningsresurserna vid Militärapoteket togs till vara och utvecklades inom Apoteksbolaget.

Den inom Apoteksbolaget bedrivna läkemedelsforskningen med klinisk anknytning har efter hand utvecklats och bedrivs nu framför allt vid Apoteksbolagets centrallaboratorium (ACL) och vid sjukhusapoteken vid följande sjukhus nämligen Akademiska sjukhuset i Uppsala, Karolinska sjukhuset, Regionsjukhuset i Linköping, Lasarettet i Lund, Malmö allmänna sjukhus, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg samt Ulleråkers sjukhus i Uppsala.

Vid Karolinska apoteket och ACL är totalt ett 20-tal personer, varav ca 10 med doktorsexamen, i större eller mindre utsträckning involverade i forskningsverksamheten. Vidare deltar de regionala informationsapotekarna. I deras arbetsuppgifter ingår, förutom forskning, bl.a. undervisnings- och informationsverksamhet. Forskningen vid de nämnda sjukhusapoteken baseras på att tjänster som informationsapotekare och/eller apotekschef kunnat besättas med vetenskapligt högt kvalificerade apotekare.

Den basala forskningen är främst inriktad på äldre läkemedel där modernare dokumentation, beträffande t.ex. farmakokinetik och metabolism saknas. Forskningen sker i nära samarbete med kliniker vid respektive sjukhus. Den nära anknytningen till kliniska forskningscentra, vid vilka kliniska läkemedelsprövningar av nya läkemedel huvudsakligen sker, har inneburit att vissa samarbetsprojekt har etablerats med läkemedelsindustrin. Kraven för att sådana projekt skall tas upp är att de skall passa in i den verksamhet, som redan bedrivs vid laboratoriet samt att kostnaderna täcks av respektive läkemedelsindustri.

Exempel på läkemedelsgrupper som bearbetats vid ACL och de olika sjukhusapoteken är cytostatika, analgetika och anestetika, hypnotika, sedativa, ataraktika, antiepileptika, hypertonimedel och medel mot psoriasis.

## Läkemedelsbehov och varuförsörjning

### Läkemedelsförbrukningen

Tidigare har påpekats att vissa beredningsformer och förpackningar av läkemedel har speciellt stor åtgång inom den slutna vården. Detta gäller bl.a. infusionslösningar och spolvätskor. Tabell 35 visar förbrukningen av dessa vätskor under 1983.

En total bild av större delen av läkemedelsförbrukningen i den slutna vården ges i tabell 36, där förbrukningen är angiven värdemässigt.

### Tillverkning

En icke försumbar del av de läkemedel som sjukhusen behöver tillverkades tidigare vid sjukhusapoteken.

Även om vissa sjukhusapotek ända in i början av 1980-talet hade en omfattande egen tillverkning av t.ex. desinfektionsmedel och lösningar för dialys fanns tendenser till ändrad inriktning redan på 1960-talet. Den då vanliga rutintillverkningen av läkemedel på sjukhus har därefter successivt ersatts med industriellt tillverkade preparat. Vid sjukhusapoteken framställs de ex tempore preparat och speciella beredningar respektive sjukhus har behov av. Denna utveckling har inneburit att det i Sverige förekommer en

**Tabell 35. Förbrukningen av vissa storvolymlösningar inom sjukhus under 1983.**

| | Milj. liter |
|---|---|
| Infusionsvätskor | 3,2 |
| Spolvätskor | 2,1 |

Anm: Exkl. sjukhus i Stockholms läns landsting och militära sjukhus. Karolinska sjukhuset ingår.
Källa: Apoteksbolaget AB

**Tabell 36. Värdet av läkemedel expedierade till sjukhus efter farmakologisk grupp 1983.**

| | 1 000 kr | % |
|---|---|---|
| Sjukdomar i andningsapparaten | 15 593 | 2,0 |
| Hjärt- och kärlmedel samt diuretika | 26 937 | 3,4 |
| Parenteral nutrition, elektrolytvätskebalansrubbningar | 137 362 | 17,2 |
| Allergisjukdomar | 1 666 | 0,2 |
| Rubbningar i digestionsapparaten | 39 430 | 4,9 |
| Blodsjukdomar och maligna tumörer | 68 827 | 8,6 |
| Kemoterapeutika | 117 836 | 14,8 |
| Bakteriologiska humanpreparat | 12 360 | 1,5 |
| Vitaminer m.m. | 7 008 | 0,9 |
| Inre sekretion, ämnesomsättning | 27 995 | 3,5 |
| Psykiska rubbningar, organiska nervsjukdomar m.m. | 69 974 | 8,8 |
| Analgetika och anestetika | 60 616 | 7,6 |
| Gynekologi och obstetrik | 5 561 | 0,7 |
| Öron, näsa, munhåla och svalg | 5 018 | 0,6 |
| Ögonsjukdomar | 12 200 | 1,5 |
| Dermatologiska medel | 19 207 | 2,4 |
| Förgiftningar | 3 616 | 0,5 |
| Diagnostiska medel | 34 210 | 4,3 |
| Antiseptika, desinfektionsmedel, spollösningar, tekniska hjälpmedel | 98 873 | 12,4 |
| Medel för veterinärt bruk | 1 729 | 0,2 |
| Extempore m.m. | 31 513 | 4,0 |
| Summa | 797 641 | 100,0 |

Anm: Exkl. sjukhus i Stockholms läns landsting och militära sjukhus. Karolinska sjukhuset ingår.
Källa: Statistiska sammanställningar, 1983, Apoteksbolaget AB

mycket begränsad rutintillverkning på sjukhusapoteken jämfört med de flesta andra europeiska länder.

Omfattningen av tillverkningen styrs i stor utsträckning av sjukhusets storlek och karaktär. Sålunda har apoteken på såväl regionsjukhus som länssjukhus en icke obetydlig egen tillverkning. I huvudsak gäller det preparat med begränsad hållbarhet, medel för speciella patientkategorier och indikationsområden samt för forsknings- och utvecklingsändamål. Apoteken på länsdelssjukhusen har däremot i regel en mindre egen tillverkning. Dessa och andra sjukhusapotek inom Apoteksbolaget kan i stället repliera på bolagets serviceapotek, produktionsenheter och centrallaboratorium när det gäller utvecklingsarbete och tillverkning.

Speciella förhållanden får anses råda när det gäller tillverkningen vid apoteksverksamheten inom Stockholms läns landsting. Tillverkningen är till övervägande del centraliserad till en produktionsenhet vid Södersjukhuset. Denna enhet har en förhållandevis stor tillverkning av läkemedel, reagenser och andra tekniska produkter för sjukhusens behov inom hela landstingsområdet. Det sammanlagda produktionsvärdet inom apoteksverksamheten hos SLL uppgick 1983 till 13,8 Mkr (AIP). Ca 10% av värdet av den totala försäljningen utgöres av produkter producerade inom verksamheten. De volymmässigt klart dominerande produkterna är hemodialyskoncentrat,

**Tabell 37. Tillverkningen av vissa lösningar inom apoteksverksamheten, SLL, 1983.**

| | Värde Mkr | Antal förpackningar |
|---|---|---|
| Hemodialyskoncentrat | 1,09 | 12 174 |
| Desinfektionsmedel | 2,31 | 221 098 |
| Spolvätskor | 3,35 | 393 080 |

Källa: Apoteksverksamheten, Stockholms läns landsting

desinfektionslösningar samt spolvätskor. Omfattningen av tillverkningen vad gäller dessa tre produktgrupper framgår av tabell 37.

### Försörjningen i övrigt

Förutom de tidigare i tabell 35 nämnda typerna av vätskor förbrukar sjukhusen, som nämnts, stora mängder diagnostika och reagenser.

Denna, den slutna vårdens särart vad gäller läkemedelsförbrukningen, har satt sin prägel på sjukhusapotekens utformning – lagerutrymmet – och i viss mån även på varuförsörjningen.

Den fysiska leveransen från Apoteksbolaget sker beträffande huvuddelen av de läkemedel som sjukhusen behöver med anlitande av partidistributionens resurser. Sjukhusapoteken lagrar, prissätter och expedierar läkemedlen till avdelningsförråden.

Skrymmande läkemedel, t.ex. infusionsvätskor och spolvätskor, passerar ofta aldrig partihandelns lager. Dessa varor levereras – på order från partihandeln – direkt från producentens lager till sjukhusapoteket ifråga.

För Stockholms sjukhusapotek gällde 1971 att överenskommelser fanns med olika läkemedelsproducenter om direkta leveranser från respektive producent till sjukhusapoteken. Vid Apoteksbolagets bildande kom dessa överenskommelser i sak att prolongeras. Apoteksverksamheten inom Stockholms läns landsting införskaffar således läkemedel och andra varor dels från partihandeln, dels direkt från ett 15-tal fabrikanter. Direktleveranserna gäller främst skrymmande läkemedel men även dyrare läkemedel som antibiotikapaket från en och samma tillverkare. All fakturering sker dock genom Apoteksbolaget.

## Den sluta vårdens läkemedelskostnader

### Avtal för leveranser till sjukvårdsinrättningar

För överläggningar på riksnivå i frågor som rör sjukhusens läkemedelsförsörjning har, som tidigare nämnts, konstituerats ett samarbetsorgan kallat Samarbetsnämnden för sjukhusens läkemedelsförsörjning. I denna ingår nu företrädare för Landstingsförbundet och Apoteksbolaget. Samarbetsnämnden har till uppgift att följa och befrämja den farmacevtiska, distributionsmässiga och ekonomiska utvecklingen rörande sjukhusens läkemedelsförsörjning. Vidare skall nämnden bedriva allmänt informationsutbyte rörande

sjukvården och apoteksväsendet.

Nämnden har arbetat fram en avtalskonstruktion för läkemedelsleveranserna till sjukvårdsinrättningarna. Prissättningen är avpassad så att leveranserna totalt skall bära på dem belöpande delen av Apoteksbolagets totalkostnader. Den slutna vården skall varken subventionera eller subventioneras av försäljningen i öppen vård. Dessutom är det ett starkt önskemål att debiteringen skall vara avpassad så att den kostnadsmässigt, så långt möjligt, riktigt fördelas mellan de olika typerna av sjukhusapotek och de olika landstingen. Detta problem har lösts genom ett system av leveranskontrakt med prispålägg beroende av storleken på årsleveransen till det enskilda sjukhuset.

Principen för prissättningen är att till apotekens inköpspriser (AIP) läggs ett procentuellt pålägg. För varje expedition debiteras ett expeditionstilllägg.

Leveranserna är uppdelade i följande fyra grupper:

Sjukhus med i huvudsak somatisk vård:
*Kontrakt A:* leverans 1984 – mer än 26,5 Mkr (regionsjukhus)
*Kontrakt B:* leverans 1984 – 7,8 till 26,5 Mkr (länssjukhus)

Övriga sjukhus med somatisk vård, psykiatriska kliniker och övriga inrättningar:
*Kontrakt C:* leverans från sjukhusapotek
*Kontrakt D1 och D2:* leverans från apotek

De ojämna beloppen förklaras av att kontraktsgränserna årligen uppräknas.

Följande sammanställning visar de prissättningsformler som tillämpas under 1984.

| Kontrakt | Prissättningsformler 1984 |
|---|---|
| A | 1,140 × AIP + 3:50 kronor per expedition |
| B | 1,190 × AIP + 3:50 kronor per expedition |
| C | 1,235 × AIP + 3:50 kronor per expedition |
| D1 + D2 | 1,265 × AIP + 3:50 kronor per expedition |

AIP = Apotekens inköpspris
Källa: Samarbetsnämnden för sjukhusens läkemedelsförsörjning

Prissättningen under 1984 innebär för kontrakt A en sänkning med 2,0%-enheter, för kontrakt B en sänkning med 1,5%-enheter, för kontrakt C och för kontrakt D en sänkning med 3,5%-enheter inom vardera kontraktet i jämförelse med 1983. Sammantaget innebär detta att Apoteksbolagets marginal minskar med 1,2%-enheter.

Avtalskonstruktionen fordrar kontinuerlig uppföljning och årliga bokslut. Alla kostnader och intäkter för sjukhusleveranserna redovisas sedan i Samarbetsnämnden för sjukhusens läkemedelsförsörjning. Nämnden ger med dessa data som underlag förslag till avtal för kommande år till styrelserna för Landstingsförbundet och Apoteksbolaget. Tabell 38 visar det

**Tabell 38. Preliminärt utfall för sjukhusleveranserna 1983.**

| Leveranskontrakt | A | B | C | D | Sålda tjänster | Totalt |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mkr | Mkr | Mkr | Mkr | Mkr | Mkr |
| Försäljning | 245,0 | 282,0 | 192,0 | 115,0 | 3,0 | 837,0 |
| Varukostnader | 206,5 | 227,0 | 147,5 | 86,0 | – | 667,0 |
| Bruttovinst | 38,5 | 55,0 | 44,5 | 29,0 | 3,0 | 170,0 |
| Personalkostnader | 28,0 | 41,2 | 31,3 | 19,0 | 3,0 | 122,5 |
| Övriga driftskostnader | 5,2 | 7,5 | 6,5 | 6,8 | | 26,0 |
| Gemensamma kostnader | 3,9 | 4,2 | 2,8 | 1,6 | | 12,5 |
| Preliminärt resultat | +1,4 | +2,1 | +3,9 | +1,6 | 0,0 | +9,0 |
| Återbäring | – | – | 7,7 | – | – | 7,7 |
| Prel. resultat netto | +1,4 | +2,1 | –3,8 | +1,6 | 0,0 | +1,3 |

Källa: Samarbetsnämnden för sjukhusens läkemedelsförsörjning

**Tabell 39. Prognos för sjukhusleveranserna 1984.**

| Leveranskontrakt | A | B | C | D | Sålda tjänster | Totalt |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mkr | Mkr | Mkr | Mkr | Mkr | Mkr |
| Försäljning | 284,1 | 296,4 | 209,2 | 125,6 | 4,0 | 919,3 |
| Varukostnader | 245,0 | 242,0 | 166,0 | 97,0 | – | 750,0 |
| Bruttovinst | 39,1 | 54,4 | 43,2 | 28,6 | 4,0 | 169,3 |
| Personalkostnad | 30,9 | 43,0 | 33,4 | 19,7 | 4,0 | 131,0 |
| Övriga driftskostnader | 6,0 | 8,2 | 7,2 | 7,6 | – | 29,0 |
| Gemensamma kostnader | 4,9 | 4,8 | 3,3 | 2,0 | – | 15,0 |
| Resultat | –2,7 | –1,6 | –0,7 | –0,7 | 0,0 | –5,7 |

Källa: Samarbetsnämnden för sjukhusens läkemedelsförsörjning

preliminära utfallet för leveranserna januari – december 1983.

Det preliminära utfallet för 1983 visar ett resultat på +9,0 Mkr. Detta överskott reduceras dock av återbäringen inom kontrakt C uppgående till 7,7 Mkr.

Tabell 39 visar prognosen vad gäller sjukhusleveranserna för tiden januari – december 1984.

Sedan 1978 har Apoteksbolagets marginal minskat. Detta beror dels på produktivitetsförbättring, dels på att pensionsskulden slutamorterats (jfr. kapitel 14). Vidare bör noteras att läkemedlen hela tiden förskjutits mot ett dyrare sortiment. Ett successivt lägre procentpåslag krävs då för att kunna driva verksamheten.

Enligt leveranskontrakten mellan Apoteksbolaget och sjukvårdshuvudmännen debiteras Apoteksbolaget inte hyra för de lokaler apoteken disponerar vid sjukhusen. Denna regel infördes 1981. Vid uträkningen av

**Tabell 40. Marginaländringarna åren 1977–1984.**

| År | Marginal % |
|---|---|
| 1977 | 23,0 |
| 1978 | 23,3 |
| 1979 | 22,0 |
| 1980 | 21,8 |
| 1981 | 22,1 |
| 1982 | 21,1 |
| 1983 | 19,6 |
| 1984 | 18,4 |

Anm: Uppgiften angående 1984 är en prognos
Källa: Apoteksbolaget AB

**Tabell 41. Prissättningsformler 1984 inom apoteksverksamheten, SLL.**

| Kontrakt Mkr | Prissättningsformler |
|---|---|
| >10 | 1,120 × AIP + 3:50 kronor per expedition |
| 10–2 | 1,140 × AIP + 3:50 kronor per expedition |
| <2 | 1,180 × AIP + 3:50 kronor per expedition |

Källa: Apoteksverksamheten, Stockholms läns landsting

uppgifterna i tabellen 40 är hyran avräknad för tiden 1977–1980. Marginalprocenten är således jämförbar för hela perioden.

Även inom apoteksverksamheten, SLL, har tillämpats ett liknande system vid prissättningen av sjukhusleveranserna. Sjukhusen är indelade i tre grupper – kontrakt – efter storleken av inköpen från apoteksverksamhetens sjukhusapotek. Av tabell 41 framgår vilka omsättningsgränser som tillämpas samt vilka pålägg på AIP som görs 1984.

Prissättningen för 1984 innebär att påläggssatserna sänkts med 4 – 5% jämfört med 1983.

Apoteksverksamhetens procentuella påslag på AIP har tidigare följt vad som gällt enligt överenskommelsen i Samarbetsnämnden för sjukhusens läkemedelsförsörjning. Vid årets slut har därefter verksamhetens överskott återgått i form av en bonus. På senare år har emellertid denna modell frångåtts. I stället har påslagen sänkts för att få bort bonussystemet. Av tabell 42 framgår dock att även 1983 återgick ett överskott som bonus till verksamhetens kunder. I tabellen redovisade uppgifter avser försäljningen av läkemedel, dialysartiklar m.m. men ej sterilgods. Ej heller inkluderas produktionsverksamheten.

Tidigare har nämnts att Apoteksbolaget disponerar lokalerna för sjukhusapoteken hyresfritt. Samma gäller inom SLL. Vidare bör påpekas att inom SLL sker ingen särskild redovisning för transportkostnader separat för läkemedel. Apoteksverksamheten utnyttjar landstingets gemensamma transportorganisation.

**Tabell 42. Kostnader och resultat för läkemedelsförsörjningen inom SLL 1983 (exkl. produktionsverksamheten).**

| | Mkr |
|---|---|
| Försäljning | 196,1 |
| Varukostnader | 160,5 |
| Bruttovinst | 35,6 |
| | |
| Personalkostnad | 18,6 |
| Övriga driftskostnader | 1,9 |
| Gemensamma kostnader | 4,2 |
| Resultat, brutto | 10,9 |
| Återbäring | 14,5 |
| Resultat, netto | –3,6 |

Källa: Apoteksverksamheten, SLL

## Leveransernas omfattning och kostnader

1983 sålde sjukhusapoteken läkemedel till sjukhus för totalt 982 Mkr, vilket framgår av tabell 43. Tabellen visar också försäljningsutvecklingen sedan 1978.

Förutom läkemedel säljer Apoteksbolaget fria handelsvaror och förbrukningsartiklar till sjukhusen. Omfattningen av detta 1983 framgår av tabell 44.

**Tabell 43. Sjukhusleveransernas omfattning i AUP. (Mkr exkl. moms).**

| | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Apoteksbolagets apotek | 503 | 552 | 604 | 660 | 773 | 846 |
| Apoteken i Stockholms läns landsting | 74 | 85 | 93 | 103 | 114 | 136 |

Källa: Statistiska sammanställningar 1983. Apoteksbolaget AB

**Tabell 44. Apotekens försäljning av fria handelsvaror och förbrukningshjälpmedel till sjukhus 1983. (Tkr).**

| | |
|---|---|
| Desinfektionsmedel | 3 648 |
| Förbandsartiklar | 4 496 |
| Hudvård | 6 520 |
| Livsmedel och specialkost | 3 379 |
| Reagenser | 3 119 |
| Urin och tarm | 6 053 |
| Övrigt | 6 369 |
| Summa | 33 584 |

Anm: Exkl. sjukhus i Stockholms läns landsting och militära sjukhus. Karolinska sjukhuset ingår.
Källa: Statistiska sammanställningar 1983. Apoteksbolaget AB

**Tabell 45. Totala sjukvårdskostnaderna och läkemedelskostnaderna inom sluten vård 1977 och 1982.**

| | 1977 | | 1982 | |
|---|---|---|---|---|
| | Mkr | % | Mkr | % |
| Sjukvårdskostnad | 20 780 | 97,6 | 40 050 | 97,9 |
| Läkemedelskostnad | 516 | 2,4 | 847 | 2,1 |

Källa: Apoteksbolaget AB

**Tabell 46. Läkemedelskostnad per vårddag för olika typer av sjukhus 1982. (Kr).**

| | Medelvärde | Högst | Lägst |
|---|---|---|---|
| Regionsjukhus | 67:74 | 86:51 | 34:97 |
| Länssjukhus | 23:58 | 51:58 | 16:04 |
| Länsdelssjukhus | 25:22 | 61:04 | 20:56 |

Läkemedlens andel av den totala sjukvårdskostnaden för sluten vård har gått ner från 2,4% till 2,1% mellan åren 1977 och 1982, vilket framgår av tabell 45.

Tabellen 45 visar således läkemedelskostnadernas andel totalt sett. Dock varierar kostnaderna mellan sjukhusen, främst beroende på vilken typ av vård som bedrivs. Tabell 46 visar läkemedelskostnaden per vårddag för olika typer av sjukhus 1982.

## Utredningens överväganden

Den föregående redogörelsen ger vid handen att ett långtgående frivilligt samarbete kommit till stånd mellan sjukvårdshuvudmännen och Apoteksbolaget rörande den slutna vårdens läkemedelsförsörjning. Inte mindre än 22 av landets 23 landsting samt de utanför landsting stående kommunerna Gotland, Malmö och Göteborg har uppdragit åt Apoteksbolaget att ansvara för läkemedelsförsörjningen inom den slutna vård de bedriver. Ekonomiskt regleras detta genom ingångna avtal som bygger på att den slutna vården varken skall subventionera eller subventioneras av Apoteksbolagets försäljning i öppen vård.

Stockholms läns landsting har valt att driva sin läkemedelsförsörjning för den slutna vården i egen regi. Detta är inte överraskande med tanke på att landstinget redan före Apoteksbolagets tillkomst etablerat en farmacevtisk central vid Södersjukhuset. Med hänsyn till att landstinget driver flera stora sjukhus inom ett begränsat geografiskt område intar också Stockholms läns landsting i vissa avseenden en särställning jämfört med övriga sjukvårdshuvudmän.

