

# Hodepine

- Før og etter

*”Forskrift om omsetning mv. av visse reseptfrie legemidler utenom apotek”*

**Paul-Gunnar Nakken**

**Veileder: Fred Schroyen**

Utredning ved Institutt for samfunnsøkonomi

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Denne utredningen er gjennomført som et ledd i masterstudiet i økonomisk-administrative fag ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at høyskolen inntår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.



## Sammendrag

Denne utredningen ser på endringer vi har fått som følge av innføringen av ”Forskrift om omsetning mv. av visse reseptfrie legemidler utenom apotek” i 2003.

Utredningen åpner med et historisk tilbakeblikk på markedet for legemidler, med særlig fokus på apotekene. Deretter følger en gjennomgang av liberaliseringstiltakene som har vært gjennomført de senere årene, før Porter’s Five Forces og Hotelling’s Model blir presentert.

Dagens marked analyseres i de påfølgende kapitlene. Her blir først data vedrørende de forskjellige markedsaktørene presentert, etterfulgt av en gjennomgang av en prisundersøkelse og et intervju jeg har gjennomført. Denne informasjonen blir så anvendt i lys av teorier, før det siste kapitlet oppsummerer og konkluderer.

Økt tilgjengelighet ser ut til å være hovedeffekten av den nye forskriften. Pris og forbruk har derimot forandret seg lite.



## Forord

Temaet til denne utredningen ble valgt ut fra et ønske om at utredningen skulle oppfylle tre kriterier jeg selv hadde satt meg: Den skulle være faglig relevant, den skulle være dagsaktuell, og den skulle ha en litt uvanlig teoretisk innfallsvinkel.

Som faglig relevant var en markeds-/konkurransanalyse et førstevalg. På det tidspunktet valget av tema ble foretatt var det kun gått ett års tid siden innføringen av den nye forskriften, og ønsket om en dagsaktuell problemstilling ble dermed oppfylt. Det som avgjorde mitt endelige valg var den tre-delte målsetningen ved den nye forskriften. Mens en ved tradisjonelle profittmaksimerende bedriftsstrategimodeller søker å redusere prisen for å øke det solgte kvantumet, ønsket en i denne situasjonen å øke tilgjengelighet, redusere prisen, men samtidig *unngå* en økning i kvantum.

Et problem ved å velge tema på denne måten er at jeg endte opp med et marked jeg kunne lite om fra før. Med manglende forkunnskaper er det alltid en fare for at bransjespesifikke forhold kan ha gått meg hus forbi. Jeg håper og tror at dette ikke har skjedd, og mener selv at jeg har fått et godt og riktig bilde av markedet.

I løpet av det siste året har jeg vært i kontakt med personer fra blant annet apotekkjedene, dagligvarekjedene, Norges Apotekerforening, Legemiddelindustriforeningen og Forbrukerrådet. Jeg vil takke dere alle for deres velvilje, interesse og imøtekommenhet. Informasjonen jeg har fått fra dere har vært helt essensiell for mitt arbeid.

Til slutt vil jeg takke veileder Fred Schroyen for verdifulle innspill underveis.

Oslo, 01.12.2005

Paul-Gunnar Nakken

---

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG.....</b>	<b>III</b>
<b>FORORD.....</b>	<b>V</b>
<b>INNHOLDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>VI</b>
<b>OVERSIKT ILLUSTRASJONER.....</b>	<b>IX</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 PROBLEMSTILLING.....	1
1.2 AVGRENSNINGER.....	1
1.3 OPPBYGNING.....	2
1.4 EGEN KRITIKK AV ARBEIDET .....	3
<b>2. ET HISTORISK TILBAKEBLIKK PÅ LEGEMIDDELMARKEDET.....</b>	<b>4</b>
2.1 APOTEKENES HISTORIE .....	4
2.2 GROSSISTER .....	9
2.3 KONSUMENTER.....	12
2.4 LEGEMIDDELMARKEDET INN I ET NYTT ÅRTUSEN.....	13
2.4.1 <i>Maksimalprisregelen – “Cherry picking”</i> .....	14
2.4.2 <i>Apotekreformen – Friere etablering</i> .....	14
2.4.3 <i>Apotekreformen – Generisk bytte</i> .....	18
<b>3. LIBERALISERINGEN 2003.....</b>	<b>20</b>
3.1 BAKGRUNN .....	20
3.2 HELSEDEPARTEMENTETS HØRINGSNOTAT .....	21
3.3 UTVALGTE HØRINGSINSTANSERS UTTALELSER .....	24
3.3.1 <i>Konkurransetilsynet</i> .....	24
3.3.2 <i>Norges Apotekerforening</i> .....	25
3.3.3 <i>Norges Farmaceutiske Forening</i> .....	26
3.3.4 <i>De nye aktørene</i> .....	27
3.3.5 <i>Oppsummering</i> .....	28
3.4 DEN ENDELIGE FORSKRIFTEN.....	29

---

3.5	KONFLIKTEN NORGESGRUPPEN VS. LEVERANDØRENE.....	31
<b>4.</b>	<b>PRESENTASJON AV TEORI.....</b>	<b>33</b>
4.1	PORTER'S FIVE FORCES .....	33
4.1.1	<i>Trusselen om nyetableringer.....</i>	<i>34</i>
4.1.2	<i>Konkurransen mellom etablerte aktører.....</i>	<i>36</i>
4.1.3	<i>Substitutter .....</i>	<i>39</i>
4.1.4	<i>Kundenes forhandlingsmakt.....</i>	<i>39</i>
4.1.5	<i>Leverandørenes forhandlingsmakt .....</i>	<i>40</i>
4.1.6	<i>Øvrig.....</i>	<i>41</i>
4.1.7	<i>Kritikk av rammeverket.....</i>	<i>41</i>
4.2	HOTELLING'S MODEL .....	43
4.2.1	<i>Presentasjon av Hotelling's Model .....</i>	<i>43</i>
4.2.2	<i>Hvorfor Hotelling's Model?.....</i>	<i>45</i>
4.2.3	<i>Svakheter ved Hotelling's Model .....</i>	<i>46</i>
4.3	ALTERNATIVER .....	48
<b>5.</b>	<b>DAGENS MARKED.....</b>	<b>49</b>
5.1	DE NYE UTSALGSSTEDENE.....	49
5.1.1	<i>Geografisk oversikt.....</i>	<i>49</i>
5.1.2	<i>Type utsalgssteder .....</i>	<i>52</i>
5.2	APOTEKENE .....	54
5.3	OMSETNING .....	55
5.4	PRISUNDERSØKELSE.....	58
5.4.1	<i>Fakta fra prisundersøkelsen.....</i>	<i>60</i>
5.4.2	<i>Resultatet av prisundersøkelsen .....</i>	<i>65</i>
5.5	FORTJENESTEMARGINER .....	67
<b>6.</b>	<b>ANVENDT TEORI.....</b>	<b>69</b>
6.1	INNLEDNING.....	69
6.1.1	<i>Avgrensninger og definisjoner .....</i>	<i>69</i>
6.2	PORTER'S FIVE FORCES .....	70

---

6.2.1	<i>Trusselen om nyetableringer</i> .....	70
6.2.2	<i>Konkurransen mellom etablerte aktører</i> .....	77
6.2.3	<i>Substitutter</i> .....	79
6.2.4	<i>Kundenes forhandlingsmakt</i> .....	81
6.2.5	<i>Leverandørens forhandlingsmakt</i> .....	82
6.2.6	<i>Øvrig</i> .....	84
6.2.7	<i>Oppsummering</i> .....	85
6.3	HOTELLING'S MODEL .....	87
6.3.1	<i>Apotekene</i> .....	87
6.3.2	<i>De nye utsalgsstedene</i> .....	89
6.3.3	<i>Andre strategier</i> .....	89
6.3.4	<i>Konklusjon</i> .....	90
<b>7.</b>	<b>AVSLUTNING</b> .....	<b>91</b>
7.1	OPPSUMMERING .....	91
7.2	KONKLUSJON .....	93
	<b>KILDEOVERSIKT</b> .....	<b>A</b>



---

## Oversikt illustrasjoner

<i>Årlig utvikling antall apotek.....</i>	<i>15</i>
<i>Vertikal og horisontal integrering i apotekmarkedet.....</i>	<i>16</i>
<i>Porter's Five Forces.....</i>	<i>34</i>
<i>Hotelling's Model.....</i>	<i>44</i>
<i>Fylkesvis befolkning og antall konsesjoner per capita .....</i>	<i>50</i>
<i>Konsesjoner per capita fordelt etter kommuneklassifisering .....</i>	<i>51</i>
<i>De nye utsalgsstedene etter kategori, og dagligvarekjedenes andeler .....</i>	<i>52</i>
<i>De nye utsalgsstedene - Bensinstasjonenes fordeling.....</i>	<i>53</i>
<i>De nye utsalgsstedene - Kioskenes fordeling .....</i>	<i>54</i>
<i>Apotekenes markedsandeler .....</i>	<i>54</i>
<i>Prisutvikling dagligvarebutikker .....</i>	<i>61</i>
<i>Prisutvikling bensinstasjoner.....</i>	<i>62</i>
<i>Prisutvikling kiosker.....</i>	<i>63</i>
<i>Prisutvikling apotekene .....</i>	<i>64</i>



# 1. Innledning

I løpet av de siste årene har det skjedd store endringer i legemiddelmarkedet. Mens vi tidlig på nitti-tallet opererte i et marked med blant annet grossistmonopol, har vi i dag fått en bransje preget av hard konkurranse på flere fronter. Siste liberaliseringstiltak er åpningen for salg av visse reseptfrie legemidler utenom apotek. Jeg ønsker i denne utredningen å se nærmere på nettopp denne siste endringen, og hvilke effekter den har hatt på markedet.

## 1.1 Problemstilling

En utredning som denne spenner vidt, og det er vanskelig kun å ha en enkelt problemstilling. Jeg har derfor valgt en løsning med to problemstillinger; en overordnet og en mer på detaljnivå. Den overordnede problemstillingen jeg søker å finne svar på er:

***- Hvilke markedsendringer har vi fått som følge av den nye forskriften?***

Da den nye forskriften ble innført var det med bakgrunn i tre mål: *Tilgjengeligheten* til de reseptfrie legemidlene skulle økes, *prisene* skulle reduseres, og dette skulle skje uten at det solgte *kvantumet* skulle gå opp. Jeg har med utgangspunkt i dette valgt følgende mer detaljerte problemstilling:

***- Har det lyktes å gjennomføre de tre målsettingene?***

## 1.2 Avgrensninger

Åpningen for salg av reseptfrie legemidler utenom apotek gjelder kun utvalgte produkter. Statens Legemiddelverk har imidlertid pålagt de nye utsalgsstedene å til enhver tid ha et minimumsutvalg av enkelte legemidler. For å sikre meg at de nye utsalgsstedene faktisk selger produktene jeg ønsker å se på, vil jeg derfor avgrense utredningen til de reseptfrie legemidlene som er omfattet av dette minimumsutvalget. Minimumsutvalget vil bli gjennomgått i kapittel 3, og jeg vil derfor her kun kort si at det dreier seg om visse smertestillende og slimhinneavsvellende legemidler.

Videre vil jeg avgrense oppgaven til å fokusere på markedet til sluttbruker. Dette innebærer at jeg ikke kommer til å se på hvilke eventuelle konsekvenser den nye forskriften har fått for blant annet produsentene av legemidler.

## 1.3 Oppbygning

Markedet for legemidler har alltid vært et spesielt marked, preget av sterke reguleringer. Jeg har derfor valgt å åpne denne utredningen med et historisk tilbakeblikk for å se på utviklingen som har vært siden de første apotekbevillingene ble delt ut i Bergen i 1595.

I det påfølgende kapittelet vil jeg se nærmere på prosessen som endte i den nye forskriften som åpnet for salg av visse reseptfrie legemidler utenom apotek. Jeg vil se på bakgrunnen for forskriften, helsedepartementets høringsnotat og utvalgte instansers reaksjoner på forslaget.

Det neste kapittelet presenterer teoriene jeg benytter meg av videre i utredningen. Dette kapittelet er mest for de mer faglig interesserte, og øvrige lesere kan velge å hoppe over kapittelet uten å miste tråden i utredningen for øvrig.

Kapittel 5 beskriver dagens marked. Jeg vil her begynne med å se på de nye utsalgsstedene, hvem de er, hvor de har etablert seg, og hvor store de er blitt. Jeg vil deretter se raskt på apotekene før jeg tar for meg omsetningen i markedet. Her vil jeg se på de forskjellige aktørenes markedsandeler, samt se på utviklingen til enkelte produkter. I avsnitt 5.4 presenterer jeg en prisundersøkelse hvor jeg fokuserer på prisnivået til de forskjellige aktørene i tillegg til å se på utviklingen som følge av den nye forskriften. Vel så interessant som selve prisen er et utsalgs fortjenestemargin. Jeg vil derfor avslutningsvis i kapittelet gi et referat fra et intervju med en aktør i dagligvarebransjen om deres fortjenestemarginer på de nye produktene.

Kapittel 6 bruker beskrivelsen av markedet fra kapittel 5 i kombinasjon med de teoretiske modellene fra kapittel 4 til å se mer konkret på dagens konkurransesituasjon.

Det siste kapittelet er satt av til oppsummering og konklusjon.

---

## 1.4 Egen kritikk av arbeidet

Dette avsnittet er det siste som skrives i arbeidet med denne utredningen. Det er på tide med et tilbakeblikk og en kritisk evaluering av det arbeidet som har blitt gjort.

Det første jeg vil nevne er at det er mye jeg gjerne skulle gått mer i dybden på, men som på grunn av tidsrammene ikke lot seg gjøre. Samtidig må jeg si at jeg har brukt lengre tid enn først planlagt på denne utredningen, mest av alt fordi det ble mer interessant enn først antatt. Det ville særlig vært interessant å se på hvorvidt vi har fått økt feilbruk/misbruk som følge av økt tilgjengelighet til legemidlene, og ikke bare i hvilken grad solgt kvantum har endret seg.

Av andre punkter vil jeg nevne prisundersøkelsen. Her har jeg vært nødt til å støtte meg til Forbrukerrådets tall fra tidligere år for å kunne si noe om utviklingen frem til i dag. Dette har medført at det ikke har vært mulig for meg å se på prisendringer over tid på andre produkter enn Forbrukerrådets utvalg. Dette utvalget besto av et knippe kjente merkevarer. Det kan derfor tenkes at apotekenes alternative legemidler har hatt endringer i pris som er annerledes enn endringene for de kjente merkevarene. For sammenligning av priser mellom markedsaktørene *i dag* har jeg hentet inn priser fra et bredere utvalg, og jeg er derfor tryggere på at konklusjonene som her blir trukket er riktige.

Når det gjelder anvendelse av teorimodellene mener jeg at Porter's Five Forces passet godt til denne oppgaven. I og med at den er mer ett rammeverk enn en ren modell er den mer fleksibel og passer således godt inn i mange situasjoner med litt tilpasning. Arbeidet med Hotelling's Model ble noe tyngre, som følge av at jeg ikke kan se at markedet har utviklet seg i tråd med teorien. Likevel mener jeg at jeg gjennom Hotelling's Model har fått belyst viktige sider ved aktørenes opptreden, særlig i kombinasjon med teori om koordinert prissetting.

## 2. Et historisk tilbakeblikk på legemiddelmarkedet

Jeg vil i dette kapitlet oppsummere historien til det norske legemiddelmarkedet. Jeg ønsker å gjøre dette for å vise at markedet for legemidler til alle tider har utpekt seg som et spesielt marked, preget av sterk regulering. I en markedsanalyse er det vanlig å skille mellom forskjellige aktører. For å gjøre oppsummeringen mer oversiktlig har jeg valgt å dele avsnittet inn i historien til tre hovedaktører: Apotekene, grossistene og konsumentene. Apotekene har den lengste og mest fyldige historien, da det i riktig gamle dager ikke fantes noen grossister. Jeg har derfor valgt å åpne avsnittet med apotekenes historie.

### 2.1 Apotekenes historie

*”Apotek var oprinnelig betegnelsen for magasin, opbevaringssted, men er i tidenes løp gått over til å betegne den bygning, eller de lokaler, hvor lægemidler tilberedes, dispensereres og opbevares.”*<sup>1</sup> På denne måten ble ordet ”apotek” definert av Apoteker Knut Spæren i 1938. Men historien om de norske apotekene begynner flere hundre år tidligere. De første spor etter apotek i Norge og Danmark finner vi allerede i 1427, i København<sup>2</sup>. Det skulle likevel drøye en god stund før vi fikk apotek i det vi i dag kjenner som Norge. I 1595 ble de to første apotekbevillingene delt ut i Bergen. Allerede på denne tiden var det altså nødvendig med en bevilling for å få lov til å selge legemidler, og få år senere ble det slått fast at det kun skulle være to apotek i Bergen. Dette ble gjort for å sikre at apotekene kunne holde et bredt vareutvalg uten å bli utkonkurrert av kjøpmenn som kun ville selge de mest lønnsomme produktene.<sup>3</sup> For å motvirke at de to apotekene utnyttet sin markedsrett ved å ta urettmessig høye priser, var det i bevillingene et krav om rimelige priser. Det ble likevel ikke gjennomført noen kontroll med prisen, før vi fikk forordningen av 10. januar 1619 der det blant annet ble bestemt at apotekene skulle kontrolleres av leger to ganger årlig.

---

*Se side a for fullstendig referanse til alle fotnotene*

<sup>1</sup> Spæren, K. (1938): *Norges Reelle Apotekprivilegier og deres eiere, 1595-1937*, side 9

<sup>2</sup> Flood, J. W. (1889): *Norges Apothekere i 300 Aar (1588-1889)*

---

I 1672 kom det en ny forordning med strengere krav; ”Forordning om Medicis og Apothekere”. Fra nå av ble det satt krav om at apotekeren måtte avlegge en eksamen for å dokumentere sin fagkunnskap. Videre ble det bestemt at apotekene måtte være tilgjengelige hele døgnet, og at apotekeren var pliktig å selge legemidler selv om han ikke fikk kontant betalt. I tillegg var det et fortsatt krav om et stort vareutvalg, og at legemidlene ikke skulle selges til priser over de fastsatte medisintakstene. I motytelse for de strenge kravene, ble apotekene skjermet ved at leger ikke fikk lov å gå apotekeren i næringen. I tillegg fikk apotekeren tillatelse til å selge vin. Det ble og bestemt at apotekprivilegiene skulle være arvelige, dog måtte den som skulle stå for driften gjennomføre den ovennevnte eksamenen.

Perioden 1672 til 1814 er blitt betegnet som ”privilegiesystemets glanstid”. Storbyapotekeren tjente gode penger, og apotekdriften gikk gjerne i arv i flere generasjoner. Apotek privilegiene ble samtidig ”reelle privilegier”, det vil si at de kunne selges dersom apoteket skulle selges. I 1814 fantes det totalt 24 apotek i Norge, og kun i de færreste byene var det tillatt med mer enn ett apotek. Monopolsituasjonene ble begrunnet med at en konkurransesituasjon neppe ville føre til verken høyere kvalitet eller lavere priser, siden det fantes medisintakst og kontroller.

Etter lang tids diskusjon ble det i 1850 en overgang fra reelle til personlige privilegier. Den gamle ordningen med reelle privilegier hadde vist seg uheldig, da den førte til at apotekene ble solgt til høystbydende. Det var personlig rikdom og ikke personlig egnethet som avgjorde hvem som fikk kjøpe apoteket. I tillegg førte høye investeringskostnader ved apotekkjøpet til høyere priser på varene. Samtidig ville en overgang til personlige privilegier styrke konkurransen, ettersom reelle privilegier hadde fungert som en bremsekloss på utbyggingen av apotek; opprettelsen av et nytt apotek ville redusere verdien av det reelle privilegiet til det allerede eksisterende apoteket i samme by og var derfor vanskelig å få gjennomført. Likevel var det ikke økt konkurranse som var hovedmotivet for endringen. Myndighetene ønsket bedre kontroll med hvem som ble apotekere, og å øke konkurranse mellom søkerne.

---

<sup>3</sup> Johannesen, F. E. og Skeie, J (1995): *Bitre piller og sterke dråper – Norske apotek gjennom 400 år 1595-1995*

I 1881 ble Norges Apotekerforening (NAF) stiftet ”for å ivareta apotekenes interesser og opptre som talsmann for medlemmene overfor myndigheter og andre næringer.”<sup>4</sup> Også tidligere hadde det blitt forsøkt startet opp interesseorganisasjoner, med mindre hell. Nå hadde derimot forutsetningene for en forening blitt bedre, da sterke krefter hadde begynt å legge politisk press for å avskaffe apotekprivilegiene. Bakgrunnen for kravet om avskaffelsen var et voksende behov for lavere priser og flere apotek. Samtidig begynte industrialiseringen å gjøre sitt inntog også innen legemidler. Legene kunne etter hvert få bruksferdige medikamenter, som var både bedre og mer hygienisk produsert enn i det enkelte apotek, rett fra produsenten. Dette var et argument for avskaffelsen av apotek som fordyrende mellomledd. Langt de fleste medikamentene måtte fortsatt tilvirkes i apotek, men det stadig økende politiske presset gjorde det lettere å få opprettet en interessegruppe. Norges Apotekerforening lever i beste velgående i dag, og var aktivt med i debatten om liberaliseringen av legemiddelmarkedet vi har sett de siste årene.

Forordningen av 1672 ligner mye på det vi kjenner fra dagens apoteklovgivning, og faktisk skulle det gå nesten 250 år før vi fikk en ny apoteklov i 1909. Etter lang tids debatt ble både et forslag om statsmonopol på apotekdrift og et statlig grossistmonopol forkastet. Dog ble det åpnet for muligheten til statsmonopol på et senere tidspunkt. Videre skulle kommunene få større innflytelse på avgjørelsen om opprettelse av apotek, og det ble fastsatt en apotekavgift som skulle gå til å subsidiere mindre lønnsom apotekdrift i distriktene.

Apotekavgiften ble pålagt alle apotek med omsetning over 15.000,-, og avgiften økte trinnvist med omsetningen<sup>5</sup>. Pengene skulle samles i et fond, hvor apotek med omsetning under 10.000,- kunne få støtte.

På begynnelsen av 1900-tallet fikk apotekene raskt økende konkurranse i produksjonen fra masseproduserte ferdigmidler. Det var legene som bestemte hvilket legemiddel en pasient skulle bruke, og apotekene hadde ingen mulighet til å bytte ut dette middelet med et tilsvarende egenprodusert. Til tross for dette tjente apotekene fortsatt gode penger; de masseproduserte legemidlene kunne selges til den fastsatte medisintaksten, noe

---

<sup>4</sup> Norges Apotekerforening: *Om NAF*

<sup>5</sup> Avgiften var 2 prosent av omsetning mellom 15-20.000,-, 4 prosent mellom 20-25.000,- og slik videre inntil 12 prosent på alt over 45.000,- i omsetning.



---

som stort sett betydde gode avanse­muligheter. Likevel var masseproduksjonen en trussel for apotekene; medisintaksten kunne kun benyttes på de ferdigproduserte midlene så lenge apotekene selv opprettholdt en viss produksjon.

1. verdenskrig forandret apotekenes syn på industrien. Handelsblokader førte til at den norske legemiddelproduksjonen vokste, og viste at det både var rom for en norsk apoteknæring og norsk legemiddelproduksjon så lenge import av utenlandsk produserte legemidler ble begrenset. Etter krigen fikk vi strengere regelverk for produksjon av legemidler, der produsentene skulle produsere minst mulig bruksferdige medisiner, og heller levere halvfabrikata til apotekene, slik at sluttproduksjonen tilfalt apotekene. Begrunnelsen for dette var at det til syvende og sist var apotekene som hadde det endelige ansvaret for kontrollen med legemidlene som ble brukt.

Gjennom 1940-50 tallet ble det et økt politisk fokus på sosialisering i apoteksektoren. Blant annet ble det åpnet for sykehusapotek, noe NAF så på som et første skritt mot offentlig overtakelse av apotekene. Videre ble NMD opprettet i 1953<sup>7</sup>. Samtidig ble det ført en stram prispolitikk, noe som førte til dårlig økonomisk lønnsomhet for en del av apotekene. Det ble etter hvert klart at apoteksystemet var bygget på en løsning som var mindre heldig. Når hvert enkelt apotek var nødt til å produsere størstedelen av ferdigvarene selv, var det opplagt at potensielle stordriftsfordeler gikk tapt. Samtidig hadde vi en situasjon der enkelte apotek gikk svært godt, mens andre hadde negativ drift. Som følge av dette fikk vi i 1963 en ny apoteklov. Den nye loven la opp til sterkere offentlig styring. Det ble et klart skille mellom produksjonsapotek, distribusjonsapotek, normalapotek og sykehusapotek. I tillegg ble det også åpnet for at apotek kunne drives av det offentlige når dette var hensiktsmessig. Et ytterligere tegn på at sosialisering var i vinden var at fra nå av kunne apotekavgiften brukes til å subsidiere mindre lønnsomme apotek, noe som førte til at i tiden fremover ble apotekerne sikret en minimumsinntekt.

En effekt av den nye loven var etableringen av distribusjonsapotek. Distribusjonsapotek var apotek som ikke produserte noen produkter selv, men som kun videresolgte legemidler produsert i et produksjonsapotek. Målet var selvsagt å utnytte

---

<sup>7</sup> Se avsnitt *Grossister* side 9

stordriftsfordelene som lå i legemiddelproduksjon. Det ble dessverre ikke opprettet mer enn fem produksjonsapotek, noe som førte til at rasjonaliseringseffekten ble minimal, og de fleste apotekene fortsatte som før. Produksjonsapotekene produserte derfor stort sett bare de legemidlene som det var direkte ulønnsomt å produsere i det enkelte apotek. I stedet fortsatte de fleste apotekene med egen produksjon, og i takt med økt medisinförbruk ble 1960-tallet en storhetstid for apotekproduksjon av legemidler i Norge.