Eftersom utredningen finner det naturligt att sjukvårdshuvudmännen har frihet att organisera läkemedelsförsörjningen inom den slutna vården på det

sätt de finner lämpligast, har utredningen inte haft anledning att göra någon mer djupgående ekonomisk analys av utfallet av de båda nu praktiserade systemen. Det material utredningen haft tillgång till tyder emellertid inte på att Stockholmsmodellen skulle vara avgjort ekonomiskt fördelaktig.

På en punkt kan den nuvarande ordningen inom Stockholms läns landsting inge vissa betänkligheter. Även perifert belägna enheter på mindre orter där Apoteksbolaget driver apotek försörjs från den farmacevtiska centralen i Stockholm. Detta innebär att sådana orter har ett dubbelt system för sin läkemedelsförsörjning, vilket vid en samlad samhällsekonomisk bedömning knappast kan vara rationellt.

Vid sin redogörelse för informationsfrågorna i kapitel 10 har utredningen skildrat hur läkemedelskommittéer började inrättas vid sjukhusen under 1960-talet och vilken betydelse dessa haft för en rationell läkemedelsanvändning inom den slutna vården och vilken potentiell betydelse de har för den öppna vården. Inte minst med hänsyn härtill är det av stor betydelse att den öppna och den slutna vårdens läkemedelsförsörjning även framgent sker i så nära samarbete som möjligt. Vid uppföljning av hur givna rekommendationer efterlevs spelar läkemedelsstatistiken en avgörande roll. Den detaljerade statistik Apoteksbolaget tillhandahåller sjukhusen är därvid ytterst betydelsefull liksom den jämförande statistik mellan olika sjukhus som bolaget producerar.

När det gäller formerna för den slutna vårdens läkemedelsförsörjning föreligger som framgått möjligheter till alternativa lösningar i flera avseenden. På en punkt saknas emellertid valfrihet. Den slutna vårdens läkemedelsbehov måste liksom beträffande den öppna vården täckas genom inköp via Apoteksbolaget. De motiv som anfördes för denna ordning 1970 har enligt utredningens mening fortfarande stor bärkraft. Utredningen har inte funnit skäl att föreslå någon ändring.

Av redogörelsen i kapitel 7 framgår att allmänhetens möjlighet att förvärva läkemedel vid sjukhusen ökat nästan explosionsartat efter Apoteksbolagets tillkomst. I endast två fall har det enligt vad som inhämtats varit aktuellt att, av lokaltekniska skäl, ordna detta genom sådan överenskommelse med Apoteksbolaget som avses i 3 § avtalet med staten. Trots detta kan det vara lämpligt att låta en sådan möjlighet kvarstå.

# 12 Totalförsvarets läkemedelsförsörjning

## Bakgrund

Vid sidan av det civila apoteksväsende som upphörde vid utgången av 1970 fanns en särskild organisation för den militära läkemedelsförsörjningen. Försvarets sjukvårdsstyrelse var chefsmyndighet för denna organisation. Som bas för verksamheten fungerade det statliga Militärapoteket beläget inom Karolinska sjukhuset i Stockholm. Till detta hörde tre filialapotek, ett i Boden och två i Karlskrona. Därutöver fanns ett antal regionala läkemedelscentraler och militärområdesvisa läkemedelsförråd. Militärapoteket i Stockholm fungerade även som sjukhusapotek för Karolinska sjukhuset och filialapoteket i Boden samt filialapoteket Eken i Karlskrona var sjukhusapotek till lasaretten i dessa orter.

När statens ensamrätt att driva detaljhandel med läkemedel överläts på Apoteksbolaget AB för tiden 1971–1985 gjordes undantag för den rätt som tillkom Militärapoteket. I prop. 1970:74 hade emellertid föredragande departementschefen uttalat att efter Apoteksbolagets tillkomst borde frågan tas upp hur den statliga läkemedelshanteringen på det civila och militära området bäst kunde samordnas. Så skedde också. I juni 1971 uppdrog Kungl. Maj:t åt styrelsen för Apoteksbolaget att i samråd med socialstyrelsen, överbefälhavaren, försvarets sjukvårdsstyrelse, militärapoteket och andra berörda myndigheter utreda och lägga fram förslag om lämpliga former för samordning av civil och militär läkemedelsförsörjning. Utredningen skulle därvid särskilt beakta behovet av en effektiv total beredskap på läkemedelsområdet. En särskild kommitté (CML-kommittén) utredde frågan och Apoteksbolagets styrelse överlämnade utredning och förslag till regeringen hösten 1972.

I huvudsaklig överensstämmelse med det framlagda förslaget beslöt statsmakterna (prop. 1973:16, SoU6, rskr 101) att den särskilda militära apoteksorganisationen skulle upphöra vid årsskiftet 1973–1974 och Apoteksbolaget överta leveranserna till försvarsmaktens fredsförband och driften av försvarsmaktens beredskapsförråd av läkemedel. Omläggningen innebar bl.a. att Militärapoteket och dess filialapotek inordnades i Apoteksbolaget och att bolaget övertog uppgiften att svara för läkemedelsförsörjningen vid Karolinska sjukhuset samt vid lasaretten i Boden och Karlskrona. Inom bolagets huvudkontor organiserades en särskild försvarsenhet för den centrala handläggningen och samordningen av erforderliga åtgärder inom beredskapsområdet. I samband med omorganisationen övergick närmare 200 personer inom den militära apoteks- och förrådsorganisationen till

anställning inom Apoteksbolaget.

Apoteksbolagets åligganden med anledning av 1973 års riksdagsbeslut regleras i ett särskilt avtal mellan bolaget och staten. Avtalsperioden var ursprungligen 1 januari 1974 – 31 december 1983. Den har sedermera förlängts till att avse tiden intill utgången av 1985. Avtalstexten återges i bilaga 4.

## Civila och militära ledningsorgan för beredskapsplanering

Socialstyrelsen har huvudansvaret för den hälso- och sjukvårdande verksamhet som bedrivs av annan än försvarsmakten eller civilförsvaret. Progamansvaret för civilförsvarets sjukvårdsenheter avses emellertid med utgången av budgetåret 1985/86 föras över till socialstyrelsen. Ämbetsverket samordnar landets förberedelser för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel i krig. Medan socialstyrelsen sålunda har programansvar för försörjningsberedskapen i fråga om läkemedel och sjukvårdsmateriel är överstyrelsen för ekonomiskt försvar uppdragsmyndighet inom dessa områden.

Genom överstyrelsens försorg genomförs åtgärder för att säkerställa läkemedelsproduktionen under krig eller avspärrning bl.a. i form av en omfattande lagerhållning av läkemedelssubstanser och råvaror. Av betydelse för läkemedelsförsörjningen är också överstyrelsens uppgifter i fråga om undanförselplanläggning. Uppgifterna berör bl.a. apoteksväsendet, droghandeln och läkemedelsindustrin. Omsättningen av beredskapslager som handhas av överstyrelsen sker genom medverkan av läkemedelsindustrin och läkemedelsgrosshandeln.

SBL och statens veterinärmedicinska anstalt genomför bl.a. beredskapslagerhållning av bakteriologiska preparat samt svarar för omsättningen av dessa.

Civila ledningsorgan på central nivå är vidare civilförsvarsstyrelsen, lantbruksstyrelsen, statens livsmedelsverk och statens veterinärmedicinska anstalt.

Inom den militära sektorn har ÖB och försvarsgrenscheferna det högsta funktionella ansvaret för läkemedelsförsörjningen. Andra militära ledningsorgan är försvarets sjukvårdsstyrelse, chefen för försvarets medicinalkår och försvarets materielverk.

ÖB, som under regeringen har ledningen av och uppsikten över försvarsmakten, meddelar bl.a. direktiv för försvarets sjukvårdsstyrelses verksamhet. På läkemedelsområdet innebär detta att ÖB fastställer beredskapslagringens omfattning, de viktigare förrådens placering, fördelningen av ersättningsförnödenheter mellan förråden m.m. ÖB har inte tillgång till farmacevtisk sakkunskap. Medverkan lämnas av försvarets sjukvårdsstyrelse.

Försvarsgrenscheferna leder den förbandsproducerande verksamheten inom egen försvarsgren. De äger mot bakgrund av sitt ansvar för förbandsproduktionen meddela försvarets sjukvårdsstyrelse anvisningar rörande den närmare utformningen av styrelsens verksamhet. På läkemedelsområdet innebär försvarsgrenschefernas ansvar bl.a. att de ger närmare

anvisningar om den läkemedelsutrustning med vilken de olika krigsförbanden skall förses.

Försvarets sjukvårdsstyrelse är fackmyndighet för försvarsmaktens hälso- och sjukvård och central förvaltningsmyndighet för sjukvårdsförvaltningen inom försvarsmakten. Ämbetsverket ger bl.a. Apoteksbolaget anvisningar rörande bolagets förvaltning av försvarsmaktens beredskapslager av läkemedel. Farmacevtisk sakkunskap ingår i styrelsens organisation. En läkemedelskommitté med hög medicinsk och farmacevtisk kompetens har inrättats som bl.a. lämnar förslag rörande det läkemedelssortiment som skall användas både vid förbandssjukvården i fred och i krigsutrustningen.

Samverkan i krigsplanläggningen på läkemedelsområdet äger bl.a. rum inom socialstyrelsens beredskapsråd, där totalförsvarsmyndigheterna, sjukvårdshuvudmännen och Apoteksbolaget är representerade.

## Översikt över Apoteksbolagets verksamhet inom försvarsområdet

Apoteksbolagets uppgifter inom försvarsområdet är huvudsakligen:

- att förse militära förband och sjukvårdsenheter med erforderliga läkemedel i fredstid
- att utföra vissa försvarsförberedelser på läkemedelsområdet för berörda centrala förvaltningsmyndigheters räkning
- att utarbeta erforderliga beredskapsplaner för läkemedelsdistributionen vid krig eller krigsfara

Försvarsförberedelserna för förvaltningsmyndigheternas räkning omfattar främst inköp, förrådshållning och omsättning av färdiga beredskapsläkemedel, biträde ifråga om försök och prov med läkemedel och läkemedelsförpackningar, biträde i arbetet med beredskapsplanläggning på läkemedelsområdet samt läkemedelsinformation, statistik och farmacevtisk rådgivning.

Mellan Apoteksbolaget och berörda myndigheterna råder ett leverantör – kundförhållande innebärande att myndigheterna köper varor och tjänster av bolaget.

Läkemedelsdistributionen planläggs att omstruktureras i krig eller krigsfara i avsikt dels att skapa fullsortimentslager i partihandelsledet, dels att skydda läkemedelstillgångarna och avkorta distributionsvägarna. Apoteksbolagets ansvar utökas därvid att omfatta hela distributionskedjan via fabrikantlager, partihandelslager och apotek.

För att samarbetet med totalförsvarsmyndigheterna skall fungera på ett optimalt sätt i krig, är bolaget representerat i olika kurser och övningar. Personalen ur bolagets ledningsorgan på de skilda nivåerna samlas minst en gång om året. Vidare är bolaget representerat i övningar anordnade av totalförsvarsmyndigheterna. Personalen vid de olika militära läkemedelsförråden deltar i årligen återkommande kurser.

# Försvarsförberedelser

## Förrådshållning av läkemedel

Apoteksbolaget ansvarar för inköp, förrådshållning och omsättning av beredskapsläkemedel inom det militära försvaret och från 1980 även inom civilförsvaret. Jämväl för civilförsvaret och den civila krigssjukvården utnyttjas Apoteksbolaget på motsvarande sätt.

De militära läkemedelsförråden är anknutna till apotek på eller i närheten av förrådsorterna. Ansvaret för den farmacevtiska tillsynen av förråden ligger i regel på respektive apotekschef.

Av såväl ekonomiska som beredskapsmässiga skäl är det nödvändigt att kontinuerligt omsätta inneliggande beredskapslager. Beredskapslagren har en sådan storlek att hela den svenska läkemedelsmarknaden måste utnyttjas för att de i lagren förvarade läkemedlen skall kunna omsättas. Alla industritillverkade läkemedel i hela apoteksförpackningar – kylvaror och narkotiska preparat undantagna – omsätts nu via läkemedelsgrossisterna. Apoteken utnyttjas dock för omsättning av apotekstillverkade varor, kylvaror, varor med kort hållbarhetstid och för varor i brutna apoteksförpackningar.

Läkemedlen i de militära beredskapsförråden är försvarsmaktens egendom. Enligt avtalet mellan staten och Apoteksbolaget skall prissättning ske enligt de grunder som tillämpas vid motsvarande sjukhusleveranser.

En särskild överenskommelse finns mellan bolaget och försvarets sjukvårdsstyrelse om ersättning för Apoteksbolagets tjänster. Däri inkluderas även driftskostnaderna för försvarets läkemedelsförråd. Priserna på varorna som levereras till förråden täcker därför endast varukostnaderna och skälig kapitalförräntning. Försäljning av de omsatta läkemedlen skall enligt avtalet ske till marknadsmässiga priser.

Civilförsvarets beredskapslager av läkemedel och därtill hörande utrustning lagerhålls på ett 30-tal apotek i landet. Civilförsvarsstyrelsen, som äger dessa lager, debiteras AIP-priser samt Apoteksbolagets lokal- och hanteringskostnader.

För att täcka den civila sjukvårdens behov av läkemedel vid krig eller krigsfara finns på Gotland respektive i Jämtland och Västerbotten särskilda beredskapslager.

Apoteksbolaget ansvarar för gotlandslagret, som i huvudsak existerar i form av överlagring i apotekens normala lager. Överstyrelsen för ekonomiskt försvar ersätter Apoteksbolaget årligen för denna lagerhållning.

Beredskapslagren i Norrland ägs av överstyrelsen för ekonomiskt försvar men administreras av ADA AB. Inköpspriset för varorna är AIP med viss procentuell reducering. Dessutom ersätts ADA för hanteringen i samband med omsättningen av läkemedlen.

## Undersökningar, statistik

Enligt avtalet skall Apoteksbolaget biträda försvarets sjukvårdsstyrelse och civilförsvarsstyrelsen i fråga om försök och prov med läkemedel och läkemedelsförpackningar. Apoteksbolagets centrallaboratorium, som med-

verkar i dessa försök, gör kontinuerligt hållbarhetsundersökningar av läkemedlen i förråden. Vidare studeras olika typer av material avsedda att användas för fältförpackningar av läkemedel.

Apoteksbolaget tillhandahåller statistiskt material rörande läkemedelsförbrukningen i samhället för myndigheternas planläggning. Det kan då gälla förrådshållning av beredskapsläkemedel, uppbyggande av informationssystem samt läkemedelsförbrukningen vid förbandssjukhusen.

## Beredskapsplanering beträffande läkemedel

Vid krig eller krigsfara höjs apotekens lager av prioriterade läkemedel. Åtgärder vidtas för att sprida partihandelslagren samt för att överbrygga det stopp av apoteksleveranserna som initialt kan uppstå.

Fabrikanternas/importörernas lager utgör våra största tillgångar av färdiga läkemedel. Eftersom dessa lager finns i utsatta riskområden – Stockholm, Göteborg, Malmö/Helsingborg och Mälardalen – skall en planläggning för undanförsel av lagren till s.k. lagercentraler ske.

Apoteksbolaget beslutar om lageruppbyggnad och utnyttjar då bolagets eget varuredovisnings/beställningssystem och tillgänglig transportorganisation.

Anvisningar för planläggningen meddelas av socialstyrelsen och överstyrelsen för ekonomiskt försvar. Detaljplanläggningen sker i samarbete mellan respektive länsstyrelse, lagerhållande företag och Apoteksbolaget.

Utgångspunkten för lagercentralerna är att de skall innehålla fullsortimentslager. De olika fabrikantlagren fördelas således på samtliga lagercentraler. Fördelningen av läkemedlen sker med hänsyn till befolkningsfördelningen, antalet vårdplatser vid beredskapssjukhusen samt den militära sjukvårdsplanläggningen.

Lagercentralerna kommer i stort att fungera som grosshandeln gör i fredstid, dvs. lagra läkemedel samt distribuera läkemedel till apoteken. Dock blir lagerhållningen mer omfattande eftersom lagercentralerna innehåller fabrikanternas/importörernas lager. Lagercentralerna levererar även till de militära enheterna samt ger myndigheterna underlag för deras disposition av tillgängliga lager.

Partihandelsföretagen planlägger och bemannar lagercentralerna. När de är färdiga för produktion inordnas de i Apoteksbolagets krigsorganisation. Skälet härtill är främst att lagercentralerna kommer att innehålla fullsortimentslager, dvs. båda partihandelsföretagens varusortiment.

Med anledning av att Apoteksbolaget i händelse av krig eller krigsfara träder i partihandelns ställe har avtal därom träffats med läkemedelsföretagen.

De förändringar av sjukvårdsorganisationen samt befolkningsomfördelningen som sker vid krig eller krigsfara gör att varje apoteks uppgift måste planläggas. De olika basapoteken har en särskild beredskapsplan, som innefattar apotekens uppgifter, resursbehov och åtgärdskalender.

Personalbehovet tillgodoses genom att personalen vid apoteken är underkastade tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal.

## Utredningens överväganden

Den allmänna uppfattningen torde vara att det inneburit en rationalisering att samordna den civila och militära läkemedelsförsörjningen som skett. Försvarets sjukvårdsstyrelse har i särskild skrivelse till utredningen uttalat sin tillfredsställelse över de arrangemang som råder.

Apoteksbolagets ansvar för läkemedelsdistributionen utökas betydligt vid krig eller krigsfara. Bolaget ansvarar då för hela distributionskedjan efter att varorna lämnat tillverkaren. Såvitt utredningen kan förstå är bolaget väl rustat att fullgöra detta ansvar.

Bortsett från att Apoteksbolagets tjänster inte bör begränsas till vissa angivna centrala förvaltningsmyndigheter samt att sjukvårdshuvudmännen bör tillförsäkras inflytande på mobiliseringsplanläggningen har utredningen inte funnit skäl att föreslå några sakliga förändringar i nu gällande avtal om vissa försvarsförberedelser m.m. på läkemedelsområdet och föreslår sålunda att avtalet prolongeras lämpligen för samma tid som det nya allmänna avtalet mellan staten och bolaget kommer att gälla.

# 13 Vissa personal- och utbildningsfrågor

## Inledande anmärkning

Apoteksbolaget är personalintensivt. Större delen av personalen är ansluten till antingen Apotekstjänstemannaförbundet (TCO-förbund med omkring 7000 medlemmar), Sveriges farmacevtförbund (SACO/SR-förbund med omkring 5500 medlemmar) eller Apoteksstäderskeförbundet (omkring 900 medlemmar). Det ojämförligt största antalet medlemmar i dessa förbund har en och samma arbetsgivare, nämligen Apoteksbolaget. Det är därför naturligt att dessa förbund ägnar stort intresse åt olika sidor av Apoteksbolagets verksamhet. I detta kapitel koncentreras dock uppmärksamheten huvudsakligen till den s.k. enkategoriutbildningen och personalutvecklingen.

## Personalens storlek och sammansättning

Antalet anställda inom Apoteksbolaget är omkring 12 000 personer. Eftersom deltidstjänstgöring förekommer i betydande omfattning motsvarar detta omkring 9 400 årsarbetare. Närmare uppgifter om förekomsten av deltidstjänstgöring finns i tabell 14 i kap 6.

Av tabell 47 framgår hur många anställda av respektive yrkeskategori det fanns inom Apoteksbolaget åren 1976 respektive 1983. De angivna siffrorna inbegriper vikarier.

**Tabell 47. De anställdas fördelning på yrkeskategorier.**

| | 1976 | 1983 |
|---|---|---|
| Apotekschefer | | 820[a] |
| Övriga apotekare | 3 900 | 305 |
| Övriga receptarier | | 2 770 |
| Apotekstekniker | 6 800 | 6 250 |
| Städpersonal | 1 100 | 1 090 |
| Övriga | 900 | 760 |
| Totalt | 12 700 | 11 995 |

[a] Varav cirka hälften apotekare och hälften receptarier.
Källa: Apoteksbolaget AB.

**Tabell 48. De anställdas fördelning på kategorier och kön.**

| | Kvinnor | | Män | |
|---|---|---|---|---|
| | Antal | % av kategorin | Antal | % av kategorin |
| Apotekschefer | 550 | 67 | 270 | 33 |
| Apotekare | 205 | 67 | 100 | 33 |
| Receptarier | 2 725 | 98 | 45 | 2 |
| Apotekstekniker | 6 100 | 98 | 150 | 2 |
| Städpersonal | 1 085 | 100 | 5 | – |
| Övriga | 480 | 63 | 280 | 37 |
| | 11 145 | 93 | 850 | 7 |

Källa: Apoteksbolaget AB

**Tabell 49. De anställdas fördelning på åldersgrupper.**

| Åldersgrupp | Kvinnor | | Män | |
|---|---|---|---|---|
| | Antal | % | Antal | % |
| – 30 | 1 425 | 13 | 100 | 12 |
| 31 – 40 | 4 055 | 37 | 220 | 26 |
| 41 – 50 | 2 930 | 26 | 215 | 25 |
| 51 – 60 | 2 250 | 20 | 195 | 23 |
| 61 – | 485 | 4 | 120 | 14 |
| Totalt | 11 145 | 100 | 850 | 100 |

Källa: Apoteksbolaget AB

Antalet anställda inom bolaget har således minskat med 700 under de senaste sex åren. Antalet apotekstekniker har sjunkit från 6 800 till 6 250 under samma period medan antalet farmacevter (apotekare och receptarier) är oförändrad.

Apotekspersonalen är till mycket stor del kvinnor. Detta gäller 2/3 av apotekscheferna och all övrig personal så när som på några hundra personer. En närmare presentation av personalens fördelning på yrkesgrupper och kön ges i tabell 48. Fördelningen på åldersgrupper ges i tabell 49. Det mest påfallande i fråga om åldersfördelningen är att andelen anställda upp till och med 30 år är låg.

## Personalsamverkan

Apotekstjänstemannaförbundet och Sveriges farmacevtförbund utser vardera en ledamot och en suppleant i Apoteksbolagets styrelse. Båda förbunden är också representerade i styrelsen för pensionsstiftelsen. I övrigt förekommer ett stort antal organ för personalsamverkan på central, regional och lokal nivå.