På tross av de gode årene på 1960-tallet innså man etter hvert at tiden for produksjon i apotekene gikk mot slutten. Myndighetene ønsket å redusere produksjon i apotekene for å øke kvaliteten, samtidig som man ønsket billigere apotekanlegg, flere apotek og å legge apotekene inn under helsevesenet. For å kunne ha en viss styring på utviklingen ønsket NAF å starte egen industriell produksjon. I 1970 ble det derfor bestemt å opprette en sentral produksjonsbedrift i regi av NAF.

I løpet av 1970-tallet ble mye av produksjonen i apotek trappet ned, og overført til sentrale produksjonsbedrifter. Men dette var også et tiår med stor usikkerhet. Myndighetene var uklare på om de kom til å opprettholde det private apoteksystemet, og det forelå heller ingen plan for hvilke samfunnsmessige funksjoner apotekene skulle ha. Denne usikkerheten gjorde at utviklingen av apotekproduksjon gikk relativt tregt. I 1974 ble det satt ned et statlig utvalg som blant annet skulle utrede ”...*hvorledes apotekdriften bør organiseres for best mulig å fremme en samfunnsmessig målsetting, herunder om apotekdriften helt eller delvis bør overtas av det offentlige.*”<sup>5</sup> I 1979 avgav utvalget sin innstilling. Kommisjonen gikk inn for en statlig overtakelse av apotekdriften, at apotekpersonalet skulle kunne gi omfattende informasjon og veiledning om legemidler, samt en liberalisering for salg av reseptfrie legemidler. Regjeringen fulgte kommisjonens innstilling på de fleste punkter, med unntak av statlig overtakelse.

Regjeringens avgjørelse i etterkant av kommisjonen, førte til at apotekene fikk nye rammevilkår på 1980-tallet. En ny kommunehelselov i 1982 skulle blant annet sørge for å sikre nødvendig helsedekning i distriktene, og en endring av apotekloven i 1985 påbød apotekene å sørge for at deres kunder fikk nødvendig veiledning. Videre ble det økonomiske

---

<sup>5</sup> Norges Offentlige Utredninger, NOU 1979:26 (1979): *Apotekdriftens organisasjon og funksjoner*, side 8

---

systemet lagt om på slutten av tiåret. Målet var lønnsom drift for flest mulig apotek, og derved at behov for statlig støtte skulle reduseres. De økonomiske målsetningene skulle nåes ved en økning i apotekenes avanse og en økning i den nedre grensen for apotekavgift, samt at nye apotek skulle etableres som filialer i stedet for selvstendige apotek for å redusere konkurransen. Disse tiltakene førte til at den garanterte minsteinntekten til apotekerne ble fjernet i 1993.

Samtidig som staten ønsket et ”selvberget” apoteksystem, åpnet de også for hardere konkurranse. I 1993 fikk vi referanseprissystemet, der målsetningen var å øke konkurransen gjennom å gjøre legemidlene mer prisfølsomme.<sup>6</sup> To år senere ble maksimalprissystemet innført, der apotekenes utsalgspris (AUP) ble begrenset gjennom en maksimalgrense både på apotekenes innkjøpspris (AIP) og apotekenes avanse.<sup>a</sup> I samme periode falt grossistmonopolet som en følge av EØS-avtalen.

Gjennom hele siste halvdel av nitti-tallet økte antall apotek sakte men sikkert,<sup>7</sup> og ved inngangen til et nytt årtusen fantes det 392 apotek i Norge. Det ble omsatt legemidler for 10,7mrd kroner (nominell AUP) i 1999, og de reseptfrie legemidlene hadde en andel på 9,1 prosent av det totale markedet målt ved AIP<sup>8</sup>. Siden det er fri prisfastsettelse på reseptfrie legemidler er det vanskelig å vite nøyaktig utsalgspris til enhver tid for de forskjellige utsalgsstedene, og andelen reseptfrie legemidler er derfor oppgitt som AIP.

## 2.2 Grossister

De første tegnene til grossistvirksomhet i legemiddelmarkedet finner vi på begynnelsen av 1800-tallet. Før denne tiden sørget hvert enkelt apotek selv for import og innhenting av legemidler og råvarer.

---

<sup>6</sup> Brekke, K.R. og Straume, O.R. (2003): *Pris- og avanseregulering i legemiddelmarkedet*

<sup>a</sup> *Forskrift om prisfastsettelse av legemidler 16. desember 1994, ikrafttreden 1. januar 1995*

<sup>7</sup> Legemiddelindustriforeningen (2002): *Det har vært en sterk vekst i antall apotek siste året*

<sup>8</sup> Legemiddelindustriforeningen (2005): *Tall og fakta 2005*

Under Napoleonskrigen fikk apotekene store leveringsproblemer, noe som førte til høye priser og tomme varehyller. For å løse dette, ble det i 1809 opprettet et Medicinalvare-Depot for Norge, som fikk monopol på engrosomsetning av legemidler. Alle som hadde medisiner til overs, både apotekere, handelsmenn og andre, måtte gi disse til Medicinalvare-Depotet mot betaling. Varene som kom inn til Medicinalvare-Depotet ble så fordelt på apotekene rundt om i landet. Medicinalvare-Depotet ble avviklet etter Napoleonskrigens slutt.

I 1904 ble det tillatt for handelsberettigede med apotekereksamen å innføre apotekerverer for videresalg til apotek og andre som hadde tillatelse til detalj salg. For første gang ser vi her et forsøk på å skille apoteklovgivning fra legemiddellovgivning. Lovgivningen ble godt mottatt også av mange apotekere, som så fordelene ved å kunne ha mindre varelager selv. I løpet av kort tid hadde det etablert seg tre-fire grossister som sammen tok store deler av det nasjonale markedet. To av disse utviklet seg videre til å bli de første legemiddelfabrikkene i Norge.

Ved inngangen til 2. verdenskrig hadde de to største legemiddelgrossistene i Norge et varelager som var tre ganger det normale. Rasjonering var likevel uunngåelig, ettersom leveransene stoppet opp. I 1944 ble det opprettet et statlig medisinaldepot i Vadsø for å forsyne de nordligste deler av landet. I etterkant av krigen blusset debatten om et statlig monopol for grossistvirksomhet opp på nytt. Opposisjonen var imot opprettelsen, men Arbeiderpartiet hadde rent flertall på stortinget, og trengte ikke støtte for å vedta å opprette Norsk Medisinaldepot (NMD) i 1953. NMD fikk enerett på engrosomsetning, import og eksport av legemidler<sup>9</sup>. NMD begynte driften i 1957, og tok da over all virksomhet til de eksisterende grossistene.

Opprettelsen av et statlig grossistmonopol ble begrunnet med ønsker om å sikre forsyninger av legemidler på landsbasis, å sikre beredskapsvevnen, å sikre like priser over hele landet, og å sørge for at samfunnets kostnader til legemidler skulle bli lavest mulig. Disse argumentene har blitt gjentatt hver gang monopolet har vært oppe til diskusjon. Gjennom hele

---

<sup>9</sup> Moen, K. (1998): *Fra monopol til konkurranse – EØS, Norske legemiddelpolitikk og Norsk Medisinaldepot*

---

monopolets levetid, fra femti-tallet til begynnelsen av nitti-tallet, var det med jevne mellomrom en debatt rundt monopolet, der Høyre var den ivrigste motstanderen.

I 1992 var det slutt for det statlige monopolet; EØS-avtalen krevde en tilpasning av statlige handelsmonopoler for å unngå forskjellsbehandling mot andre land.<sup>β</sup> De som ønsket å etablere seg som grossister møtte likevel et strengt krav: Fullsortiment med levering over hele landet i løpet av 24 timer.<sup>γ</sup> Kravet var satt for å sikre at ingen grossister kun skulle selge de mest lønnsomme produktene, eller kun selge til de mest lønnsomme geografiske områdene. (Det er satt tilsvarende krav til apotekene om å forhandle alle legemidler som er tillatt for salg.) I tillegg ble grossistene indirekte prisregulert gjennom myndighetenes regulering av AIP (apotekenes maksimalprissystem side 9). Dog er verdt å merke seg at grossistene hadde leveringsplikt, selv om grossistenes innkjøpspris (GIP) var høyere enn AIP. Som en følge av dette ble NMD omgjort til et statsaksjeselskap. Samme år kjøpte NMD alle aksjene i Apotekernes Fællesinnkjøp (AF), for å *”...etablere en sterk, norsk totalleverandør av legemidler og helsepleiemateriell som sto godt rustet til å møte internasjonal konkurranse.”*<sup>10</sup>

I 1995 etablerte to nye grossister seg i det norske markedet; slik at det til sammen ble tre legemiddelgrossister i Norge; NMD, Holtung og ADA (Tamro). Begge de nye grossistene hadde sterke utenlandske eierinteresser. I løpet av et drøyt års tid hadde Holtung og ADA fått henholdsvis 22,3 og 2,6 prosent av det norske markedet.<sup>11</sup>

I 1997 begynte en prosess med privatisering av NMD. Kravene som ble stilt var blant annet et spredt norsk eierskap, og at Staten fremdeles skulle eie 34 prosent av aksjene. Dette førte til et salg av 17 prosent av aksjene til den nederlandske legemiddelgrossisten Apothekers Coöperatie OPG U.A. i 1999. Ved inngangen til det nye årtuset hadde NMD fortsatt rundt 70 prosent av markedet.

---

<sup>β</sup> Lov om gjennomføring i norsk rett av hoveddelen i avtale om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS) m.v. (EØS-loven) - Art 16

<sup>γ</sup> I områder med vanskelige kommunikasjonsforhold innen 48 timer

<sup>10</sup> Norsk Medisinaldepot AS: *Fra monopol til hard konkurranse*

<sup>11</sup> Norges Offentlige Utredninger, NOU 1997:6 (1997): *Rammevilkår for omsetning av legemidler – ”Lønnsomme legemidler”*

## 2.3 Konsumenter

For konsumentene har det i løpet av apotekenes 400-årige historie skjedd en enorm utvikling. Det har vært en veldig vekst både i antall apotek og i antall legemidler. Særlig det siste århundret har veksten vært formidabel. Mens det i 1937 kun fantes 42 apotek i Norge<sup>12</sup>, var det ved inngangen til det nye årtusenet etablert nærmere 400 apotek, foruten 1300 medisinutsalgs<sup>13</sup>. Det er liten tvil om at tilgjengeligheten for konsumentene har blitt betydelig bedret, dog var det et relativt lavt antall apotek per innbygger i Norge på slutten av 1990-tallet, sammenlignet med øvrige europeiske land.<sup>14</sup>

Særlig åpningen for *medisinutsalgs* i 1930 har ført til bedre tilgjengelighet av legemidler for befolkningen i spredtbygde strøk. Medisinutsalgs er et utsalg for medisiner, ofte lagt til butikker eller posten. Medisinutsalgs selger reseptfrie legemidler, og kan utlevere reseptbelagte legemidler som blir ekspedert via ”moder-apoteket”. Det er ingen farmasøyt i et slikt utsalg. Medisinutsalgs blir stort sett opprettet på steder der det ikke er grunnlag til å drive et fullverdig apotek, og størstedelen av medisinutsalgsene er derfor lagt i utkantstrøkene. Statens legemiddelverk kan i dag pålegge apotekene å opprette medisinutsalgs dersom de anser det nødvendig for å opprettholde en forsvarlig legemiddelforsyning.

De totale kostnadene på legemidler i Norge er naturlig nok atskillig større i dag enn for 400 år siden. Bare i løpet av de siste 25 årene har den totale omsetningen av legemidler nesten firedoblet seg, fra 4,27 mrd i 1980 til 15,6 mrd i 2004 (AUP, målt i 2004-kroner).<sup>15</sup>

I motsetning til ”vanlige” markeder, er det ikke konsumentene som betaler hele prisen for varen. Tall fra Legemiddelindustriforeningen viser at det offentlige dekker to tredjedeler av de totale kostnadene til legemidler.<sup>16</sup> Det er særlig blåsreseptordningen som sørger for størstedelen av denne støtten, og denne dekker alene over halvparten av kostnadene.

---

<sup>12</sup> Spæren, K. (1938): *Norges Reelle Apotekprivilegier og deres eiere, 1595-1937*.

<sup>13</sup> Innstilling til Odelstinget nr.52 (1999-2000): *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om apotek (apotekloven)*

<sup>14</sup> LMI (2000): *Tall og fakta 2000*, side 36

<sup>15</sup> LMI (2005): *Tall og fakta 2005*, side 18

<sup>16</sup> *Ibid*, side 43

---

Blåreseptordningen ble innført i 1960, og er en refusjonsordning for legemidler. Når en lege skriver ut en resept på legemidler som er omfattet av blåreseptordningen, innebærer dette at pasienten får refundert kostnadene ved dette legemiddelet (minus egenandel). Blåreseptordningen fører således til en tredeling av markedet for legemidler på *etterspørselssiden*: reseptfrie legemidler, hvit resept og blå resept. De reseptfrie legemidlene er det kunden selv som avgjør å gå til anskaffelse av, og det er også kunden selv som må dekke disse kostnadene. Legemidler på hvit resept blir foreskrevet av lege, og det er kunden selv som må dekke kostnadene. Legemidler på blå resept blir også foreskrevet av lege, men her er det Rikstrygdeverket som dekker kostnaden ved legemiddelet (minus egenandel). At det offentlige dekker store deler av utgiftene privatpersoner har til legemidler, er med på å gjøre etterspørselen etter legemidler generelt mindre prisfølsomme.

For øvrig brukte en gjennomsnittlig husholdning årlig 2.273,- på legemidler i årene 2000-2002, omtrent den samme utgiften som ble brukt på lettmelk og sjokolade til sammen.<sup>17</sup>

## 2.4 Legemiddelmarkedet inn i et nytt årtusen

Ved begynnelsen av det nye årtuset kom det en rekke endringer som fikk store konsekvenser for legemiddelmarkedet i Norge. For det første ble maksimalprisregelen endret, slik at prisene nå skal fastsettes med henblikk på salgsprisene i sammenlignbare EØS-land. For det andre ble det lagt opp til fri etablering av apotek, og den tredje endringen er ordningen med generisk bytte. De to sistnevnte kom gjennom den såkalte ”apotekreformen”. Jeg vil i dette avsnittet kort se nærmere på disse tre endringene.

---

<sup>17</sup> Statistisk Sentralbyrå (2005): *Statistikkbanken – Forbruksundersøkelsen*

### 2.4.1 Maksimalprisregelen – “Cherry picking”

For å redusere de raskt stigende kostnadene til legemidler ble maksimalprisregelen endret fra 1. juli 2000. Fra nå av vil Statens Legemiddelkontroll fastsette maksimalprisen på legemidler ved å ”legge stor vekt på den prisen det søkte legemiddelet har i andre land i EØS-området.”<sup>18</sup> Denne regelen kalles ”Cherry picking”, og hovedregelen er at prisen skal fastsettes ved å sammenligne prisen mot de tre billigste landene i et utvalg av EØS-land. Departementet så for seg at enkelte legemidler ville bli dyrere som en følge av denne endringen, mens flertallet ville bli billigere. Totalt sett ville derfor de totale legemiddelkostnadene reduseres. Det er viktig å merke seg at prisen på reseptfrie legemidler fortsatt blir bestemt av markedet.

Rikstrygdeverket beregnet innsparingene i 2000 som følge av regelendringen til å være på ca 155 millioner kroner,<sup>19</sup> og tall fra LMI viser at prisen på legemidler falt med 2,3 prosent dette året.<sup>20</sup> I 2001 falt legemiddelprisene med 2 prosent.

### 2.4.2 Apotekreformen – Friere etablering

Inntil 2001 var det fortsatt et krav om at eieren av et apotek måtte ha farmasøytisk utdanning. Som en følge av dette var alle apotek, med unntak av sykehusapotekene, privat eiet av farmasøyter, og det var ingen apotek som hadde mer enn én apotekbevilling om gangen.<sup>21</sup> Med virkning fra 1. mars 2001 ble det tillatt for private investorer, uten spesielle krav til utdanning, å være eier av et apotek. I stedet er det et krav om at daglig leder av apoteket skal være farmasøyt. Denne lovendringen åpnet for at kjeder kunne eie flere apotek, og skulle sørge for at det ble etablert flere apotek her til lands. Markedet, og ikke myndighetene, skulle bestemme hvor og hvor mange apotek som ble etablert.

---

<sup>18</sup> Sosial- og helsedepartementet (1999): *St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (1999-2000)*

<sup>19</sup> Rikstrygdeverket (2001): *Basisrapport 2000 Sammendrag*

<sup>20</sup> LMI (2005): *Tall og fakta 2005*, side 40

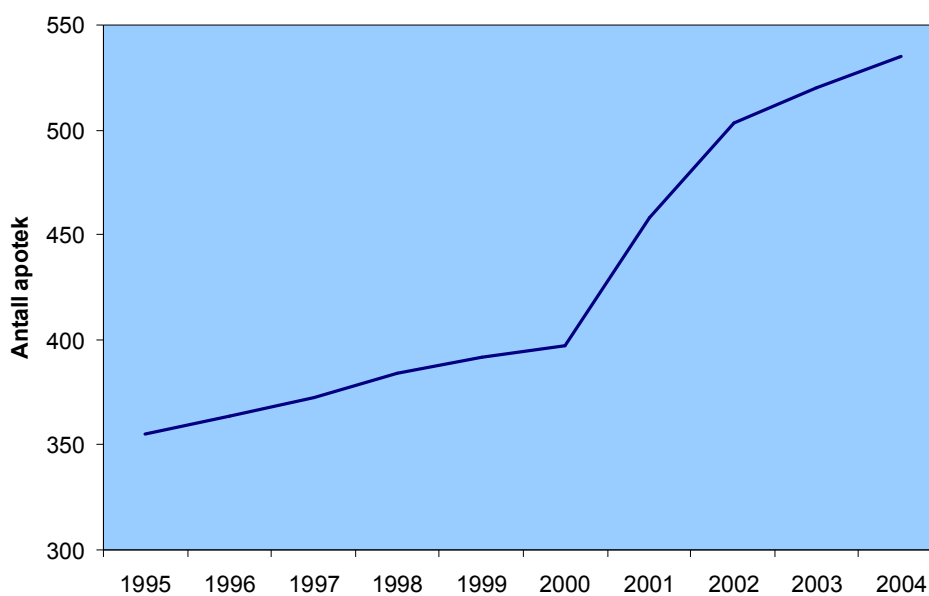
<sup>21</sup> Lange, M.H. (2002): *Apotekbransjen – Før og etter ny apoteklov*



De nye reglene har ført til en omfattende endring i markedsstrukturen, med både horisontal og vertikal integrering. Fire kjeder etablerte seg raskt på eiersiden av apotekene, hvorav tre står igjen i dag; Alliance Unichem, Apotek 1 (Apokjeden) og Vitusapotekene. Kjeden kjøpte opp de fleste privateide apotekene, i tillegg til å etablere nye apotek. Videre har apotekkjedene blitt vertikalt integrert med grossister gjennom eierskap, og samtidig ble alle aksjene i NMD solgt til det tyske selskapet Celesio AG som nå står igjen som ene-eier.

Per 1. juni 2005 var det totalt 543 apotek i Norge, hvorav 512 var privateide. Kun 7 prosent av de privateide apotekene blir heleid av farmasøytiske kandidater i egen regi,<sup>22</sup> mens de øvrige enten er heleid av apotekkjedene (79 prosent), eller eid av mindre aksjeselskap der også apotekkjedene ofte har eierskap. Apotekkjedene har med andre ord fått betydelige markedsandeler.

Apokjeden er i dag den største kjeden i Norge, med 172 apotek, deretter følger Alliance og Vitusapotek med henholdsvis 116 og 114 heleide apotek (per 1. juni 2005). Delvise eierskap i andre apotek er ikke tatt med. Etter apotekreformen har det vært en langt større etablering av apotek enn tidligere, noe følgende diagram illustrerer<sup>23(a) 23(b)</sup>:



Illustrasjon 1: Årlig utvikling antall apotek

<sup>22</sup> NAF: *Om apotekbransjen*

<sup>23(a)</sup> NAF (2005): *Apotek og legemidler 2005*

<sup>23(b)</sup> LMI (2002): *Det har vært en sterk vekst i antall apotek siste året*

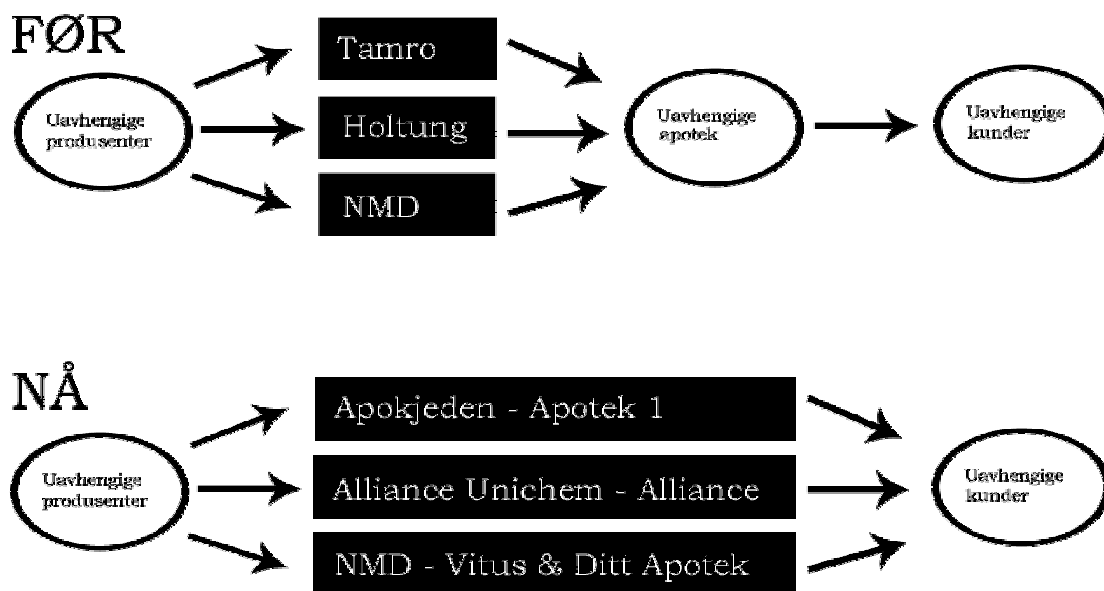
Den nevnte vertikale integreringen har ført til at hver av de tre apotekkjedene har knyttet seg til grossistene på følgende måte:

Apokjeden – Tamro

Alliance – Holtung

Vitusapotek – NMD

I tillegg har NMD integrert vertikalt med alle sykehusapotek, samt en del uavhengige apotek under navnet ”Ditt Apotek”. Det er ingen andre grossister i markedet, så de apotek som ikke er tilknyttet et av disse må likevel få sine varer levert fra en av disse tre grossistene. Den vertikale og horisontale integreringen som har skjedd kan illustreres i følgende illustrasjon:



Illustrasjon 2: Vertikal og horisontal integrering i apotekmarkedet

En siviløkonomutredning gjennomført ved NHH våren 2002<sup>24</sup> konkluderer med at apotekkjedene sannsynligvis har betalt for mye for de eksisterende apotekene i oppkjøpsperioden, noe som også blir støttet gjennom en rekke avisartikler i samme periode.

<sup>24</sup> Lange, M.H. (2002): *Apotekbransjen – Før og etter ny apoteklov*

---

Økonomien til apotekene var dårlig, og så ut til å bære preg av den nye og hardere konkurransen i markedet.

Allerede i 2003 ser økonomien til apotekene ut til å bedres. Legemiddelverket skrev i 2004 at ”*Lønnsomhetsforbedringen kommer som en følge av bedret bruttofortjenestemargin, synergieffekter av vertikal integrasjon samt effektivisering av driften.*”<sup>25</sup> I årene etter apotekreformen har prisene på reseptbelagte legemidler generelt falt<sup>δ</sup>. Disse prisene blir fastsatt av myndighetene, og hindrer derfor apotekene fra å bedre økonomien sin gjennom økt avanse på reseptbelagte legemidler.

Prisen på reseptfrie legemidler er det derimot ingen begrensning på, og det er derfor mulig for apotekene å bedre økonomien sin gjennom å øke avansen på disse. Tall fra LMI kan tyde på at dette har skjedd. Fra juni 1999 til januar 2003 har grossistenes innkjøpspris på reseptfrie legemidler hatt en total økning på kun 1,7 prosent. I samme periode økte AUP med 27,2 prosent, og konsumprisindeksen med 9,4 prosent<sup>26</sup>. Dette tyder på at kjedene, enten i grossistleddet eller i apotekleddet, har økt sin avanse på de reseptfrie legemidlene. Andre tall fra LMI viser at apotekene i 1999 fikk en andel på 35,8 prosent av salgsprisen, mens denne andelen i 2003 var økt til 44,3 prosent.<sup>27</sup>

Regjeringen mente i 1998 at den nye apotekreformen ville føre til bedre kundeservice, økt priskonkurranse og lengre åpningstider ved apotekene<sup>28</sup>. En rapport fra mai 2003 viser at mye av dette er oppnådd<sup>29</sup>. Apokjeden opplyser at åpningstidene i snitt er en time lengre enn før reformen, og kundene har også fått bedret sitt tilbud gjennom bedre beliggenhet og kortere køer hos apotekene. Likevel er det verdt å nevne at selv om vi har fått bedre apotekdekning, er vi fortsatt blant de dårligste i Europa når det gjelder antall personer per

---

<sup>25</sup> Legemiddelverket (2004): *Statistikk 2003 - Landets private apotek*

<sup>δ</sup> se maksimalprisregelen side 14

<sup>26</sup> LMI (2005): *Tall og fakta 2005*, side 61

<sup>27</sup> Ibid, side 60

<sup>28</sup> Helseminister Høybråten, D. (1998): *Regjeringens gjennomgang av legemiddelpolitikken med ny apoteklov og nye rammevilkår for detaljomsøtning av legemidler*

<sup>29</sup> Dalen, D.M. (2003): *Legemiddelmarkedet etter apotekreformen: Regulering, markedsstruktur og konkurranse*

apotek. Tall fra LMI viser at det i 2003 var 8.594 innbyggere per apotek i Norge, en klar bedring fra 12.170 i 1997<sup>30</sup>. På tross av den gode utviklingen er det kun tre land i Europa som har dårligere dekning enn Norge; Nederland (9.573), Sverige (10.032) og Danmark (16.508). Hellas topper listen med 1.145 personer per apotek.