Samverkanssystemet inom Apoteksbolaget bygger på tanken att primärförhandling skall ingå som ett naturligt led i själva beslutsprocessen. Den lokala samverkan anses vara av väsentlig betydelse.

Lokala samverkansnivåer på apoteken är apoteksnivå beträffande apoteksfråga, basapoteksnivå beträffande basenhetsgemensam fråga samt gruppnivå beträffande gruppgemensam fråga. Vidare finns en central samverkansnämnd beträffande företagsövergripande fråga.

Samverkanssammanträde skall hållas när behov bedöms föreligga. Även representanter för arbetstagarsidan äger rätt att begära att chef sammankallar till samverkansmöte.

Utöver den centrala samverkansnämnden finns ett antal partssammansatta nämnder, kommittéer och arbetsgrupper i vilka informations- och förhandlingsskyldigheten enligt MBL kan fullgöras. Ett exempel är den centrala rådgivande nämnden som lämnar förslag vid tillsättning av apotekschefstjänster. Beträffande befordringstjänster och befattningar med arbetsledande innehåll fullgörs förhandlingsskyldigheten i de regionala rådgivande nämnderna. Speciella grupper finns också för marknadsföring, utbildningsfrågor, personalpolitiska frågor m.m.

Speciella partssammansatta grupper kan tillsättas för speciella projekt. Förhandlingsskyldigheten kan då fullgöras i dessa grupper.

Samverkan i fråga om den centrala ledningen sker med utgångspunkt i de allmänna riktlinjer rörande samverkansformerna som utformats avseende apoteken. Härvid kan samverkan förekomma beträffande viss sektor eller fråga som rör flera sektorer samt beträffande företagsövergripande fråga som därvid behandlas inom den centrala samrådsnämnden.

Beslutsärenden som behandlats i organ för lokal samverkan kan föras till central förhandling för slutligt avgörande. Central förhandling sker mellan representanter för Apoteksbolaget och företrädare för de centrala fackliga organisationerna.

Medbestämmandefråga kan behandlas i direkt förhandling mellan parterna centralt. Detta sker alltid beträffande tolkningstvister.

Vid sidan av den formella samverkan har personalen inflytande via stormöten, veckoinformation, förslagskommittéer m.m.

## Enkategoriutbildningen

I mitten av 1970-talet utarbetades inom skolöverstyrelsen ett förslag till ny apoteksteknikerutbildning. Den föreslagna utbildningen närmade sig i många delar den dåvarande receptarieutbildningen utan att ge den formella behörigheten att självständigt handha en receptexpedition.

Diskussionerna angående vilken expeditionspersonal landets framtida apotek kommer att behöva fick ett akut förlopp när Apoteksbolaget hade att avge ett remissvar på skolöverstyrelsens föreslagna utbildning. Företagsledningen, som ansåg att den nya utbildningen inte skulle innebära några väsentliga fördelar för bolaget, avstyrkte förslaget.

Som en följd av detta avstyrkande tillsattes inom bolaget våren 1978 en partssammansatt arbetsgrupp. Gruppens uppgift var att arbeta fram ett underlag för en ny grundutbildning – en sammansmältning av receptarie- och

apoteksteknikerutbildningarna – för den personal inom de framtida apoteken som skulle handha den dagliga expeditionsverksamheten, dvs. majoriteten av de anställda.

Motiven till att bolaget önskade utreda grundutbildningsfrågan sammanfattades i följande punkter:

1. Den markanta förskjutningen i apoteksarbetet från mer hantverksmässig läkemedelsframställning till utvecklad expedition av specialiteter i förening med information.
   Denna förändring leder till såväl minskade resurskrav på "teknisk" personal som minskade krav på ett mer djupgående tillverkningstekniskt kunnande hos merparten av den farmacevtiska personalen.
2. Tekniska hjälpmedel i förening med en arbetsorganisatorisk utveckling minskar ytterligare kravet på personalresurser vad gäller de mer rutinmässiga delarna av arbetet. Full flexibilitet i personalutnyttjandet genom enkategoribemanning kan därför lättare uppnås.
3. En pågående utveckling mot ökad dialog mellan kund och personal såväl vad gäller receptläkemedel som övriga varor ställer i vissa avseenden förändrade krav på utbildningen.
4. Utvecklingen på sjukvårdsområdet med vårdcentralerna som lett och leder till etablering av små apoteksenheter i anslutning till dessa med ty åtföljande ökat samarbete mellan apoteks- och medicinalpersonal. Detta medför ökat behov av personal som är behörig att utföra alla arbetsuppgifter och som har adekvata kunskaper på det biologiskt/medicinska området.

Den tillsatta arbetsgruppen skulle diskutera, förutom grundutbildningsfrågan, även frågor rörande vidareutbildning. Det gällde t.ex. personal som är apotekschefer eller informationsansvariga eller som sysslar med kvalificerad extemporetillverkning. Vidare skulle gruppen lägga synpunkter på och förslag angående en kompletteringsutbildning för inom Apoteksbolaget anställda apotekstekniker.

Apoteksbolaget överlämnade det av arbetsgruppen utarbetade förslaget till regeringen hösten 1979. Efter vederbörlig remissbehandling tillsatte UHÄ i september 1980 en egen arbetsgrupp för ytterligare beredning av utbildningsfrågan. I januari 1981 presenterades ett delvis omarbetat förslag innefattande en ny receptarieutbildning i två varianter.

I januari 1983 startade vid farmacevtiska fakulteten, Uppsala universitet, den nya receptarielinjen. En av de två utbildningsvarianterna är en konventionell tvåårig högskoleutbildning, som bygger på gymnasieskola. Till denna utbildning antas för närvarande 30 studerande per termin. Den andra varianten av receptarieutbildning är anpassad till studerande med apoteksteknikerutbildning. Den sistnämnda receptarieutbildningen är tvåårig och bedrivs på halvfart. Det är en s.k. distansutbildning, vilket i detta fall innebär att varje termin antas totalt 100 studerande till Uppsala samt tre andra orter i landet. De sistnämnda studieorterna byts varannan termin. Lärare från farmacevtiska fakulteten reser ut och leder undervisningen på de olika studieorterna.

# Personalutveckling

## Inledning

Personalutvecklingen inom Apoteksbolaget är organisations- och funktionsinriktad. Organisationsinriktningen innebär att de personalutvecklande aktiviteterna skall ha direkt anknytning till bolagets mål och verksamhet. Med funktionsinriktning avses att varje utbildningsaktivitet vänder sig till en grupp anställda som har eller kommer att få likartade arbetsuppgifter.

Det åligger varje chef inom bolaget att tillse att personalen inom ansvarsområdet har eller får de kunskaper som arbetsuppgifterna kräver. Cheferna skall därvid tillse att de anställda som ansöker om att få delta i en kurs tillhör kursens målgrupp.

Inom Apoteksbolaget finns en facklig referensgrupp för utbildningsfrågor. Denna grupp bereder de förslag till utbildnings- och utvecklingsinsatser som personalen via fackförbunden och/eller sektorn Apotekens drift inom bolaget framlagt. Utbildningsverksamheten fastställs av direktionen för det kommande året med 3 års perspektiv som ram.

Personalutvecklingen sker dels i form av lokal utbildning med stöd av centralt utarbetat material dels genom centralt anordnad internatutbildning.

## Organisation

Vid Apoteksbolagets huvudkontor finns en Personalutvecklingsavdelning, som är en avdelning inom sektor Personaladministration. Avdelningen är uppdelad i ett kansli med sekreterar- och bildpedagogservice, en personalplaneringssektion, en utbildningssektion samt en utvecklingsfunktion.

Utbildningssektionens arbetsuppgifter är att planera, genomföra och följa upp personalutbildning/utveckling i Apoteksbolaget. Utbildningssektionen består f.n. av sex utbildningsledare och en utbildningschef som tillsammans med den ansvarige på utvecklingsfunktionen arbetar med dessa frågor.

På hösten varje år presenteras en kurskatalog innehållande dels de centralt anordnade utbildningarna, dels en förteckning över material framtaget för att användas vid lokal utbildning.

## Central utbildning

De centralt anordnade kurserna kan indelas i följande grupper:

Farmacevtisk utbildning
Administrativ-, teknisk- och datautbildning
Arbetsmiljöutbildning
Chefsutbildning
Utbildning för städerskor
Utbildning inom informations- och undervisningsområdet

De centralt anordnade kurserna 1984 omfattar i huvudsak följande.

Sju kurser ges som behandlar olika farmacevtiska områden. Däribland kan

nämnas kurser i farmakologi, läkemedelslära, extemporetillverkning samt läkemedelsvärdering.

Inom det adminstrativa området ges kurser bl.a. i hantering av apotekens terminaler samt lönerapportering och redovisning.

Presentationsteknik, utbildning för informatörer och utbildare är exempel på kurser inom informations- och undervisningsområdet.

Chefsutbildningen omfattar dels en obligatorisk utbildning i organisations-, drifts- och arbetsledningsfrågor, dels frivilliga kurser i bl.a. ledarskap, personaladministration och företagsekonomi.

## Lokal utbildning

Lokal information och utbildning inom sortimentsområdet genomförs i form av lästid, veckoinformation och kollokvier. På apoteken finns en informationsledare, som vid sidan av andra arbetsuppgifter, svarar för lokal utbildning och information.

I 1983 års kurskatalog upptar förteckningen över utbildningsmaterial för lokal användning 60 rubriker.

En stor del av materialet utgör TV-kasetter. Dessa täcker ett stort område. Så exempelvis behandlas olika sjukdomar, sjukvårdsmaterial, läkemedelshantering, tandläkarpreparat samt läkemedelsbehandling. Bland övrigt utbildningsmaterial på TV-kasetter märks apoteksengelska och röstteknik.

Det receptfria läkemedelssortimentet – exempelvis läkemedel för akuta övre luftvägsinfektioner, fotsvamp och sur mage – behandlas i olika faktatexter för användning vid genomgångar på apoteken.

Tillämpad läkemedelslära och Biofarmaci behandlas i ett omfattande utbildningsmaterial innehållande dels kompendier, dels handledarmaterial och overheadbilder.

Bland övrigt utbildningsmaterial för lokal användning kan nämnas kompendier och overheadbilder om läkemedelsbiverkningar, läkemedel och barn samt veterinärmedicin.

## Introduktion av apotekare

Behovet av introduktion i Apoteksbolagets verksamhet tillgodoses för receptarier till största delen under den s.k. apoteksläran ingående i grundutbildningen.

De blivande apotekarna har endast fyra veckors praktik på apotek i sin grundutbildning. Apoteksbolaget kräver därför att samtliga nyanställda apotekare skall genomgå en särskild introduktionsutbildning.

Syftet med introduktionsutbildningen är att:

- ge allmänna kunskaper om apotekens roll i läkemedelsförsörjningen
- ge kunskaper om olika arbetsuppgifter på apotek
- ge allmänna kunskaper om Apoteksbolaget som organisatoriskt system
- ge nödvändiga kunskaper inom yrkesområdet som ej tillgodoses i grundutbildningen.

Uppläggningen av introduktionsutbildningen av apotekare håller för närvarande på att omarbetas. Enligt förslaget kommer introduktionsutbildningen i fortsättningen att indelas i två faser. Syftet med den första fasen, som omfattar 6 veckors tjänstgöring på apotek, är att ge den nyanställde apotekaren de kunskaper om företaget han behöver för att tjänstgöra som obefordrad apotekare. Fas två i introduktionsutbildningen omfattar sammanlagt 16 veckor under 1 – 1,5 år. Syftet med denna utbildning är att ge kunskaper om andra arbetsuppgifter inom Apoteksbolaget än dem den nyanställde kommer i kontakt med på apoteket. Tjänstgöringen på det egna apoteket varvas då med:

| | |
|---|---|
| – arbete på stort apotek | 2 x 3 veckor |
| – arbete på sjukhusapotek | 4 veckor |
| – arbete på landsortsapotek | 3 veckor |
| – arbete på "normalapotek" | 3 veckor |

Sammanfattningsvis kan anges att introduktionen av de nyanställda apotekarna har två syften. För det första skall den nyanställde få sådana kunskaper att han lättare kommer in i sitt nya arbete. För det andra skall den nyanställde få en sådan start i företaget att han längre fram kan gå vidare till befordrade tjänster.

## Kostnader

I tabell 50 redogörs för de av styrelsen för Apoteksbolaget AB budgeterade utbildningskostnaderna för central utbildning 1984.

**Tabell 50. Budgeterade kostnader för personalutveckling inom Apoteksbolaget år 1984. Central utbildning.**

| | |
|---|---|
| Farmacevtisk utbildning | 3,76 Mkr |
| Administrativ/teknisk/datautbildning | 1,3 Mkr |
| Arbetsmiljöutbildning | 0,56 Mkr |
| Chefsutbildning | 1,17 Mkr |
| Utbildning för städerskor, utbildning inom informations- och utbildningsområdet, utbildningsmaterial | 1,4 Mkr |
| Apotekens kostnader för löner och resor | 4,8 Mkr |
| Summa | 13,0 Mkr |

Kostnaden för den lokala utbildningen kan ej redovisas på samma sätt. Dock kan anges att denna del av Apoteksbolagets personalutveckling omfattar ca 3% av den arbetade tiden.

# Utredningens överväganden

Apoteksbolagets verksamhet innebär i stor utsträckning en balansgång mellan att ge god service på läkemedelsområdet och att påverka läkemedelskostnaderna så att de blir så låga som möjligt. Att så måste vara fallet framgår

såväl av gällande avtal mellan staten och Apoteksbolaget som av förarbetena till bolagets tillkomst. En väsentlig förutsättning för att kunna lyckas med en sådan uppgift är att man också finner en väl avvägd balanspunkt mellan tekniska rationaliseringar och en progressiv personalpolitik.

Det föreligger nämligen ett intimt samband mellan den fortgående tekniska utvecklingen inom läkemedelsområdet och de vid varje tillfälle aktuella kraven i fråga om personalens optimala sammansättning och kompetens. Självfallet måste också de allmänna kraven i dagens samhälle beträffande personalutveckling och personalsamverkan ha stor bärkraft i ett så personalintensivt företag som Apoteksbolaget. Den tidigare skildringen visar att stora strukturförändringar skett beträffande apoteksnätets utformning och funktioner. Det framgår också att man fortfarande är mitt inne i en process som medför ytterligare förändringar av arbetsuppgifternas art och omfattning. Inte minst sammanhänger detta med den fortgående datoriseringen av receptexpeditionen och de ökande kraven på information inom läkemedelsområdet.

Utredningens intryck är att man hittills lyckats bemästra såväl de tekniska som de personalmässiga problemen, men att stor fortsatt uppmärksamhet måste ägnas åt personalutvecklingsfrågor.

Den mest framträdande förändring som ägt rum beträffande personalens sammansättning och kompetens är att en betydande ökning ägt rum av den mellankategori som receptarierna kan sägas utgöra. Denna utveckling är unik för Sverige jämfört med andra länder. Receptariernas föregångare, de farmacie kandidaterna, utgjorde tidigt ett väsentligt inslag inom landets farmacevtiska personal men saknade länge – bortsett från Finland – någon egentlig motsvarighet i andra länder. Numera finns i flera länder en liknande yrkeskategori men ingenstans är den så dominerande som här. Det förhållande att omkring hälften av landets apotek förestås av receptarier saknar motstycke i omvärlden.

Det torde inte råda något tvivel om att förekomsten av en stor receptariegrupp medgivit en rationalisering. Den har också varit en av förutsättningarna för den snabba utbyggnad av apoteksnätet som skett. Det synes sannolikt att en fortsatt förskjutning mot en ökad relativ andel av receptarier kommer att äga rum. Ju mer denna i så fall kan ske genom att nuvarande apotekstekniker begagnar sig av möjligheten att genomgå den speciellt anpassade receptarieutbildningen, desto mer torde känslan av personalutveckling upplevas som levande och meningsfull av de anställda. För dem som inte har möjlighet att gå denna väg är det viktigt att de fortsatta arbetsuppgifterna blir så motiverande och intressanta som möjligt.

Den introduktion av nyanställda apotekare som förekommit synes vara ett intressant grepp. I fråga om personalutveckling bör denna aktivitet mana till efterföljd även för andra grupper.

# 14 Ekonomi och finanser

## Bolagets ekonomiska målsättning

Den ekonomiska målsättningen för Apoteksbolaget kommer till uttryck dels i avtalet mellan staten och Apoteksbolaget om bolagets verksamhet, dels i bolagsordningen.

En grundläggande redogörelse för avtalets innebörd har lämnats i kapitel 4 och de flesta bestämmelserna har dessutom kommenterats i anslutning till sakframställningen i de följande avsnitten. Därav har framgått att bolagets huvuduppgift är att svara för att en god läkemedelsförsörjning upprätthålls i landet. Det framgår av flera av de stadganden som närmare utvecklar hur detta skall ske, att det är fråga om en avvägning mellan service och kostnader. Vidare framgår det att bolaget skall vara självbärande. Bolaget skall tillämpa sådana normer för prissättning av tillhandahållna varor och tjänster att bolagets kostnader täcks och skälig förräntning erhålls på det kapital som satts in i bolaget. I bolagsordningen maximeras utdelningen till aktieägarna till 6% av aktiekapitalet.

Sammanfattande kan alltså sägas att Apoteksbolaget skall erbjuda god läkemedelsservice till låga kostnader och bolaget skall vara självbärande men inte vinstgivande i den bemärkelsen att så hög avkastning som möjligt skall eftersträvas.

## Reservbehovet

I kapitel 9 där prisbildningen på läkemedelsområdet behandlats, har berörts i hur hög grad Apoteksbolagets ekonomi påverkas av omständigheter utanför bolagets kontroll, minskad försäljningsvolym, utfall av lönerörelser på arbetsmarknaden, inflation. Ett par lämnade exempel från de gångna åren visar hur sårbart bolaget kan vara i det korta perspektivet och att därför kravet på balans mellan intäkter och kostnader måste avse en period av ett antal år och inte ett enstaka år.

Rörelseresultaten för de år Apoteksbolaget verkat är sammanfattade i tabell 51.

Som framgår av tabell 51 har rörelsen under tre år (1971, 1976 och 1980) gått med förlust men för perioden i dess helhet redovisas överskott. Överskotten har ökat starkt mot slutet av perioden.

Bolagets totala reserver har ökat ganska starkt de senaste åren. Enligt

**Tabell 51. Apoteksbolagets resultat åren 1971–1983.**

| År | Resultat (Mkr) före bokslutsdispositioner och skatter | Nettoresultat (Mkr) efter skatt |
|---|---|---|
| 1971 | – 32,9 | – 7,9 |
| 1972 | 10,7 | 10,7 |
| 1973 | 49,8 | 2,8 |
| 1974 | 20,5 | 2,4 |
| 1975 | 12,0 | 2,4 |
| 1976 | – 28,3 | 0,1 |
| 1977 | 45,9 | 6,0 |
| 1978 | 45,8 | 5,3 |
| 1979 | 27,4 | 3,8 |
| 1980 | – 0,7 | 0,1 |
| 1981 | 113,7 | 12,9 |
| 1982 | 281,6 | 26,7 |
| 1983 | 240,3 | 32,0 |

senaste bokslutet uppgick de till 718 Mkr. Härav var 73 Mkr balanserade vinstmedel och 645 Mkr obeskattade reserver enligt följande specifikation, med 1982 års siffror som jämförelse.

| Obeskattade reserver | 1983 | 1982 |
|---|---|---|
| Varulagerreserv | 153,9 | 144,8 |
| Resultatutjämningsfond | 176,9 | 164,2 |
| Ackumulerade överavskrivningar | 88,4 | 44,3 |
| Allmän investeringsfond | 191,0 | 103,8 |
| Särskild investeringsfond | 34,9 | – |
| | 645,1 | 457,1 |

Beloppet 718 Mkr motsvarar 12% av 1983 års omsättning och ungefär 80% av den totala lönesumman för året.

## Pensionskostnadernas betydelse för bolagets ekonomi

I redogörelsen för 1970 års riksdagsbeslut har redan kortfattat berörts att Apoteksbolaget skulle ansvara för att tidigare gjorda utfästelser rörande pensionsutbetalningar inom apoteksväsendet infriades och att bolaget som bidrag härtill fick överta pensionsfonder till ett reellt värde av 50 Mkr. Utöver vad som redan sagts lämnas här ytterligare vissa fakta rörande pensioneringsförhållanden före 1971.

Ursprungligen hade en apoteksinnehavare rätt att driva sitt apotek under hela sin livstid men under 1924 började en pensioneringsordning att tillämpas. Pensionsåldern fastställdes till 70 år och sänktes sedermera till 67 år. Något senare utfärdades bestämmelser om pension för anställd farmacevtisk personal. Sedermera tillkom även efterlevandepension. I anslutning

till de beslut som meddelades om pensionering av apoteksinnehavare och apotekens farmacevtiska personal började tre olika pensioneringsfonder att uppbyggas under 1920-talet.

Pensionsfonderna byggdes aldrig upp till erforderlig nivå för att avkastningen skulle förslå till utbetalning av fastställda pensioner. 1953 års läkemedelskommitté angav i sitt 1959 avgivna betänkande (SOU 1959:5) att fonderna, som vid utgången av 1958 hade ett nominellt värde av 49 Mkr och ett kursvärde av omkring 35 Mkr, hade behövt uppgå till minst 200 Mkr för att vara på en försäkringsmässigt godtagbar nivå.

I själva verket svarade pensionsfonderna endast för en mindre del av utgående pensioner, medan den större delen bestreds av inflytande allmänna avgifter från apoteken.

För apotekstekniker och städerskor infördes en pensionering senare än för övrig personal, vilket skedde genom pensionsförsäkring hos SPP. Emellertid tillkom så småningom vissa tillägg vilka bekostades av allmänna avgiftsmedel.

I proposition 157 till 1963 års riksdag berördes pensioneringsförhållandena inom apoteksväsendet. Chefen för civildepartementet, statsrådet Lindholm, uttalade därvid att forsatt fondering inte borde ske, eftersom en sådan ansågs skola menligt inverka på läkemedelspriserna. I stället borde en statsgaranti beslutas. Vid lämnande av en sådan garanti borde förutsättas, att staten inträdde som avtalsslutande part i fråga om både löne- och pensionsförmåner. Frågan om den närmare utformningen av de statliga åtgärderna skulle sedermera underställas riksdagen. Vad sålunda anförts godkändes av riksdagen.