### 2.4.3 Apotekreformen – Generisk bytte

Foruten muliggjøring av friere etablering av apotek, sørget apotekreformen også for en ordning med generisk bytte. Ordningen med generisk bytte ”... innebærer at pasienter kan få utlevert et annet legemiddel enn det legen har skrevet ut, så fremt dette er medisinsk likeverdig og oppført på en særskilt bytteliste.”<sup>31</sup> Målsetningen var å stimulere til økt konkurranse og lavere priser på legemidler.

Både legen som skriver ut resepten for legemiddelet, og kunden, kan reservere seg mot det generiske byttet. Dette blir gjort i 10-12 prosent av tilfellene, og det er stort sett kunden som reserverer seg.

I 2004 sto kopipreparatene for 47,6 prosent av det totale generiske markedet, målt i ”definerte døgn-doser” (DDD)<sup>32</sup>. Målt etter omsetning sto kopipreparatene for 31 prosent av markedet. Den forskjellen i markedsandelene kan tyde på at prisforskjeller mellom kopipreparatene og originalpreparatene.

En analyse gjennomført av ECON Analyse AS i 2004 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet konkluderer med at de fleste målene med apotekreformen er nådd, men det er ingen klar effekt på utsalgsprisene.<sup>33</sup> Lite tyder på at apotekene konkurrerer på pris. Etter endringen til tre store kjeder i apotek- og grossistmarkedet, har kjedene fått større forhandlingsmakt ovenfor produsenter av kopipreparater som er oppført på byttelisten, og det er derfor sannsynlig at disse har fått en lavere innkjøpspris. Apotekkjedene har derimot små

---

<sup>30</sup> LMI (2005): *Tall og fakta 2005*, side 109

<sup>31</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2005): *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*, side 63

<sup>32</sup> LMI (2005): *Tall og fakta 2005*, side 30

<sup>33</sup> ECON Analyse AS (2004): *Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet*

---

intensiver til å la dette komme kundene til gode, fordi det som tidligere nevnt ikke er kunden som betaler hele prisen for varen<sup>6</sup>, noe som fører til at kunden er mer opptatt av beliggenhet og service enn pris ved valg av apotek.

At apotekene ikke konkurrerer særlig på pris blir også bekreftet av apotekene selv. Våren 2003 skriver Forbruker-rapporten at ansatte ved kjedepotekene innrømmer at ”*Prisene går stort sett oppover for de produktene vi selger mest av...*”<sup>34</sup> Direktør i Norges Apotekerforening, Oddbjørn Tysnes, sier i samme artikkel at pris er en konkurransefaktor som blir lavt prioritert, etter faktorene beliggenhet, tillit, gode råd og rask ekspedering.

---

<sup>6</sup> se refusjonsordningen side 12

<sup>34</sup> Forbruker-rapporten (2003): *Apotekene konkurrerer ikke på pris*

### 3. Liberaliseringen 2003

Denne utredningen har så langt forsøkt å gi en generell oversikt over det norske legemiddelmarkedet, med både reseptbelagte og reseptfrie legemidler. Dette er gjort for å få en bedre bakgrunnsforståelse for hvordan markedet fungerer, de reguleringer som gjelder, og hvordan de forskjellige aktørene er organisert. Fra dette grunnlaget ønsker jeg nå å se nærmere på utredningens hovedtema om markedet for reseptfrie legemidler tillatt for salg utenom apotek.

#### 3.1 Bakgrunn

I ”Sem-erklæringen” fra 2001 gikk regjeringen Bondevik II inn for å ”åpne for mer salg av reseptfrie legemidler utenom apotek.”<sup>35</sup> Bakgrunnen for dette var et ønske om bedre tilgjengelighet og lavere priser.

På tross av at det siden 1995 har vært fri prisfastsettelse på reseptfrie legemidler har prisene steget, noe som tyder på svak priskonkurransen mellom apotekene<sup>φ</sup>. For å redusere de høye prisene gikk regjeringen inn for at også andre enn apotek skulle få selge visse reseptfrie legemidler. Målet var at flere utsalgssteder skulle øke priskonkurransen.

Senhøstes 2003 kunne en få kjøpt reseptfrie legemidler ved et av landets drøyt 500 apotek eller ved et av de omtrent 1200 medisinutsalgene tilknyttet apotekene<sup>36</sup>. Til sammen blir dette omtrent 1700 utsalgssteder. I et høringsnotat fra januar 2003 skriver Helsedepartementet at de regner med ca 1400 nye utsalgssteder som følge av liberaliseringen<sup>37</sup>. Det ble regnet med at det stort sett var dagligvarehandelen som ville stå for de fleste nye utsalgsstedene, men at også kiosker og bensinstasjoner nok ville melde sin

---

<sup>35</sup> Partiene Høyre, KrF og V (2001): *Politisk grunnlag for en Samarbeidsregjering*, side 44

<sup>φ</sup> se også om priskonkurransen side 19

<sup>36</sup> Fragell, G. (VG) (2004): *Flere hundre medisinutsalg kan bli stengt*

<sup>37</sup> Helsedepartementet (2003): *Forslag til forskrift om omsetning av visse reseptfrie legemidler utenom apotek og forslag om lovendring for å innføre søknadsgebyr m.v. – høring*, side 19

---

interesse. Disse antakelsene bygger på resultater fra en liknende liberalisering som ble gjennomført i Danmark i 2001, der 20 prosent av dagligvarebutikkene og nær 100 prosent av alle helsekostbutikkene søkte om salgstillatelse.

## 3.2 Helsedepartementets høringsnotat

Helsedepartementet sendte 24. januar 2003 ut et høringsnotat til diverse høringsinstanser som omhandlet salg av reseptfrie legemidler utenom apotek<sup>38</sup>. Departementet drøftet, og ga sitt syn på, enkelte problemstillinger knyttet til temaet. Jeg vil her gå gjennom enkelte deler av høringsnotatet for å se på forutsetningene som ble lagt til grunn ved utarbeidelsen av lovendringen.

Høringsnotatet åpner med noen grunnleggende forutsetninger. Den nye ordningen skal kun være et supplement til dagens ordning med apotek og medisinutsalg, noe som også betyr at myndighetene fortsatt skal kunne pålegge apotek å opprette medisinutsalg. Videre mener departementet at det ikke vil være nødvendig med farmasøytisk personell for å få tillatelse til å selge legemidlene. Samtidig går man inn for at de butikkansatte ikke skal få lov til å veilede kunden om medisinbruken; de butikkansatte innehar ikke den nødvendige ekspertisen, og en bør i stedet forsøke å fremme apotekenes rolle som faghandel.

Departementet anser dagligvarehandelen for å være det mest naturlige utsalgssted for legemidlene, men ser også at helsekostforretninger, bensinstasjoner og kiosker er aktuelle utsalgssteder. Det blir ikke foreslått noen begrensninger på hvem som kan selge, bortsett fra at prinsippet om at leger, tannleger og annet helsepersonell fortsatt ikke skal få kunne selge legemidlene i sin praksis. Departementet ser en mulighet for å kreve at utsalgsstedet er godkjent for frambud av næringsmidler. For øvrig går departementet inn for at utsalgsstedene må ha konsesjon fra Statens legemiddelverk for å få lov til å selge legemidlene.

I motsetning til hva som kreves av apotek, går departementet inn for strenge krav til eksponering og utlevering av legemidlene, samt en aldersgrense for kjøp. Dette begrunnes i et

---

<sup>38</sup> Helsedepartementet (2003): *Forslag til forskrift om omsetning av visse reseptfrie legemidler utenom apotek og forslag om lovendring for å innføre søknadsgebyr m.v. – høring*

ønske om ikke å ”ufarliggjøre” legemidlene, og frykten for en ubegrunnet forbruksvekst. Det foreslåes at legemidlene kun kan utleveres etter uttrykkelig oppfordring av kunden, og at legemidlene oppbevares utilgjengelig for kunden, slik kravene er for medisinutsalg. Aldersgrensen ble foreslått satt til 18 år, og departementet mente at en slik aldersgrense også bør gjelde for medisinutsalg.

Blant annet for å hindre uønskede endringer i forbruksmønster går departementet inn for at utsalgsstedene skal ha et pålagt minimumsutvalg av legemidler. For å unngå at et slikt minimumsutvalg blir et stort etableringshinder ønskes det at et slikt minimumsutvalg blir svært begrenset.

Det blir foreslått en lemping på kravet om fullsortiment for grossister som ønsker å levere til utsalg utenom apotek, slik at blant annet dagligvaregrossistene skal kunne levere de reseptfrie legemidlene. Bakgrunnen for dette var blant annet at de tre gjeldende grossistene (Holtung, NMD, Tamro) ikke har infrastruktur til å levere til alle de nye utsalgsstedene. I tillegg er grossistene blitt tett integrerte med apotek<sup>1</sup>, og er neppe særlig lystne på å tilrettelegge for levering til nye utvalgskonkurrenter. Videre går departementet inn for at grossisten ikke har leveringsplikt til andre enn de utvalgsteder den selv ønsker å handle med, og leveringsplikten bør kun gjelde basisutvalget. Tidskravet skal heller ikke gjelde for disse grossistene.

For å sikre opprettholdelsen av medisinutsalg går departementet inn for at det ikke kan etableres nye utvalgsteder dersom det eksisterer et medisinutsalg på stedet, ”og opprettholdelsen av medisinutsalget er av stor betydning for en tilstrekkelig god legemiddelforsyning i området”. Dette er ment å skulle være en sikkerhetsventil som sørger for at distriktene opprettholder sin legemiddeldekning. (”Sikkerhetsventil-forslaget”)

---

<sup>1</sup> Se endring i markedsstrukturen som følge av apotekreformen side 15



---

Når det gjelder hvilke reseptfrie legemidler som skal kunne selges utenom apotek går departementet inn for en tredeling:

- *Basisutvalg*: Legemidler som har vært reseptfrie over lengre tid, og har hatt et høyt salgsvolum. Basisutvalget foreslås obligatorisk for alle utsalg og omfatter blant annet midler mot halsbrann, smertestillende og slimhinneavsvellende midler.
- *Valgfritt utvalg (positivliste)*: Oppfyller samme generelle kriterier som basisutvalget, men behovet for disse midlene anses for å være mindre, både ut fra salgsvolum og akutte behov
- *Alle andre (negativliste)*: Kun tillatt solgt i apotek og medisinsalg.

Departementet går også inn for at enkelte reseptpliktige legemidler som er unntatt reseptplikt (små pakninger) skal tillates solgt utenom apotek. Reseptpliktige legemidler unntatt reseptplikt er for eksempel enkelte smertestillende midler som paracetamol.

Helsedepartementet ser at liberaliseringen vil kunne medføre et avansetap for apotekene. Beregninger for tap er svært usikre, og varierer mellom 13 og 40 millioner kroner, avhengig av de nye utsalgsstedenes markedsandel. Det påpekes at dette til syvende og sist vil kunne føre til økte offentlige legemiddelutgifter gjennom mindre innsparing i blåreseptordningen. Departementet går for øvrig inn for et konsesjonsgebyr, som skal finansiere tilsyns- og forvaltningsordningen.

### 3.3 Utvalgte høringsinstansers uttalelser

Etter at Helsedepartementet hadde sendt ut sitt høringsnotat i januar 2003, hadde de forskjellige høringsinstansene tid frem til påsken med å komme med sine uttalelser. Jeg vil her se på svarene til noen utvalgte instanser, for på den måten å få et bedre innblikk i hvordan de forskjellige aktørene i markedet så på liberaliseringsforslaget.

#### 3.3.1 Konkurransetilsynet

Konkurransetilsynet sendte ut sin høringsuttalelse i slutten av mars 2003. I denne uttalelsen stiller Konkurransetilsynet seg generelt positive til liberaliseringen, men påpeker også visse konkurransedempende effekter i forslaget som: *”Det er grunn til å tro at en ordning som forbyr veiledning – kombinert med krav om salg over disk – vil føre til svært lite salg fra de alternative salgsstedene.”*<sup>39</sup>

Konkurransetilsynet ser heller ingen grunn til at det skal være nødvendig med godkjenning for frambud av næringsmidler som et krav. At det stilles forskjellige krav til apotek og alternative utsalgssteder når det gjelder eksponering og utlevering av legemidler blir også sett på som *”... uheldig i forhold til konkurransen, og i forhold til effektiv bruk av samfunnets ressurser.”* Også forslaget om forskjellig aldersgrense for kjøp av legemidler fra apotek og fra butikk blir møtt med skepsis.

Helsedepartementet uttrykker i sitt høringsnotat bekymring for apotekenes potensielle avansetap. Konkurransetilsynet mener på sin side at dette snarere er et argument for, og ikke imot, selvvalg. *”Hvis apotekene ikke føler noen trussel om omsetningstap vil de heller ikke konkurrere på pris.”* Samtidig stiller de seg negative til *”sikkerhetsventil-forslaget”*, og mener at en bør finne andre ordninger for å finansiere tilgangen til legemidler i grisevendte strøk.

---

<sup>39</sup> Konkurransetilsynet (2003): *Høringsuttalelse – Forslag til forskrift om omsetning av visse reseptfrie legemidler utenom apotek*

---

Også kravet om et basisutvalg får en kjølig mottakelse av Konkurransetilsynet. Konkurransetilsynet mener at en vil få et større press på lite konkurransedyktige legemidler dersom en dropper et slikt minimumsutvalg, og hevder også at et slikt krav vil føre til ressurskrevende oppfølging uten å ha særlig innvirkning på utvalget.

### 3.3.2 Norges Apotekerforening

NAF sendte sin høringsuttalelse til Helsedepartementet i slutten av april 2003. NAF mener prinsipielt at ”...*legemidler bør selges av aktører som samtidig kan tilby faglig kompetent veiledning og rådgivning.*”<sup>40</sup> NAF er på bakgrunn av dette imot forslaget om salg av reseptfrie legemidler utenom apotek, og påpeker at et slikt forslag vil gi Norge et av de mest liberaliserte regelverkene i Europa.

NAF gir sin støtte til kravene til eksponering og utlevering, og hevder at selvbetjeningshyller vil bidra til økt salg av legemidlene, og derfor være ”*i strid med det politiske mål om rasjonell legemiddelbruk*”. Samtidig vil selvbetjeningshyller fremme tilfeldig kjøp av legemidler, noe som er forbudt. Videre er NAF positive til forslaget om aldersgrense ved kjøp, for å sørge for at ”... *omsetning utenom apotek skal kunne anses faglig forsvarlig.*” NAF er for øvrig enig i Helsedepartementet at det ikke vil være nødvendig med en farmasøyt tilknyttet de nye utsalgsstedene.

NAF peker på at det hvert år blir innlagt 1150 personer med forgiftning som følge av smertestillende medikamenter, og av disse gjelder 550-600 paracetamol-forgiftning. Det er derfor svært viktig at regelverket blir utformet best mulig for å unngå feilbruk, og NAF mener derfor at ”*barnestyrker*” ikke bør tillates solgt utenom apotek. For øvrig støtter NAF forslaget om et basisutvalg, men er imot at reseptpliktige legemidler unntatt reseptplikt skal omsettes utenfor apotek.

NAF er positive til ”*sikkerhetsventil-forslaget*”, og mener at dette også bør utvides til å omfatte apotek i tillegg til medisinsalg.

---

<sup>40</sup> Norges Apotekerforening (2003): *Forslag til forskrift om omsetning av visse reseptfrie legemidler utenom apotek*

Når det gjelder de økonomiske konsekvensene av liberaliseringsforslaget, har NAF utført egne beregninger og fått andre tall enn hva Helsedepartementet hadde i sitt høringsnotat. NAF hevder at avansetapene for apotekene totalt sett vil kunne bli på opptil 100 millioner kroner. NAF mener at apotekenes økonomi har blitt betydelig forverret de senere årene, og at det ikke lenger er rom for ytterligere innsparing fra apotek, men at det heller er ”...et behov for kompensasjon i form av økt avanse på kjerneproduktet reseptpliktige legemidler.”

### 3.3.3 Norges Farmaceutiske Forening

Norges Farmaceutiske Forening (NFF) er ”... fagforening, profesjonsforening og yrkesorganisasjon for farmasøyter”<sup>41</sup> og jobber blant annet for å ivareta medlemmenes lønns- og arbeidsvilkår.

NFF er i prinsippet ”... sterkt imot at legemidler selges utenom apotek.”<sup>42</sup> I deres høringsuttalelse fra begynnelsen av april 2003 belyses deres syn på omfang og betingelser som kan føre til at ”... de negative konsekvenser kan begrenses mest mulig.”

NFF mener at de nye utsalgsstedene må være tilknyttet en farmasøyt, ”av hensyn til kvalitetssikring og for å begrense konkurransevidningen i apotekenes disfavør...” NFF mener også at utsalgssteder bør begrenses til kun dagligvare og helsekostbutikker, og ikke kiosker og bensinstasjoner. Argumentet for dette er blant annet at antall utsalgssteder vil bli veldig stort, noe som vil føre til store administrative utfordringer. I tillegg er NFF redd for at berusede personer skal true til seg paracetamol fra nattåpne utsalgssteder. NFF begrunner også en slik begrensning i type utsalgssted med de økonomiske konsekvensene liberaliseringen vil få for apotekene.

Videre støtter NFF at utsalgsstedene må være godkjente for frambud av næringsmidler, og de støtter også kravene til eksponering og utlevering. I tillegg går NFF inn

---

<sup>41</sup> Norges Farmaceutiske Forening (2003): *Foreningens formål*

<sup>42</sup> Norges Farmaceutiske Forening (2003): *Forlsag til forskrift om omsetning av visse reseptfrie legemidler utenom apotek – 8. april 2003*

---

for en ytterligere innskjerping i utsalgsstedenes rettigheter, gjennom å foreslå at legemidlene heller ikke skal tillates en visuell eksponering. 18-års aldersgrense støttes også.

NFF mener også at grossistene bør ha leveringsplikt på hele det valgfrie utvalget, og ikke bare basisutvalget. Helsedepartementet mente at en slik bred leveringsplikt ville være en etableringshindring, mens NFF anser en leveringsplikt på kun basisutvalget å være en konkurransevridning til fordel for de nye utsalgsstedene.

I likhet med NAF mener NFF at ”barnestyrker” og reseptpliktige legemidler unntatt reseptplikt ikke bør tillates solgt utenom apotek. Både NAF og NFF er også imot at smertestillende og slimhinneavsvellende (nesespray) midler blir tillatt solgt utenom apotek. NFF peker også på at nettopp disse to legemidlene utgjør en dominerende andel av salget, og derfor av økonomiske hensyn til apoteknæringen ikke bør tillates solgt utenom apotek.

### 3.3.4 De nye aktørene

Det har dessverre ikke lyktes meg å fremskaffe en fullstendig høringsuttalelse for noen av de nye aktørene. Jeg har derimot funnet en artikkel der Bensinforhandlernes Bransjeforenings (BBF) høringsuttalelse til Helsedepartementet blir omtalt<sup>43</sup>.

BBF stiller seg positive til Helsedepartementets forslag. Salg av reseptfrie legemidler fra bensinstasjoner vil være med på å øke bensinstasjonenes økonomi, samtidig som de lange åpningstidene gjør legemidlene lettere tilgjengelig for kundene.

BBF begrunner også sine synspunkter med et ønske om fri konkurranse, ved at ”...markedet må åpnes for nye aktører”. Samtidig er BBF imot innføring av konsesjonsavgift, som de mener vil være en konkurransevridning til apotekenes fordel.

For øvrig stiller BBF et spørsmål rundt basisutvalget, og om dette er ”...forankret i forbrukers forventninger?”. Tanken her er at bensinstasjoner antakelig vil få en større etterspørsel etter for eksempel reisesyketabletter enn hva en dagligvarebutikk vil gjøre.

---

<sup>43</sup> Bensinforhandlernes Bransjeforening (2003): *Krever salg av reseptfrie legemidler*

### 3.3.5 Oppsummering

Det er svært interessant å se at de forskjellige instansenes høringsuttalelser var omtrent som en kunne forvente:

Apotekene har hatt monopol på salg av reseptfrie legemidler, og en monopolist vil vel sjeldent gledelig gi slipp på sin markedsposisjon. At NAF, en bransjeorganisasjon som skal ivareta apotekenes interesser, stiller seg kritisk til en liberalisering vil i så måte være helt naturlig. NAF begrunner mange av sine synspunkter ut fra et legemiddelfaglig ståsted, men også de økonomiske konsekvensene for apotekene blir fremhevet.

Norges Farmaceutiske Forenings høringsuttalelse er også uten de helt store overraskelsene. De nye utsalgsstedene vil konkurrere med en del av deres medlemsmasses arbeidsplasser, og en vil derfor forvente en viss motstand mot markedsliberaliseringen. Også NFF bruker legemiddelfaglige argumenter, i tillegg til de økonomiske konsekvensene for apotekene. At NFF mener at de nye utsalgsstedene bør tilknyttes en farmasøyt er vel heller ikke spesielt overraskende.

På samme måte er Bensinforhandlerne Bransjeforenings synspunkt som forventet. Bensinforhandlerne har her muligheten til å få tilgang på salg av produkter med høy avanse, og bransjeforeningen ønsker naturlig nok en enklest mulig tilgang til markedet uten konsesjonsavgifter.

*”Fra og med 1981 har de politiske myndigheter igjen lagt hovedvekten på at [Konkurransetilsynet] skal bidra til effektiv konkurranse i næringslivet.”*<sup>44</sup> At Konkurransetilsynet ønsker en markedsliberalisering som vil føre til økt konkurranse hjertelig velkommen, er nok også som forventet. Konkurransetilsynet fokuserer i sin høringsuttalelse mye på konkurranseeffekten i markedet, og ser helst en større liberalisering, med ett friere marked, enn det Helsedepartementet har i sitt høringsnotat. Konkurransetilsynet har naturlig nok ingen legemiddelfaglige argumenter for sitt syn.

---

<sup>44</sup> Konkurransetilsynet (2004): *Historikk*

---

## 3.4 Den endelige forskriften

Etter høringsrunden sendte Helsedepartementet ut en pressemelding med det endelige vedtaket.<sup>45</sup> I denne pressemeldingen fremhever helseminister Dagfinn Høybråten bedret tilgjengelighet og reduserte priser som målsetningen. Samtidig skal det bli lagt stor vekt på at forbrukernes sikkerhet blir ivaretatt.

**Hovedpunktene** i den nye forskriften er som følger<sup>1</sup>:

- Utsalgsstedene må ha konsesjon fra Statens Legemiddelverk
- Det blir ikke umiddelbart innført konsesjonsavgift<sup>ø</sup>
- Utsalgsstedene må være godkjente for frambud av næringsmidler
- Det blir innført et minimumsutvalg (se under)
- Statens legemiddelverk vil publisere en liste over tillatte legemidler
- Det blir innført 18-års aldersgrense for kjøp
- Grossistene blir unntatt kravet om sortimentsbredde, landsdekning og leveringstid som gjelder for grossister som leverer til apotek.
- Det åpnes for salg fra 1. november 2003

---

<sup>45</sup> Helsedepartementet (2003): *Salg av enkelte reseptfrie legemidler utenom apotek*

<sup>1</sup> *Forskrift om omsetning mv. av visse reseptfrie legemidler utenom apotek*

<sup>ø</sup> *Det blir på et senere tidspunkt innført søknadsgebyr og årsavgift*

**Oversikt over minimumsutvalget for smertestillende legemidler:**

<i>Virkestoff</i>	<i>Styrke</i>	<i>Mengde/antall</i>	<i>Formulering</i>
Paracetamol	500 mg	20 tabletter	tabletter
Paracetamol	250 mg	10 stikkpiller	stikkpiller
Paracetamol	24 mg/ml	60 ml	mikstur
Ibuprofen	200 mg	20 tabletter	tabletter
Fenazon med koffein	500 mg	20 tabletter	tabletter

**Oversikt over minimumsutvalget for slimhinneavsvellende legemidler til lokalt bruk:**

<i>Virkestoff</i>	<i>Styrke</i>	<i>Mengde/antall</i>	<i>Formulering</i>
Xylometazolin	1,00 mg/ml	10 ml <sup>2</sup>	nesespray <sup>2</sup>
	0,50 mg/ml	10 ml <sup>2</sup>	nesespray <sup>2</sup>
Eller			
Oksymetazolin	0,50 mg/ml	10 ml <sup>2</sup>	nesespray <sup>2</sup>
	0,25 mg/ml	10 ml <sup>2</sup>	nesespray <sup>2</sup>

<sup>2</sup> 10 ml nesespray kan erstattes av 0,3 ml x 20 nesedråper

Når det gjelder minimumsutvalgene er det interessant å merke seg at paracetamol er med på listen. Dette er til tross for NAF og NFFs sterke motstand og deres helsefaglige begrunnelser for sitt synspunkt.

De mildere kravene som stilles til grossistene, sammenlignet med apotekgrossister, gjør at for eksempel dagligvaregrossistene kan være grossister for de nye utsalgsstedene.

Den endelige forskriften ble fastsatt av Helsedepartementet 14. august 2003 med hjemmel i lov av 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler m.v. (legemiddelloven).



---

### 3.5 Konflikten Norgesgruppen vs. Leverandørene

”1000 medisinskap tomme” var en av overskriftene til nettavisen VG, dagen før de nye utsalgsstedene skulle begynne sitt salg.<sup>46</sup> Overskriften skyldtes en pågående konflikt mellom Norgesgruppen og de største legemiddelprodusentene.

Konflikten gikk ut på at leverandørene av de mest kjente merkevarene som Paracet, Ibux og Otrivin nektet å levere disse produktene til de nye utsalgsstedene. I stedet ønsket de å levere generikaprodukter eller kopiprodukter. Det var liten tvil om at det var apotekene som sto bak leveringsnekten. Markedsdirektør i Weifa, som produserer både Paracet og Ibux, bekreftet at apotekkjedene hadde ”brukt en del virkemidler som er lovlige...” i kampen for å beskytte sine interesser.<sup>47</sup> Avdelingsdirektør Eivind Amb i Novartis, produsent av Otrivin, bekreftet også at apotekene hadde presset leverandørene til å foreta et valg mellom salgskanalene.<sup>48</sup>

Administrerende direktør i Apokjeden, Øyvind Winther, avviste at de hindret dagligvarekjedene å kjøpe medisiner fra hvem de ville, ”Men vi forbeholder oss samtidig retten til å prioritere de leverandørene som satser på oss.”<sup>49</sup> Tidligere samme år hadde han demonstrert apotekenes makt, når han ved hjelp av prising og hylleplassering gjorde Paracet til en salgsfiasko.

Norgesgruppen nektet å godta kopipreparater, noe de mente ville bli for risikabelt å satse på. I stedet ba Norgesgruppen Konkurransetilsynet om å gripe inn, samtidig som de truet med parallellimport av legemidlene.

Etter å ha sett på saken meldte Konkurransetilsynet at det ville kunne bli aktuelt å gripe inn. De mente at apotekene hadde opptredt samordnet, og at de hadde ”misbrukt sin kollektive markedsrett ved samlet å fremme krav om eksklusivitet på bekostning av andre

---

<sup>46</sup> Gultvedt, B. Og Larsen-Vonstett, Ø. (VG) (2003): *1000 medisinskap tomme*

<sup>47</sup> Henmo, O. (Aftenposten) (2003): *Apotekene vil stoppe Paracet-salg i dagligvarebutikkene*

<sup>48</sup> Aftenposten (2003): *Måtte gjøre et valg*

<sup>49</sup> Henmo, O. (Aftenposten) (2003): *Apotekene vil stoppe Paracet-salg i dagligvarebutikkene*

---

*utsalgssteder.*<sup>50</sup> Leverandørene sto for så vidt fritt til å velge hvordan de ønsket å distribuere sine produkter, det var apotekkjedene et inngrep ville rette seg mot. I etterkant av det varslede inngrepet så konflikten ut til å løse seg.

I det endelige vedtaket til Konkurransetilsynet er det interessant å merke seg at de forbyr NAFs medlemsapotek å ha eksklusivitetsavtaler med leverandører av 12 *navngitte* produkter. I stedet for et generelt forbud mot eksklusivitetsavtaler, har altså Konkurransetilsynet valgt å begrense seg til utvalgte merkeprodukter. Samtidig går det frem i vedtaket at Konkurransetilsynet mener at produkter med samme virkestoff, altså generika eller kopipreparater, *ikke* er å anse som likeverdige i denne sammenhengen: ”*Gitt at adgangen til å veilede kundene i nye legemidlers bruksområder er begrenset, er det sannsynlig at kundene ikke finner at andre produkter er tilstrekkelig substituerbare.*”<sup>51(a)</sup> Konkurransetilsynet gir med andre ord de mest populære og kjente produktene merverdi, nettopp fordi de er kjente, selv om de inneholder de samme virkestoffene som kopipreparater. ”*Kundenes opplevde risiko [ved bruk av legemidler] reduseres betydelig av at vedkommende legemiddel som etterspørres, har et kjent merkenavn.*”<sup>51(b)</sup>

Konkurransetilsynets vedtak gjelder frem til februar 2006.

---

<sup>50</sup> Konkurransetilsynet (2003): *Varsler inngrep mot apotekkjedene*

<sup>51(a)(b)</sup> Konkurransetilsynet (2004): *Norges Apotekerforening – konkurranseloven § 3-10 – inngrep mot medlemsapotekenes bruk av eksklusivitetsavtaler*, side 11

## 4. Presentasjon av teori

I dette kapitlet vil jeg presentere teorien det vil bli referert til i resten av utredningen. Som rammeverk for den teoretiske innfallsvinkelen har jeg valgt *Porter's Five Forces*. Porter's Five Forces er et av de mest populære og mest brukte rammeverk for å analysere konkurransen i et marked. For å supplere Porter's Five Forces har jeg valgt å knytte rammeverket direkte opp til *koordinert prissetting* for se nærmere på den interne konkurransen i markedet. Videre har jeg til en frittstående analyse av aktørenes markedstilpasning valgt å bruke på *Hotelling's Model*. Jeg vil her presentere teoriene, diskutere svakheter ved dem, og se på alternative modeller.

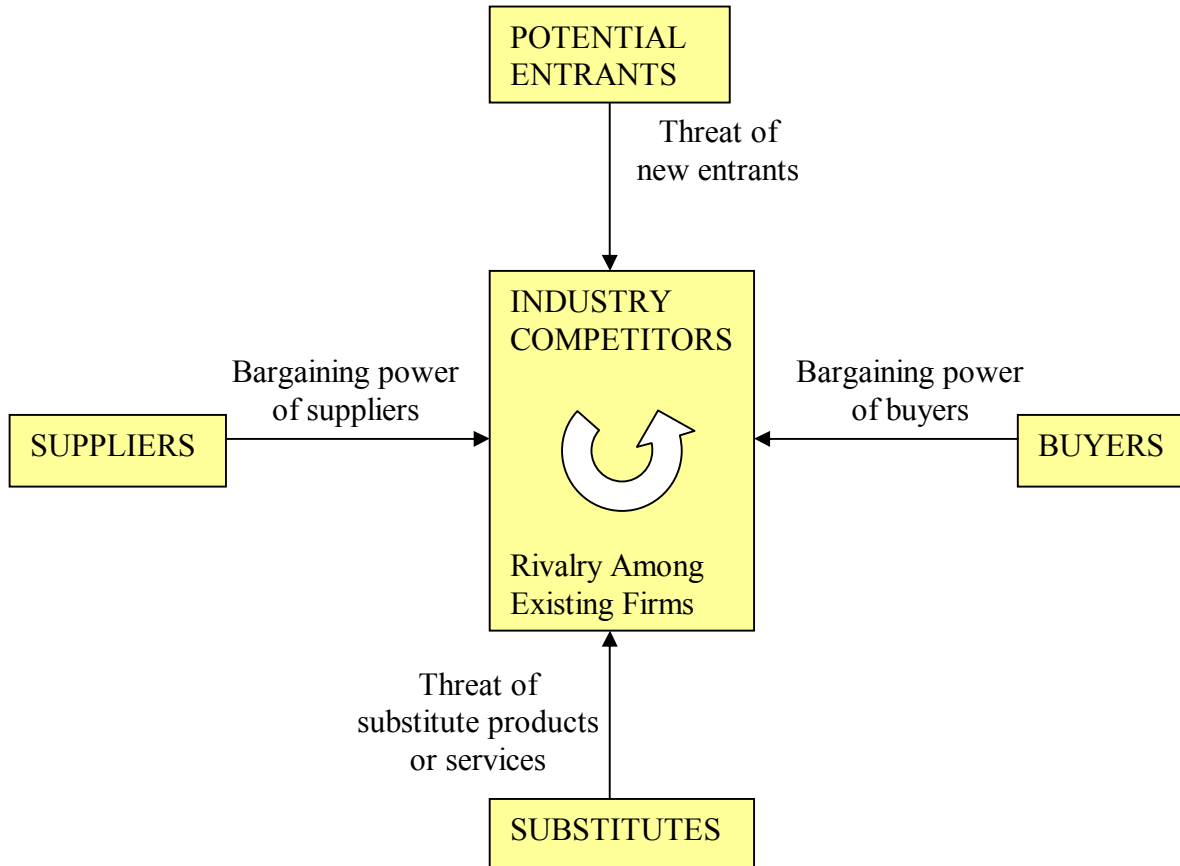
### 4.1 Porter's Five Forces

I boken "*Competitive Strategy – Techniques for Analyzing Industries and Competitors*" fra 1980 presenterer Michael E. Porter en av dagens mest kjente modeller (eller mer presist: rammeverk) for å analysere konkurransen i et marked; *Porter's Five Forces*. Modellen tar for seg fem krefter, og sammen avgjør styrken på disse fem kreftene lønnsomheten i markedet. Modellen illustreres av forfatteren som vist ved illustrasjonen på neste side<sup>52</sup>.

Dette er en velkjent og populær modell, men den har også sine svakheter. Jeg vil nå presentere modellen mer i detalj. Deretter vil jeg se på svakhetene ved modellen, samtidig som jeg diskuterer alternative modeller.

---

<sup>52</sup> Porter, M. E. (1998): *Competitive Strategy – Techniques for Analyzing Industries and Competitors – With a new introduction*, side 4



Illustrasjon 3: Porter's Five Forces

#### 4.1.1 Trusselen om nyetableringer

Den første av Porters fem krefter er trusselen om nyetableringer. Nye aktører i et marked vil medføre økt kapasitet, økte ressurser og et ønske om markedsandeler. Dette vil samtidig medføre en mulighet for lavere priser og redusert fortjeneste for alle aktørene i markedet. I hvilken grad et marked er utsatt for trussel om nye aktører avhenger av *inngangsbarrierer* og *reaksjoner fra etablerte aktører*.

##### *Inngangsbarrierer*

Ifølge Porter er *Economies of Scale* (stordriftsfordeler) en av de store inngangsbarrierene. Dette innebærer fallende enhetskostnader ved en økning i absolutt produksjonsvolum i en periode. Dersom en ny aktør ønsker å etablere seg i et marked med stordriftsfordeler vil denne måtte velge mellom å satse stort, og samtidig risikere harde

---

reaksjoner fra konkurrenter, eller å satse lite, og samtidig gå glipp av de økonomiske fordelene ved stordriften. Stordriftsfordeler kan oppstå i alle deler av produksjonen, og kan også komme som følge av både horisontal og vertikal integrasjon.

*Product Differentiation* (produkt-differensiering) er en annen av inngangsbarrierene. Dette innebærer at de etablerte bedriftene har ”merke-identifisering” og kundelojalitet som følge av tidligere markedsføring, kundeservice, produkt forskjeller eller bare at de var først ute i markedet. Nye aktører må i et slikt tilfelle bruke store summer på å bryte ned den eksisterende kundelojaliteten for å få kundene lojale til sitt eget produkt. En slik satsing på å bygge opp sitt eget merkenavn er risikabelt, siden en ikke vil sitte igjen med noen verdier dersom forsøket er mislykket. Produktdifferensiering blir for øvrig nevnt av Porter i en bisetning som den kanskje største inngangsbarrieren i markedet for reseptfrie legemidler.

Videre er *Capital Requirements* (kapitalbehov) en annen inngangsbarriere. Behovet for å investere store summer vil virke avskrekkende på nye aktører, særlig dersom det er nødvendig med risikable investeringer eller store beløp til for eksempel forskning som raskt vil bli en ”sunk cost”.

Dersom en forbruker vil måtte betale et engangsbeløp for å bytte fra en leverandør til en annen, har vi *Switching Costs* (byttekostnader). Dersom disse byttekostnadene er høye, vil nye aktører være nødt til å tilby sine produkter med økonomiske gevinster for kundene, for eksempel til en lavere pris. En økonomisk gevinst for kundene vil i så måte ofte innebære redusert økonomisk gevinst for leverandøren, og dermed være avskrekkende for nye aktører.

*Access to Distribution Channels* (tilgang på distribusjonskanaler) er også en viktig inngangsbarriere. Dersom en aktør ønsker å etablere seg i markedet for produksjon av dagligvare, vil han være avhengig av å overtale dagligvareutsalgskjedene om å ta sitt nye produkt inn for salg. Dess tettere bånd det er mellom utsalgsstedene og etablerte produsenter, jo vanskeligere vil det være å etablere seg som produsent. I enkelte tilfeller vil den nye produsenten være nødt til å starte egne distribusjonskanaler, noe som vil være en enda større etableringshindring.

Etablerte bedrifter kan også ha kostnadsfordeler uavhengig av stordriftsfordeler; *Cost Disadvantages Independent of Scale*. Dette kan oppstå som følge av ”know-how” eller design karakteristika som er beskyttet av patenter. Det kan oppstå gjennom andre fordeler,

som tidligere inngåtte avtaler med leverandører eller fordeler gjennom best lokalisering. Videre kan statlige subsidier til enkelte bedrifter gi disse økonomiske fordeler, og i enkelte industrier er effekten fra ”læringskurven” høy.

Til slutt nevnes *Government Policy* som en inngangsbarriere. Staten kan begrense, eller til og med totalt forhindre, nye aktører i et marked gjennom den politikken som blir ført. Vinmonopolet er et naturlig eksempel på slik statlig styring.

### ***Reaksjoner fra etablerte aktører***

Dersom en potensiell ny aktør forventer sterke reaksjoner fra etablerte aktører vil dette påvirke hans valg om etablering. Dersom det forventes at de etablerte aktørene vil starte en knallhard priskonkurranse med liten mulighet for økonomisk overskudd, vil sjansene for nyetablering være mindre enn dersom det forventes at de etablerte aktørene ikke vil foreta seg noe som helst.

Hvordan de etablerte aktørene kan forventes å reagere vil være avhengig av hvordan de har oppført seg ved lignende anledninger tidligere og hvorvidt de har kapasitet og ressurser til å foreta seg noe. I tillegg er det sannsynlig med harde reaksjoner i markeder med lav vekst, fordi nye aktører ikke vil kunne få omsetning uten å redusere de etablertes omsetning. Til slutt er det sannsynlig at etablerte bedrifter med store illikvide eiendeler i markedet vil gi hard konkurranse.

### ***Grenseprisen***

Forholdene rundt nyetableringer i et marked kan kort oppsummeres i en hypotetisk grensepris, eller *The Entry Detering Price*: den prisen som balanserer potensiell fortjeneste for nye aktører når en tar hensyn til kostnadene ved å overkomme inngangsbarrierene. Dersom prisen på produktet i markedet er høyere enn grenseprisen vil det være lønnsomt å etablere seg, og vice versa.

## **4.1.2 Konkurransen mellom etablerte aktører**

Graden av, og typen, konkurranse mellom etablerte aktører er naturlig nok med på å avgjøre lønnsomheten i en bransje. Enkelte konkurranseformer, som priskonkurranse, vil

---

kunne føre til svært lave eller ingen fortjenestemuligheter for hele bransjen. Andre konkurranseformer, som markedsføringskonkurranse, vil kunne føre til en utvidelse av det totale markedet, øke produkt differensieringen, og gi hele bransjen bedret fortjeneste.

Som tidligere nevnt vil det i et marked med høy vekst være mulig å øke egen omsetning og fortjeneste uten at dette går på bekostning av andre konkurrenters fortjeneste. Et marked med lav vekst vil således ofte ha en hardere konkurranse enn et marked med høy vekst.

En bedrift med høye faste kostnader, eller høye lagerkostnader, vil være svært ivrig på å utnytte hele produksjonskapasiteten. I en bransje med en slik kostnadsstruktur er det derfor vanlig å se raske priskutt når det er ledig kapasitet, eller når produktet har høy lagringskostnad.

Mangel på muligheter til å differensiere produktet, eller lave byttekostnader, vil også ofte føre til hard konkurranse. Høye byttekostnader og differensiering skaper en slags ”prisbuffer” mot konkurrerende varer.

Dersom en bedrift forblir værende i en bransje, til tross for lave eller negative resultater, kan dette skyldes *High Exit Barriers* (høye utgangsbarrierer). Slike barrierer kan komme som følge av for eksempel spesialisert produksjonsutstyr med liten annen verdi, arbeidsavtaler, eller statlige restriksjoner. En bransje med høye utgangsbarrierer vil oppleve at overkapasitet ikke vil føre til at noen aktører forlater bransjen, men i stedet at enkelte vil kunne ty til ekstreme handlinger. Høye utgangsbarrierer vil derfor kunne være skadelig for hele bransjen.

Dersom næringen består av mange, eller av relativt like, konkurrenter, vil konkurransen ifølge Porter ofte være ustabil og hard. Når det er mange aktører, vil enkelte kunne tro at deres tiltak ikke blir oppdaget. Dersom bransjen derimot består av noen få aktører, er bransjen mer gjennomsiktig, og det vil ofte kunne oppstå en svakere konkurranse, gjerne med en prisleder. Her går Porter delvis på tvers av for eksempel *Bertrand konkurranse*<sup>1</sup>, hvor resultatet av perfekt informasjon til aktørene blir full konkurranse med

---

<sup>1</sup> Se for eksempel Sørgard (2003): *Konkurransestrategi*

pris lik marginalkostnaden og null profitt. Sørgard (2003)<sup>53</sup> viser i tråd med Porters tankegang hvordan for eksempel det norske kraftmarkedet i 1992 gikk fra hard konkurranse med pris nær marginalkostnad, til å bli et marked med høyere priser og bedre fortjeneste gjennom *koordinert prissetting*:

I Bertrand konkurranse møtes aktørene en gang i markedet, og individuell rasjonell handling fører da til null profitt. Teori for koordinert prissetting tar i stedet for seg en situasjon hvor aktørene møtes uendelig mange ganger i markedet, og prisene settes simultant hver gang. Dersom aktørene alltid velger pris lik marginalkostnad blir fortjenesten alltid null. Anta i stedet at aktørene velger følgende strategi: ”*Start med monopolpris i første runde. Fortsett med monopolpris i alle påfølgende runder inntil en av aktørene har avveket fra prisen i forrige runde. Ved avvikende pris velges alltid pris lik marginalkostnad i de påfølgende rundene*”. En slik strategi vil innebære at aktørene deler markedet i alle runder inntil en av dem underkutter den andre i pris. Den som underkutter vil i den aktuelle runden få hele markedsfortjenesten, men ingen av aktørene vil få noen profitt i de påfølgende rundene. Hvorvidt det vil lønne seg å kutte prisen blir dermed et regnestykke som avgjøres av diskonteringsrenten som blir brukt på fremtidige inntektsstrømmer. Med en lav diskonteringsrente vil det lønne seg å holde prisen konstant, mens det med en høy diskonteringsrente vil være mer lønnsomt å underkutte prisen og ta hele fortjenesten med en gang. En vellykket koordineringsstrategi forutsetter tålmodige eiere, korte periodelengder før pris skal settes på nytt, hard konkurranse etter avvik, få aktører, samt etableringshindringer.

I Norge, som i de fleste andre land, er det et generelt forbud mot koordinert prissamarbeid<sup>1</sup>. Likevel har vi flere eksempler på vellykkede prissamarbeid. Høsten 1992 orienterte ledelsen i Statkraft konkurrentene om at de ikke ville selge spotkraft til under 10øre/kWh fra en bestemt dato. Det ble ikke inngått noen form for avtale, konkurrentene kunne sette hvilken pris de ville, men likevel satte de alle innbyrdes opp prisene. Prisdirektoratet kom den gang til at det ikke var foregått noe ulovlig. Likeledes ser vi fra tid til annen at enkelte aktører bruker media til å formidle sine strategier ut til konkurrentene.

---

<sup>53</sup> Sørgard (2003): *Konkurransestrategi*

<sup>1</sup> *Konkurranseloven § 3-1*



---

### 4.1.3 Substitutter

*Pressure from substitute products* er den tredje av de fem krefter i Porter sin modell. Substitutter blir definert som produkter som utfører den samme *funksjonen* som vårt produkt. Substitutter setter en øvre grense på prisen en produsent kan ta for sitt produkt. Hvor denne grensen blir satt er avhengig av hvor attraktive substituttene er for kundene ut fra pris og kvalitet. Effekten av substitutter kan kort bli oppsummert som bransjens totale etterspørselelastisitet.

Det kan være vanskelig for en bedrift alene å konkurrere mot substitutter fra en annen industri, og en samlet industri kan ofte gjøre en bedre jobb. Eksempler på dette kan være når bedriftene i en industri, har markedsføringskampanjer eller produktforbedringer som alle er like, men som fører til en endring i forhold til substituttene.

Substitutter er særlig viktige når disse er inne i en trend som forbedrer substituttene sammenlignet med eget produkt, eller når substituttene blir produsert av en bransje med høy fortjeneste.

### 4.1.4 Kundernes forhandlingsmakt

Kunder kan presse prisene og fortjenesten lavere ved å spille konkurrenter ut mot hverandre. Det er derfor viktig å analysere hvor stor makt kundene har i et marked.

En kunde har ofte stor makt dersom han står for en stor del av omsetningen til en bedrift, og særlig dersom bransjen samtidig har høye faste kostnader.

En kunde vil også ha stor makt dersom produktet han kjøper står for en betydelig del av kundens kostnad. Begrunnelsen for dette er at i et slikt tilfelle vil kunden være mer opptatt av å få lavest mulig pris, enn han ville vært dersom dette var en ubetydelig utgiftspost. På samme måte vil en kunde med liten fortjeneste være mer ivrig etter å finne laveste prisen, enn en kunde som tjener gode penger. Dersom produktet som skal kjøpes er viktig for kvaliteten på produktet som kunden leverer, vil kunden likeledes være mindre opptatt av prisen.

Dersom produktet som blir produsert er homogent vil kunden ha stor makt. I et slikt tilfelle vil det koste kunden lite å finne en ny leverandør. Likeledes vil en kunde i et marked

med få eller ingen byttekostnader ha større makt enn en kunde i et marked med store byttekostnader.

I tilfeller der kunden har mulighet til å produsere produktet selv, for eksempel ved vertikal integrering oppstrøms, kan dette brukes som en trussel mot bedriften. På samme måten kan kundens makt reduseres dersom bedriften har mulighet til å true med vertikal integrering nedstrøms.

Til slutt vil kunden ha stor makt i de tilfeller der han har all informasjon om markedet tilgjengelig. Dersom kunden kjenner til markedets etterspørsel, markedsprisen, produksjonskostnader osv. vil han ha en stor forhandlingsmakt ovenfor bedriften.

#### **4.1.5 Leverandørenes forhandlingsmakt**

Leverandørene kan utøve forhandlingsmakt ved å true med høyere priser eller redusert kvalitet på det leverte produktet. Leverandørene med stor makt kan derfor presse en bransje som ikke kan videreføre sine kostnader over til sine kunder. Leverandørenes forhandlingsmakt blir i stor grad bestemt av de samme prinsippene som i avsnittet om kundenes forhandlingsmakt.

Dersom det er få leverandører som dominerer markedet, og disse leverer til et mer fragmentert marked, vil leverandørene ofte ha stor forhandlingsmakt. Videre vil leverandørene ha stor makt dersom det ikke finnes substitutter til produktene deres.

Dersom kunden ikke er en viktig kunde for leverandøren, har leverandøren gjerne større makt. Likeledes har leverandøren ofte stor makt dersom produktet som blir levert er svært viktig for kunden.

En leverandør av differensierte produkter, eller som har klart å bygge opp store byttekostnader for kundene sine, er også ofte i en god forhandlingsposisjon.

Til slutt vil en leverandør som kan true med nedstrøms vertikal integrering ha større forhandlingsmakt enn en leverandør som ikke kan dette.

---

### 4.1.6 Øvrig

Det er viktig å huske at de fem konkurransekraftene nevnt over naturligvis ikke dekker alt som spiller inn på konkurransen i et marked. Blant annet har myndighetene i mange tilfeller stor innvirkning; det kan for eksempel være som en kunde, som en leverandør, som en finansiell påvirker (subsidiar/avgifter), eller som en lovregulerende aktør. Videre er det også andre faktorer som spiller inn, så som lokale, sosiale og teknologiske forskjeller.

### 4.1.7 Kritikk av rammeverket

#### *De vanligste svakhetene*

Flore Bridoux peker på flere vanlige svakheter som har blitt presentert opp gjennom årene ved Porter's Five Forces.<sup>54</sup> For det første bygger modellen på et "structure-conduct-performance" paradigme. Dette innebærer at fortjenesten til en bedrift blir bestemt av bransjen/industrien den konkurrerer i, og i liten grad av bedriften selv. Modellen har derfor ingen muligheter til å forklare forskjellig fortjeneste mellom bedrifter i samme bransje. Dette går imot en del empiriske resultater som viser at bedriftseffekten er mer avgjørende enn bransjeeffekten på bedriftens resultat.

For det andre sier Porter's Five Forces at en bedrift skal gå inn i en industri dersom industrien er lønnsom, og forlate den dersom den ikke er det. Modellen fokuserer på hva som gjør enkelte industrier, eller posisjoner innen en industri, attraktive, men ikke *hvordan* en bedrift kan oppnå en slik posisjon.

Et tredje ankepunkt ved Porter's Five Forces er at den er for statisk. Mens realiteten ser ut til å være at bedrifter må opptre i miljøer som er i stadig endring, gir modellen kun mulighet til å se på en stillestående situasjon.

I følge Andersen og Uppheim har Porter's Five Forces en åpenbar svakhet ved at den forsøker å identifisere generelle faktorer som skal påvirke alle bransjer likt.<sup>55</sup> Dette stemmer

---

<sup>54</sup> Bridoux, F. (2004): *A resource-based approach to performance and competition: An Overview of the Connections between Resources and Competition*

<sup>55</sup> Andersen, A. og Uppheim, H (1997): *En konkurranseanalyse av det norske markedet for charterreiser til syden*

antakeligvis ikke så godt med virkeligheten, og selv om en del krefter påvirker alle bransjer, vil styrken på kreftene være forskjellig fra bransje til bransje.