Något sådant förslag som aviserades i den nämnda propositionen förelades aldrig riksdagen. Däremot har, som redan nämnts, riksdagen godkänt förhandlingsöverenskommelsen om formerna för avlösning av det tidigare apotekssystemet. Till den del denna överenskommelse berörde pensioneringsfrågor anförde föredragande departementschefen bl.a. följande:

De anställdas pensionsfråga är löst förhandlingsvägen. Beträffande pensionerna för de apoteksinnehavare som övergår i bolagets tjänst har genom överenskommelsen mellan staten och apotekarsocieteten lämnats vissa garantier som innebär en avsevärd höjning. Vad angår pensionen till apoteksinnehavare som pensionerats före bolagets tillkomst har denna genom Kungl. Maj:ts beslut den 6 mars 1970 omreglerats på ett sätt som ganska nära ansluter sig till en av apotekarsocieteten gjord framställning. Genom föreskrift i avtalet mellan staten och Apoteksbolaget bör bolaget åläggas att infria gjorda pensionsutfästelser. Som bidrag till fullgörande av detta åläggande bör bolaget få disponera befintliga pensionsfonder. Dessa, som nu förvaltas av socialstyrelsen, bör överföras till bolaget.

I Apoteksbolagets balansräkning den 31 december 1971 förekom en rubrik Pensionsåtaganden med texten: Pensionsskuld utöver "Avsatt till pensioner", cirka 350 Mkr. Hänvisning gjordes till en not under vilken upplystes att bolaget under året hade betalat ut pensioner i samma ordning som tillämpades före 1971. Periodens resultat hade belastats med 54 Mkr för ATP-avgifter m.m., utbetalning av kompletteringspensioner samt pensionsavgifter för cirka 180 anställda vid huvudkontoret. Däremot hade resultatet – i överensstämmelse med vad som tidigare gällt inom apoteksväsendet efter

statsmakternas godkännande – icke belastats med kostnader avseende komletteringspension till den aktiva personalen vid apoteken och ett mindre antal huvudkontorsanställda, som följde samma pensionsbestämmelser. Storleken av dessa kostnader hade ännu inte kunnat fastställas exakt.

Bolagsledningen hade för närmare utredning tagit upp frågan om de åtgärder som erfordrades med anledning av bolagets samlade åtaganden. I revisionsberättelsen framhöll revisorerna att de fann det angeläget att varje verksamhetsår i fortsättningen belastades med sina verkliga pensionskostnader och att särskild uppmärksamhet borde ägnas åt frågan om reglering av den överskjutande pensionsskulden.

Från och med verksamhetsåret 1972 har balansräkningarna belastats med pensionsavsättningen för löpande år men någon reglering av den övertagna pensionsskulden påbörjades inte förrän 1978.

Hösten 1976 infördes ändrade avdragsregler för kostnader för tryggande av pensionsåtaganden m.m. (SFS 1976:1099-1101). För att avsättningar i balansräkningen på konto "Avsatt till pensioner" skall vara till fullo avdragsgilla vid taxering till inkomstskatt fordras enligt dessa regler, att pensionsåtagandena tryggats genom kreditförsäkring eller, i fråga om hel- eller delstatliga bolag, statlig borgen.

I skrivelse till socialdepartementet den 12 december 1978 anhöll Apoteksbolaget om statens borgen för bolagets pensionsåtaganden. Bolaget angav att den ackumulerade faktiska pensionsskulden – inklusive den till 350 Mkr beräknade övertagna skulden – uppgick till 730 Mkr och att tillhopa endast 380 Mkr avsatts till och med 1977. Med hänsyn till att hela den faktiska pensionsskulden inte kunnat skuldföras i boksluten saknades förutsättningar för att erhålla kreditförsäkring och utan sådan eller statlig borgen skulle pensionsavsättningarna skattebelastas. Den årliga skattekostnaden beräknades till cirka 40 Mkr, en kostnad som enligt vad bolaget framhöll inte kunde bäras utan genomslag på läkemedelspriserna.

I proposition 1978/79:125 föreslogs att statlig garanti skulle utfärdas för Apoteksbolagets pensionsförpliktelser. Det framhölls emellertid att statlig garanti endast borde ses som en temporär lösning. Föredragande departementschefen statsrådet Mundebo anförde:

> På sikt bör frågan lösas genom att bolaget i sin redovisning som skuld tar upp även de från det tidigare apoteksväsendet övertagna åtagandena. En sådan skuldföring får ske i den takt som medges av bolagets rörelseresultat. En lämplig riktpunkt för bolagets planering bör kunna vara att åtgärden genomförs under en tioårsperiod.

Riksdagen biföll propositionen.

I fortsättningen blir erforderliga avsättningar för tryggande av pensionskostnader mera måttliga. Dels har amorteringen av den övertagna pensionsskulden avslutats, dels ger de redan uppsamlade pensionsmedlen en avsevärd avkastning. Det finns inte någon aktuell beräkning av hur den "normala" pensionsskulden kommer att växa. Med ledning av en beräkning som gjordes 1978 och med kännedom om den hittillsvarande utvecklingen kan möjligen en grov skattning göras. En sådan ger vid handen att skulden, som f.n. är 1250 Mkr, omkring år 2000 inte torde överstiga 1800 Mkr räknat i fast penningvärde. Det kan kanske antas att personalens åldersstruktur då ändrats i den riktningen att fördelningen i olika åldersklasser är jämnare än

nu. Detta bör i så fall leda till en utplaning av pensionsskuldens fortsatta tillväxt.

## Nuvarande ekonomiska och fiansiella läge

Den under åren 1978 – 1983 genomförda avsättningen för att eliminera den övertagna pensionsskulden har avsevärt förbättrat Apoteksbolagets likviditet. Förbättringen har inte motsvarats av ökade finansiella behov inom apoteksrörelsen. Den överlikviditet som uppstått har placerats i lån, statspapper och fastigheter.

Genom den finansiella förbättringen har ränte- och fastighetsintäkterna stigit. Detta har bidragit till att bolaget under 1983 sänkt sina marginaler för läkemedel. Den totala sänkningen under 1983 var 4,8%, motsvarande inemot 200 Mkr räknat på årsbasis.

I tabell 52 ges ett sammandrag av Apteksbolagets resultaträkning för 1982

**Tabell 52. Apoteksbolagets resultaträkning i sammandrag för 1982 och 1983.**

| | 1982 | 1983 | Förändring i procent |
|---|---|---|---|
| Rörelsen | | | |
| Försäljning | 5 298 | 6 008 | 13,4 |
| Varukostnader | – 3 555 | – 4 228 | 18,9 |
| Bruttoöverskott | 1 743 | 1 780 | 2,2 |
| Övriga rörelsekostnader (inkl. avskrivningar) | – 1 566 | – 1 602 | 2,3 |
| Rörelsens resultat | 177 | 178 | 1,0 |
| Fastighetsförvaltningen | | | |
| Hyresintäkter | 45 | 50 | 8,8 |
| Kostnader | – 39 | – 40 | 3,6 |
| Vinst vid fastighetsförsäljning | – | 10 | – |
| Fastighetsförvaltningens resultat | 6 | 20 | – |
| Finansförvaltningen | | | |
| Ränteintäkter | 159 | 119 | – 25,0 |
| Räntekostnader | – 60 | – 77 | 27,6 |
| Finansförvaltningens resultat | 99 | 42 | – 57,1 |
| Resultat före bokslutsdipositioner och skatt | 282 | 240 | 14,8 |
| Bokslutsdipositioner | | | |
| Förändring av lagerreserv | – 20 | – 9 | |
| Förändring av resultat-utjämningsfond | – 54 | – 13 | |
| Avskrivning utöver plan | 0 | – 44 | |
| Avsättning till allmän investeringsfond | – 104 | – 87 | |
| Avsättning till särskild investeringsfond | 0 | – 35 | |
| Resultat före skatt | 104 | 52 | |
| Skatt | – 77 | – 20 | |
| Nettoresultat | 27 | 32 | |

**Tabell 53. Specifikation av andra kostnader än varukostnader 1982 och 1983.**

| | 1982 | | 1983 | | Förändring 1982–1983 |
|---|---|---|---|---|---|
| | Mkr | % | Mkr | % | % |
| Personalkostnader | 1 216 | 77,7 | 1 235 | 77,1 | + 1,6 |
| Hyror | 118 | 7,5 | 128 | 8,0 | + 8,5 |
| Övriga kostnader | 188 | 12,0 | 191 | 11,9 | + 1,6 |
| Avskrivningar | 44 | 2,8 | 48 | 3,0 | + 9,1 |
| | 1 566 | 100,0 | 1 602 | 100,0 | + 2,3 |

**Tabell 54. Rörelseresultat 1979–1983 fördelade på den egentliga rörelsen samt fastighets- och finansförvaltning.**

| | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 |
|---|---|---|---|---|---|
| Rörelsen | 17,2 | – 32,6 | 45,0 | 176,6 | 178,4 |
| Fastighetsförvaltningen | 1,8 | 1,4 | 7,3 | 6,5 | 19,5 |
| Finansförvaltningen | 18,6 | 44,0 | 77,6 | 98,8 | 42,4 |
| Resultat före bokslutsdispositioner | 37,6 | 12,8 | 129,9 | 281,9 | 240,3 |

och 1983. Fördelningen av andra kostnader än varukostnader under samma år framgår av tabell 53.

Genom den överlikviditet som uppstått i och med åtgärderna för att trygga infriandet av bolagets pensionsförpliktelser har fastighets- och finansförvaltningen fått en allt större absolut betydelse för det totala resultatet. Detta framgår av tabell 54.

Finansförvaltningen i bolaget omfattar även bolagets likvida medel om cirka 300 Mkr. Ränteintäkterna uppgick 1983 till 119 Mkr, vilket är 40 Mkr mindre än 1982. Detta sammanhänger med den kraftigt ökade avsättningen till pensionsstiftelsen. Ränteintäkterna i stiftelsen uppgick till 82 Mkr, vilket minskat bolagets pensionskostnader med motsvarande belopp. Räntekostnaderna hos finansförvaltningen är till huvuddelen ränta på pensionsmedel som gottgöres rörelsen.

Soliditeten (andelen eget kapital av totalkapitalet) är f.n. cirka 20% och har som lägst varit 7%.

## Produktivitetsutveckling

Apoteksbolaget har sedan sitt första verksamhetsår redovisat ett numeriskt uttryck för sin produktivitet beräknat med hjälp av antalet på recept expedierade läkemedelsposter och personalinsats i form av arbetad tid. Den ursprungliga indexserien hade 1971 som basår (100,0). Produktivitetsändringar har beräknats som

$$\frac{\text{indextal för antalet läkemedelsposter m.m.}}{\text{indextal för den arbetade tiden}} \times 100$$

**Tabell 55. Produktivitetsutvecklingen i Apoteksbolaget 1971–1978.**

| År | Index för | | Produktivitetsindex |
|---|---|---|---|
| | Antalet läkemedelsposter m.m. | Arbetad tid | |
| 1971 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 1972 | 100,5 | 97,7 | 102,9 |
| 1973 | 104,6 | 94,9 | 110,2 |
| 1974 | 111,4 | 96,9 | 115,0 |
| 1975 | 115,3 | 98,3 | 117,3 |
| 1976 | 114,3 | 98,3 | 116,3 |
| 1977 | 115,4 | 96,9 | 119,1 |
| 1978 | 114,3 | 94,8 | 120,6 |

Produktivitetsförändringar under tiden 1971 – 1978 beräknade på detta sätt återges i tabell 55.

En ny serie med 1979 som basår och med en förfinad beräkningsteknik utvisar följande utveckling 1979 – 1983

| 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 |
|---|---|---|---|---|
| 100 | 100,3 | 100,4 | 105,9 | 110,6 |

Enligt existerande indexserier för läkemedelspriserna steg index för apotekens inköpspriser för farmacevtiska specialiteter från 100,0 till 216,0 under perioden 1970 till 1983. Samtidigt steg index för apotekens utförsäljningspriser för samma varor under motsvarande tid från 100,0 till 236,3 (nettoprisindex steg samtidigt från 100,0 till 308,7). Apotekens utförsäljningspriser har alltså stigit något mera än inköpspriserna. Den huvudsakliga förklaringen torde vara personalkostnadernas starka genomslag i distributionsverksamheten. Som framgår av tabell 53 är omkring 77% av Apoteksbolagets omkostnader hänförliga till personalkostnader.

## Utredningens överväganden

Den översiktliga granskning utredningen gjort av Apoteksbolagets ekonomi och finanser visar att bilden nu är en helt annan än när bolaget började sin verksamhet.

Det mest framträdande är att bolaget dels kunnat arbeta av övertagen pensionsskuld om 350 Mkr, dels säkrat gjorda pensionsåtaganden genom avsättningar om tillhopa 1250 Mkr. Härav har 620 Mkr avsatts i balansräkningen och 630 Mkr har avsatts till en särskild pensionsstiftelse. Det har också varit möjligt att bygga upp en varulagerreserv och andra obeskattade reserver om närmare 800 Mkr. I det avslutande kapitlet gör utredningen vissa uttalanden med tanke på den ytterst maktpåliggande uppgift som numera tillkommit, att handha en omfattande finansförvaltning.

Utredningen har erfarit att när en särskild pensionsstiftelse grundades

1981 begränsade man denna till att omfatta avsättningar som gjorts för att trygga pensionsutfästelser till redan avgången personal. Denna distinktion gjordes med hänsyn till att för denna del av de pensionsberättigade förelåg exakta beräkningar om de erforderliga avsättningarnas storlek. Sedan numera beräkningar av tillräcklig noggrannhet föreligger även beträffande den aktiva personalen övervägs att utvidga pensionsstiftelsen till att avse också denna. En sådan åtgärd är enligt utredningens mening konsekvent och ändamålsenlig.

Som nämnts gör Apoteksbolaget vissa beräkningar för att siffermässigt belysa företagets produktivitet. Det är svårt att mäta produktiviteten i ett företag av Apoteksbolagets typ och de indexserier som framräknats kan självfallet inte ge något exakt mått på hur denna utvecklats. Trenden måste emellertid framgå och denna är positiv. Detta stämmer väl med det allmänna intryck utredningen i övrigt erhållit även om det kunnat konstateras att apotekens utförsäljningspriser stigit i något snabbare takt än inköpspriserna.

Utredningen vill betona nödvändigheten av att så meningsfulla mätningar som möjligt görs av produktivitetsutvecklingen. Härvid måste självfallet hänsyn tas till att prispress inte skall vara något självändamål för Apoteksbolaget. Målet är att erbjuda god läkemedelsservice till lägsta möjliga kostnader.

# 15 Apoteksbolaget efter 1985

## Utvärdering av hittillsvarande verksamhet

Det hade givetvis varit intressant om en systematisk jämförelse och värdering kunnat göras mellan Apoteksbolagets verksamhet och det sätt på vilket motsvarande frågor löstes före 1971. Tillräckligt detaljerat material saknas emellertid för en sådan behandling. Vidare har många förhållanden undergått en så väsentlig förändring att någon meningsfull kvantitativ analys knappast skulle vara möjlig. Den metod utredningen valt är därför att göra en jämförelsevis ingående studie av hur Apoteksbolaget fullgjort sina åtaganden enligt avtalen med staten samt att söka värdera de olika åtgärder som vidtagits och utfallet av bolagets verksamhet.

Apoteksbolaget kom till sedan en förhandlingsöverenskommelse uppnåtts mellan staten och Apotekarsocieteten om formerna för avlösning av dåvarande apotekssystem och en enig riksdag stod bakom beslutet att bolaget skulle bildas.

Det var en omfattande omställning det var frågan om. Den verksamhet som nyårsafton 1970 bedrevs av ca 350 enskilda personer i form av lika många fristående firmor skulle påföljande dag utan störningar i allmänhetens läkemedelsservice ske i regi av ett enda bolag. Mer än 12 000 personer skulle över en natt byta arbetsgivare.

Det är allmänt omvittnat att omställningen gick smidigt. I samtliga fall uppnåddes ekonomisk uppgörelse i godo med de frånträdande apoteksinnehavarna. Personalorganisationerna hade i remissyttranden över läkemedelsförsörjningsutredningens betänkande välkomnat att ett apoteksbolag bildades och de anställda visade också från första stund en klart positiv attityd till sin nya arbetsgivare.

Från allmänhetens sida har ytterst få negativa reaktioner registrerats över huvud taget då det gäller Apoteksbolagets verksamhet. Sommaren 1971 inträffade emellertid vissa leveransstörningar i distributionen till apoteken, vilket i sin tur innebar att apoteken tidvis inte hade vissa varor i lager lika regelbundet som tidigare. Detta togs på sina håll till intäkt för att Apoteksbolagets tillkomst innebar en sänkning av servicegraden. Förhållandet var att ADA i början av juni 1971 övertog distributionen av ACO-produkterna, vilka tidigare distribuerats genom ett eget distributionssystem. Man hade underskattat en del problem som sammanhängde med att det dåvarande ACO-sortimentet innehöll ett stort antal lågfrekventa produkter. Under hösten 1971 hade svårigheterna bemästrats. Det bör

erinras om att senare strukturrationaliseringar inom partidistributionen inte föranlett motsvarande problem. Utredningen har tidigare (kap. 7) lämnat information om de få missnöjesyttringar som såvitt känt förekommit ifråga om några beslut inom ramen för Apoteksbolagets etableringspolitik. Dessa skall inte kommenteras ytterligare här, men utredningen vill framhålla att det föreligger få anmärkningar från allmänhetens sida i fråga om Apoteksbolagets sätt att sköta sina uppgifter. Detta gäller såväl när man granskar opinionsyttringar i pressen som hos berörda myndigheter.

I tidigare avsnitt av betänkandet har utredningen redovisat den genomgång som förekommit för att ge en uppfattning om hur den verksamhet utfallit som regleras av nuvarande avtal mellan staten och Apoteksbolaget. Innan utredningen här kortfattat summerar vad som tidigare berörts vill utredningen något mera allmänt ta upp några av de väsentliga problemkomplex som diskuterades innan bolaget bildades och där det antogs att bolagets tillkomst och verksamhet skulle innebära betydande framsteg.

Ett av huvudproblemen var att trots genomförda tekniska moderniseringar och strukturella anpassningar uppvisade apoteksväsendet och vissa av frågorna rörande läkemedelsförsörjningen en organisatorisk bild som var alltmera främmande i efterkrigstidens Sverige. Det finns ingen anledning att nu gå in på detta mera ingående. Vissa av problemen var kanske närmast interna och hade sin främsta betydelse för apotekarna själva. Dit hör t.ex. att de visserligen drev apoteken som privata rörelser men såväl speciella ekonomiska regler som andra inskränkningar i deras rätt att själva råda över verksamheten gjorde att de mera framstod som offentliga tjänstemän än som fria företagare. I motsats till tjänstemännen hade de emellertid ingen förhandlingsrätt då det gällde att påverka den egna inkomsten.

Bland de inbyggda problem som hade direkta återverkningar för individ och samhälle skall här nämnas systemets tröghet för att inte säga oförmåga att smidigt anpassa distributionsnätet till den fortgående samhälleliga utvecklingen.

Regeringen bestämde var ett självständigt apotek skulle vara beläget och vilken apotekare som skulle ges rätten att driva det. Då det gällde filialapotek hade socialstyrelsen motsvarande befogenhet. Inget samhällsorgan hade emellertid något ansvar för att ta initiativ till inrättande av nya apotek. Initiativen togs i regel av kommuner, bostadsrättsföreningar, planerare av köpcentra etc. Inkomna framställningar underkastades en omfattande och tidsödande remissbehandling. Detta kunde medföra att även om ett positivt beslut fattades kunde svårigheter uppstå att få lämpliga lokaler, eftersom sådana kunde ha hyrts ut för andra ändamål under den långt utdragna beslutsprocessen. Om ett befintligt apotek lämpligen borde flyttas ägde myndigheterna visserligen kompetens att besluta om detta. Men om en flyttning inte sammanföll med apotekarens intresse (ekonomi, ålderssskäl eller andra privata intressen) var det i praktiken knappast möjligt att effektuera beslutet.

I bjärt kontrast till dessa och liknande problem då det gällde apoteksetableringar står dagens situation som relativt utförligt skildrats i kap. 7. Apoteksbolaget bedriver en rullande planering i nära samråd med sjukvårdshuvudmännen, kommunerna och andra intressenter. Beslutsvägarna är korta och bolaget förfogar över styrmedel att effektuera sina beslut. Som

framgår av kap. 7 är det utredningens uppfattning att Apoteksbolaget väl tagit tillvara sina möjligheter att ge landet ett rikt differentierat och väl förgrenat apoteksbestånd. Etableringsverksamheten är ett av de områden där det nya systemet bäst visat sin överlägsenhet gentemot den gamla ordningen.

Ett av de stora och svåra problemen inom läkemedelsområdet rör informationen. Väsentliga sidor av detta problem tillhör läkemedelsutredningens utredningsuppdrag och den huvudsakliga redovisningen av denna del av uppdraget kommer som tidigare nämnts att ges i ett senare betänkande. I direktiven för utredningen uttalas att Apoteksbolaget jämte socialstyrelsen i samarbete med landstingen bör ha det huvudsakliga ansvaret för den probleminriktade läkemedelsinformationen. Utredningen är inte beredd att nu gå närmare in på hur ansvarsfördelningen lämpligen bör ske men vill vitsorda att den samhälleliga läkemedelsinformationen avsevärt förstärkts genom Apoteksbolagets insatser.

I kap 7 har en närmare redogörelse givits om den kundinformation rörande läkemedelsanvändningen som numera förekommer och i kap 10 har väsentliga drag av Apoteksbolagets läkemedelsinformation i övrigt belysts. Kundinformationen inbegriper användaranvisningar med information närmast av teknisk art rörande ett visst läkemedels rätta användning. Under uppbyggnad är vidare ett system med behandlingsanvisningar som innehåller uppgifter om läkemedlets verkan och eventuella biverkningar, hur länge man bör ta medlet etc. Av övriga aktiviteter har bl.a. nämnts utgivandet av Läkemedelsboken, medverkan i läkemedelskommittéerna samt anordnande av terapikonferenser och symposier. Delvis sker dessa aktiviteter i samverkan med socialstyrelsen och sjukvårdshuvudmännen. Genom Apoteksbolagets skilda insatser på informationens område har den samhälleliga läkemedelsinformationen fått helt andra dimensioner än den hade före bolagets tillkomst.