Ytterligere svakheter ved modellen blir påpekt av Limper og Tennebekk.<sup>56</sup> Modellen tar ikke hensyn til størrelsen på etterspørselsveksten i markedet som skal analyseres. I tillegg blir den lille rollen myndighetene får i modellen nevnt, og at siden modellen er kvalitativ blir det vanskelig å tallfeste kreftene.

På tross av de mange svakhetene i modellen, mener jeg den passer godt til denne utredningen. Jeg ønsker å se på konkurransen i et marked som helhet, og at modellen bygger på ”structure-conduct-performance” paradigmet har derfor ingen negativ betydning, siden jeg er mindre interessert i de enkelte aktørene og intraindustri-forskjeller. Dette betyr også at jeg ikke ønsker å se på *hvordan* enkeltbedrifter kan endre sine posisjoner, jeg ønsker bare å se hvilke posisjoner som finnes i markedet.

At modellen er statisk kan være mindre heldig i min situasjon. Det er i dag ca ett og et halvt år siden innføringen av reseptfrie legemidler utenom apotek. Innføringen satte i gang en del markedsendringer, og det er fare for at aktørene ikke er ferdige med å tilpasse seg den nye situasjonen. Har kundene blitt vant til den nye ordningen? Har alle aktuelle nye utsalgssteder begynt salget, eller avventes situasjonen? Har apotekene satt i gang eventuelle mottiltak? Jeg vil forsøke å ta hensyn til dette senere i utredningen, men peker allerede her på at jeg nødvendigvis må se på situasjonen slik den er i dag, og vanskelig kan spå videre endringer.

Markedet for reseptfrie legemidler blir antakelig i høy grad preget av myndighetene, særlig gjennom reguleringer. At Porter ikke tar større hensyn til myndighetene kan derfor bli et problem i denne utredningen som jeg vil være oppmerksom på.

Formålene med de nye utsalgsstedene var å bedre tilgjengeligheten og å stimulere til priskonkurransen, *uten* å øke etterspørselen. Som tidligere påpekt har legemidler generelt lav etterspørselspriselasitet, og forhåpentligvis vil derfor ikke den totale etterspørselen øke mye. At modellen ikke tar hensyn til etterspørselsøkning bør derfor ikke nødvendigvis være en stor svakhet her. Jeg mener også at det er av mindre betydning her at modellen er kvalitativ.

---

<sup>56</sup> Limper, T. og Tennebekk, O. (2004): *Priskrigen i ølmarkedet – Hva skjedde og hvorfor?* –

---

## 4.2 Hotelling's Model

Porter's Five Forces er i utgangspunktet mer et rammeverk for analyse, enn en modell. For å styrke fokuset på markedets interne konkurranse og markedets eksisterende aktører ønsker jeg å komplementere Porter med en egen modell for markedstilpasning. Valget har falt på *Hotelling's Model*.

Harold Hotelling presenterte en teori for markedstilpasning i 1929. Denne modellen er godt kjent, og flere andre forfattere har senere bearbeidet modellen. Jeg vil her ta for meg modellen slik den blir presentert av John Anderson Kay.<sup>57</sup>

### 4.2.1 Presentasjon av Hotelling's Model

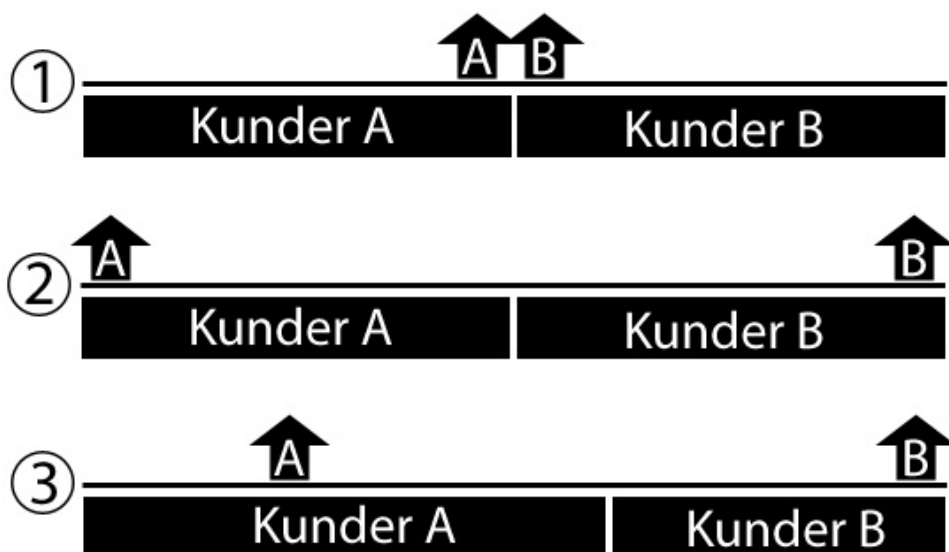
Utgangspunktet for Hotelling's Model er en lang badestrand. På denne stranden ligger det uniformt fordelt solhungrige mennesker. I løpet av en dag ønsker hver person å kjøpe en iskrem. En dag kommer det to iskremselgere til stranden. Iskremene de selger har i utgangspunktet faste utsalgspriser, med andre ord er prisene eksogent gitt. Problemet blir da: *Hvor vil selgerne plassere seg?*

Dersom en antar at alle iskremkundene vil foretrekke å handle i den nærmeste kiosken blir svaret overraskende enkelt; de to iskremselgerne vil plassere seg ved siden av hverandre midt på stranden. På denne måten vil den ene kiosken (A) selge til alle kundene på venstre siden, mens den andre (B) tar alle kundene på høyresiden, og begge får halvparten av markedet. Dette er vist i ① i illustrasjonen under, der bokstavene viser kioskenes plassering på stranden, og de liggende stolpene indikerer kundemassen.

Det er mange måter begge kan få halve markedet på, men det er kun når begge plasserer seg i midten av vi får en stabil likevekt. Anta for eksempel at de to iskremselgerne stiller seg i hver sin ende av stranden. På denne måten vil den ene selge til alle kundene som ligger til venstre for midten (A), mens den andre (B) vil selge til alle som ligger til høyre for midten, som vist i ②. Begge vil på denne måten få halvparten av markedet, men dette er ingen stabil likevekt, da begge vil ha incentiver til å flytte seg innover på stranden. Dersom A flytter

---

<sup>57</sup> Kay, J.A. (1993): *Foundations of corporate success*, kapittel 15



Illustrasjon 4: Hotelling's Model

sin kiosk nærmere midten av stranden vil A få hele kundemassen til venstre for sin kiosk, mens den deler kundemassen mellom sin og B sin kiosk likt. Dette fører til at A totalt sett vil få en større markedsandel enn B, som vist i ③. På samme måte har B incentiver til å flytte nærmere midten, og den eneste stabile likevekten vil derfor være at begge plasserer seg i midten.

Selv om spillteori var lite utviklet på Hotellings tid, kan vi i dag si at Hotelling's Model på mange måter er et to-trinnspill. I det første trinnet velger bedriftene differensiering av produktet, og i det siste trinnet settes prisen på produktet. Hotelling viste at det alltid ville finnes delspillperfekte likevekter (slik det senere har blitt definert av Reinhard Selten), der produktene var nær identiske. Dette kalte Hotelling for prinsippet om *minimum differensiering*.<sup>58</sup> d'Aspremont et al har senere vist at dette kun holder når prisene er eksogent gitte (mer om dette i avsnitt 4.2.3).

Denne modellen trenger ikke nødvendigvis å forklare fysisk plassering av utsalgssteder. Den samme tilbøyeligheten til å nærme seg hverandre vil en kunne finne ved produkt differensiering, ved at produktene vil bli mer og mer like hverandre. På denne måten er bildet av iskremselgernes plassering av kioskene mer en geografisk analogi på produktposisjonering.

<sup>58</sup> Economides, N. (1983): *The principle of minimum differentiation revisited*

---

Det finnes mange eksempler på at slik grupperingstaktikk, som for eksempel når konkurrerende flyselskaper setter opp identiske ruter med fem minutter mellom hverandres avganger, eller når politiske partier nærmer seg hverandre i politikken de fører.

#### 4.2.2 Hvorfor Hotelling's Model?

En teori om to iskremselgere på en badestrand kan kanskje virke vel fjernt fra denne utredningens tema og omfang, og en kan spørre seg hvorfor jeg har valgt å ta med en slik modell. Forklaring for mitt valg av modell er som følger:

Jeg holder gjennom hele utredningen et bevisst skille mellom ”apotekene” (inklusive deres medisinsalg) på den ene siden, og ”de nye aktørene” på den andre. Grunnen til dette er hovedsaklig at det er to grupper aktører som er forskjellige sammenlignet med hverandre, men nokså like innad i gruppene. Apotekene har på sin side ekspertisen og den faglige tyngden til å gi veiledning, mens de nye aktørene blant annet har et konkurransefortrinn i å selge fra utsalgssteder folk flest uansett må innom flere ganger i uken. *Veiledning* og *tilgjengelighet* vil bli brukt som eksempler på differensieringsstrategier i den videre teoretiske gjennomgangen av Hotelling's Model. Nærmere drøfting av definisjoner av ”produkt” og forskjeller mellom aktørene er lagt til de neste kapitlene.

Med et slikt syn som utgangspunkt kan det argumenteres for at innføringen av den nye forskriften førte til en markedsendring der vi gikk fra en monopolsituasjon til en duopolsituasjon. Apotekene har selv bekreftet at de tidligere ikke konkurrerte på pris, noe som ytterligere forsterker bildet av en slags monopoltilpasning i markedet.<sup>p</sup> I en standard monopolsituasjon vil tilbyder som kjent tilpasse seg i en profittmaksimerende situasjon der marginal kostnad er lik marginal inntekt ( $MC = MR$ ).<sup>o</sup> Stilisert sett kan vi si at dette var situasjonen før innføringen av den nye forskriften.

Ved å holde et klart skille mellom apotekene og de nye utsalgsstedene lar det seg enklere gjøre å analysere den nye markedssituasjonen ved hjelp av Hotelling's Model. I den

---

<sup>p</sup> Se om apotekenes prispolitikk side 19

<sup>o</sup> Se for eksempel McEachern W.A. (1997): *Microeconomics: A Contemporary Introduction*

nye markedssituasjonen vil vi i følge Hotelling kunne forvente en konkurransesituasjon der de to aktørene nærmer seg hverandre med tanke på produkt differensiering. Selv om enkelte av kundene vil foretrekke apotekenes veiledning fremfor de nye utsalgsstedenes tilgjengelighet, og vice versa, sier Hotelling's Model at apotekene og de nye utsalgsstedene vil redusere sin produkt differensiering for å ta mer av den andre sitt marked, samtidig som de vil beholde alle kunder på sin ytterside. Med andre ord vil vi forvente at begge aktørene beveger seg fra ytterkanten og inn mot midten, slik det vil være å gå fra situasjon ② til situasjon ① i illustrasjonen brukt over.

### 4.2.3 Svakheter ved Hotelling's Model

I 1979 pekte d'Aspremont, Gabszewicz og Thisse på situasjoner hvor det ikke ville finnes Nash-likevekter i to-trinnspillet: Dersom produktene var *for like*.<sup>59</sup> Hotelling's Model predikerer at produktene vil nærme seg hverandre, men de tre ovennevnte personer viste at det vil finnes en grense for hvor like disse produktene vil bli, før vi får en konkurransesituasjon der aktørene vil underkutte hverandres pris for å ta hele markedet. Når en slik underkutting er optimal vil det ikke lenger finnes noen Nash-likevekt. Det er således en viktig forutsetning at prisene er eksogent gitte for at minimum differensieringsprinsippet skal holde.

I denne utredningen vil dette neppe være noe stort problem. Dersom vi for eksempel antar at kundene ser på produktene som "legemiddel + veiledning" og "legemiddel + tilgjengelighet", vil nok disse være tilstrekkelig langt fra hverandre til at vi unngår en slik situasjon. Likevel er dette noe jeg vil være oppmerksom på i de påfølgende kapitlene.

Economides viser til en annen av forutsetningene i Hotelling's Model som ikke nødvendigvis alltid er oppfylt: Brudd på reservasjonsprisen.<sup>60</sup> I overført betydning betyr dette at Hotelling forutsetter at alle konsumentene faktisk kjøper produktene uavhengig av total lengde til iskremkiosken på stranden og prisen på isen. Det er lett å tenke seg at dersom begge kioskene blir stående midt på stranden vil det finnes personer i ytterkanten på begge

---

<sup>59</sup> Economides, N. (1983): *The principle of minimum differentiation revisited*

<sup>60</sup> Ibid



---

sider som vil synes det er for langt å gå, og/eller som synes prisen er for høy, og som da heller lar være å kjøpe en is.

Dersom Economides' punkt skal overføres til denne utredningen vil det tolkes dit hen at enkelte kunder ikke vil ønske å kjøpe legemidlene dersom apotekene reduserer sin veiledning for mye, eller dersom dagligvarebutikkene reduserer sin tilgjengelighet for mye. At dagligvarebutikkene skal redusere sin tilgjengelighet er nok lite sannsynlig. Likeledes er det lite trolig at apotekene vil redusere sin veiledning ved kjøp av legemidler; apotekene har en lovpålagt plikt til veiledning. Når det gjelder selve prissettingen er etterspørselen etter legemidler som tidligere nevnt generelt sett lite prissensitiv. Jeg mener derfor at dette punktet, slik "produktene" er definert i dette kapitlet, vil være av mindre betydning. Dersom det senere i utredningen benyttes andre definisjoner av produktene vil dette punktet måtte tas med i betraktning.

Hotelling's Model predikerer altså at produkt differensiering vil være en dårlig strategi, men vi har vel alle hørt om vellykkede bedrifter som har funnet et nisjemarked. Sørgard viser at det er to effekter som spiller inn når en bedrift velger nisjesposisjonering.<sup>61</sup> Den ene effekten er redusert kvantumssalg som følge av et mindre marked, noe som for gitte priser vil føre til redusert omsetning og resultat. Den andre effekten er redusert konkurranse, som vil bidra til å bedre resultatet. Hvilken av disse kreftene som er sterkest er avhengige av situasjonen bedriften befinner seg i.

Det er altså en fare for at vi i markedet for reseptfrie legemidler ikke vil se noen tendens til at aktørene velger å nærme seg hverandre. Dette vil kunne være et resultat av den positive effekten ved nisjesposisjonering. Dette er nok ikke en direkte svakhet ved Hotelling's Model som sådan, men mer en forklaring på hvorfor vi i enkelte situasjoner ikke vil få det forventede resultatet. En kan nok også si at en situasjon der nisjesposisjonering er lønnsomt bygger på andre forutsetninger enn hva Hotelling's Model gjør. Jeg vil derfor i de neste kapitlene være forberedt på at markedet jeg ser på vil kunne fremstå annerledes enn hva Hotelling's Model skulle tilsi.

---

<sup>61</sup> Sørgard, L. (2003): *Konkurransestrategi – eksempler på anvendt mikroøkonomi*

### 4.3 Alternativer

De teoriene jeg har valgt i utredningen har de samme begrensningene som de fleste andre bedriftsøkonomiske teorier har: Mangel på *helseøkonomiske* hensyn. Med dette mener jeg at de ikke tar andre samfunnsøkonomiske hensyn som det kunne være interessant å se på i en oppgave om legemidler, som hvorledes har befolkningens helse blitt påvirket? Har de positive sidene ved bedret tilgjengelighet blitt dempet av økt feilbruk?

At teoriene ikke tar helsemessige hensyn kan ses på som et ankepunkt mot å bruke dem i denne utredningen. Jeg har forsøkt å finne andre modeller som kan komplementere teoriene for å ta slike hensyn.

Det er mange måter en kan prøve å beregne de samfunnsøkonomiske gevinstene og kostnadene ved ulike tiltak. Økonomiske modeller veier kostnader og inntekter mot hverandre for å finne en gevinst. En modell som skal ta hensyn til helsemessige gevinster og kostnader er derfor avhengig av å sette et tall på eksempelvis ”økt livskvalitet”. Arild Aakvik gir noen ideer rundt hvordan en kan analysere samfunnseffektene av legemidler, og hvordan en kan utføre en nyttekostnadsanalyse.<sup>62</sup> En slik tilnærming vil kunne være å beregne QALY (Quality adjusted life years) for å se nytten av et legemiddel eller et behandlingstilbud.

Problemet med en slik helseøkonomisk tilnærming i denne utredningen er for det første at legemidlene utredningen omhandler ikke er *nye* legemidler som skal vurderes brukt. Målet med den nye forskriften var som nevnt ikke å øke omsetningen eller bruken av legemidlene, og dermed heller ikke egentlig å øke de direkte helsemessige gevinstene av legemidlene. Jeg har derfor valgt å ikke bruke en slik helseøkonomisk modell i denne utredningen.

Jeg har derfor endt opp med å bruke Porter’s Five Forces og Hotelling’s Model i denne utredningen, med de feil og mangler dette måtte innebære. Jeg mener at eventuelle helseøkonomiske modeller faller utenfor denne utredningens omfang, da jeg primært ønsker å se på markedet og konkurransen fra et bedriftsøkonomisk ståsted.

---

<sup>62</sup> Aakvik, A. (2001): *Samfunnsøkonomisk evaluering av legemidler*

---

## 5. Dagens marked

For å kunne anvende teoriene presentert over har jeg vært nødt til å hente inn mer konkret informasjon om dagens markedssituasjon. Jeg har valgt å hente inn tall vedrørende de forskjellige aktørene; hvem de er, hvor de er, og deres markedsandeler. I tillegg har jeg foretatt en prisundersøkelse og et intervju med en representant for en dagligvarekjede. Resultatene presenteres i dette kapittelet.

### 5.1 De nye utsalgsstedene

Tallene for de nye utsalgsstedene i dette kapittelet bygger på konsesjonstillatelse. Det er viktig å merke seg at en butikk ikke nødvendigvis *selger* legemidler selv om den har *tillatelse* (konsesjon) til å gjøre det. Dette betyr at antall reelle utsalgssteder kan avvike fra antall konsesjoner. Likevel er konsesjonstillatelse det nærmeste jeg kommer reelle utsalgssteder, og jeg har valgt å benytte disse videre i utredningen. Konsesjonstillatelse omfatter kun utsalgssteder utenom apotek.

#### 5.1.1 Geografisk oversikt

I følge tall fra Statens legemiddelverk var det i begynnelsen av juli 2005 delt ut 5893 konsesjoner,<sup>63</sup> noe som er mer enn *fire ganger* det Helsedepartementet så for seg av nye utsalgssteder<sup>λ</sup>. Av disse var det flest konsesjoner i Oslo, Akershus og Hordaland, med henholdsvis 674, 492 og 481 konsesjoner. Færrest konsesjoner var blitt delt ut i Finmark (129), Aust-Agder (147) og Sogn og Fjordane (165). Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at de seks ovennevnte fylkene innehar de samme plasseringene i en befolkningsoversikt per januar 2005,<sup>64</sup> og tilsvarende er også tilfelle for de fleste av de øvrige fylkene i landet.

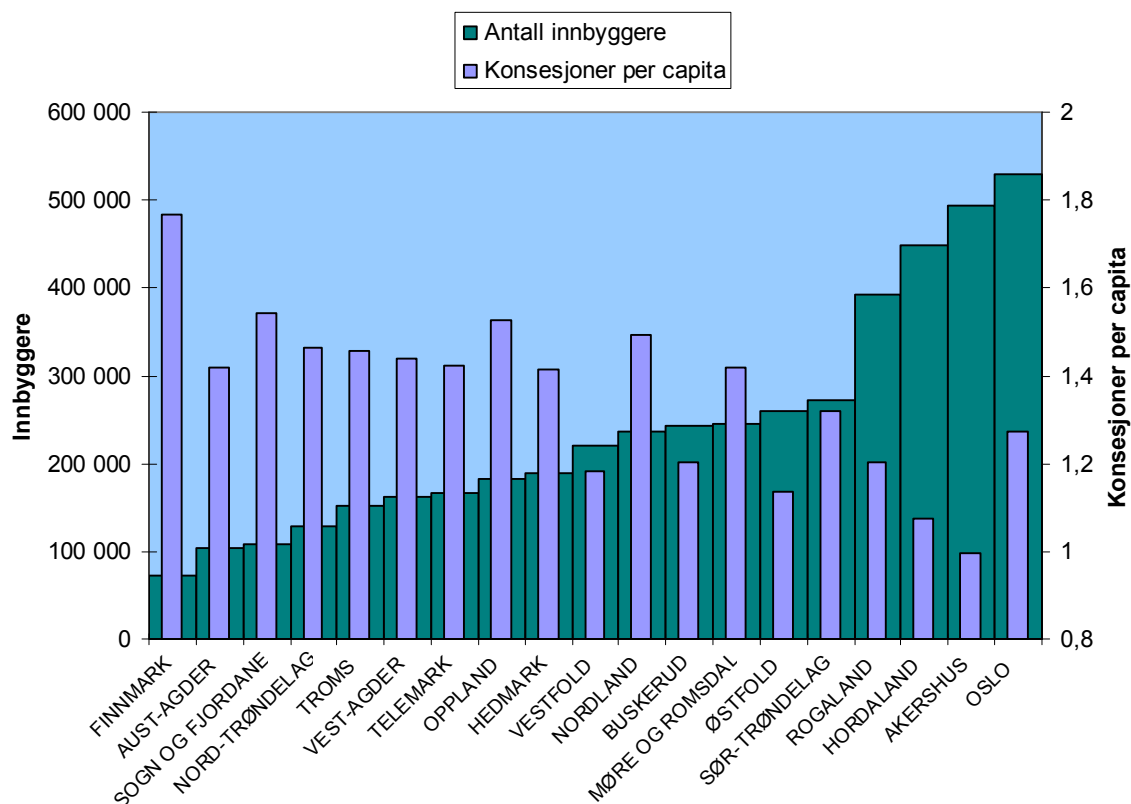
---

<sup>63</sup> Statens legemiddelverk (2005): *Fylkesvis oversikt over alle utsalgssteder som har fått konsesjon*

<sup>λ</sup> Se side 20

<sup>64</sup> Statistisk sentralbyrå (2005): *Beregnet folkemengde 1. januar 2005 og beregnet folketilvekst i 2004. Fylker og kommuner*

Etter bearbeiding av tallene fra Statens legemiddelverk og Statistisk sentralbyrå får jeg følgende diagram som illustrerer hvorledes konsesjonene er blitt fordelt fylkesvis per capita:



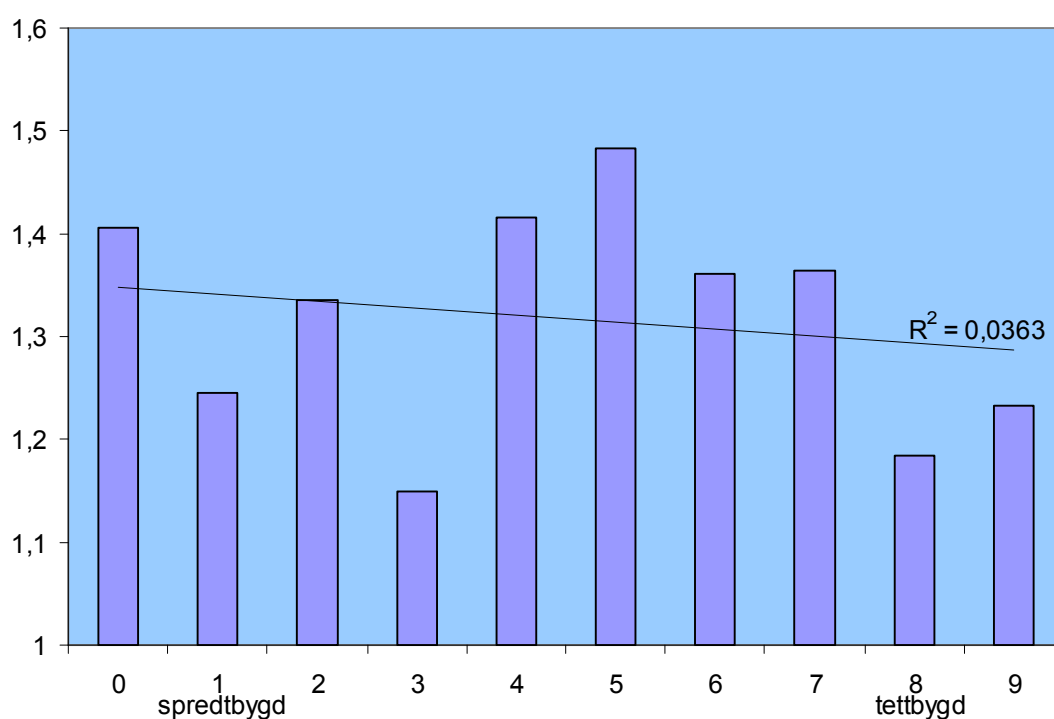
Illustrasjon 5: Fylkesvis befolkning og antall konsesjoner per capita

I diagrammet er fylkene rangert etter befolkningsstørrelse per januar 2005, og antall konsesjoner per juli 2005 er deretter dividert på befolkningsantallet fra januar. Tallene viser en trend der det er blitt delt ut flest konsesjoner per capita i de minst befolkede fylkene. Dette kan være en indikasjon på at tilgjengeligheten har blitt bedret mest i spredtbygde strøk. For å undersøke dette nærmere har jeg utført samme beregninger kommunevis. Også her kan det se ut til at det er delt ut flere konsesjoner per capita i de minst befolkede kommunene enn i de største kommunene, selv om denne sammenhengen ikke er like sterk som fylkesvis. For å gå dypere ned i dette temaet har jeg brukt Statistisk sentralbyrås kommuneklassifisering<sup>65</sup> for å avgjøre hvorvidt tilgjengeligheten er blitt bedret mest i spredtbygde eller tettbygde strøk.

<sup>65</sup> Statistisk sentralbyrå: *Standard for kommuneklassifisering 1994*

Statistisk sentralbyrås kommuneklassifisering gir hver kommune et tall fra 0 til 9 som indikerer andel bosatt i tettbygde strøk i kommunen. Etter denne klassifiseringen får for eksempel Flesberg kommune i Buskerud tallet 0, som viser at langt de fleste i kommunen bor i spredtbygde strøk. Oslo kommune får tallet 9 som er det høyeste klassen, og indikerer at langt de fleste bor i tettbygde strøk.

Jeg har brukt kommuneklassifiseringen til å dele inn kommunene i ti grupper. Jeg har deretter regnet ut gjennomsnittlig antall nye utsalgssteder per capita for hver gruppe. Resultatet er vist i følgende diagram:

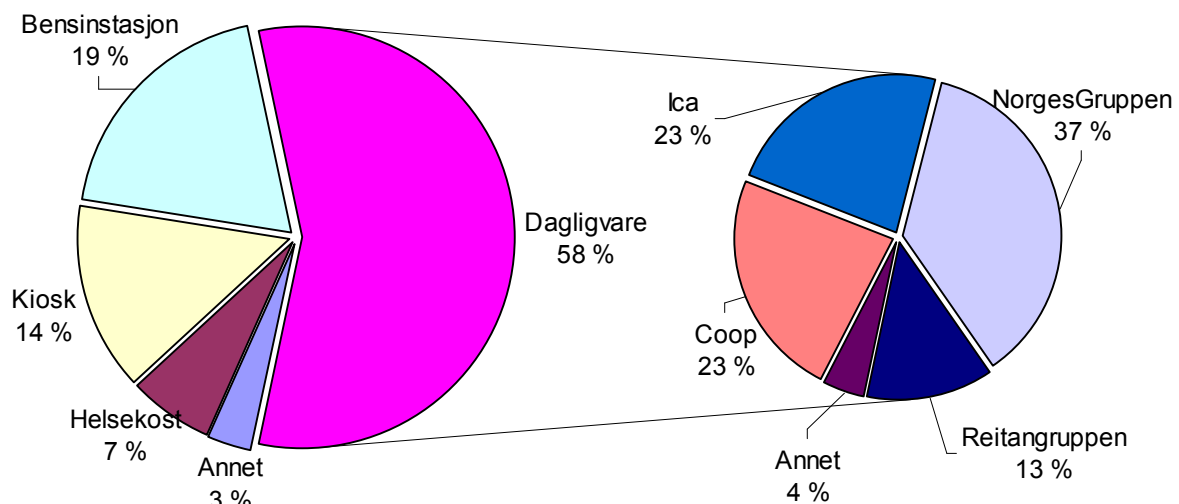


Illustrasjon 6: Konesjoner per capita fordelt etter kommuneklassifisering

Vi ser her at det ikke er noen grunn til å trekke en konklusjon om at det har kommet flest konesjoner per capita i spredtbygde strøk. En lineær regresjon av tallene antyder riktignok en svak reduksjon i antall konesjoner per capita når kommunene blir mer tettbygde (som vist i diagrammet over), men denne sammenhengen har en  $R^2$  på kun 0,0363 som må sies å være svært lavt.

### 5.1.2 Type utsalgssteder

Kategorisert etter *type* utsalgssted viser konsesjonsoversikten at dagligvarebutikkene står for over halvparten av konsesjonene (58 prosent), med bensinstasjoner (19 prosent) og kiosker (14 prosent) på de neste plassene. I kategorien ”annet” er omtrent halvparten butikker som klart kan defineres under ”Personlig pleie”, med Vita-kjeden som den største aktøren (88 konsesjoner).



Illustrasjon 7: De nye utsalgsstedene etter kategori, og dagligvarekjedenes andeler

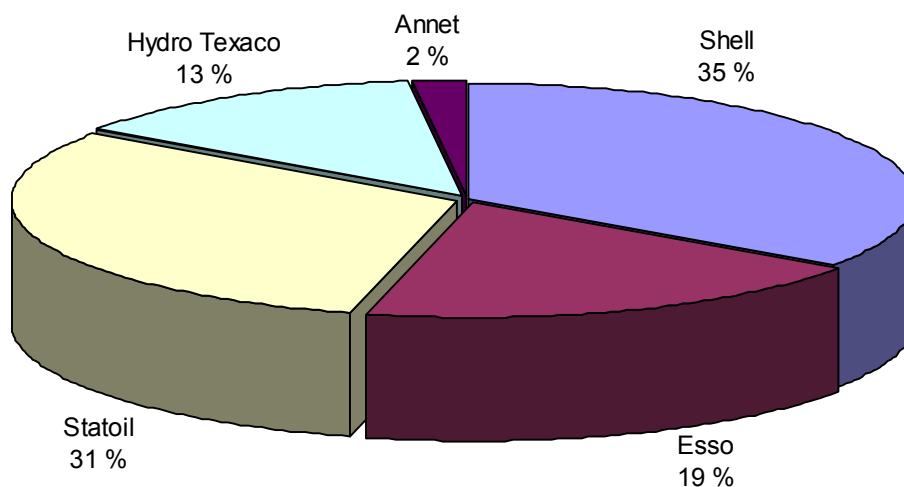
For konsesjoner innenfor **dagligvarehandelen** viser oversikten<sup>64</sup> at Norgesgruppen er den største aktøren, med sine 37 prosent. Ica og Coop har like store andeler med 23 prosent, mens Reitangruppen har 13 prosent av konsesjonene for dagligvarebutikkene. Andelene gjenspeiler mer eller mindre aktørenes andel av det totale dagligvaremarkedet i Norge.<sup>66</sup>

<sup>64</sup> En del butikker står registrert i konsesjonsoversikten uten kjedetilknypning, men med for eksempel ”Rimi” i navnet. I slike tilfeller har jeg valgt å knytte butikkene til de respektive kjedene.

<sup>66</sup> Tall om totale dagligvaremarkedet hentet fra: Konkurransetilsynet (2005): *Betaling for hylleplass – Virkninger for konkurransen i dagligvaremarkedet i Norge – foreløpig rapport*

I likhet med dagligvaremarkedet er de nye utsalgsstedene i **bensinstasjonsmarkedet** preget av de store kjedene. Shell er den største aktøren med 35 prosent av markedet, tett fulgt av Statoil som har 31 prosent av konsesjonene, mens Esso med 19 prosent og Hydro Texaco med 13 prosent er de minste aktørene.

Ved hjelp av en oversikt over kjedenes totale antall bensinstasjoner fra Norsk Petroleumsinstitutt<sup>67</sup>, har jeg kommet til at Shell, Statoil og Esso har konsesjoner på henholdsvis 73 prosent, 70 prosent og 65 prosent av stasjonene sine. Hydro Texaco har konsesjoner på 37 prosent av stasjonene sine. Det lave tallet kommer delvis av at Hydro Texaco har flest automatstasjoner (ubetjente) av de fire kjedene.<sup>68</sup> Dersom en ser bort fra automatstasjonene har Hydro Texaco konsesjoner på halvparten av stasjonene sine.

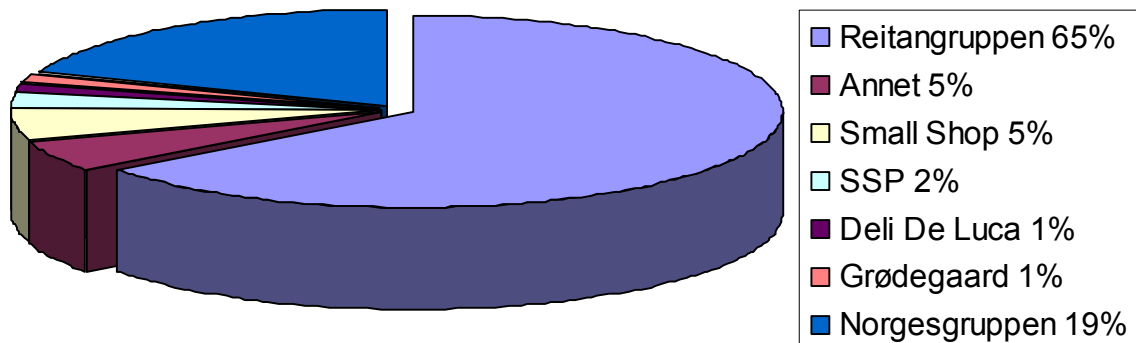


Illustrasjon 8: De nye utsalgsstedene - Bensinstasjonenes fordeling

<sup>67</sup> Norsk Petroleumsinstitutt (2005): *Bensinstasjoner pr. selskap*

<sup>68</sup> Hydro Texaco (2005): *Årsrapport 2004*

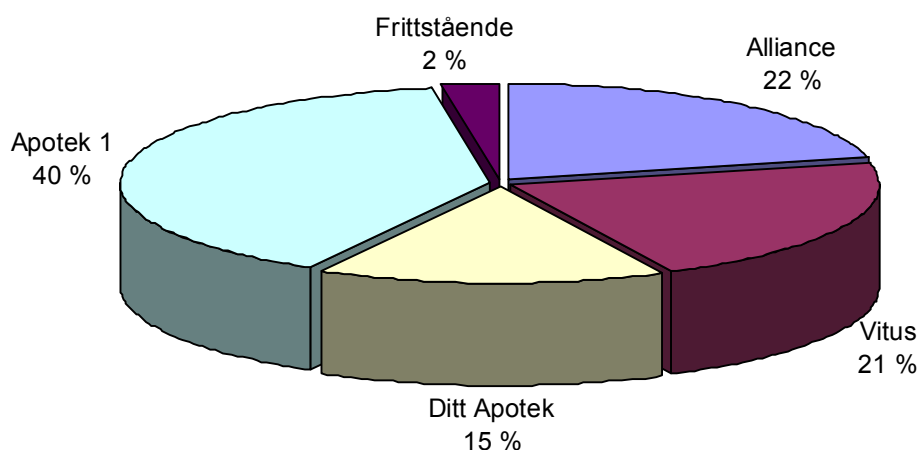
Blant **kioskene** har Reitangruppen alene 65 prosent av konsesjonene, mens NorgesGruppen har 19 prosent. Disse to aktørene utgjør den dominerende delen av markedet, mens de resterende aktørene har fra 5 prosent og nedover.



Illustrasjon 9: De nye utsalgsstedene - Kioskenes fordeling

## 5.2 Apotekene

I følge tall fra NAF var det ved årskiftet 2004/2005 totalt 535 apotek i landet, noe som var en økning på 15 fra året før.<sup>69</sup> Apotek1 er den klart største aktøren, mens Vitus og Alliance er omtrent like store på de neste plassene. Ditt Apotek er den minste av kjedene. De uavhengige apotekene er ikke tilknyttet noen kjeder, men har en ikke-eksklusiv leveringsavtale med en grossist.



Illustrasjon 10: Apotekenes markedsandeler

<sup>69</sup> Norges Apotekerforening (2005): *Apotek og legemidler 2005 - Bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår*, side 13



---

Som med konsesjonene for reseptfrie legemidler utenom apotek, er det ikke overraskende etablert flest apotek i Oslo, Akershus og Hordaland, samt færrest i Finmark, Aust-Agder og Sogn og Fjordane.<sup>70</sup>

Omtrent halvparten av apotekene har ett eller flere medisinutsalg, og totalt er det 1240 medisinutsalg i Norge. Ordningen med medisinutsalg er ment å sikre spredtbygde strøk og utkantene et begrenset utvalg apotekvarer. En rapport utarbeidet ved SNF i 2003 viser at dette også er tilfelle, da det er klart flere medisinutsalg i distriktskommunene enn i storbyene.<sup>71</sup>

### 5.3 Omsetning

Den totale legemiddelomsetningen i Norge er anslått til å være på 15,6 milliarder kroner for 2004.<sup>72</sup> Omsetningen av reseptfrie legemidler utgjorde 11,2 prosent av dette, noe som er en nedgang fra året før. Likevel var det en økning i omsetningen (målt i kroner) av reseptfrie legemidler på 3,4 prosent. Denne økningen er marginalt lavere enn økningen i 2003, og lavere enn alle de siste fem årene der økningen i gjennomsnitt ligger på 5,6 prosent (målt i nominell AIP).

Målt i antall pakninger er Paracet, Ibux, Otrivin og Pinex de fire mest omsatte legemidlene blant både reseptbelagte og reseptfrie legemidler, og Paracet står alene for nesten 8 prosent av totalt antall solgte pakninger. Tre av de seks mest solgte legemidlene (målt i antall pakninger) her i landet er produkter mot smerte med virkemiddelet paracetamol (Paracet, Pinex, Panodil).

---

<sup>70</sup> Statens Legemiddelverk (2005): *Apotekoversikt 2005-07-22*

<sup>71</sup> Kristiansen, F. og Sunnevåg, K.J. (2003): *Statlig politikk overfor helsesektoren – regionale virkninger*

<sup>72</sup> Legemiddelindustriforeningen (2005): *Tall og fakta 2005*

Virkestoff	Salg 2004		Endring 2003-2004	Andel nye	
	DDD*/1000 innb./døgn	Andel reseptfrie		utsalgssteder av reseptfrie pkn.	Endring apotek pr. 3.kvartal 2004
Ibuprofen	12,5	56 %	15 %	29 %	-11 %
Fenazon m/koffein	3,5	100 %	-2 %	12 %	-12 %
Paracetamol	23,7	70 %	2 %	25 %	-22 %
Oksymetazolin	3,8	100 %	-23 %	0 %	-18 %
Xylometazolin	22,1	100 %	14 %	26 %	-10 %

\* Definerte Døgn-Doser

Datagrunnlag: Folkehelseinstituttet, NAF

Blant de aktuelle smertestillende *virkestoffene* har de nye utsalgsstedene oppnådd en markedsandel på rundt 25 prosent i snitt for 2004, jfr tabellen over. Andelen til de nye utsalgsstedene har vært stigende gjennom hele året<sup>73</sup>, og andelene ved utgangen av 2004 er derfor trolig nærmere 30 prosent. Tabellen viser også hvor stor andel av det solgte virkestoffet som er reseptfrie legemidler. For eksempel kan Ibuprofen fåes både i reseptbelagte pakninger, og kjøpes reseptfritt i små pakninger med laveste styrke.

Av de slimhinneavsvellende midlene er det kun Xylometazolin (eksempelvis Otrivin, Zymelin) som er blitt tatt inn for salg av de nye utsalgsstedene. Det er uvisst av hvilken grunn, men vi ser av tabellen at det selges langt mer av Xylometazolin (22,1 DDD/1000/døgn) enn av Oksymetazolin (3,8 DDD/1000/døgn), og det er derfor naturlig å anta at de nye utsalgsstedene har sett større fortjenestemuligheter ved å velge Xylometazolin. Også her har butikkene oppnådd en markedsandel på rundt 25 prosent i løpet av 2004.

Nasjonalt folkehelseinstitutt konkluderer ut fra de samme tallene med at de nye utsalgsstedene har hatt liten effekt på totalt forbruk av de reseptfrie legemidlene.

Når det gjelder de forskjellige *merkenavnene* med samme virkestoff ser det ut til å ha skjedd endringer fra 2003 til 2004. Som tabellen på neste side viser er Pinex den store vinneren blant paracetamolholdige produkter, med en omsetningsvekst på 57 prosent. Denne veksten ser ut til å ha skjedd på bekostning av både Paracet og Panodil, og det har skjedd til tross for at nesten ingen av de nye utsalgsstedene har tatt inn Pinex for salg.

<sup>73</sup> Folkehelseinstituttet (2005): *Stabilt salg av reseptfrie legemidler i 2004*

Merkenavn	Virkestoff	Omsetning		Antall pakninger (1000)		Endring antall pakninger
		AIP 2004, alle utsalg (mill.kr)	Endring omsetning 2003-2004	2003	2004	
Paracet	Paracetamol	57,2	-11,10 %	6705	6177	-7,87 %
Pinex	Paracetamol	13,4	57,00 %	1334	2121	59,00 %
Panodil	Paracetamol	9,4	-16,50 %	1108	1052	-5,05 %
Ibux	Ibuprofen	48,5	6,40 %	2561	2839	10,86 %
Ibumetin	Ibuprofen	10,6	170,70 %	452	957	111,73 %
Otrivin	Xylometazolin	52,7	21,00 %	2056	2139	4,04 %
Zymelin	Xylometazolin	14,7	15,90 %	672	821	22,17 %
Rhinox	Oksymetazolin	15	-20,70 %	885	700	-20,90 %

Datagrunnlag: LMI

For ibuprofenholdige produkter er det Ibumetin som har hatt den klart største fremgangen, med en omsetningsvekst på over 170 prosent. Også i absolutte tall har Ibumetin hatt den største fremgangen, med en økning på 505 pakninger, mens Ibux har hatt en økning på 278 pakninger. Totalt sett har det vært en økning i smertestillende produkter med ibuprofen, og denne økningen har vært noe høyere enn tidligere års økning. Denne økningen kan skyldes både de nye utsalgsstedene, og at 400mg/20tbl pakninger i fjor ble tillatt solgt reseptfritt i apotek.<sup>74</sup>

Blant de slimhinneavsvellende produktene er Rhinox den store taperen etter den nye forskriften, med en nedgang på 20 prosent i omsetning. Totalt sett for de tre produktene Otrivin, Zymelin og Rhinox har det kun vært en marginal økning i antall solgte pakninger, og det kan derfor se ut til at økt salg av Otrivin og Zymelin har skjedd på bekostning av Rhinox, til tross for at disse har forskjellige virkestoffer. Rhinox har ikke blitt tatt inn for salg av de nye utsalgsstedene, noe som kan være forklaringen på nedgangen i salget.

<sup>74</sup> Ibid

## 5.4 Prisundersøkelse

Forbrukerrådet gjennomførte prisundersøkelser på reseptfrie legemidler i apotek i 2003 og i apotek, dagligvare, kiosker og bensinstasjoner i 2004. Målet med disse undersøkelsene var å se hvorvidt liberaliseringen hadde medført prisendringer i markedet.

Konklusjonen på Forbrukerrådets undersøkelser var den gangen at: ”... *det ikke har vært en generell nedgang på prisenivået...*”<sup>75</sup> De fant at Torshov apotek, et helt kjedeuavhengig apotek, var billigst uansett legemiddel og utsalgssted. Generelt var tendensen at dagligvarebutikkene var billigst, fulgt av apotekene, med bensinstasjoner og kiosker som de dyreste utsalgsstedene. At et uavhengig apotek var billigst var nok noe overraskende, og kunne være en indikasjon på at effektiviseringsgevinstene som kjedepotekene har nytt godt av ikke har kommet kundene til gode.

Av de produktene som er med i dagens minimumsutvalg, undersøkte Forbrukerrådet prisen på følgende: Paracet 500mg/20tbl, Panodil 500mg/20tbl, Ibux 200mg/20tbl, Otrivin 1mg/10ml og Rhinox 0,5mg/10ml.

Forbrukerrådet har altså tatt for seg prisen på *merkenavn*, og i mindre grad prisen på *virkestoff*. Dette ble ikke spesielt godt mottatt av apotekkjedene, og informasjonsdirektør i Apotek 1, Hans Anderssen, skrev et debattinnlegg i Handelsbladet FK, der han blant annet skriver: ”*Forbrukerrådet må hatt en dårlig dag da de leste korrektur på rapporten...*” og ”*Hvordan er det mulig at Forbrukerrådet klarer å gjøre en så fatal bommert og på kjøpet klarer å mislede forbrukerne?*”<sup>76</sup> Anderssen reagerte på at Forbrukerrådet ikke sammenlignet priser på produkter med samme virkestoffer, men kun konsentrerte seg om merkenavnene. Ifølge Anderssen sine tall, var Apotek 1 billigere enn dagligvarekjedene på både paracetamol, ibuprofen og xylometazolin.

Anderssen tar opp et svært interessant og viktig tema som jeg har vært inne på tidligere, og som jeg vil komme inn på senere: *Hvordan defineres ”produktet”?* Skal produktene defineres med utgangspunkt i virkestoffer alene, eller er merkenavnverdien så stor

---

<sup>75</sup> Brynnildsen, M.N. og Stenstad, H. (Forbrukerrådet) (2005): *Rapport om reseptfrie legemidler – Januar 2005*, side 22

<sup>76</sup> Anderssen, H. (2005): *Billigst på Apotek 1*

---

at dette må med i en definisjon? I min prisundersøkelse prøver jeg å ta hensyn til dette, ved å hente inn priser for flere merkenavn med samme virkestoff.

Det har gått et snaut år siden Forbrukerrådet gjennomførte sin prisundersøkelse, og det har gått over et og et halvt år siden de nye utsalgsstedene begynte sitt salg. En kan derfor kanskje regne med at aktørene har ”funnet sin plass”. Jeg mener derfor at dette er et godt tidspunkt å foreta en ny prisundersøkelse på.

Jeg har undersøkt prisen på legemidlene i minimumsutvalget, og i de tilfellene der utvalget har flere merkenavn med samme virkemiddel har jeg innhentet flere priser. Mitt utvalg er i så måte et bredere utvalg enn det Forbrukerrådet brukte, og fører til at ikke alle produktene kan sammenlignes mot gammel pris.

Jeg har valgt ut følgende kjeder:

<b>Dagligvare</b>	<b>Apotek</b>	<b>Bensinstasjon/kiosker</b>
Rimi	Alliance	Esso
Rema 1000	Apotek1	Shell
Spar	Ditt Apotek	Hydro Texaco
Ultra	Vitus	Statoil
Kiwi		Narvesen
Meny		7-Eleven
Coop Mega		Mix-butikkene
Coop Prix		

Prisen har blitt hentet inn via telefonsamtaler, epost og personlig oppmøte. Det er alltid en fare for misforståelser/feil ved prisinnhenting via telefon, for eksempel at prisen på 500mg brusetabletter blir opplyst når det egentlig er vanlige 500mg tabletter det blir spurt om. Jeg har så langt det er mulig for meg forsøkt å unngå slike feil.

### 5.4.1 Fakta fra prisundersøkelsen

#### *Utvalg*

Blant de nye utsalgsstedene var tendensen klar: Med virkemiddelet Paracetamol var Paracet klart foretrukket, selv om enkelte også hadde valgt Panodil, enten i tillegg til, eller i stedet for, enkelte av Paracet-produktene. Med virkemidlene Ibuprofen, Fenazon m/koffein og Xylometazolin var det Ibux, Fanalgin og Otrivin som stort sett var blitt valgt. Det var for øvrig bemerkelsesverdig mange av utsalgene som ikke hadde hele minimumsutvalget inne, noe som førte til at prisene måtte hentes fra flere forskjellige utsalgssteder innen samme kjede.

#### *Prisnivået*

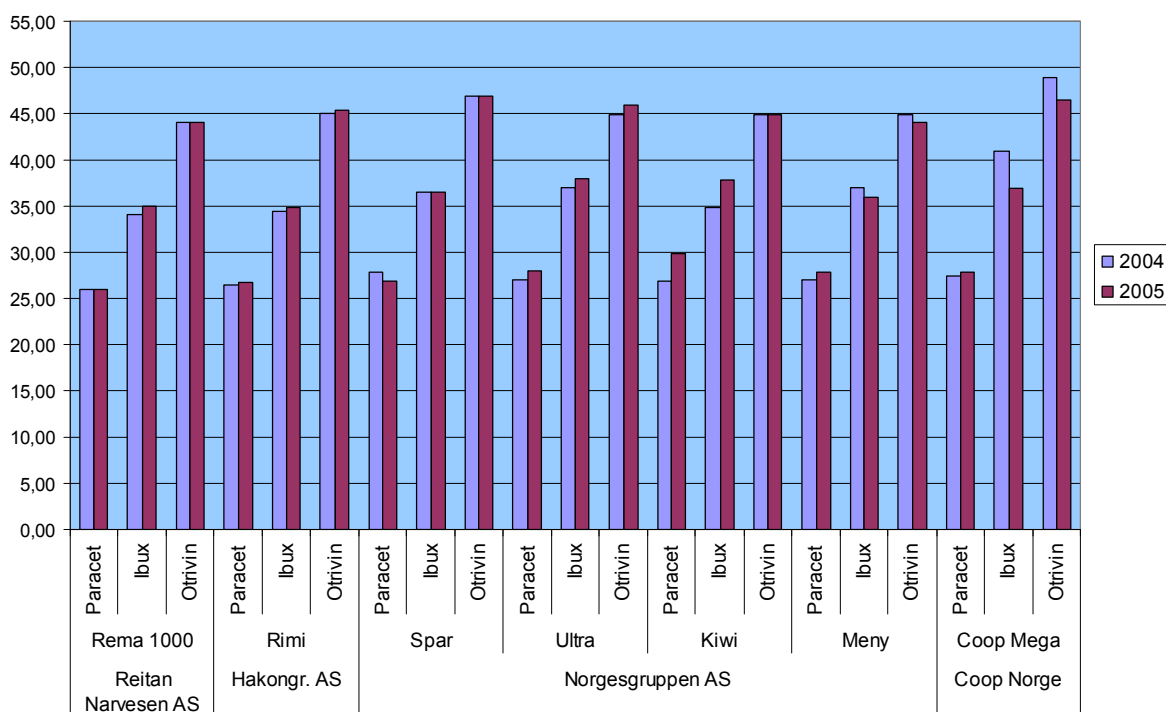
På de neste sidene presenterer jeg utviklingen på prisene for de forskjellige utsalgsstedene.

Siden ikke alle utsalgsstedene fører de samme produktene som Forbrukerrådet brukte i sin prisundersøkelse vil antall sammenlignbare priser variere mellom de forskjellige utsalgsstedene.

Diagrammene som er brukt til å illustrere prisutviklingen tar kun med tre utvalgte merkeprodukter, og viser således ikke prisutviklingen på alle sammenlignbare priser. Dette er gjort for å gjøre diagrammene mer oversiktlige. I teksten refereres det til endringer i *alle* sammenlignbare priser, og det vil derfor kunne forekomme avvik mellom tall i teksten og tall som leses ut fra diagrammene.