Ett tredje stort problem som behandlades i förarbetena till Apoteksbolagets tillkomst angår den viktiga frågan om läkemedelspriser och läkemedelskostnader. I kap. 9 har skildrats hur det införda förhandlingssystemet fungerar och en redogörelse har lämnats för prisbildningen och prisutvecklingen. Vissa prisjämförelser har gjorts dels mellan prisutvecklingen för läkemedel i olika länder och dels mellan priserna för läkemedel och varor i allmänhet. Utredningen har understrukit vilka stora vanskligheter sådana jämförelser ofta är behäftade med och har varnat för att dra alltför långtgående slutsatser av de gjorda jämförelserna. Dock anser utredningen det belagt att prisutvecklingen inom läkemedelssektorn varit lugnare än för varor i allmänhet och att svenska läkemedelspriser ligger väl till i förhållande till situationen i åtskilliga jämförbara länder. Detta är positivt. I ett väsentligt avseende har emellertid förväntningarna vid Apoteksbolagets tillkomst inte infriats.

I prop. 1970:74 framhöll föredragande departementschefen att Apoteksbolaget genom sin ensamrätt blir en mycket stor läkemedelsköpare och tillade: Bolaget får möjlighet att driva en aktiv inköpspolitik och får härigenom både direkt och indirekt inflytande över prisbildningen på läkemedelsområdet.

Genom sina ingående kunskaper om läkemedelsområdet och genom sina

möjligheter att i detalj följa försäljningsutvecklingen för alla saluförda varor har Apoteksbolaget som prisförhandlare haft en stark position kunskapsmässigt sett. Däremot är det inget som tyder på att bolaget hittills till fullo kunnat utnyttja sin ställning för att pressa priserna i konventionell mening. Som köpare av läkemedel saknar Apoteksbolaget i stort sett den möjlighet som torde vara den mest verkningsfulla inom handeln när det gäller prisförhandlingar i allmänhet, nämligen att avstå från inköp om ett godtagbart pris inte kan uppnås. Gäller det priset på ett medel som inte tidigare finns på marknaden kan bolaget genom att inte acceptera ett visst pris förhindra eller i varje fall fördröja en registrering av medlet och därmed är det inte säljbart på den svenska marknaden. Vad som kan uppnås den vägen är i regel mycket begränsat.

Betydelsefullare skulle vara om Apoteksbolaget kunnat tillämpa den metod bolaget med framgång praktiserat inom sektorn fria handelsvaror. Därvid har man vid förhandlingar om inköp av likvärdiga varor koncentrerat sig på dem där det bästa priset kunnat erhållas. Vad som hindrar bolaget från denna typ av inköpsförhandlingar beträffande läkemedel är att, enligt gällande fria förskrivningsrätt, skall alla registrerade läkemedel finnas tillgängliga på marknaden och därjämte är inget läkemedel diskriminerat från rabattering och i förekommande fall gratis utlämnande enligt bestämmelserna om rabatterade och kostnadsfria läkemedel.

Läkemedelsutredningen är sålunda väl medveten om att en kommersiell inköpspolitik i vanlig mening inte kunnat föras. Utredningen är också övertygad om att bolaget spelat en ansvarsmedveten och ofta framgångsrik roll för att begränsa läkemedelspriserna och därmed läkemedelskostnaderna. Likväl beklagar utredningen att det inte varit möjligt att åtminstone i viss utsträckning finna former för en kombinerad inköps- och prispolitik. En möjlighet kunde vara att bland identiska eller mycket likartade läkemedel söka förhandla fram ett särskilt förmånligt pris för ett av dem under förutsättning att en viss garanterad kvantitet inköptes. Självfallet skulle alla godkända medel fortfarande saluföras. Men om priset för ett av dem vore särskilt lågt borde en förskjutning mot ökad efterfrågan på detta kunna uppnås, särskilt om medlet rekommenderas av läkemedelskommittéerna. Metoden innebär ett ökat risktagande för Apoteksbolaget men ligger helt inom ramen för bolagets uppgifter.

Den studie utredningen gjort av Apoteksbolaget och som redovisas i de föregående kapitlen har i allt väsentligt givit vid handen att bolaget väl löst sin uppgift att svara för en god läkemedelsförsörjning i landet. De åtaganden bolaget gjort i avtalet med staten har infriats och de riktlinjer som anvisades har iakttagits. Detta hindrar inte att utredningen på enstaka punkter gjort vissa påpekanden.

Utredningen har inte fattat som sin uppgift att göra en detaljgranskning och värdering av bolagets organisation. Huvudintrycket är att en god balans existerar mellan de centrala funktionerna och verksamheten på fältet. Den existerande indelningen i sex regioner med regionkontor i Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund, Göteborg och Umeå anses härvid vara av stor betydelse. I nästa avsnitt, där utredningen ger vissa synpunkter inför framtiden, återkommer utredningen till ett par frågor som har med organisationen att göra. Det har redan konstaterats att etableringspolitiken

enligt utredningens uppfattning är väl avvägd och genomförd. Den service som erbjuds är i flera avseenden hög. Detta gäller exempelvis lagerhållning och leveransberedskap. Varje apotek håller i princip i lager alla farmacevtiska specialiteter som efterfrågas åtminstone tre gånger per år och det som inte lagerförs kan i allmänhet anskaffas inom 24 timmar.

På Apoteksbolagets bekostnad tillhandahålls patienterna vid många av landets jourmottagningar vissa läkemedel i ett antal doser att användas till dess läkemedlet kan erhållas på apotek under ordinarie tid. Detta gäller sådana orter där apoteket är stängt nattetid. Utredningen har funnit detta positivt men menar samtidigt att man knappast kan gå längre i att begränsa den egna jourtjänsten.

Bolaget har infört flera nya rutiner i expeditionsverksamheten i syfte att ytterligare öka såväl säkerhet som snabbhet. En datorisering av receptexpeditionen pågår och beräknas vara fullt utbyggd omkring 1988. Utredningen tillmäter detta stor betydelse men vill understryka att det främsta syftet måste vara att om möjligt ytterligare öka säkerheten och befrämja de praktiska förutsättningarna för en god information. I det senare avseendet är det betydelsefullt både att datoriseringen ökar förutsättningarna för en adekvat information till kunderna och att den möjliggör en detaljerad statistik över läkemedelsförbrukningen, vilket på olika sätt kan befrämja en optimal läkemedelsanvändning. Då det gäller expeditionen av receptfria läkemedel sker detta i ökande utsträckning genom självval, dvs. kunden får själv välja ur ett exponerat sortiment där såväl tryckta upplysningar som muntlig information från tillgänglig personal skall medverka till ett informerat köp. I anslutning härtill tillhandahålls också ett selekterat sortiment av fria handelsvaror såsom tandborstar och andra tandvårdsmedel, dambindor, tamponger, handkrämer etc. Urvalsgrunderna är bl.a. att varorna skall ha god kvalitet och betinga skäliga priser.

En avsevärd centralisering har genomförts av den tillverkning som sker på apoteken. I princip har utredningen funnit detta vara positivt. Tillverkningen kan ske med iakttagande av strängare krav i fråga om kvalitet och kontroll och de lägre produktionskostnaderna medger att mindre frekventa preparat fortfarande kan produceras till rimliga kostnader. Detta är särskilt betydelsefullt för möjligheten att tillhandahålla s.k. ex tempore läkemedel, dvs. ett individuellt komponerat och för viss patient ordinerat läkemedel. Mindre positivt är att det i vissa fall kan bidra till att konservera tillgången till medicinskt obsoleta preparat som fortfarande efterfrågas, särskilt i handköpet. Utredningen anser att Apoteksbolaget beträffande sådana preparat skall medverka aktivt till att de försvinner ur marknaden.

Läkemedelsutredningen har funnit det positivt att en betydande strukturrationalisering ägt rum inom partidistributionen. Omedelbart före bolagets tillkomst var det sex olika företag som i huvudsak svarade för varuförsörjningen till apoteken. Genom inköp och sammanslagningar har fem av dem uppgått i Apoteksbolagets dotterföretag ADA. En transportsamverkan sker med det återstående, Kronans Droghandel, som förmedlar en mindre del av de farmacevtiska specialiteterna. Genom den omfattande strukturrationaliseringen som skett har emellertid de gamla droghandelsfunktionerna upphört. Gentemot apoteken framstår ADA som instrumentet för interndistribution och enligt utredningen är det troligen naturligast att Apoteks-

bolaget internt via ADA snarast kommer att ha hand om all distribution till apoteken.

Frånsett de förut nämnda incidenter som inträffade under några månader sommaren 1971 har fusioneringen av droghandelsföretagen kunnat genomföras utan störningar. Ingen personal har behövt friställas utan rationaliseringarna har genomförts genom naturlig avgång, omskolning och medverkan till annan likvärdig anställning. Enligt utredningens mening har Apoteksbolaget här gjort en föredömlig insats.

Av landets 23 landsting har 22 samt de utanför landsting stående kommunerna Gotland, Malmö och Göteborg uppdragit åt Apoteksbolaget att svara för läkemedelsförsörjningen inom den slutna vård de bedriver. Stockholms läns landsting driver sin slutenvårdsförsörjning i egen regi. Apoteksbolagets engagemang inom den slutna vården torde ofta ha inneburit rationaliseringar och har ökat möjligheterna till att onödigtvis fjärma de båda vårdformernas läkemedelsförsörjning från varandra. Utredningen anser dock att sjukvårdshuvudmännen fortfarande bör ha valfrihet i fråga om att välja form för hur de vill lösa sin läkemedelsförsörjning inom den slutna vården.

När Apoteksbolaget bildades undantogs den militära läkemedelsförsörjningen från dess verksamhetsområde. Från och med 1974 har emellertid den civila och militära läkemedelsförsörjningen fusionerats och det åligger bolaget att förse militära förband och sjukvårdsenheter med erforderliga läkemedel i fredstid, att ansvara för omsättningen av färdiga beredskapsläkemedel samt att uppbära ett betydande ansvar då det gäller beredskapsplanering på läkemedelsområdet. Från såväl försvarets sida som från de civila myndigheter som har ansvar för beredskapsplanering på hälso- och sjukvårdens område har endast positiva omdömen avgivits om bolagets sätt att fullgöra sina åligganden inom totalförsvarets område. Utredningen förordar att nu gällande avtal rörande försvarsförberedelser m.m. på läkemedelsområdet förlängs utan sakliga ändringar.

De fastigheter, inventarier, varor m.m. som Apoteksbolaget förvärvade vid sin start drog en kostnad av 239 Mkr. Till förfogande stod aktiekapital, pensions- och reservfonder till ett belopp av 120 Mkr. Resten finansierades genom lån.

Det första verksamhetsåret gick med ett underskott av nära 8 Mkr. Bolagets egna kapital hade därmed sjunkit till 37 Mkr. I balansräkningen redovisades vidare utom linjen en övertagen pensionsskuld uppskattad till 350 Mkr.

Enligt årsberättelsen för 1983 uppgick Apoteksbolagets fria egna kapital till 73 Mkr och de obeskattade reserverna utgjorde 645 Mkr. I koncernens balansräkning där dotterföretagen med ADA AB ingår är värdet av obeskattade reserver 145 Mkr högre. Den övertagna pensionsskulden har avbetats och gjorda pensionsåtaganden har tryggats dels genom skapande av en pensionsstiftelse med en behållning av 630 Mkr, dels genom avsättning i balansräkningen av 620 Mkr.

Uppenbarligen har företagets finansiella ställning stärkts avsevärt sedan starten. Detta har skett samtidigt som lämnad service inom verksamhetsområdet ökat väsentligt och medan prisutvecklingen inom läkemedelssektorn har kunnat hållas under kontroll.

## Synpunkter inför framtiden

Som framgår av den föregående framställningen är läkemedelsutredningens uppfattning att Apoteksbolaget i allt väsentligt lyckats väl med att lösa sina uppgifter. Bolaget har levt upp till sina åtaganden i avtalen med staten och intentionerna bakom bolagets tillkomst har till största delen uppfyllts. Det avtal som skall följa för tiden efter 1985 kan därför i huvudsak bygga på dem som nu existerar. Utredningen vill emellertid här ta upp vissa allmänna synpunkter inför den nya avtalsperioden.

Ett klassiskt inslag i debatten om monopolföretag kontra företag som arbetar under konkurrens är frågan i vilken utsträckning ett monopolföretag förmår att upprätthålla sin vitalitet, dvs. förmår att kontinuerligt genomföra effektiviseringar och rationaliseringar utan att eftersätta sin service. Det görs ofta gällande att ett monopolföretag är överlägset i början av sin verksamhet men att uppnådda rationaliseringsvinster i det långa perspektivet försvinner och ersätts av merkostnader därför att frånvaron av konkurrens gör att intresset för rationaliseringar och effektiviseringar skulle avmattas. Utredningen avstår från att gå djupare in i en sådan debatt men vill understryka att risken för en minskande vitalitet alltid finns inbyggd i ett monopolföretag.

Enligt utredningens mening bör det inte komma i fråga att bryta det nuvarande monopol som Apoteksbolaget har. Man måste däremot hålla debatten levande om hur bolaget skall kunna fortsätta att utvecklas och kontinuerligt upprätthålla målsättningen att svara för en god läkemedelsförsörjning kännetecknad av hög service till låga kostnader.

Inför det problem som här tas upp är det en styrka att Apoteksbolagets verksamhet är starkt decentraliserad. Varje apotek har ett självständigt ansvar för att betjäna allmänhet och sjukvård. Emellertid måste självständigheten begränsas av vissa ramar inte minst med hänsyn till kostnadsaspekterna. Ett av delproblemen är hur balansen mellan självständighet och begränsningar skall hållas, ett annat är svårigheten att objektivt mäta utövad service och dess värde. Risken för byråkrati och självuppfyllande aktiviteter med riktlinjer och instruktioner finns alltid.

Tidigare har utredningen betonat det stora värdet med regionindelningen och regionkontoren. Utredningen håller för sannolikt att ett fortsatt och kanske ytterligare utvecklat utnyttjande av denna resurs är ett aktivt medel att motverka de risker som här berörs. Genom att på olika sätt stimulera till att regionerna självständigt initierar och prövar olika metoder att uppfylla bolagets mål kan en viss form av resultatkonkurrens uppnås inom företaget. Det är därvid särskilt viktigt att man centralt ytterligare utvecklar metoder för att mäta effektivitet och uppnådda resultat. Den största svårigheten är givetvis att finna mått på insatsernas kvalitet i förhållande till kostnaderna. Utredningen har ingen anledning att nu diskutera några drastiska organisationsförändringar. Men det måste understrykas att ju starkare kravet på vitalisering är desto viktigare torde det vara att öka regionernas självständighet. Här står alla möjligheter öppna t.ex. en formell förstärkning av regionchefernas ställning och divisioneringar av olika slag.

Det har påpekats tidigare att Apoteksbolagets centrala enheter är dels ledningsorgan, dels serviceorgan. Av naturliga skäl finns inga skarpa gränser

mellan dessa. Samtidigt är det närmast en självklarhet att det typiska ledningsorganet och det typiska serviceorganet har olika karaktär. Ledningsorganet skall verka genom direktiv och anvisningar som ledningen finner nödvändiga för att uppnå de uppställda målen. Ett serviceorgan skall tillhandahålla den service mottagaren anser sig behöva. En effektiv regulator på att servicen verkligen behövs är att mottagaren är beredd att betala för den.

Apoteksbolagets centrala aktiviteter inrymmer ett rikt serviceutbud till apoteken. Till största delen meddelas servicen utan att mottagaren har någon valfrihet. Även om interndebitering sker av kostnaderna för lämnad service är detta mera ett sätt att bokföringsmässigt fördela dem än att jämföra erforderliga kostnader för de lokala enheternas drift.

Inte heller på denna punkt har utredningen anledning och knappast heller möjlighet att gå i någon detaljgranskning och avge formliga förslag. Utredningen utgår emellertid från att företagsledningen följer problemet och vid behov vidtar erforderliga åtgärder. Sådana bör principiellt inte bara avse ändringar av interna rutiner utan man måste också hålla blicken öppen för i vilken utsträckning det är det mest rationella att tillhandahålla tjänster inom företaget eller att köpa tjänster utifrån.

Förut har skildrats hur Apoteksbolaget undergått en avsevärd förstärkning ekonomiskt och finansiellt. Finansnettot spelar en betydande roll för rörelseresultatet. Senaste verksamhetsåret härrörde bolagets resultat till ungefär 25 % från fastighets- och finansförvaltnig. Finansförvaltningens uppgifter kommer att öka. Som tidigare nämnts kan bl.a. förväntas att de nuvarande pensionsfonderna som uppgår till 1250 Mkr kommer att öka med omkring 50 % i fast penningvärde under de närmaste 15 åren. Det är alltså uppenbart att Apoteksbolaget vid sidan av sina stora och egentliga uppgifter inom läkemedelsförsörjningen är på väg att bli en inte obetydlig intressent på marknaden för penningplacering. Ju större de finansiella uppgifterna blir desto angelägnare blir det för ägare och styrelse att framgent uppmärksamma i vad mån särskilda organisatoriska och personella arrangemang kan erfordras i syfte att garantera en fortsatt gynnsam utveckling av den totala verksamheten. Primärmålet måste alltid vara att Apoteksbolaget skall upprätthålla en fullgod läkemedelsförsörjning till lägsta möjliga kostnader.

Enligt avtalet med staten skall bolaget verka för utvecklingen av en god information på läkemedelsområdet och för fortlöpande produktion av statistik över läkemedelsförbrukningens art och omfattning. Till tryggande av ett allsidigt samarbete i dessa frågor har bolaget förbundit sig att utse och bestrida den nämnd som förut beskrivits och som existerar under benämningen ANIS. I förhållande till Apoteksbolagets stora insatser på informationens och läkemedelsstatistikens områden får denna nämnd sägas ha spelat en underordnad roll. Bakgrunden till nämndens tillkomst har skildrats i kapitel 10. Härvid har omnämnts det förslag om inrättande av ett läkemedelsinstitut som på sin tid föreslogs av läkemedelsförsörjningsutredningen.

En av intentionerna bakom det föreslagna institutet sammanfaller nära med vad den särskilde utredaren rörande läkemedelspriser föreslog 1978 om uppgifter för den av honom föreslagna priskontrollerande enheten. Denna

skulle följa utvecklingen av läkemedelsindustrin i Sverige, utvecklingen av import och export och hur denna påverkades av olika internationella överenskommelser, allt med särskild hänsyn till hur kostnader och priser kunde komma att påverkas. Enheten borde också studera de kostnadsmässiga aspekterna av samarbetet mellan läkemedelsindustri, universitetsforskning och sjukvård.

Då det gäller den fortsatta utvecklingen av den obunda läkemedelsinformationen får utredningen anledning att återkomma i ett senare betänkande. Här skall endast ånyo understrykas att Apoteksbolaget visat sig vara väl skickat för betydelsefulla uppgifter inom detta fält.

Vad som saknas för närvarande är ett obundet organ med resurser och förmåga att utnyttja den omfattande läkemedelsstatistiken till studier och bedömningar av samspelet mellan läkemedelskostnader och sjukvårdskostnader, värdering av olika läkemedels pris med hänsyn till effekterna på vården, uppföljning av konstaterade statistiska fakta för att närmare tolka deras innebörd etc. Kvalificerade sådana studier skulle ge värdefullt underlag för en förbättrad kunskapsåterföring då det gäller läkemedelsförskrivning och läkemedelsvanor.

Enligt utredningens mening finns det anledning att överväga om inte kvalificerade statistiska studier och därav föranlett uppföljningsarbete borde bli tyngdpunkten i det arbete ANIS nu svarar för. Det kan också ifrågasättas om inte denna verksamhet borde få en mera självständig ställning bl.a. för att bidra till att ge verksamheten en mera markerad profil. Om det här avsedda syftet skall uppnås måste arbetet bedrivas på en högre resursnivå än vad som hittills varit fallet ifråga om ANIS.

Den hittillsvarande avtalsperioden om 15 år har enligt utredningens mening varit väl avpassad. Å ena sidan har den varit lång nog för att ge Apoteksbolaget tillräcklig tid att utforma och pröva sin företagspolitik, å andra sidan har den inom rimlig tid givit utrymme för en sådan övergripande granskning som utredningen haft i uppdrag att göra. Utredningen föreslår att nästa avtalsperiod ges samma längd. Den skulle alltså komma att avse tiden från 1986 intill utgången av år 2000.

## Förslag till nytt avtal mellan staten och Apoteksbolaget

### Avtalets konstruktion

För närvarande finns två avtal mellan staten och Apoteksbolaget om bolagets verksamhet. Det ena avser bolagets verksamhet i allmänhet, det andra avser vissa försvarsförberedelser m.m. på läkemedelsområdet. Det främsta skälet till att två avtal existerar torde vara att frågan huruvida Apoteksbolaget borde överta ansvaret även för den militära läkemedelsförsörjningen inte var utredd när det allmänna avtalet ingicks 1970. Något bärande skäl för att fortsättningsvis ha två avtal synes knappast existera. Förslag framläggs därför om att erforderliga regler samlas i ett avtal.

Bestämmelserna i 1973 års avtal om försvarsförberedelser m.m. är mycket detaljerade jämfört med reglerna i avtalet om verksamheten i allmänhet. De detaljerade reglerna föreslås få förlängd giltighet, men har samlats i en bilaga

till avtalet som anknutits till en grundläggande paragraf i själva avtalet. Denna konstruktion har valts för att ge ökad balans och överblick.

I gällande avtals 2 § finns ett stadgande om att bolaget fullgör de skyldigheter och åtnjuter de rättigheter som tillkommer staten enligt den mellan staten och Apotekarsocieteten den 17 september 1969 träffade överenskommelsen om formerna för avlösning av det tidigare apotekssystemet. Sedan avlösningen skett är en sådan bestämmelse inte längre aktuell.

I samma paragraf finns intagen en bestämmelse enligt vilken bolaget förbinder sig att i sin verksamhet fullfölja de allmänna riktlinjer för verksamheten som dragits upp vid riksdagsbehandlingen av frågan om ny organisation av läkemedelsförsörjningen m.m. (prop. 1970:74, 2 LU 37, SU 98, rskr 223). En liknande bestämmelse kan bli motiverad i det nya avtalet sedan riksdagsbehandling ägt rum beträffande Apoteksbolagets verksamhet efter 1985. Policyuttalanden som inte direkt avspeglar sig i specifika bestämmelser i avtalet kan därvid göras bindande för Apoteksbolaget.

Bestämmelserna i nuvarande avtals 9 § om en särskild nämnd (ANIS) har ingen motsvarighet i förslaget till nytt avtal. Skälet härtill är att utredningen i sitt fortsatta arbete kommer att föreslå de övergripande åtgärder som kan erfordras för att trygga ett allsidigt samarbete i informationsfrågorna. I den mån Apoteksbolaget finner behov av särskilda samarbetsorgan för sitt arbete med information och statistik på läkemedelsområdet torde det få ankomma på bolaget att självt ta erforderliga initiativ.

## Avtalstexten

**Avtal mellan staten och Apoteksbolaget AB om Apoteksbolagets verksamhet**

**1 §** Apoteksbolaget AB åtar sig att i enlighet med regeringens uppdrag 1985-00-00 – med undantag för den rätt som tillkommer statens bakteriologiska laboratorium och statens veterinärmedicinska anstalt – under tiden 1 januari 1986 – 31 december 2000 med ensamrätt driva detaljhandel med läkemedel i enlighet med vad nedan sägs.

**2 §** Det åligger bolaget att svara för att en god läkemedelsförsörjning upprätthålls i landet. Verksamheten skall därvid bedrivas så att möjligheterna att utnyttja läkemedelsutvecklingens resultat främjas samtidigt som förutsättningarna för att uppnå lägsta möjliga läkemedelskostnader beaktas.

I detta syfte skall bolaget

- noggrant följa utvecklingen inom läkemedelsområdet nationellt och internationellt;
- upprätthålla ett rikstäckande distributionssystem för läkemedel som är väl anpassat till lokala förhållanden och som tillgodoser kravet på en säker, rationell och effektiv läkemedelsförsörjning;
- iaktta så hög lager- och leveransberedskap i fråga om läkemedel att hälso-

och sjukvårdens behöriga krav inte eftersätts;
- verka för att en tillräckligt omfattande saklig information förekommer på läkemedelsområdet;
- medverka till att en fortlöpande statistik över läkemedelsförbrukningens art och omfattning produceras.

**3 §** Bolaget åtar sig försvarsförberedelser m.m. enligt vad närmare anges i bilaga till detta avtal. Härvid förbinder sig bolaget att följa de allmänna riktlinjer för verksamheten som dragits upp vid riksdagsbehandlingen av frågan om samordning av civil och militär läkemedelsförsörjning m.m. (prop. 1973:16, SoU 6, rskr 101).

**4 §** Bolaget bestämmer i vilken utsträckning apotek och andra försäljningsställen för läkemedel skall finnas och var de skall vara belägna. Som apotek betecknas sådant försäljningsställe för läkemedel som med hänsyn till personella och övriga resurser kan ge en läkemedelsservice av mer allsidig art och omfattning.

Vid avvägning av försäljningsställenas lokalisering och utformning skall bolaget eftersträva en god service till allmänheten och sjukvårdens organ samtidigt som hänsyn tas till kravet på att läkemedelskostnaderna hålls på en rimlig nivå.

Bolaget har rätt att låta sjukvårdshuvudman på de villkor varom överenskommelse kan träffas mellan bolaget och huvudmannen fullgöra bolagets skyldighet att tillhandahålla läkemedel åt allmänheten.

**5 §** Det åligger bolaget att på begäran snarast möjligt anskaffa och tillhandahålla läkemedel som behörigen förordnats av läkare, tandläkare, veterinär eller annan person med viss förskrivningsrätt. I övrigt är bolaget skyldigt att tillhandahålla för försäljning tillåtna farmacevtiska specialiteter och andra ändamålsenliga läkemedel som får tillhandahållas utan företeende av recept utfärdat av behörig person.

Särskilda bestämmelser finns om bolagets befattning med kostnadsfria förbrukningsartiklar och prisnedsatta livsmedel vid vissa sjukdomar.

Bolaget bör tillhandahålla sådana varor i övrigt inom hälsovårdsområdet som naturligen anknyter till bolagets verksamhet. De varor bolaget därvid tillhandahåller bör vara av god kvalitet i förhållande till priset. Denna del av verksamheten bör bära sina egna kostnader.

**6 §** Inköpspriserna på farmacevtiska specialiteter överenskoms genom förhandlingar mellan bolaget och företrädare för producenten. I sin förhandlingsverksamhet skall bolaget sträva efter att uppnå så låga priser att de kan betraktas som skäliga.

**7 §** Bolagets utförsäljningspriser för läkemedel ävensom priserna för tillhandahållna tjänster skall fastställas enligt sådana normer att bolagets kostnader täcks och skälig förräntning av det i bolaget insatta kapitalet erhålls.

**8 §** Bolagets priser på läkemedel skall vara enhetliga för hela landet.

**9 §** Beträffande villkoren för bolagets leveranser till sjukvårdsinrättningar samt vid tillhandahållande av tjänster i samband därmed bör särskilda avtal upprättas mellan bolaget och sjukvårdshuvudmannen. Grundprincipen bör därvid vara att bolagets övriga verksamhet inte belastas men ej heller subventioneras.

**10 §** Bolaget förbinder sig att tillse att den personal som sysselsätts inom läkemedelsdistributionen uppfyller de krav som erfordras från säkerhetssynpunkt.

**11 §** Bolaget skall eftersträva ett intimt samarbete med sjukvårdens huvudmän och med dem som eljest har att ta befattning med läkemedelsfrågor.

Bolaget skall fortlöpande samråda med socialstyrelsen och riksförsäkringsverket i frågor som berör ämbetsverkens förvaltningsområden.

Bolaget skall på begäran lämna socialstyrelsen och riksförsäkringsverket de upplysningar och det biträde som fordras för deras verksamhet och som bolaget kan lämna.

**12 §** Bolaget förbinder sig att infria de pensionsutfästelser, vilka grundar sig på bestämmelser som före utgången av år 1970 utfärdats av Kungl. Maj:t och som avser apoteksinnehavare och apoteksanställda samt deras efterlevande ävensom statens pensionsåtagande enligt överenskommelsen den 17 september 1969 mellan staten och apotekarsocieteten.

**Bilaga** *Försvarsförberedelser m.m. på läkemedelsområdet*

1. Apoteksbolaget skall för berörda centrala förvaltningsmyndigheters räkning svara för inköp, förrådshållning, omsättning och annan erforderlig lagerhantering av färdiga beredskapsläkemedel m.m.

2. Apoteksbolaget skall följa de centrala förvaltningsmyndigheternas föreskrifter för läkemedelslagrens spridning, uppläggning, sammansättning, märkning och förpackning m.m.

3. Apoteksbolaget skall biträda angivna myndigheter i fråga om försök och prov med läkemedel och läkemedelsförpackningar som erfordras för användning inom totalförsvaret.

4. Apoteksbolaget skall följa militärbefälhavarens (militärkommandochefs) respektive mobiliseringsmyndighets samt civilbefälhavares respektive länsstyrelses och sjukvårdshuvudmans föreskrifter för mobiliseringsplanläggningen i fråga om läkemedels uppläggning och fördelning på mobiliseringsenheter m.m. och tillhandahålla de uppgifter, som fordras för dessa myndigheters planläggning av uttransport i samband med mobilisering.

5. Apoteksbolaget skall hålla lagren av beredskapsläkemedel tillgängliga för inspektion från berörda centrala, regionala och lokala myndigheters sida.

6. Apoteksbolaget skall en gång om året lämna rapport till de centrala förvaltningsmyndigheterna om lagerhållning och fördelning av de läkemedel som omfattas av detta avtal. Därvid skall genomförda kassationer redovisas särskilt.

7. Apoteksbolaget skall biträda de centrala förvaltningsmyndigheterna i dessa myndigheters arbete med beredskapsplanläggning m.m. på läkemedelsområdet.

8. Apoteksbolaget skall enligt närmare överenskommelse mellan bolaget och myndigheter inom totalförsvaret tillhandahålla läkemedelsinformation, statistik och farmacevtisk rådgivning.

9. Apoteksbolaget skall i samråd med vederbörande militära myndigheter utöva farmacevtisk tillsyn och kontroll jämlikt gällande medicinalförfattningar över de för förbandssjukvård avsedda läkemedelsförråd, som förvaras vid försvarsmaktens utbildningsförband (motsv).

10. Mellan Apoteksbolaget å ena sidan samt berörda centrala förvaltningsmyndigheter å den andra skall ett leverantör/ kundförhållande gälla.

11. Vid leveranser av läkemedel till försvarsmaktens fredsförband för daglig sjukvård åt värnpliktiga liksom till försvarsmaktens beredskapslager av läkemedel skall prissättning ske enligt de grunder som tillämpas vid motsvarande sjukhusleveranser.
Försäljning i omsättningssyfte av läkemedel ur försvarsmaktens beredskapslager skall ske till marknadsmässiga priser.
Ersättning för Apoteksbolagets tjänster i övrigt skall utgå enligt särskild överenskommelse härom mellan Apoteksbolaget och försvarets sjukvårdsstyrelse.

## Kommentar till de enskilda paragraferna

1 § Enda skillnaden jämfört med gällande avtal betingas av att Apoteksbolaget numera handhar den militära läkemedelsförsörjningen.
2 § I denna paragraf har övergripande regler om bolagets uppgifter samlats. Motsvarande åligganden finns angivna i gällande avtal, antingen implicit genom hänvisningen till riksdagsbehandlingen i 2 § eller explicit i 4, 6, 7 och 9 §§.

Första stycket i förslagets 2 § ansluter nära till 4 § i gällande avtal. I stället för uttrycket "samtidigt som så låga läkemedelskostnader som möjligt upprätthålls" har valts texten "samtidigt som förutsättningarna för att uppnå lägsta möjliga läkemedelskostnader beaktas". Det nya uttrycket syftar till ett ökat aktivt engagemang för att hålla läkemedelskostnaderna på lägsta möjliga nivå.
3 § Motsvarigheter finns i 1 och 2 §§ avtalet om vissa försvarsförberedelser m.m. på läkemedelsområdet. Hänvisningen till 1973 års riksdagsbehandling har bibehållits eftersom inga ändringar föreslås och anledning torde saknas att göra förnyade uttalanden.
4 § I denna paragraf har de grundläggande reglerna om etablering och andra

distributionsställen för läkemedel samlats. Reglerna har sin direkta motsvarighet i nuvarande avtals 3 och 5 §§.

5 § De huvudsakliga varugrupper Apoteksbolaget förmedlar avhandlas i denna paragraf, nämligen läkemedel, kostnadsfria förbrukningsartiklar och vissa andra handelsvaror.

Skyldigheten att snarast möjligt anskaffa och tillhandahålla läkemedel som behörigen förordnats av läkare, tandläkare eller veterinär föreslås oförändrad. Tillägget "annan person med viss förskrivningsrätt" har gjorts med hänsyn till att barnmorskor fått viss förskrivningsrätt och att kretsen kan eventuellt ytterligare utvidgas. Då det gäller skyldigheten att i övrigt tillhandahålla läkemedel har bestämmelsen uppmjukats och moderniserats. Motiven framgår av det utredningen anfört i kap. 7 (sid. 110–112).

Bolagets skyldigheter i fråga om kostnadsfria förbrukningsartiklar och prisnedsatta livsmedel följer av lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader m.m. och till denna anknutna föreskrifter.

Vad som sägs i avtalstexten om bolagets befattning med vissa fria handelsvaror ansluter till vad som sagts i kap. 7 (sid. 97–99 samt 112). Regeln att denna del av verksamheten bör bära sina egna kostnader avser utfallet av hela denna sektor. Punktvis torde inom denna sektor såväl som inom andra områden förekomma att en viss vara vid ett visst tillfälle inte är självbärande.

6 § Paragrafen har ingen direkt motsvarighet i gällande avtal utan åliggandet följer av hänvisningen till riksdagsbehandlingen. Uttrycket "skäliga" ansluter till läkemedelsförordningens krav (SFS 1962:701, 6 §) samt den tillkomna regeln i tillämpningskungörelsen (1963:439) att ett pris varom Apoteksbolaget och producenten vid en förhandling enats om skall anses skäligt i normalfallet. Beträffande innebörden av "låga" priser hänvisar utredningen till sitt resonemang på sid 131.

7 och 8 §§ Motsvaras av 8 § gällande avtal. Uppdelningen på två särskilda paragrafer har gjorts eftersom vad som sägs i den föreslagna 7 § är grundläggande för reglerna i såväl förslagets 8 som 9 §§. Formuleringen i 8 § ansluter ordagrant till nuvarande lydelse och avser à-priserna för läkemedel och har intresse främst för den öppna vårdens del.

9 § Ordningen med särskilda avtal i fråga om leveranser till sjukvårdsinrättningar förutsättes i prop. 1970:74 och den angivna grundprincipen är den som tillämpas av parterna (jfr kap 11). Olika avtal förutsätts kunna slutas med skilda avnämare i den mån skillnader föreligger beträffande de faktiska kostnaderna.

10–12 §§ Motsvaras av gällande avtals 10–12 §§.

Bilaga: Motsvaras av 3–13 §§ avtalet om vissa försvarsförberedelser m.m. på läkemedelsområdet.

# Reservation och särskilda yttranden

## Reservation av ledamoten *Göran Lennmarker*

Enligt sina direktiv har läkemedelsutredningen inte till uppgift att pröva frågan om det nuvarande apotekssystemet gentemot alternativa organisationsformer. Huvudfrågan, om ett huvudsakligen statsägt monopolbolag är en rationell och ändamålsenlig form för läkemedelsdistribution har därmed inte kunnat prövas. Den nuvarande ordningen kunde t.ex. ha vägts mot ett decentraliserat system med konkurrens och enskilt ägda apotek. Det hade varit naturligt att göra detta nu efter nära femton års erfarenhet av Apoteksbolaget och inför en ny avtalsperiod.

Följden av denna begränsning har blivit en i allt väsentligt ointressant utredning som bara bekräftar status quo. Detta första betänkande är i praktiken en festskrift till Apoteksbolagets ära, vad jag förstår huvudsakligen författad av bolagets upphovsman.

### Droghandeln

Partihandel med läkemedel – droghandeln – har hittills bedrivits i form av s.k. enkanal-distribution under konkurrens. Det är resultatet av branschens framsynta beslut i slutet på 1960-talet, som gett Sverige världens i särklass lägsta droghandelsmarginal.

Apoteksbolagets ledning har länge strävat efter en monopolisering även av droghandeln. Genom uppköp i början på 1970-talet reducerades de fem konkurrerande droghandlarna till tre. 1984 köptes ytterligare ett företag – trots NOs protester – så att det nu enbart finns två konkurrerande droghandelsföretag på den svenska marknaden.

Skrivningarna om droghandeln är helt präglade av den ena parten, nämligen Apoteksbolaget. Följaktligen utmynnar de i en rekommendation åt Apoteksbolaget – droghandelns ende kund – att utnyttja sin ställning för att genom förhandlingar överta de väsentliga funktionerna hos sin ende konkurrent och därigenom i praktiken åstadkomma monopol även i droghandelsledet.

Istället bör ökad konkurrens åstadkommas för att säkra fortsatt låga partihandelskostnader.

## Priskontrollen

Apoteksbolagets priskontrollerande funktion har egentligen inte prövats av utredningen. Det nuvarande systemet där Apoteksbolaget har en priskontrollerande funktion är tveksamt. Apoteksbolaget är läkemedelsföretagens ende kund och har därmed gentemot dessa en mycket stark ställning. Apoteksbolagets egna intäkter utgörs av ett påslag på företagens priser. Principiella skäl talar för att Apoteksbolaget inte bör ha en priskontrollerande funktion. Även praktiska skäl gör det nuvarande förhållandet tveksamt. Det råder t.ex. starkt delade meningar om priskontroll verkligen har en prispressande effekt. Vissa erfarenheter tyder på att priskontroll snarast håller uppe priserna än sänker dem. Emellertid krävs det utförligare analyser för att föreslå förändringar i priskontrollen. Tyvärr har inte några sådana gjorts.

Jag anser sammanfattningsvis

att utredningen är helt otillräcklig för att ge underlag för nytt avtal mellan staten och Apoteksbolaget,

att konkurrensen i droghandelsledet bör öka. Apoteksbolaget skall inte inleda förhandlingar med Kronans Droghandel i syfte att i praktiken överta detta,

att priskontrollen på läkemedel borde övervägas förutsättningslöst.

## Särskilt yttrande av ledamoten *Alec Carlberg*

Enligt Läkemedelsutredningens direktiv ska frågorna om anbud och generisk förskrivning prövas av utredningen. Då dessa frågor har ett intimt samband med prisbildningen på läkemedelsområdet så borde delbetänkandet "Apoteksbolaget mot år 2000" diskuterat konsekvenserna av anbudsförfarande vid Apoteksbolagets inköp av läkemedel samt effekterna av generiska namn (dvs. att nuvarande varumärken ersätts av namn som ger vägledning om läkemedlets kemiska och farmakologiska grupptillhörighet) och generisk förskrivning.

I delbetänkandet diskuteras informationsfrågorna kring läkemedel ofullständigt. Den nya Hälso- och Sjukvårdslagen bör tjäna som utgångspunkt för en sådan diskussion.

Informationsfrågorna kommer förvisso att diskuteras i ett senare delbetänkande. Men det hindrar inte att vissa principiella frågor borde ha behandlats i delbetänkandet om Apoteksbolaget, sådana frågor är offentliggörandet av de kliniska prövningarna och den kommersiella läkemedelsinformationens dominans. De offentliga insatserna för information på läkemedelsområdet svarar mot cirka 1 procent av kostnderna för den samlade läkemedelsinformationen. Det är politiskt angelägna frågor som måste belysas i alla sina aspekter. Apoteksbolaget bör spela en viktig roll i informationsspridningen kring läkemedel. Därför borde informationsfrågorna fått en annan dignitet i delbetänkandet om Apoteksbolaget.

## Särskilt yttrande
av *Gunilla Lamnevik,* sakkunnig

Landstingen (motsv.) har enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvaret för läkemedelsförsörjningen till sjukvårdens institutioner genom sjukhusapotek. Dessa leveranser motsvarar närmare 20 % av kostnaden för den totala läkemedelsförsörjningen. Apoteksbolaget har via avtalet med staten ensamrätt att bedriva detaljhandel med läkemedel. Denna ensamrätt har tolkats så, att den också omfattar försäljningen av läkemedel till sjukhusen. Apoteksbolagets verksamhet har starka beröringspunkter med hälso- och sjukvården och en fungerande samverkan är nödvändig.

Läkemedelsutredningen har haft att se över avtalen mellan staten och Apoteksbolaget AB och därvid "överväga om det mot bakgrund av utvecklingen och vunna erfarenheter av bolagets verksamhet finns anledning att göra ändringar i avtalen för tiden efter 1985". Utredningens förslag till nytt avtal för tiden 1986–2000 innebär mycket små förändringar jämfört med nuläget. När det gäller sjukhusens läkemedelsförsörjning föreslås i sak inga förändringar.

Sjukvårdshuvudmännens erfarenheter av samarbetet med Apoteksbolaget är i stor utsträckning goda. På vissa områden har dock en mycket strikt tillämpning av detaljhandelsmonopolet fått effekter som totalt sett inte kan anses vara till gagn för verksamheten. Detta har på olika sätt framförts till utredningen. Någon analys av de nuvarande bestämmelserna och deras för- och nackdelar när det gäller sjukhusens läkemedelsförsörjning har trots detta inte gjorts i betänkandet. Jag anser att detta är en brist och kommenterar nedan två områden, där en bättre samverkan är nödvändig.

1. Sjukvårdshuvudmännen kan välja att organisera sin läkemedelsförsörjning till sjukhusen på olika sätt. F.n. har flertalet landsting (motsv) överlåtit till Apoteksbolaget att svara för driften av sjukhusapotek. Formerna för detta finns reglerade i ett särskilt avtal. Sjukvårdshuvudmän som väljer att själva ta driftansvaret kan välja andra organisationsmodeller. De kan t.ex. föredra att integrera läkemedelsförsörjningen med annan närliggande verksamhet inom hälso- och sjukvården för att nå effektivitetsvinster. De kan också välja en organisation som inkluderar viss del av den lagerhållning och distribution som på andra håll sköts av Apoteksbolaget och grossistföretagen.

   Speciella förutsättningar råder för läkemedelsförsörjningen till sjukhus. Vissa produktgrupper är specifika för sjukhusapoteken och säljs dit i stora volymer. Exempel på sådana är infusions- och spolvätskor. Dessa levereras ofta direkt från producenten till sjukhusen. Hanteringskostnaderna för många sjukhusspecifika produkter blir därmed mindre betungande för Apoteksbolaget än vad som gäller för övriga preparat.

   Nuvarande regler tolkas så att det är Apoteksbolaget som anger villkoren för inköp till samtliga sjukhusapotek. Sjukvårdshuvudmännen har ingen rätt att få insyn i vilka avvägningar som i prisförhandlingarna görs mellan sjukhusspecifika produkter och övriga. De har också begränsade möjligheter att i övrigt påverka inköpspriserna för läkemedlen och få jämkningar i den mån de själva svarar för delar av distribution/lagerhållning.

En närmare samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen och Apoteksbolaget är nödvändig när det gäller inköp och service till sjukhusapoteken. Sjukvårdshuvudmännen måste – såväl utifrån sitt ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen som utifrån sitt ekonomiska ansvar – få ett rimligt inflytande.