Blant **dagligvarekjedene** var den største prisforskjellen i år å finne på Paracet 500mg/20tbl, der den billigste pakningen ble solgt for 26,-, mens den dyreste ble solgt for 29,90. Den dyreste butikken er her altså 15 prosent dyrere enn den billigste.

I forhold til året før kan det ikke sies å ha vært noen klar endring i pris. Av totalt 24 sammenlignbare priser fra dagligvarekjedene er 6 priser uendrede, 6 priser reduserte, mens 12 priser har gått opp. Totalt sett har det vært en gjennomsnittlig prisoppgang på 1 prosent, det kan med andre ord se ut til at dagligvarekjedene mer eller mindre har funnet sitt ønskede prisnivå<sup>3</sup>.

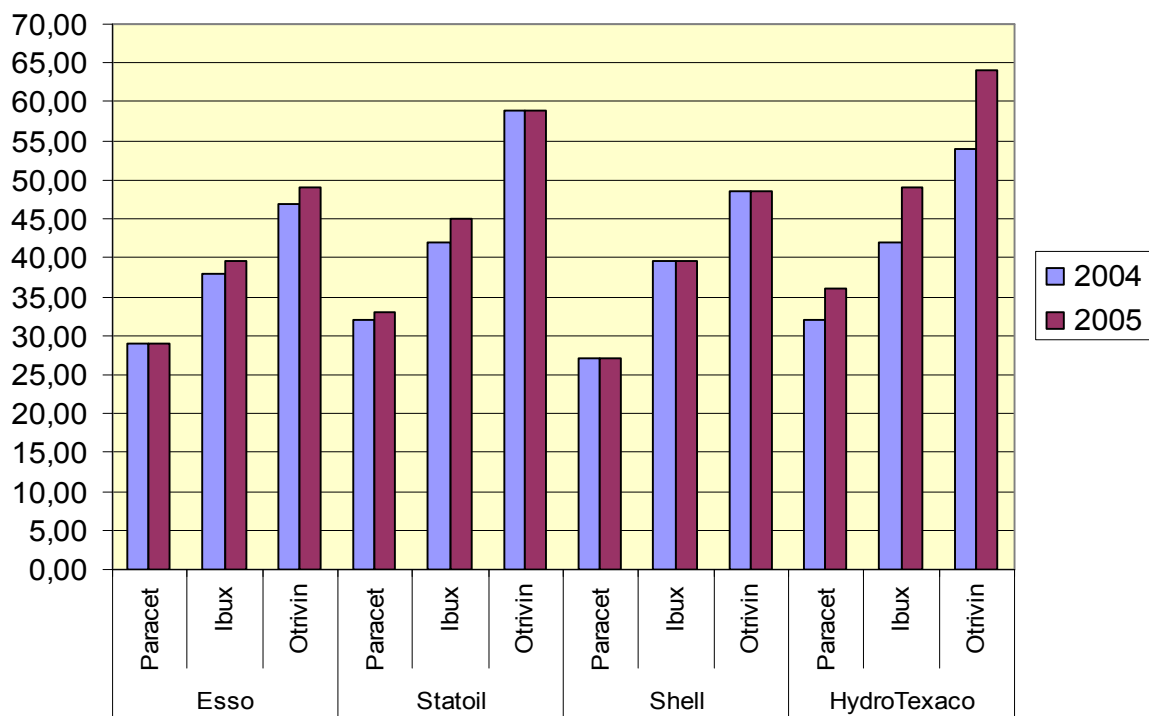


Illustrasjon 11: Prisutvikling dagligvarebutikker

<sup>3</sup> Coop Prix var ikke med i Forbrukerrådets prisundersøkelse fra 2004, noe som medfører at jeg ikke har sammenlignbare tall fra i fjor. Coop Prix er dermed utelatt fra diagrammet.

**Bensinstasjonskjedene** ser ut til å ha justert sine priser noe oppover. Av 12 sammenlignbare priser er 5 priser uendrede, mens 7 priser er høyere i år enn i fjor.<sup>0</sup> Gjennomsnittlig ser prisene ut til å ha økt med ca 5,5 prosent.

Også blant bensinstasjonene er den største prisforskjellen å finne på Paracet 500mg; den billigste pakningen kan nå kjøpes for 27 kroner, mens den dyreste koster 36. Den dyreste kjeden er med andre ord mer enn 33 prosent dyrere enn den billigste kjeden.



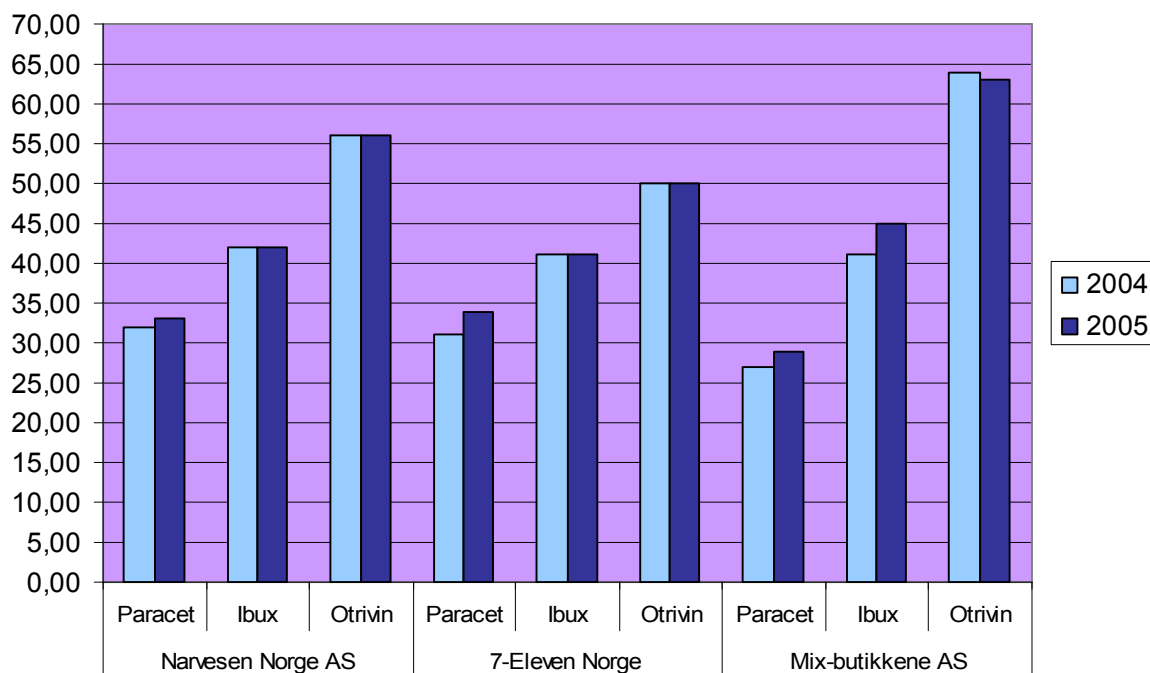
Illustrasjon 12: Prisutvikling bensinstasjoner

<sup>0</sup> Bensinstasjonskjedene opererer ofte med veiledende utsalgspriser mens det er opp til hver enkelt stasjon å velge endelig utsalgspris. Dette kan medføre feil ved sammenligning av Forbrukerrådets og mine tall, dersom tallene er hentet fra forskjellige stasjoner innen samme kjede.



Hos **kioskkjedene** har det heller ikke vært spesielt store endringer det siste året. Blant de 9 sammenlignbare prisene er 4 uendret, 1 er redusert, mens de øvrige 4 har gått opp. Gjennomsnittlig prisøkning er på ca 3 prosent.

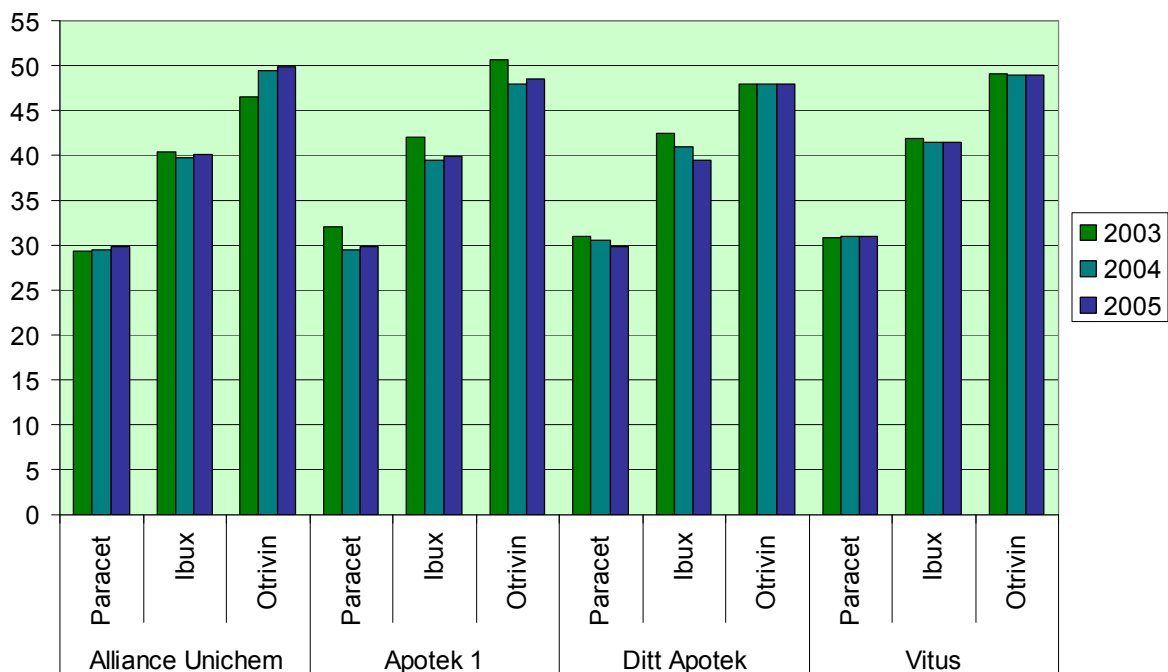
Hos kioskene er det nesenspray som utgjør den største prisforskjellen. Mens det billigste utsalget tilbyr Otrivin 1mg/10ml til kr 50,- forlanger det dyreste utsalget kr 63,-. Dette gjør det dyreste utsalget 26 prosent dyrere enn det billigste.



Illustrasjon 13: Prisutvikling kiosker

For **apotekene** har jeg sammenlignbare tall for årene 2003, 2004 og 2005. Basert på tallene fra 2003 og 2004 konkluderte Forbrukerrådet at det ikke kunne sies å ha vært en generell prisnedgang disse årene. Mine tall fra de fire store kjedene for 2005 viser at av 18 sammenlignbare tall er 2 priser lavere enn i fjor, 10 priser er høyere, mens 6 priser er uendrede. Det er således ingen klar retning i prisutviklingen, men tendensen ser ut til å være at prisene har gått mer opp enn ned. Sammenligner vi prisene i år med prisene fra før innføringen av den nye forskriften, ser vi at 9 priser har gått ned, 6 priser har gått opp, mens de resterende 3 prisene er uendrede. Det ser altså ikke ut til å være noen grunn til å si at den nye forskriften har ført til lavere utsalgspriser på kjente merkevarer i apotekene.

Det ser ut til å spille mindre rolle for prisen hvilket apotek en velger. For Paracet 500mg/20tbl er den laveste prisen i år 29,90, mens den høyeste prisen er 30,90. Dette utgjør en prisforskjell på 3,34 prosent. Den største prisforskjellen blant Forbrukerrådets utvalg finner vi på Rhinox 0,5mg/10ml hvor den billigste selges for 49,50, mens den dyreste går for 54,40. Her er altså prisforskjellen omtrent 10 prosent.



Illustrasjon 14: Prisutvikling apotekene

---

## 5.4.2 Resultatet av prisundersøkelsen

Formålet med min prisundersøkelse er tre-delt: For det første ønsker jeg å se på eventuelle endringer i pris som har kommet over tid. Videre ønsker jeg å sammenligne prisene i de forskjellige utsalgene, noe som innebærer både priser innen samme merkenavn, men også priser på produkter med samme virkestoff.

### *Endringer over tid*

Av tidligere priser har jeg kun Forbrukerrådets prisundersøkelse å støtte meg til. Denne har dessverre et relativt lite utvalg av produkter innenfor mitt marked, og det kan derfor være vanskelig å trekke noen bastante konklusjoner basert på disse tallene. Videre har jeg valgt kun å se på prisene i utvalg tilhørende kjeder, og ikke frittstående apotek.

Tallene tyder likevel på at vi i løpet av det siste året har sett en liten korreksjon i prisene, der prisene tenderer til å ha gått noe opp innenfor alle de fire kategoriene av utsalgssteder.

Etter innføringen av den nye forskriften har ikke prisene i apotekene endret seg i noen klar retning.

Med bakgrunn i tallene over vil jeg derfor hevde følgende: *Det har ikke vært noen klar tendens i prisendringene som følge av den nye forskriften.*

### *Merkevarer*

Dersom vi fokuserer på merkevarene Paracet, Ibux og Otrivin ser vi en klar tendens til at dagligvarekjedene har de laveste prisene. Gjennomsnittlig utsalgspris på Paracet 500mg/20tbl i dagligvarebutikkene er 27,50, mens den for apotekene, bensinstasjonene og kioskene er henholdsvis 30,15, 31,25 og 32,-.

For Ibux 200mg/20tbl er gjennomsnittlig pris i dagligvarebutikkene 36,26, mens apotekene, bensinstasjonene og kioskene følger med henholdsvis 40,28, 43,25 og 42,67.

Otrivin følger samme prismønster som Paracet og Ibux. Dagligvarekjedene har en snittpris på 45,38 på 1mg/ml 10ml, mens apotekene, bensinstasjonene og kioskene har 48,83, 55,13 og 56,33 kroner.

Tendensen ser derfor ut til å være: *Dagligvarekjedene er klart billigst på merkevarer, fulgt av apotekene som har noe lavere priser enn bensinstasjonene og kioskene.*

### **Virkestoffer<sup>5</sup>**

Apotekene, med Hans Anderssen fra Apotek 1 i spissen, har hele tiden hevdet at apotekene har de billigste produktene, når man sammenligner forskjellige produkter med samme virkestoff. Stemmer dette?

Dersom vi ser på produkter med paracetamol (500mg/20tbl) finner vi det billigste produktet i et apotek. Et apotek selger Pinex til kr 24,90, mens en dagligvarebutikk følger tett etter med Panodil til kr 25,- I snitt selger apotekene sine billigste produkter til kr 26,40, mens dagligvarekjedene har en laveste gjennomsnittpris på 26,80.

For ibuprofenholdige produkter (200mg/20tbl) er prisforskjellene mellom apotek og dagligvare enda mindre. Mens apotekene har en snittpris blant sine billigste produkter på kr 35,15, må en betale kr 35,13 i en gjennomsnittlig dagligvarebutikk.

For produktene med Xylometazolin 1mg/ml 10ml var det kun apotekene som hadde alternative produkter til Otrivin. Gjennomsnittlig utsalgspris hos dagligvarekjedene blir dermed som over: 45,38. Blant apotekene er gjennomsnittlig utsalgspris på de billigste produktene på 43,05.

Tallene viser klart at de reseptfrie legemidlene ikke omsettes til en lavere pris i dagligvarebutikkene, når vi sammenligner produkter med samme virkestoffer.

---

<sup>5</sup> Ingen av bensinstasjonene eller kioskene som var med i undersøkelsen solgte alternative produkter til merkeproduktene omtalt i avsnittet over. Disse utsalgsstedene er derfor ikke omtalt i dette avsnittet. For de av dagligvarebutikkene som ikke har alternative produkter til merkevarene, er prisen på merkevaren brukt i beregningene for gjennomsnittlig billigste produkt blant dagligvarebutikkene.

---

## 5.5 Fortjenestemarginer

Prisen ut til forbruker er interessant for mange formål, men for å kunne si noe mer direkte om lønnsomheten for bedriftene har jeg også forsøkt å finne ut litt om fortjenestemarginene i markedet. Aktørene er naturlig nok svært tilbakeholdne med slike opplysninger. Likevel har det lyktes meg å få en samtale med en person i en dagligvarebutikk, mot at jeg ikke opplyser kjedetilknypning eller navn på personen.

Dagligvarebransjen er kjent som en bransje med stort fokus på pris, mens apotekene på sin side konkurrerer på andre områder. Dette skulle da tilsa at dagligvarebutikkene har en lavere fortjeneste på sine vanlige produkter enn hva apotekene har på sine produkter. Når dagligvarebutikkene så begynner å selge apotekene sine produkter, uten at prisen på disse produktene går nevneverdig ned, er det naturlig å forvente at også dagligvarebutikkene får god fortjeneste på de nye produktene.

Tall jeg har fått fra en dagligvarebutikk viser at denne tesen langt på vei stemmer for de smertestillende legemidlene. Her varierer fortjenesten mellom 2 og 3 ganger fortjenesten på et vanlig dagligvareprodukt i butikken. I gjennomsnitt selges de smertestillende produktene med en fortjeneste som er mer enn 2,6 ganger de andre dagligvareproduktenes fortjeneste.

For de slimhinneavsvellende produktene er fortjenesten derimot lav. Her ligger fortjenesten faktisk noe under et vanlig produkt. Dette fremstår som svært overraskende, men forklaringen kan ligge hos et mellomledd. Mens de smertestillende produktene blir levert direkte fra produsent til dagligvarekjedens grossist, blir de slimhinneavsvellende produktene levert fra produsent via et eksternt mellomledd før produktet havner hos dagligvarekjedens grossist. Jeg har ingen mulighet til å undersøke dette videre, men dagligvarekjedens mann mente at dette nok var forklaringen.

På forespørsel om hvorfor dagligvarebutikken har valgt å ikke konkurrere hardere på pris på de smertestillende produktene fikk jeg følgende svar: *"Dersom vi setter ned prisene mer kommer vi til å få for store markedsandeler, og apotekene vil begynne å skrike ut om at vi ikke er egnet til å selge legemidler."* Han antyder altså at prisene ikke blir satt ned for fortsatt å "få lov" til å være i markedet; en slags stilltiende avtale om ikke å redusere prisen.

Det er viktig å presisere at kommentarene jeg fikk var personens egne, og ikke noe han hadde fått opplyst internt i kjeden. Teorien om at mellomleddet reduserer fortjenesten til de slimhinneavsvellende produktene er derfor ikke nødvendigvis kjedenes begrunnelse for den lave fortjenesten. Videre er det heller ikke nødvendigvis kjedenes begrunnelse for det reduserte prisleddet på de smertestillende produktene som er presentert over.

Uten å ha noen klar årsak til den høye fortjenesten på de smertestillende legemidlene er det likevel interessant å merke seg at dagligvarekjedenes vanlige fokus på pris ikke ser ut til å være overført til de reseptfrie legemidlene.

## 6. Anvendt teori

### 6.1 Innledning

#### 6.1.1 Avgrensninger og definisjoner

Den nye forskriften gjør det mulig for de nye utsalgsstedene å selge over 30 forskjellige varianter av virkestoffer. Likevel har aktørene stort sett valgt å kun ta inn legemidler som omfattes av minimumsutvalget. For å kunne analysere dagens marked på en fornuftig måte er jeg derfor nødt til sette følgende avgrensende definisjon:

**Markedet** defineres som *markedet for salg til sluttbruker av de legemidler som er oppført på listen over minimumsutvalget for reseptfrie legemidler tillatt for salg utenom apotek<sup>κ</sup>.*

Ved å avgrense markedet til minimumsutvalget øker jeg sannsynligheten for at de nye utsalgsstedene faktisk selger alle produktene jeg ønsker å se på.

Listen over minimumsutvalg er en liste over *virkestoff* og ikke over rene enkeltprodukter. Dette betyr at både for eksempel Pinex og Paracet (500mg/20tbl) vil bli omfattet av definisjonen, da de begge benytter det samme virkestoffet (Paracetamol).

---

<sup>κ</sup> Se liste over minimumsutvalget i egne tabeller side 30

## 6.2 Porter's Five Forces

Med bakgrunn i informasjonen presentert i kapittel 4 ønsker jeg nå å bruke Porter's Five Forces fra kapittel 5 for å se nærmere på konkurransen i markedet.

### 6.2.1 Trusselen om nyetableringer

Markedet for de reseptfrie legemidlene tillatt for salg utenom apotek har det siste året opplevd en voldsom vekst i nyetableringer. Vil denne trenden fortsette?

#### *Inngangsbarrierer*

##### **Economies of scale**

Det er neppe særlig stordriftsfordeler ved *salg* av disse legemidlene, de største stordriftsfordelene er nok heller i selve *produksjonen*. Langt de fleste utsalgene er vertikalt integrert med egne grossister, enten det er apotekkjedene, dagligvarekjedene eller bensinstasjonene. En oversikt over de nye grossistene publisert av Statens legemiddelverk i juni 2005, viser at det nå finnes 31 grossister som selger de aktuelle legemidlene.<sup>77</sup>

Både de nye og de gamle utsalgsstedene har velfungerende salgskanaler med egne grossister, og utnytter på den måten antakelig størstedelen av det som finnes av stordriftsfordeler gjennom denne integrasjonen.

##### **Product differentiation**

Produktdifferensiering er av Porter nevnt som trolig den største inngangsbarrieren i dette markedet. Hvor viktig produktdifferensiering gjennom merkenavn er så vi ved konflikten mellom Norgesgruppen og leverandørene.<sup>v</sup> Dagligvarekjedene mente at merkenavn var langt viktigere enn virkestoff, og nektet å ta inn mindre kjente produkter enn de mest

---

<sup>77</sup> Statens legemiddelverk (2005): *Oversikt over grossister med tillatelse til salg av reseptfrie legemidler*

<sup>v</sup> *Mer om konflikten side 31*



---

populære. Konkurransetilsynet var enig med Norgesgruppen, og nektet apotekene å inngå eksklusivitetsavtaler med leverandørene på visse merkeprodukter.

Konkurransetilsynet mente i sin redegjørelse ”...at apotek kan bygge opp nye merkevarer”<sup>78</sup>, noe de nye utsalgsstedene ikke ville være i stand til å gjøre. Apokjeden viste også at dette var fullt mulig, da de reduserte salget av Paracet ved å fokusere på andre merker. Som vist over har det vært tendenser til en dreining i salget av smertestillende med Paracet som den store taperen, og Pinex som vinneren. Dette kan være et resultat av bevisst satsing på Pinex fra apotekene sin side, da Pinex bare blir solgt i apotek. Det er verdt å merke seg at også Pinex står på Konkurransetilsynets liste over merkevarer apotekene ikke kan inngå eksklusivitetsavtaler om. Som nevnt i prisundersøkelsen hadde ingen av de spurte nye utsalgsstedene tatt inn Pinex for salg, kun Paracet og Panodil.

Så lenge Konkurransetilsynet opprettholder vedtaket om forbud mot eksklusivitetsavtaler for de mest kjente og solgte merkevarene vil ikke produktdifferensiering gjennom merkenavn være en etableringshindring. Over tid kan det tenkes at apotekene bygger opp egne merkenavn med de samme virkestoffene, men slik situasjonen er i dag er tilgangen på de mest omsatte og populære produktene fortsatt sikret.

Det finnes andre typer produktdifferensiering i tillegg til merkenavn. Dersom en utvider begrepet ”produkt” kan en for eksempel si at når apotekene selger en pakke smertestillende, selger de samtidig veiledning. De nye utsalgsstedene kan ikke drive muntlig veiledning, og i så måte har apotekene et fortrinn som burde gi deres produkt større merverdi for kundene. Ytterligere merverdi får apotekenes produkt gjennom et langt større utvalg av legemidler. Merverdien bør således gi apotekene et konkurransefortrinn ovenfor de nye utsalgsstedene. Mye tyder også på at dette er en merverdi kundene verdsetter. En pressemelding som Norges Apotekerforening sendte ut juli 2004 viser at 64 prosent av de spurte i en spørreundersøkelse foretrekker å handle reseptfrie legemidler på apoteket.<sup>79</sup> 78 prosent av de spurte anser rådgivning for å være viktig når de skal handle reseptfrie legemidler, og 82 prosent anser utvalget for å være viktig. Pris blir oppgitt som viktig for 64

---

<sup>78</sup> Konkurransetilsynet (2004): *Norges Apotekerforening – konkurranse-loven § 3-10 – inngrep mot medlemsapotekenes bruk av eksklusivitetsavtaler*, side 11

<sup>79</sup> Norges Apotekerforening (2004): *Kjøp av reseptfrie legemidler: Velger apotek fremfor dagligvare*

prosent av de spurte. At pris blir sett på som viktig for færre er ingen stor overraskelse, men bekrefter at etterspørselen etter legemidler er lite prissensitiv. Apotekenes veiledningsmuligheter må derfor sees på som en etableringshindring for nye aktører uten denne muligheten.

I valget mellom å selge merkevarer kundene kjenner fra før og å selge ukjente merkevarer uten mulighet til å gi veiledning, er det lett å se at de nye utsalgsstedene foretrekker det førstnevnte.

Med nesten 6000 konsesjoner har de nye utsalgsstedene et viktig konkurransefortrinn ovenfor de rundt 1800 apotekene og medisinsalgene: Tilgjengelighet. I tillegg til å være flere utsalgssteder, er dagligvarebutikker, kiosker eller bensinstasjoner noe de fleste av oss er innom nesten daglig, og besøkshyppigheten ligger antakeligvis langt høyere for disse stedene enn for apotekene. Videre har de fleste nye utsalgsstedene lengre åpningstider enn apotekene. Dersom en person skal ut for å handle dagligvarer og smertestillende tabletter, er det langt enklere å gjøre dette på et og samme sted (dagligvarebutikken), enn å måtte inn i to forskjellige butikker (dagligvare + apotek). Bedre tilgjengelighet vil derfor gi kundene av de nye utsalgsstedene merverdi fremfor apotekene.