2. En samordning av sjukhusapotek/expeditionsapotek till allmänheten är vanlig vid sjukhus där landstinget (motsv.) överlåtit driften av sjukhusapoteket till Apoteksbolaget. En sådan samordning ger möjligheter till ett bättre utnyttjande av de samlade resurserna och därmed till rationaliseringsvinster. Apoteksbolaget har med nuvarande avtal rätt att låta sjukvårdshuvudman som själv svarar för läkemedelsförsörjningen vid sjukhus också tillhandahålla läkemedel till allmänheten. Sådana överenskommelser med Apoteksbolaget har dock kunnat träffas i mycket ringa omfattning. I stället har en dubbeletablering skett med två närliggande apotek vid samma sjukhus. En strikt tillämpning av bolagets detaljhandelsmonopol har hittills ensidigt varit styrande för etableringen. Praktiska och rationella totallösningar i samverkan måste i stället vara utgångspunkten. En samlokalisering måste vara det naturliga oavsett om det är landstinget (motsv.) eller Apoteksbolaget som svarar för driften av sjukhusapotek. Med en sådan tillämpning kommer det ändå endast att bli fråga om undantag från huvudregeln. Givetvis måste expeditionen till allmänheten grundas på Apoteksbolagets regler för etablering, prissättning och service.

Apoteksbolaget är ett serviceföretag i läkemedelsförsörjningens tjänst. Utifrån hälso- och sjukvårdens krav och ansvar måste rollen för bolaget formas. När det gäller läkemedelsförsörjningen vid sjukhusen är en nära och fungerande samverkan med sjukvårdshuvudmannen ett grundläggande krav. Detta måste få ett bättre uttryck i avtalet och villkoren måste utvecklas i dess förarbeten. En sådan grund ger förutsättningar att utveckla nya samarbetsformer som garanterar en bättre balans i samarbetet, bl.a. inom ovan angivna områden.

# Bilaga 1 Direktiven för utredningen

Dir 1983:59

## Översyn av läkemedelslagstiftningen m. m.

Dir 1983:59

Beslut vid regeringssammanträde 1983-09-22.

Statsrådet Sigurdsen anför.

Jag föreslår att en kommitté tillsätts för att se över läkemedelslagstiftningen m.m. I uppdrag ingår bl.a. att

- se över läkemedelsförfattningarna ur konstitutionell, systematisk och redaktionell synvinkel,
- bättre anpassa lagstiftningen till den nya hälso- och sjukvårdslagen,
- se över avtalen mellan staten och Apoteksbolaget AB,
- se över läkemedelsinformationen,
- överväga om någon form av behovsprövning bör införas i registreringsärenden,
- överväga olika former av s. k. generisk förskrivning av läkemedel,
- undersöka möjligheterna att ge de lokala läkemedelskommittéerna en starkare ställning,
- överväga behovet att i fastare former reglera läkarnas förhållande till läkemedelsindustrin,
- överväga i vilken omfattning sekretess bör gälla vid prövning och registrering av läkemedel,
- överväga åtgärder för att registreringsförfarandet för nya läkemedel skall bli så snabbt som möjligt,
- undersöka förutsättningarna för ett vidgat internationellt samarbete i registreringsärenden och tillsyn.

*Nuvarande förhållanden*

Tillverkningen, handeln och hanteringen samt kontrollen och tillsynen m. m. i fråga om läkemedel regleras i läkemedelsförordningen (1962:701, ändrad senast 1983:467) och i kungörelsen (1963:439, ändrad senast 1981:355) om tillämpningen av läkemedelsförordningen den 14 december 1962 (nr 701).

Med läkemedel förstås i huvudsak en vara som är avsedd att förebygga, påvisa, lindra eller bota sjukdom eller sjukdomssymptom hos människor

eller djur. Socialstyrelsen kan föreskriva att förordningen skall tillämpas på varor som står läkemedel nära och som vid okontrollerad försäljning kan medföra hälsorisker.

Vissa slag av läkemedel däremot undantas från läkemedelsförordningens tillämpning helt eller delvis. Detta gäller homeopatiska medel, naturmedel som är avsedda att intas på annat sätt än genom injektion och s. k. fria läkemedel.

Andra läkemedel särregleras. Bestämmelser om narkotika finns i narkotikaförordningen (1962:704, ändrad senast 1983:365). De radioaktiva läkemedlen regleras i lagen (1981:289) om radioaktiva läkemedel och de naturmedel som är avsedda för injektion i lagen (1981:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion.

Läkemedlen delas in i farmacevtiska specialiteter och extemporepreparat. En farmacevtisk specialitet är ett standardiserat läkemedel som är avsett att tillhandahållas förbrukaren i tillverkarens originalförpackning. Ett extemporepreparat är ett läkemedel som tillreds på apotek efter anvisning av en läkare, tandläkare eller veterinär i varje enskilt fall. Extemporepreparaten utgör numera mindre än två procent av samtliga sålda läkemedel.

En farmacevtisk specialitet får inte säljas utan att vara registrerad hos socialstyrelsen. Styrelsen får dock medge att en specialitet som inte är registrerad får säljas, om det föreligger ett särskilt behov av den (s. k. licensförsäljning).

En förutsättning för registrering av ett läkemedel är att medlets medicinska ändamålsenlighet – effekt och säkerhet – dokumenterats bl. a. genom klinisk läkemedelsprövning.

Varje läkemedel skall vara av fullgod beskaffenhet och det får vid normal användning inte medföra skadeverkningar, som står i missförhållande till den avsedda effekten.

Registreringen av en farmacevtisk specialitet får enligt läkemedelsförordningen återkallas, om de förhållanden som legat till grund för registreringen inte längre föreligger eller om specialiteten är föremål för reklam som innefattar oriktig, starkt överdriven eller vilseledande uppgift om specialitetens verkan eller egenskaper i övrigt.

De handlingar och uppgifter om läkemedlet som finns hos socialstyrelsen i t. ex. ett registreringsärende omfattas av sekretesslagstiftningens bestämmelser om sekretess. Kort uttryckt gäller sekretessen uppgifter om tillverkarens affärs- och driftförhållanden, uppfinningar och forskningsresultat, om det kan antas att tillverkaren lider skada om uppgifterna röjs.

Priset på ett läkemedel skall enligt läkemedelsförordningen vara skäligt. Prisförhandlingarna bedrivs för statens del av Apoteksbolaget AB. När det gäller ändringar av priser på läkemedel som redan finns i handeln bedriver bolaget förhandlingarna i samarbete med statens pris- och kartellnämnd. Om överenskommelse inte nås mellan Apoteksbolaget och tillverkaren kan prisfrågan prövas av socialstyrelsen.

Yrkesmässig tillverkning av läkemedel får, med några få undantag, bedrivas endast av den som fått tillstånd till det. Också för den som vill föra in läkemedel till landet krävs det som regel tillstånd, om denne inte är behörig att tillverka eller idka handel med läkemedlet.

Kontrollen och tillsynen enligt läkemedelslagstiftningen ankommer på

socialstyrelsen och utövas av dess läkemedelsavdelning. För att täcka kostnaderna för kontrollen av farmacevtiska specialiteter skall den som ansöker om registrering eller erhållit registrering betala särskilda avgifter.

År 1971 övertogs detaljhandeln med läkemedel av det samtidigt bildade Apoteksbolaget AB. Bolagets verksamhet regleras genom lagen (1970:205) om detaljhandel med läkemedel och genom ett avtal om Apoteksbolagets verksamhet som träffades den 18 december 1970 mellan staten och bolaget. Avtalet gäller för tiden den 1 januari 1971–den 31 december 1985. Enligt avtalet skall Apoteksbolaget svara för att en god läkemedelsförsörjning upprätthålls. Möjligheterna att tillvarata resultaten av utvecklingen i fråga om läkemedel skall främjas samtidigt som läkemedelskostnader skall hållas så låga som möjligt. Bolaget skall också verka för en god information om läkemedel. Avtal finns också mellan staten och Apoteksbolaget om vissa försvarsförberedelser m. m. på läkemedelsområdet.

Informationen om läkemedel kan delas in i två kategorier. Den ena är den preparatbundna information som i huvudsak läkemedelstillverkarna svarar för. Den andra är den probleminriktade information som i väsentlig omfattning det allmänna tillhandahåller.

Läkemedelstillverkarnas information är både skriftlig och muntlig. Den skriftliga informationen ges framför allt i katalogen Farmacevtiska specialiteter i Sverige (FASS), för allmänheten bearbetad i katalogen Patient-FASS samt i tryckta broschyrer och häften och i annonser i facktidskrifter, som t. ex. Läkartidningen. Den muntliga informationen riktas främst till läkare men även övriga receptutfärdare. Läkemedelsindustrins branschorganisationer Läkemedelsindustriföreningen (LIF) och Representantföreningen för Utländska Farmaceutiska Industrier (RUFI) har antagit särskilda regler för läkemedelsinformationen till läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården. Vidare har branschorganisationerna och Sveriges läkarförbund i en överenskommelse dragit upp riktlinjer för vad som skall gälla i förhållandet mellan tillverkare och läkare vid de sammankomster om produktinformation, utbildning m. m. som arrangeras av läkemedelsföretagen.

Sedan år 1981 gäller mellan Landstingsförbundet och LIF/RUFI samt mellan Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund överenskommelser om produktinformation, utbildning och vetenskapliga sammankomster.

Den information om läkemedel som ges av det allmänna har naturligt nog en annan inriktning än den som ges av läkemedelstillverkarna. Medan syftet med varje läkemedelstillverkares information främst är att marknadsföra företagets produkter, syftar informationen från det allmänna till att ge producentobunden och jämförande upplysning om läkemedlens egenskaper och om deras rätta utnyttjande för att nå en optimal effekt i läkemedelsanvändningen. Socialstyrelsen och Apoteksbolaget svarar i samarbete med landstingen för huvuddelen av den probleminriktade informationen.

Enligt en överenskommelse mellan staten, Landstingsförbundet, Apoteksbolaget, LIF och RUFI inrättades i juni 1980 ett läkemedelsinformationsråd. Målet för rådets verksamhet är kort uttryckt att öka kunskaperna om läkemedel i samhället och därigenom skapa förutsättningar för en bättre användning av läkemedlen.

Den svenska läkemedelsindustrin består i huvudsak av sex koncerner,

nämligen Astra, KabiVitrum, Pharmacia, Leo, Ferrosan och Ferring. KabiVitrum ingår i Statsföretagskoncernen. Av de inom Sverige tillverkade läkemedlen svarar Astra för ca 55 % av omsättningen, KabiVitrum för ca 22 %, Pharmacia för ca 13 %, Leo för ca 7 % och Ferrosan för ca 3 %. År 1981 uppgick de svenska läkemedelsföretagens försäljning till 3 700 milj. kr., varav 1 270 milj. kr. i Sverige och 2 430 milj. kr. i utlandet. Läkemedelsindustrin är en av Sveriges mest expansiva industribranscher. Lönsamheten i branschen har varit god under de senaste åren.

Sveriges import och export av läkemedel är ungefär lika stora. År 1982 importerade vi läkemedel för 1 432 milj. kr. och exporterade för 1 550 milj. kr. Exporten av läkemedel har under senare år ökat snabbare än importen. Antalet anställda i svensk läkemedelsindustri i Sverige uppgår till ca 8 000.

De utländska företagen svarar för drygt hälften av den totala läkemedelsförsäljningen i Sverige. Importerade läkemedel säljs av ett sextiotal företag, av vilka flertalet är dotterbolag till utländska läkemedelsföretag.

Råvarukostnaderna utgör en liten del av produktkostnaderna för läkemedel. I stället svarar löner inklusive forskningskostnader för den större delen av produktionskostnaderna. Forsknings- och utvecklingskostnader uppgår till nära 30 % av förädlingsvärdet medan kostnaderna för information och marknadsföring uppgår till ca 15 %.

*Utredningar och debatt*

Olika läkemedelsfrågor har under senare år utretts av statliga kommittéer. Här kan nämnas läkemedelskontrollutredningen, utredningen om läkemedelsinformation, utredningen av priskontrollen av läkemedel och läkemedelsindustridelegationen. Utredningarnas betänkanden har emellertid inte lett till några större förändringar.

Riksrevisionsverket har som ett led i sin förvaltningsrevision, granskat riksförsäkringsverkets och socialstyrelsens utvärdering och uppföljning av läkemedelskostnaderna.

Socialstyrelsen och riksförsäkringsverket har därefter redovisat olika förslag till åtgärder för att begränsa samhällets kostnader för läkemedel.

Regeringen har uppdragit åt socialstyrelsen att se över gällande medicinska indikationer för förskrivning av vitamin- och mineralpreparat. Styrelsen skall även bedöma de medicinska konsekvenserna av en begränsning av rätten till rabattering av läkemedel som är avsedda för symptomatisk behandling av lätta sjukdomstillstånd. Styrelsen har i maj 1983 redovisat uppdraget beträffande vitamin- och mineralpreparat och skall senast den 1 oktober 1983 redovisa uppdraget i dess helhet.

Få hälso- och sjukvårdsfrågor har debatterats så intensivt under senare år som våra läkemedel.

En fråga som varit mycket diskuterad är marknadsföring och annan information om läkemedel. Här kan nämnas riksdagsmotionen 1980/81:1640 i vilken föreslogs att följande riktlinjer för läkemedelsinformationen skulle gälla. Läkemedelsindustrins inflytande över informationen minskas. Större tyngd ges åt den problemorienterade i stället för åt den preparatinriktade informationen. Information och utbildning av allmänhet och personal förbättras. De lokala läkemedelskommittéerna ges vidgade uppgifter för

problemorienterad information och fortbildning i både öppen och sluten vård. Samverkan läkemedelskommittéer-apotek byggs ut. Arbetet med bipacksedlar dvs. tryckt information som åtföljer läkemedelsförpackningen prioriteras. Åtgärder för ett allmänt ökat kostnadsmedvetande vidtas. På längre sikt bör Apoteksbolaget ta över huvuddelen av läkemedelsinformationen från läkemedelsföretagen.

Enligt socialutskottets mening (SoU 1981/82:6) överensstämde emellertid de lösningar som förordades i motionen i flertalet fall med det synsätt som präglade pågående eller planerade aktiviteter på området. Utskottet kunde därför inte finna att något riksdagens initiativ i detta sammanhang skulle vara ägnat att påskynda utvecklingen i de avseenden som tas upp i motionen. Denna avstyrktes därför. Riksdagen följde utskottet.

Senast år 1981 har sekretessen inom läkemedelskontrollen behandlats av riksdagen. Frågan gällde då de kliniska läkemedelsprövningarna. I riksdagsmotionen 1979/80:855 hemställdes att resultaten av prövningarna i dessa fall borde bli offentliga handlingar sedan läkemedlet registrerats, för att ge samhället och forskningen en ökad insyn i läkemedelsindustrins marknadsplanering. I socialutskottets betänkande SoU 1981/82:21, som godkändes av riksdagen, delade utskottet den principiella uppfattningen att det material som avser en klinisk läkemedelsprövning i allmänhet borde kunna offentliggöras sedan läkemedlet registrerats. Utskottet ansåg sig emellertid inte då kunna tillstyrka en ändring av författningsbestämmelserna i det aktuella avseendet. Frågan borde i stället bedömas i anslutning till att man från svensk sida tog ställning till de gemensamma nordiska riktlinjer för klinisk läkemedelsprövning som vid denna tid hade utarbetats inom Nordiska läkemedelsnämnden.

I propositionen 1982/83:122 om ändring i läkemedelsförordningen m. m. lade regeringen tidigare i år fram förslag till skärpta bestämmelser om klinisk läkemedelsprövning. Förslagen antogs av riksdagen (SoU 1982/83:35, rskr 391). Bestämmelserna har utformats så, att de i så stor utsträckning som möjligt skall överensstämma med de tidigare nämnda nordiska riktlinjerna. I propositionen togs dock inte ställning till frågan om sekretess vid kliniska läkemedelsprövningar. I denna del uttalades i propositionen att ett ställningstagande i sekretessfrågan inte borde begränsas till de kliniska prövningarna utan avse läkemedelsdokumentationen i stort och att frågan borde övervägas vid den översyn av läkemedelslagstiftningen som förutskickades i propositionen.

En annan fråga som diskuterats är behovsprövning av nya läkemedel. Socialstyrelsen har ansetts skyldig att registrera varje farmacevtisk specialitet som uppfyller uppställda krav, oberoende av hur många identiska eller likartade preparat som tidigare registrerats. Någon prövning av att medlet även svarar mot ett sjukvårdsbehov görs således inte. Sådan behovsprövning förekommer i Norge. I betänkandet från Läkemedelskontrollutredningen (Ds S 1978:12) Den statliga läkemedelskontrollen föreslogs att en bestämmelse om behovsprövning borde införas. I propositionen 1978/79:118 om ändring i läkemedelsförordningen m. m. anförde emellertid föredraganden, att hon i avvaktan på den verkan som kunde uppnås genom en ökad satsning på objektiv information om läkemedel inte då var beredd att föreslå en bestämmelse om behovsprövning. Riksdagen anslöt sig till denna bedömning

(SoU 1979/80:11, rskr 33).

Vissa debattörer har vidare ifrågasatt ändamålsenligheten hos de moderna läkemedlen och förespråkat en ökad användning av s. k. alternativa läkemedel, såsom naturmedel och homeopatiska medel. Andra har hävdat att användningen av läkemedel skulle kunna minskas radikalt, om människorna gavs bättre kunskaper om hur man skyddar och stärker sin hälsa genom en väl sammansatt kost och ett sunt leverne.

Läkemedelsindustrin slutligen har bl. a. hävdat att registreringen av nya läkemedel tar alltför lång tid och att kostnaderna för kontrollen och tillsynen av läkemedlen har ökat oroväckande snabbt. Ett vidgat internationellt samarbete mellan de nationella kontrollmyndigheterna har efterlysts, särskilt vad gäller registeringsärendena.

*Överväganden*

Den svenska läkemedelskontrollen har i stort fungerat väl. Den allmänna skärpning av kraven på läkemedlen som läkemedelsförordningen på sin tid innebar samt utbyggnaden av samhällets kontroll och tillsyn har starkt bidragit till att ge oss effektiva och säkra läkemedel. Sedan lagstiftningen trädde i kraft år 1964, har vi i vårt land också varit förskonade från läkemedelskatastrofer. Vid en internationell jämförelse kan konstateras att Sverige är ett av de länder som ställer de högsta kraven på sina läkemedel och har den strängaste kontrollen och tillsynen över dem.

Läkemedelsförfattningarna svarar emellertid i vissa avseenden inte mot de krav som ställs upp i den nya regeringsformen utan fortlever med stöd av dess övergångsbestämmelser. Författningarna bör därför ses över ur konstitutionell synvinkel. Författningarnas systematik bör också övervägas. De bör anpassas till den nya lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område och ses över språkligt och redaktionellt. Fördelningen av bestämmelserna mellan lag, förordning och föreskrifter från socialstyrelsen bör övervägas. Möjligheterna bör prövas att sammanföra de grundläggande bestämmelserna om läkemedel i en lag. Bestämmelserna om narkotika bör om möjligt bättre anpassas till de internationella konventioner på området som Sverige anslutit sig till.

En kommitté bör som jag tidigare anfört tillsättas för att göra en översyn av läkemedelslagstiftningen m. m.

Läkemedelsförsörjningen är en del av samhällets hälso- och sjukvårdspolitik. Den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) innebär bl. a. att samhället fått ett större ansvar för befolkningens hälsa samtidigt som betydelsen av den enskildes engagemang betonats. Övertagandet av detaljhandeln med läkemedel till Apoteksbolaget AB år 1971 innebar att staten tog över ansvaret för läkemedelsförsörjningen i landet. Bolaget fick ansvaret för i princip alla inköp och all distribution av läkemedel genom apoteken.

Målet för läkemedelspolitiken bör vara att tillgodose människornas behov av säkra och effektiva läkemedel till så låga kostnader som möjligt för samhället och den enskilde. Detta förutsätter ett starkt engagemang från samhällets sida och en smidig samverkan mellan olika samhälleliga och privata organ. Svensk läkemedelsindustri bör här kunna ge värdefulla bidrag

och det är viktigt att läkemedelsindustrin liksom hittills ges goda utvecklingsmöjligheter. Nya läkemedel som innebär verkliga framsteg bör snabbt komma i praktisk användning. Detta får dock inte medföra att säkerhetskraven eftersätts.

Användningen av läkemedel kan bli säkrare och mer ändamålsenlig om allmänheten ges bättre möjligheter att skaffa sig kunskap om olika läkemedels användningsområden och verkningar. Det är viktigt att läkemedel verkligen kommer till användning när de behövs men inte tillgrips när annan behandling är lämpligare eller när någon behandling över huvud inte behövs. Hälso- och sjukvårdslagen ger patienten rätt till information och samverkan i vården. Detta bör medverka till en bättre läkemedelsanvändning.

Kommittén bör mot denna bakgrund lämna förslag till hur den probleminriktade läkemedelsinformationen kan förbättras oavsett vem som utför den. Målet på sikt bör vara att den probleminriktade informationen skall utgöra huvuddelen av läkemedelsinformationen i samhället. Socialstyrelsen och Apoteksbolaget i samarbete med landstingen bör ha det huvudsakliga ansvaret för denna information.

Läkemedelsinformationsrådet har nu varit i verksamhet i tre år. Kommittén bör utvärdera rådets verksamhet. Därvid bör kommittén undersöka i vad mån rådets arbete haft en återhållande effekt på den preparatbundna läkemedelsinformationen.

Statens avtal med Apoteksbolaget AB gäller till utgången av år 1985. Med förtur bör kommittén överväga om det mot bakgrund av utvecklingen och vunna erfarenheter av bolagets verksamhet finns anledning att göra ändringar i avtalen för tiden efter år 1985. Exempel på frågor som bör övervägas är bolagets organisation, etableringspolitik, pris- och finansieringsfrågor, bolagets roll bl. a. i läkemedelsinformationen och samarbetet i olika avseenden med huvudmännen för hälso- och sjukvården. Bolaget bör ha en aktiv roll vid upphandlingen av läkemedlen och distributionen av dessa.

Apoteksbolaget svarar i dag för driften av sjukhusapoteken i landet. I Stockholms läns landsting svarar dock landstinget för driften av sjukhusapoteken. Kommittén bör analysera hur samarbetet mellan Apoteksbolaget och landstingen fungerat och överväga eventuella förändringar.

Det är enligt min mening rimligt att samhället, som svarar för huvuddelen av läkemedelskostnaderna, ges ökade möjligheter att påverka urvalet av läkemedel bl. a. med hänsyn till prisskillnaderna mellan likartade preparat.

Det är naturligt att kommittén överväger om någon form av behovsprövning bör införas i registreringsärenden och i så fall formerna för en sådan prövning samt undersöker vilken effekt den ökade satsningen på producentobunden läkemedelsinformation haft när det gäller användningen av läkemedel. Vid dessa överväganden bör kommittén beakta erfarenheterna från Norge som redan tillämpar en sådan prövning. En bestämmelse om behovsprövning får dock inte leda till att konkurrensen inom läkemedelsområdet inskränks. Även förutsättningarna för att avregistrera ett läkemedel bör ses över. I detta sammanhang bör kommittén också överväga vilket ansvar som bör ligga på tillverkaren när det gäller att följa den medicinska

utvecklingen, informera tillsynsmyndigheten om risker för biverkningar m. m.

Kommittén bör vidare överväga olika former av s. k. generisk förskrivning. En form härför är att läkaren – förskrivaren – på receptet anger det generiska namnet på läkemedlet i stället för som nu den farmacevtiska specialiteten (vanligen varumärket). Det generiska namnet ger en vägledning om läkemedlets kemiska och farmakologiska grupptillhörighet. Att införa generisk förskrivning i större eller mindre skala kräver emellertid noggranna överväganden. Systemet har visserligen prövats utomlands men inställningen olika experter emellan skiljer sig avsevärt. Genom en ökad generisk förskrivning skulle förhoppningsvis vinnas en ökad säkerhet för patienterna mot förväxling av läkemedel vid förskrivning och lägre kostnader för samhället. Läkemedelsnamnen anpassas genom ett sådant system också bättre till den utbildning i läkemedelslära som läkarna får.

Kommittén bör vidare undersöka möjligheterna att ge de lokala läkemedelskommittéerna en starkare ställning än f. n. när det gäller valet av läkemedelssortiment. De bör ges vidare uppgifter i både öppen och sluten vård. Detta får naturligtvis inte leda till att patienternas säkerhet i vården på något sätt äventyras. Läkemedelskommittéernas ställning bör stärkas också när det gäller läkemedelsinformationen. Kommittén bör överväga formerna för samverkan mellan läkemedelskommittéerna och apoteken. Kommittén bör därvid beakta de erfarenheter som kan vinnas i det projekt som genomförs i samverkan mellan socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, Apoteksbolaget och Landstingsförbundet.

Kommittén bör också överväga åtgärder för att förbättra läkarnas och även patienternas prismedvetenhet när det gäller läkemedel.

Det är nödvändigt att allmänheten känner förtroende för att läkarna inte låter sig otillbörligt påverkas av läkemedelstillverkarna vid valet av läkemedel. Det är av största vikt att det inte finns grogrund för misstankar att läkarna har sådana ekonomiska förbindelser med läkemedelsindustrin att deras objektivitet vid förskrivning av läkemedel kan sättas i fråga. Kommittén bör överväga behovet att i mera fasta former reglera läkarnas förhållande till läkemedelsindustrin och öka samhällets insyn i dessa förhållanden. Kommittén bör i detta sammanhang bl. a. beakta den verksamhet för bedömning av läkemedelsinformation som läkemedelsindustrin själv inrättat och det samarbete som förekommer mellan landstingskommunerna och industrin.

Kommittén bör vidare överväga i vilken omfattning sekretess bör gälla vid prövning och registrering av läkemedel. Därvid bör naturligtvis beaktas såväl tillverkarens behov av sekretess för t. ex. uppfinnings- och forskningsresultat som samhällets och allmänhetens berättigade behov av insyn.

Som tidigare understrukits är den svenska läkemedelskontrollen av hög kvalitet. Kritik har emellertid framförts från industrin om en alltför långsam handläggning av registreringsärenden och kraftigt ökade kostnader för kontrollen. Vissa åtgärder har också från statsmakternas sida vidtagits för att effektivera registreringen. Kommittén bör överväga vad som ytterligare kan göras för att registreringsförfarandet skall bli så snabbt som möjligt utan att säkerhetskraven eftersätts. Enligt min mening bör mycket stå att vinna med ett ytterligare utvidgat internationellt samarbete i kontrollen av och tillsynen

över läkemedlen. Förutsättningarna bör därför undersökas att i registreringsärenden och i tillsynen enligt läkemedelslagstiftningen i större utsträckning än f. n. samarbeta med och tillgodogöra sig erfarenheterna från de nationella kontrollmyndigheterna i andra länder. Ett utvidgat samarbete får dock inte ske på bekostnad av säkerheten i läkemedelshanteringen. Samarbete bör därför sökas främst med de länder vars krav på läkemedlen i huvudsak stämmer överens med de svenska kraven.

I kommittén bör ingå företrädare för samtliga politiska partier som är företrädda i riksdagen.

Kommittén bör vara oförhindrad att ta upp även andra frågor som har samband med uppdraget och som kan komma att aktualiseras under arbetets gång. Uppdraget bör vara slutfört före utgången av år 1985.

Vid utförandet av uppdraget skall kommittén iaktta föreskrifterna i direktiven (Dir. 1980:20) till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående finansiering och kostnadsberäkning av framlagda förslag.

*Hemställan*

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar det statsråd som har till uppgift att föredra ärenden om hälso och sjukvård,

att tillkalla en kommitté med högst åtta ledamöter med uppdrag att se över läkemedelslagstiftningen m. m.,

att utse en av ledamöterna att vara ordförande,

att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt kommittén.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns kommittéanslag.

*Beslut*

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hennes hemställan.

(Socialdepartementet)

# Bilaga 2 Lag om detaljhandel med läkemedel (1970:205)

**1 §** Med detaljhandel förstås i denna lag försäljning till annan än tillverkare av läkemedel för dennes rörelse eller återförsäljare.

Med läkemedel avses vara på vilken läkemedelsförordningen (1962:701) äger tillämpning.

**2 §** Detaljhandel med läkemedel får drivas endast av staten eller av juridisk person i vilken staten äger ett bestämmande inflytande.

**3 §** Konungen bestämmer av vem och på vilka villkor detaljhandel med läkemedel får drivas.

# Bilaga 3 Avtal mellan staten och Apoteksbolaget AB om Apoteksbolagets verksamhet (1970-09-18)

**1 §** Apoteksbolaget AB åtager sig att i enlighet med Kungl. Maj:ts uppdrag den 18 september 1970 – med undantag för den rätt som tillkommer militärapoteket, statens bakteriologiska laboratorium och statens veterinärmedicinska anstalt – under tiden 1 januari 1971 – 31 december 1985 med ensamrätt att driva detaljhandel med läkemedel i enlighet med vad nedan anges.

**2 §** Bolaget fullgör de skyldigheter och åtnjuter de rättigheter som tillkommer staten enligt den mellan staten och apotekarsocieteten den 17 september 1969 träffade överenskommelsen om formerna för avlösning av nuvarande apotekssystem.

Bolaget förbinder sig att i sin verksamhet fullfölja de allmänna riktlinjer för verksamheten som dragits upp vid riksdagsbehandlingen av frågan om ny organisation av läkemedelsförsörjningen m.m. (prop. 1970:74, 2LU 37, rskr 234, SU 98, rskr 223).

**3 §** Bolaget har rätt att låta sjukvårdshuvudman på de villkor varom överenskommelse kan träffas mellan bolaget och huvudmannen fullgöra bolagets skyldighet att tillhandahålla läkemedel åt allmänheten.

**4 §** Det åligger bolaget att svara för att en god läkemedelsförsörjning upprätthålls i landet. Verksamheten skall därvid bedrivas så att möjligheterna att utnyttja läkemedelsutvecklingens resultat främjas samtidigt som så låga läkemedelskostnader som möjligt upprätthålls.

**5 §** Bolaget bestämmer i vilken utsträckning apotek och andra försäljningsställen för läkemedel skall finnas och var de skall vara belägna. Som apotek betecknas sådant försäljningsställe för läkemedel som med hänsyn till personella och övriga resurser kan ge en läkemedelsservice av mer allsidig art och omfattning.

Vid avvägning av försäljningsställenas utformning och placering skall bolaget eftersträva en god service till allmänheten och sjukvårdens organ samtidigt som hänsyn tas till kravet på att läkemedelskostnaderna hålls på en försvarlig nivå.

**6 §** Det åligger bolaget att på begäran snarast möjligt anskaffa och tillhandahålla läkemedel som behörigen förordnats av läkare, tandläkare

eller veterinär. I övrigt är bolaget skyldigt att tillhandahålla för försäljning tillåtna farmacevtiska specialiteter samt läkemedel intagna i officiella läkemedelshandböcker.

Vid avvägningen av sin lagerhållning på apotek och andra försäljningsställen för läkemedel skall bolaget eftersträva att tillgodose de behov som en rationell och effektiv hälso- och sjukvård kräver.

**7 §** Bolaget skall hålla sina försäljningsställen för läkemedel tillgängliga i sådan utsträckning att sjukvårdens behöriga krav inte eftersätts.

**8 §** Bolagets priser på läkemedel skall vara enhetliga för hela landet. Sådana normer för prissättning av tillhandahållna varor och tjänster skall tillämpas att bolagets kostnader täcks och skälig förräntning av det i bolaget insatta kapitalet erhålls.

**9 §** Bolaget skall verka för utvecklingen av en god information på läkemedelsområdet och för fortlöpande produktion av statistik över läkemedelsförbrukningens art och omfattning.

Till tryggande av ett allsidigt samarbete i dessa frågor förbinder sig bolaget att utse och bestrida kostnaderna för en särskild nämnd med företrädare för, förutom bolaget, socialstyrelsen och sjukvårdens huvudmän samt därutöver framstående medicinsk, farmacevtisk och annan erforderlig sakkunskap.

**10 §** Bolaget förbinder sig att tillse att den personal som sysselsätts inom läkemedelsdistributionen uppfyller de krav som erfordras från säkerhetssynpunkt.

**11 §** Bolaget skall eftersträva ett intimt samarbete med sjukvårdens huvudmän och med dem som eljest har att ta befattning med läkemedelsfrågor. Bolaget skall fortlöpande samråda med socialstyrelsen och riksförsäkringsverket i frågor som berör ämbetsverkens förvaltningsområden.

Bolaget skall på begäran lämna socialstyrelsen och riksförsäkringsverket de upplysningar och det biträde som fordras för deras verksamhet och som bolaget kan lämna.

**12 §** Bolaget förbinder sig att infria de pensionsutfästelser, vilka grundar sig på bestämmelser som före utgången av år 1970 utfärdats av Kungl. Maj:t och som avser apoteksinnehavare och apoteksanställda samt deras efterlevande ävensom statens pensionsåtagande enligt överenskommelsen den 17 september 1969 mellan staten och apotekarsocieteten.

Som bidrag till fullgörande av bolagets åtagande får bolaget disponera samtliga av socialstyrelsen förvaltade fonder för apoteksinnehavarnas och apotekens farmacevtiska personals pensionering nämligen apotekens pensions- och subventioneringsfond, apotekarnas pensioneringsfond samt farmacevternas pensioneringsfond.

Fonderna överförs till bolaget den 1 januari 1971. Omedelbart sedan detta avtal undertecknats av båda parter utbetalas ett belopp av två (2) miljoner kronor till bolaget mot en av bolaget utställd revers.

Detta avtal är upprättat i två lika lydande exemplar, varav parterna tagit var sitt.

# Bilaga 4 Avtal mellan staten och Apoteksbolaget AB om vissa försvarsförberedelser m.m. på läkemedelsområdet

**1 §** Apoteksbolaget AB åtar sig under tiden 1 januari 1974 – 31 december 1983 försvarsförberedelser m.m. på läkemedelsområdet enligt vad i detta avtal anges i §§ 3 – 13.

**2 §** Apoteksbolaget förbinder sig att härvid följa de allmänna riktlinjer för verksamheten, som dragits upp vid riksdagsbehandlingen av frågan om samordning av civil och militär läkemedelsförsörjning m.m. (prop. 1973:16).

**3 §** Apoteksbolaget skall för berörda centrala förvaltningsmyndigheters räkning svara för inköp, förrådshållning, omsättning och annan erforderlig lagerhantering av färdiga beredskapsläkemedel m.m.

**4 §** Apoteksbolaget skall följa de centala förvaltningsmyndigheternas föreskrifter för läkemedelslagrens spridning, uppläggning, sammansättning, märkning och förpackning m.m.

**5 §** Apoteksbolaget skall biträda försvarets sjukvårdsstyrelse och civilförsvarsstyrelsen i fråga om försök och prov med läkemedel och läkemedelsförpackningar som erfordras för användning vid krigsförbanden och civilförsvarets enheter.

**6 §** Apoteksbolaget skall följa militärbefälhavares (militärkommandochefs) respektive mobiliseringsmyndighets samt civilbefälhavares respektive länsstyrelses föreskrifter för mobiliseringsplanläggningen i fråga om läkemedels uppläggning och fördelning på mobiliseringsenheter m.m. och tillhandahålla de uppgifter, som fordras för dessa myndigheters planläggning av uttransport i samband med mobilisering.

**7 §** Apoteksbolaget skall hålla lagren av beredskapsläkemedel tillgängliga för inspektion från berörda centrala, regionala och lokala myndigheters sida.

**8 §** Apoteksbolaget skall en gång om året lämna rapport till de centrala förvaltningsmyndigheterna om lagerhållning och fördelning av de läkemedel som omfattas av detta avtal. Därvid skall genomförda kassationer redovisas särskilt.

**9 §** Apoteksbolaget skall biträda socialstyrelsen, civilförsvarsstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse i dessa myndigheters arbete med beredskapsplanläggning m.m. på läkemedelsområdet.

**10 §** Apoteksbolaget skall enligt närmare överenskommelse mellan bolaget och myndigheter inom totalförsvaret tillhandahålla läkemedelsinformation, statistik och farmacevtisk rådgivning.

**11 §** Apoteksbolaget skall i samråd med vederbörande militära myndigheter utöva farmacevtisk tillsyn och kontroll jämlikt gällande medicinalförfattningar över de för förbandssjukvård avsedda läkemedelsförråd, som förvaras vid krigsmaktens utbildningsförband (motsv).

**12 §** Mellan Apoteksbolaget å ena sidan samt socialstyrelsen, civilförsvarsstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse å den andra skall ett leverantör/kundförhållande gälla.

**13 §** Vid leveranser av läkemedel till krigsmaktens fredsförband för daglig sjukvård åt värnpliktiga liksom till krigsmaktens beredskapslager av läkemedel skall prissättning ske enligt de grunder som tillämpas vid motsvarande sjukhusleveranser.

Försäljning i omsättningssyfte av läkemedel ur krigsmaktens beredskapslager skall ske till marknadsmässiga priser.

Ersättning för Apoteksbolagets tjänster i övrigt skall utgå enligt särskild överenskommelse härom mellan Apoteksbolaget och försvarets sjukvårdsstyrelse.

Detta avtal är upprättat i två likalydande exemplar, varav parterna tagit var sitt.

# Statens offentliga utredningar 1984

## Kronologisk förteckning

1. Sociala aspekter på regional planering. I.
2. Värdepappersmarknaden. Fi.
3. Domstolar och eko-brott. Ju.
4. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. Fi.
5. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. Fi.
6. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. Fi.
7. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. Fi.
8. Näringstillstånd. Ju.
9. Förslag till lag om Kooperativa föreningar. I.
10. Kompletterande motståndsformer. Fö.
11. Rösträtt och medborgarskap. Ju.
12. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. Ju.
13. Samordnad narkotikapolitik. S.
14. RF 10:5. Ju.
15. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. Ju.
16. Förvärv i god tro. Ju.
17. Sveriges internationella transporter. K.
18. Arbetsmarknadsstriden I. A.
19. Arbetsmarknadsstriden II. A.
20. Datorer och arbetslivets förändring. A.
21. Förenklad självdeklaration. Fi.
22. Panträtt. Ju.
23. Folkbibliotek i Sverige. U.
24. En bättre information om kemiska produkter. Jo.
25. Ny konsumentköplag. Ju.
26. Ny Banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. Fi.
27. Ny Banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslag. Fi.
28. Ny Banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. Fi.
29. Ny Banklagstiftning. Del. 4. Föreningsbankslag. Fi.
30. LÄS MERA! U.
31. Arbetsmarknadspolitik under omprövning. A.
32. Nya alternativ till frihetsstraff. Ju.
33. Handla med tjänster. Ud.
34. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. Bo.
35. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. Bo.
36. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. Bo.
37. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. Fi.
38. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. Fi.
39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
40. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. S.
41. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? S.
42. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
43. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
44. Hälsopolitik i samhällsplaneringen – Boendemiljö – Arbetsmiljö – Arbetslöshet – Kost. Underlagsstudie. S.
45. Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie. S.
46. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie. S.
47. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga: Hälsoupplysning. S.
48. Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie. S.
49. Hälsa – vård – Samhällsekonomi – Sysselsättning. Expertrapport. S.
50. Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie. S.
51. Datateknik och industriell förnyelse. I.
52. Svensk sydafrikapolitik. Ud.
53. Föreningarnas radio. U.
54. Tvångsmedel – Anonymitet – Integritet. Ju.
55. I rätt riktning. A.
56. Folkrätten i krig. Fö.
57. Kommunerna i totalförsvaret. Fö.
58. Invandrar- och minoritetspolitiken. A.
59. Näringsförbud. Ju.
60. Generell permutation av donationsbestämmelser. Fi.
61. I stället för kärnkraft. I.
62. Med sikte på nedrustning. Ud.
63. Homosexuella och samhället. S.
64. Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. S.
65. Via satellit och kabel. U.
66. Den allmänna rättshjälpen. Ju.
67. Cancer-orsaker-förebyggande m.m. S.
68. Samordnad samhällsinformation. C.
69. Säker elförsörjning. I.
70. Staketmetoden. Fi.
71. Värnplikten i framtiden. Fö.
72. Fastighetsbildning 3. Plangenomförande genom inlösenförrättning. Ju.
73. Patientjournalen. S.
74. Regional utveckling och mellanregional utjämning. I.
75. Församlingarna om framtiden. C.
76. Samordnad kärnavfallshantering. I.
77. Kemikaliekontroll. Jo.
78. Bo på egna villkor. Bo.
79. Dödsbegreppet. S.
80. Dödsbegreppet. Bilagor. S.
81. "Hjärndöd" Psykologiska aspekter. S.
82. Apoteksbolaget mot år 2000. S.

# Statens offentliga utredningar 1984

## Systematisk förteckning

### Justitiedepartementet

Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Domstolar och eko-brott. [3] 2. Näringstillstånd. [8] 3. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. [15]
1983 års rösträttskommitté. 1. Rösträtt och medborgarskap. [11] 2. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. [12]
RF 10:5. [14]
Förvärv i god tro. [16]
Panträtt. [22]
Ny konsumentköplag. [25]
Nya alternativ till frihetsstraff. [32]
Tvångsmedel – Anonymitet – Integritet. [54]
Näringsförbud. [59]
Den allmänna rättshjälpen. [66]
Fastighetsbildning 3. Plangenomförande genom inlösenförrättning. [72]

### Utrikesdepartementet

Handla med tjänster. [33]
Svensk sydafrikapolitik. [52]
Med sikte på nedrustning. [62]

### Försvarsdepartementet

Kompletterande motståndsformer. [10]
Folkrätten i krig. [56]
Kommunerna i totalförsvaret. [57]
Värnplikten i framtiden. [71]

### Socialdepartementet

Samordnad narkotikapolitik. [13]
Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90)
1. Hälso– och sjukvård inför 90-talet, (HS 90) Huvudrapport. [39] 2. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. [40] 3. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? [41] 4. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [42] 5. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [43] 6. Hälsopolitik i samhällsplaneringen – Boendemiljö – Arbetsmiljö – Arbetslöshet – Kost. Underlagsstudie. [44] 7. Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie. [45] 8. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie. [46] 9. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga: Hälsoupplysning. [47] 10. Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie. [48] 11. Hälsa – vård – Samhällsekonomi – Sysselsättning – Expertrapport. [49] 12. Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie. [50]
Homosexuella och samhället. [63]
Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. [64]
Cancer-orsaker-förebyggande m m. [67]
Patientjournalen. [73]
Utredningen om dödsbegreppet. 1. Dödsbegreppet. [79] 2. Dödsbegreppet. Bilagor. [80] 3. "Hjärndöd" Psykologiska aspekter. [81]
Apoteksbolaget mot år 2000. [82]

### Kommunikationsdepartementet

Sveriges internationella transporter. [17]

### Finansdepartementet

Värdepappersmarknaden. [2]
Långtidsutredningen. 1. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. [4] 2. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. [5] 3. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. [6] 4. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. [7]
Förenklad självdeklaration. [21]
Banklagsutredningen. 1. Ny banklagstiftning. Del 1. Barkrörelselag. [26] 2. Ny banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslagen. [27]. 3. Ny banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. [28] 4. Ny banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. [29]
Fastighetstaxeringskommittén. 1. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. [37] 2. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. [38]
Generell permutation av donationsbestämmelser. [60]
Staketmodellen. [70]

### Utbildningsdepartementet

Folkbibliotek i Sverige. [23]
LÄS MERA! [30]
Föreningarnas radio. [53]
Via satellit och kabel. [65]

### Jordbruksdepartementet

En bättre information om kemiska produkter. [24]
Kemikaliekontroll. [77]

### Arbetsmarknadsdepartementet

Konfliktutredningen. 1. Arbetsmarknadsstriden I. [18] 2. Arbetsmarknadsstriden II. [19]
Datorer och arbetslivets förändring. [20]
Arbetsmarknadspolitik under omprövning. [31]
I rätt riktning. [55]
Invandrar- och minoritetspolitiken. [58]

### Bostadsdepartementet

Bostadskommittén. 1. Bostadskommittens delbetänkande. Sammanfattning. [34] 2. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. [35] 3. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. [36]

### Industridepartementet

Sociala aspekter på regional planering. [1]
Förslag till lag om Kooperativa föreningar. [9]
Datateknik och industriell förnyelse. [51]
I stället för kärnkraft. [61]
Säker elförsörjning. [69]
Regional utveckling och mellanregional utjämning. [74]
Samordnad kärnavfallshantering. [76]

### Civildepartementet

Samordnad samhällsinformation. [68]
Församlingarna om framtiden. [75]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

Liber
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-08523-2
ISSN 0375-250X