Oppsummert om produktdifferensieringen kan konkurransen mellom aktørene beskrives som å gi kundene den største totale produktverdien på en billigst mulig måte. Den totale produktverdien består da av grunnproduktet (virkestoffet) pluss tillagt merverdi. Merverdien oppstår gjennom verdien av merkenavnet og verdier tilknyttet utsalgsstedet:

$$\text{Produktverdi} = \text{Virkestoff} + \text{Merkenavn} + \text{Utsalgsstedets merverdi} \quad (1)$$

Stilisert sett kan vi si at for en gitt pris satser dagligvarekjedene på høy verdi gjennom merkenavn, mens apotekene *til samme pris* har valgt lavere verdi gjennom ”dårligere” merkenavn men satset mer på utsalgsstedets merverdi (veiledning). Apotekene tilbyr også de samme merkenavnene som dagligvarekjedene, men til en noe høyere pris. Når apotekene kan ta høyere pris enn dagligvarekjedene for et produkt med samme virkestoff og samme merkenavn, vil det med utgangspunkt i formelen over si at *apotekene har større merverdi gjennom sin veiledning, enn dagligvarekjedene har gjennom sin tilgjengelighet*. Tallene fra undersøkelsen på forrige side bekrefter denne tesen.

---

Markedsundersøkelsen fra NAF (se over) tyder på at apotekene foreløpig har klart å øke kundenes oppfatning av produktverdi mer enn de nye utsalgsstedene. Uansett vil eventuelle nye aktører måtte kjempe mot to grupper av aktører som ser ut til foreløpig å ha valgt to forskjellige typer strategier. Hvorvidt denne produktdifferensieringen vil fortsette er noe jeg vil komme tilbake til når jeg ser på markedet i lys av Hotelling's Model.

### **Capital requirements**

Det er ikke behov for store investeringer for å selge reseptfrie legemidler. Aktører som vil ønske å etablere seg i dette markedet må antas å være aktører som driver (eller ønsker å drive) annen virksomhet, og ønsker reseptfrie legemidler som en utvidelse av produktsortimentet, uten at dette blir hovedsalget. De reseptfrie legemidlene vil i så måte føre til et svært beskjedent investeringsbehov.

### **Switching costs**

Byttekostnaden ved å gå fra et utsalgssted til et annet er her liten, da produktene som blir solgt i de forskjellige utsalgsstedene har de samme virkestoffene. Å bytte fra et apotek til en butikk medfører tap av veiledningsmuligheter, mens bytte fra en butikk til et apotek vil kunne medføre dårligere tilgjengelighet og dårligere åpningstider. At de nye utsalgsstedene har fått en markedsandel på nesten 30 prosent i løpet av relativt kort tid indikerer at byttekostnadene er lave.

Det er vanskelig å forestille seg en situasjon der nye aktører vil ha problemer med å etablere seg i dagens marked som følge av byttekostnader.

### **Access to distribution channels**

De fleste etablerte aktørene har i dag velfungerende distribusjonskanaler, med egne grossister og utsalgssteder i samme kjede. Som nevnt over er det naturlig å anta at nye aktører på markedet ønsker reseptfrie legemidler som en utvidelse av allerede etablert produktsortiment. I slike tilfeller vil disse kunne utnytte sitt eget eksisterende distribusjonsnettverk. Tilgang på distribusjonskanaler ser derfor ikke ut til å være noen reell etableringshindring.

### Government policy

Dette markedet er preget av reguleringer som blant annet gir enkelte aktører muligheter andre ikke har, som at apotekene kan gi veiledning. I tillegg stilles det krav til utsalgsstedene om konsesjon.

Den formelle inngangsbarrieren for salg av legemidlene er konsesjonen. En konsesjon koster kr. 1500,- i søknadsgebyr, og kr. 1500,- i årlig avgift. En konsesjon vil kun bli gitt til forretningsdrivende med godkjenning for frambud av næringsmidler, slik som dagligvarebutikker, kiosker og bensinstasjoner. Det er Statens Næringsmiddeltilsyn som står for en slik godkjenning. Følgende enkle tankeeksperiment viser virkningen av søknadsgebyret og konsesjonsavgiften:

Anta en butikk som ønsker å starte med salg av reseptfrie legemidler. Søknadsgebyret ønskes fordelt over 5 år. Anta videre at gjennomsnittlig bruttofortjeneste på disse varene er 35 prosent, og at utsalgsprisen i gjennomsnitt for varene er 38 kroner.<sup>†</sup> Regnestykket viser med dette at butikken vil måtte selge 135 pakker i løpet av året før kostnadene er dekket.

Søknadsgebyr	1500
Årlig avgift	1500
Antall år	5
<b>Årlig kostnad</b>	<b>1800</b>
Bruttofortjeneste	35 %
<b>Nødvendig omsetning</b>	<b>5143</b>
Pris pr pakning	38
<b>Nødvendig antall pkn.</b>	<b>135</b>

Gebyret og avgiften medfører dermed at aktørene må selge en vare omtrent hver tredje dag for at et slikt salg skal være lønnsomt med de gitte tallene. Følsomhetsanalysen gir oversikt over nødvendig solgte enheter for diverse priser og bruttofortjenester. Denne viser at dersom det skulle bli en hardere priskonkurranse, med for eksempel en pris på varen på 30 kroner i snitt, og en bruttofortjeneste på 20 prosent vil det være nødvendig med et salg på 300 pakninger, altså omtrent en pakke om dagen.

	<i>Pris pr pakning</i>					
	25	30	35	40	45	50
<b>10 %</b>	720	600	514	450	400	360
<b>15 %</b>	480	400	343	300	267	240
<b>20 %</b>	360	300	257	225	200	180
<b>25 %</b>	288	240	206	180	160	144
<b>30 %</b>	240	200	171	150	133	120
<b>35 %</b>	206	171	147	129	114	103
<b>40 %</b>	180	150	129	113	100	90
<b>45 %</b>	160	133	114	100	89	80
<b>50 %</b>	144	120	103	90	80	72
<b>55 %</b>	131	109	94	82	73	65
<b>60 %</b>	120	100	86	75	67	60
<b>65 %</b>	111	92	79	69	62	55

<sup>†</sup> Bruttofortjenesten er basert på samtale med en ansatt i dagligvarehandelen. Prisen er omtrentlig gjennomsnittlig pris på alle produktene i min prisundersøkelse.

Dersom vi summerer totalt antall solgte pakninger av de 3 mest solgte reseptfrie merkene som de nye utsalgsstedene har tatt inn for salg<sup>o</sup>, og antar at de nye utsalgsstedene har solgt 30 prosent av dette, viser beregningene at de nye utsalgsstedene i gjennomsnitt har solgt litt over 400 pakninger i 2004.

<b>Antall nye utsalgssteder:</b>	<b>5893</b>
<b>Solgte pakninger (1000):</b>	
<i>paracet</i>	
Totalt	6177
Andel reseptfrie	70 %
Antall reseptfrie	4 323,90
<i>ibux</i>	
Totalt	2839
Andel reseptfrie	56 %
Antall reseptfrie	1 589,84
<i>otrivin</i>	2 139,00
<b>Totalt antall reseptfrie pakninger</b>	<b>8 052 740</b>
Andel nye utsalgssteder	30 %
<b>Pakninger i nye utvalg</b>	<b>2 415 822</b>
<b>Pakninger per nye utsalgssted</b>	<b>410</b>

Tankeeksperimentet antyder at gebyret og konsesjonsavgiften ikke er noe stort etableringshinder. Beregningene er riktignok svært enkle, og tallene bør derfor brukes med forsiktighet.

### **Reaksjoner fra etablerte aktører**

Reaksjoner fra etablerte aktører vil generelt være med å påvirke i hvilken grad potensielle nye aktører vil ønske å etablere seg. Hvilke reaksjoner som eventuelt vil komme er vanskelig å si sikkert på forhånd, og en må derfor generelt støtte seg til hvordan disse har oppført seg ved lignende anledninger tidligere.

Apotekene viste motstand under hele prosessen ved innføringen av ordningen med reseptfrie legemidler utenom apotek. Dette fremkom først i høringsrundene, og siden mer aktivt ved å forsøke å presse leverandørene til ikke å levere merkevareprodukter til de nye utsalgsstedene. Dagligvarekjedene har på sin side ved flere anledninger vist kampvilje, som når den tyske lavpriskjeden Lidl etablerte seg her i landet (Lidl har for øvrig ingen konsesjoner for salg av reseptfrie legemidler per i dag). Dette er ting som kan indikere at dagens aktører ikke vil ønske å la nye aktører slippe "gratis" inn på markedet.

<sup>o</sup> Se tabell side 57

Markeder med lav vekst er som nevnt i teorikapitlet ofte kjennetegnet av harde reaksjoner. Åpningen for salg av reseptfrie legemidler hadde som mål at dette skulle skje uten å øke det solgte kvantumet av disse legemidlene, med andre ord: Markedet skulle ikke vokse. Nye aktører vil dermed måtte få en omsetning av legemidler som går på bekostning av eksisterende aktører, og dette indikerer også at de eksisterende aktørene neppe har lyst til å sitte og se på at nye aktører kommer inn.

Dessverre er det ofte forskjell på hva en *ønsker*, og hva en faktisk *kan* gjøre. Apotekene ønsket ikke etablering av de nye utsalgsstedene, men motstanden deres var ikke nok til å stoppe gjennomføringen. På samme måte er det vanskelig å se hvordan aktørene i dagens marked skal kunne klare å gjennomføre særlig effektive reaksjoner mot potensielle nye aktører. Det bør òg legges til at de reseptfrie legemidlene utgjør en særdeles liten andel av den totale omsetningen for dagligvare-, kiosk og bensinstasjonskjedene, og det kan derfor stilles spørsmål til i hvilken grad disse har særlige incentiver til å kjempe mot nyetableringer. Det kan godt tenkes at de reseptfrie legemidlene har ført til mersalg av andre varer hos de nye utsalgsene, men antakelig er det apotekene som vil yte den største motstanden. Jeg har tidligere nevnt at det har blitt påstått at omsetningen av de reseptfrie legemidlene i apotekene er med på å finansiere de reseptbelagte legemidlene, og at NAF derfor ønsket høyere avanse på de reseptbelagte legemidlene som følge av den nye ordningen.<sup>†</sup> Dersom dette er tilfellet vil apotekene være langt mer avhengige av omsetningen fra de reseptfrie legemidlene enn hva for eksempel dagligvarebutikkene er, og apotekene vil dermed være mer kampvillige mot nye aktører.

### ***Grenseprisen***

Det er tidligere vist at en dagligvarebutikk har svært god fortjeneste på de smertestillende produktene, sammenlignet med de vanlige dagligvareproduktene. Samtidig ser vi at de nye utsalgsstedene har fått relativt store markedsandeler på kort tid. Siden prisen er omtrent som før, må det antas at eventuelle nye aktører vil kunne få samme fortjenestemargin. Totalt sett innebærer dette at grenseprisen antakelig ligger under dagens markedspris, eller

---

<sup>†</sup> Se mer om NAFs uttalelse side 26

---

med andre ord: Det vil være lønnsomt for flere å etablere seg, dersom disse har samme muligheter som dagens aktører.

### ***Annet***

De nye aktørene som har entret markedet hittil har kommet fra en gruppe allerede eksisterende bedrifter (dagligvarebutikker, kiosker og bensinstasjoner). Utover disse er det nok i liten grad aktører som vil finne det naturlig å etablere seg i dette markedet. En vil derfor grovt kunne anta at den totale mengden av potensielle nye aktører består av eksisterende deltakere innenfor dagligvare-, kiosk og bensinstasjonsmarkedene. Alle de store kjedene innenfor disse markedene har allerede etablert utsalg for reseptfrie legemidler hos de fleste av sine medlemmer, og det er derfor lite trolig at det vil komme noen *stor* ny aktør inn på dette markedet.

### ***Konklusjon***

Ut fra argumentene over vil jeg anse trusselen om nyetableringer som svak.

## **6.2.2 Konkurransen mellom etablerte aktører**

På kort tid har de nye utsalgsstedene opparbeidet seg en markedsandel på oppunder 30 prosent. Dette skjedde ikke helt uten kamp fra apotekene, men stormen ser nå ut til å ha lagt seg. Prisene i markedet er omtrent som før de nye utsalgsstedene startet sitt salg, og jeg har tall som antyder at de nye utsalgsstedene har svært gode fortjenestemarginer på en del av legemidlene. De høye fortjenestemarginene antyder at det ikke er spesielt hard priskonkurranse i markedet.

De nye utsalgsstedene har fått markedsandeler på bekostning av apotekene, og ikke som følge av vekst i markedet. Samtidig er det små byttekostnader, og produktene er lite differensierte. Dette er punkter som helt klart burde øke konkurransen mellom aktørene. Likevel ser det altså ut til å være en beskjeden konkurranse med gode fortjenestemarginer. Hva er grunnen?

Markedet består stort sett av fire apotekkjeder, fire dagligvarekjeder, fire bensinstasjonskjeder og tre kioskkjeder. Mange av disse aktørene opererer med sentralt styrte

priser, det vil si like priser i alle sine utvalg. Basert på dette vil jeg påstå at markedet er relativt gjennomsiktig. Som nevnt i teorikapitlet vil en i slike situasjoner ofte se en noe svakere konkurranse, og gjerne med en prisleder. Dette kan være en forklaring på det vi ser i markedet i dag. Apotekene har tidligere indikert gjennom media at de ikke konkurrerer på pris. De nye aktørene kan ha tatt dette som et signal om at apotekene heller ikke vil komme til å gjøre det i fortsettelsen, og derfor ha valgt å legge seg på samme prisnivå som apotekene i stedet for å redusere prisene.

Som nevnt over, har apotekene en gjennomsnittlig pris på sine billigste paracetamolholdige produkter (500mg/20stk) på kr 26,40, mens dagligvarebutikkene har en gjennomsnittlig pris på 26,80. For ibuprofenholdige produkter er prisene henholdsvis 35,15 og 35,13. Disse prisene ser ut til å være påfallende like, spesielt når vi vet at en av dagligvarekjedene har valgt en fortjenestemargin opp mot 3 ganger høyere enn for sine vanlige produkter. Dette tyder på at de nye utsalgsstedene har valgt apotekene som prisleder, og unnlater å konkurrere på pris.

De nye utsalgsstedene kunne i stedet ha valgt å konkurrere på pris. Som følge av lav etterspørselspriselastisitet er det tvilsomt om det ville vært lønnsomt. Lav etterspørselspriselastisitet innebærer at en ved å redusere prisen ikke klarer å øke solgt kvantum nok til å øke total fortjeneste. Lav etterspørselspriselastisitet er dermed svært priskonkurranshemmende. Samtidig er markedsføring av produktene forbudt, og dermed utelukkes eventuelle muligheter til å bruke lave priser som lokkemiddel til butikkene.

Med lavere priser kun på merkeprodukter, og ikke når en sammenligner forskjellige merker med samme virkestoff, er det vanskelig å påstå at dagligvarebutikkene har tatt markedsandeler ved å være billigere enn apotekene. Alle de nye utsalgsstedene, både dagligvarebutikkene og de noe dyrere bensinstasjonene og kioskene, ser dermed ut til å ha utnyttet et annet konkurransefortrinn: *Tilgjengelighet*

Det ser altså ut til at de nye utsalgsstedene har valgt å la være å konkurrere på pris, og heller satse på at deres tilgjengelighet skal gi dem markedsandeler. I et marked preget av lav etterspørselspriselastisitet vil dette være et klokt valg. Samtidig vil et redusert fokus på pris gi alle aktørene muligheter til en bedre lønnsomhet.

Konklusjon: Konkurransen ser ut til å foregå på andre områder enn pris.



---

### 6.2.3 Substitutter

I hvilken grad markedsaktørens produkter er substituerbare med andre produkter er naturlig nok med på å avgjøre lønnsomheten i bransjen. *Markedet*, slik jeg definerte det i begynnelsen av dette kapitlet, består av smertestillende og slimhinneavsvellende legemidler.

#### *Markedsinterne substitutter*

Produktene inneholder de samme virkestoffene, så spørsmålet blir i hvilken grad aktørene greier å tillegge produktene merverdi utover dette som gjør produktet unikt. Med utgangspunkt i formelen for produktverdien av de reseptfrie legemidlene<sup>υ</sup> innebærer dette en av tre:

- at merkenavnet i seg selv er så sterkt at kundene er villige til å betale mer for dette enn et tilsvarende produkt med samme virkestoff
- at utsalgsstedet merverdi er så sterk at kundene er villige til å betale mer for å handle der enn andre steder
- en kombinasjon av de to punktene over

I konflikten mellom Norgesgruppen og leverandørene avgir Konkurransetilsynet en dom basert på at generikaprodukter ikke er direkte substituerbare med originalpreparater.<sup>ω</sup> Konkurransetilsynet mener her at merkenavnet har en klar verdi i seg selv.

Konkurransetilsynet mener også at apotekene er i stand til å bygge opp nye merkenavn som er substituerbare med dagens mest populære merkenavn. De nye utsalgsstedene har ifølge tilsynet ikke den samme muligheten blant annet som følge av veiledningsnekten. Det vil derfor være naturlig å anta at potensielle nye aktører i dette markedet heller ikke vil ha mulighet til å bygge nye merkenavn. Aktører som ønsker seg inn på markedet vil dermed være nødt til fokusere på å selge kjente merkenavn, og dermed være i

---

<sup>υ</sup> Formel (1) side 72

<sup>ω</sup> Se mer om Konkurransetilsynets uttalelse side 32

mer direkte konkurranse med dagligvare-, kiosk og bensinstasjonskjedene enn med apotekene.

Siden de nye aktørene har klart å opparbeide seg en markedsandel på 25-30 prosent på relativt kort tid, er det nok liten tvil om at produktene faktisk er substituerbare. At apotekene har greid å øke omsetningen av Pinex med nesten 60 prosent, mens omsetningen av Paracet har gått ned,<sup>o</sup> til tross for at de nye utsalgsstedene omtrent bare selger Paracet, er også med på å bekrefte at produktene er substituerbare.

Jeg vil derfor påstå at de forskjellige produktene som selges i markedet i dag i høy grad er substituerbare med hverandre.

### ***Markedseksterne substitutter***

Det kan ofte finnes produkter i et marked som er velfungerende substitutter for alle produktene i et annet marked. Jeg har valgt å kalle denne kategorien av produkter for markedseksterne substitutter. I hvilken grad et substitutt er markedsinternt eller markedseksternt avhenger av hvordan *markedet* defineres. I denne sammenhengen vil markedseksterne substitutter være produkter som ikke står på minimumslisten over reseptfrie legemidler tillatt for salg utenom apotek.

Finnes det markedseksterne substitutter til dette markedet? Dersom andre produkter skal kunne klassifiseres som substituerbare må disse for det første dekke de samme behov, og for det andre være like lett tilgjengelige. Dette innebærer for eksempel at reseptbelagte legemidler nok ikke kan sies å være substitutter for produktene i dette markedet som følge av kravet til tilgjengelighet.

Innenfor sjangeren ”naturprodukter” finnes det en rekke produkter som til en viss grad dekker noen av de samme behovene som de reseptfrie legemidlene i markedet. Basert på bruksområde, markedsføring og omsetning vil jeg likevel påstå at disse per i dag ikke er relevante substitutter for produktene i markedet jeg ser på.

---

<sup>o</sup> Se tabell side 57

---

## *Konklusjon*

Produktene i dagens marked er absolutt substituerbare aktørene imellom, men er godt skjermet fra konkurranse fra andre markeder.

### **6.2.4 Kundenenes forhandlingsmakt**

Kundene i dette markedet har god tilgang på produktene, og kan velge blant totalt sett over 7500 utsalgssteder fordelt på apotek, medisinsalg og de nye utsalgsstedene.<sup>ξ</sup> Som tidligere nevnt er det ubetydelige byttekostnader i dette markedet, og produktene er godt substituerbare. Dette er faktorer som generelt hever kundenenes forhandlingsmakt i et marked.

Ved handel i for eksempel en dagligvarebutikk er reseptfrie legemidler antakelig av liten betydning for kundenenes totale kostnad ved handelen. I slike tilfeller er kunden ofte mindre opptatt av pris, noe som reduserer kundens forhandlingsmakt. I tillegg vet vi at etterspørselspriselasiteteten ved legemidler generelt er lav, noe som ytterligere svekker kundens prispokus og dermed kundens forhandlingsmakt.

Som nevnt tidligere utgjør de reseptfrie legemidlene en svært liten del av omsetningen til de nye utsalgsstedene, men en større del av apotekenes omsetning. Dette reduserer kundenenes forhandlingsmakt ovenfor de nye utsalgsstedene, mens den styrker forhandlingsmakten ovenfor apotekene. Apotekene har på sin side mulighet til å veie opp dette gjennom den økte tryggheten det kan gi å handle hos spesialister der kunden kan få veiledning hvis ønskelig.

## *Konklusjon*

De reseptfrie legemidlene utgjør en svært liten andel av en gjennomsnittlig husholdnings budsjett, noe som forsterker inntrykket av at kundene har generelt liten forhandlingsmakt i dette markedet.

---

<sup>ξ</sup> Basert på konsesjonstillene for de nye utsalgsstedene, og kan derfor avvike noe fra det reelle antall utsalgssteder.

## 6.2.5 Leverandørens forhandlingsmakt

Apotekene og de nye utsalgsstedene får i dag sine produkter fra et fåtall store leverandører. Følgende tabell gir en oversikt over de største leverandørene og deres mest solgte produkter innenfor dette markedet:

<b>Leverandør</b>	<b>Smertestillende</b>	<b>Slimhinne- avsvellende</b>
Weifa	Paracet Ibux Fanalgin	
Alpharma	Pinex Paracetamol	
Nycomed	Pamol Ibumetin Fenazon-Koffein	Zymelin Rhinox
GlaxoSmithKline	Panodil	
Novartis		Otrivin

Et marked som er preget av få og store leverandører, som her, vil ofte også være preget av at leverandørene har stor forhandlingsmakt, og særlig dersom de leverer produkter til et fragmentert marked. I dette markedet blir produktene stort sett levert til tre store apotekgrossister og fire store dagligvarekjedegrossister, samt kiosk- og bensinstasjonsgrossistene. Markedet kan i så måte ikke sees på som spesielt fragmentert, og leverandørens forhandlingsmakt ovenfor markedet totalt sett blir dermed redusert.

Noe som er svært interessant er forskjellen på hvor viktig aktørene i markedet er for leverandørene. Leverandørene leverer langt flere produkter enn de som er listet opp i tabellen over, og disse produktene blir solgt til apotekene. Apotekene er i så måte en viktig kundegruppe totalt sett for leverandørene, og langt viktigere enn de nye utsalgsstedene. Leverandørene vil derfor ha en atskillig større forhandlingsmakt ovenfor de nye utsalgsstedene enn ovenfor apotekene.

---

Hvor stor makt apotekene har ovenfor leverandørene ble illustrert gjennom konflikten mellom Norgesgruppen og leverandørene.<sup>v</sup> Apotekene presset leverandørene til å velge mellom salgskanaler, og resultatet ble tomme hyller i de nye utsalgsstedene. Leverandørene var tydelig bekymret for å bli skviset ut av apotekenes hyller, og valgte i stedet å la være å levere til de nye utsalgsstedene.

Leverandørenes forhandlingsmakt ovenfor de nye utsalgsstedene blir ytterligere forsterket gjennom utsalgsstedenes satsing på merkenavn. Så lenge utsalgsstedene stort sett kun ønsker å føre produktene Paracet, Ibux, Fanalgin og Otrivin, ligger mer eller mindre all forhandlingsmakten hos leverandørene Weifa og Novartis.

Selv om leverandørene ser ut til å ha makt ovenfor de nye utsalgsstedene er det tvilsomt om de vil komme til å benytte seg av den med det første. I konflikten med Norgesgruppen gikk Konkurransetilsynet ut mot *apotekene* og ikke leverandørene, og gjorde det klart at leverandørene hadde full rett til å nekte levering, men at presset apotekene hadde lagt på leverandørene var ulovlig. Likevel vil det være naturlig om leverandørene ”tar det pent” fremover. Et hvert forsøk på å utnytte makten sin vil nok bli fulgt med argusøyne, og de nye utsalgsstedene vil antakelig raskt rope ut dersom de føler seg urettferdig behandlet.

### ***Konklusjon***

Leverandørene leverer flere produkter enn kun de reseptfrie legemidlene til apotekene, og apotekene får gjennom dette stor makt over leverandørene. De nye utsalgsstedene er mindre viktige kunder for leverandørene samtidig som de velger kun å satse på merkenavn. Merkevarerleverandørene blir da sittende igjen med mye makt ovenfor de nye utsalgsstedene.

---

<sup>v</sup> Mer om konflikten side 31

## 6.2.6 Øvrig

### *Myndighetenes rolle*

Det er vanskelig å diskutere dette markedet uten å omtale myndighetenes rolle nærmere. Myndighetene har blitt omtalt ved forskjellige anledninger tidligere, og dette avsnittet vil derfor delvis fremstå som en oppsummering rundt dette temaet.

Det var myndighetene som sørget for at apotekenes monopolsituasjon kom til en slutt. Ved å innføre den nye forskriften la myndighetene til rette for at nye aktører kunne etablere seg. Samtidig sørger myndighetene for å regulere aktørene gjennom et regelverk som styrer hvem som kan omsette produktene, og hvilke produkter som kan omsettes.

Kravene for å omsette reseptfrie legemidler utenom apotek innebærer en konsesjonsplikt. Konsesjonsplikten ser ut til å være mest en formalitet for bedrifter som allerede er godkjente for frambud av næringsmidler, men innebærer økonomiske utlegg i form av et engangs søknadsgebyr og en årlig konsesjonsavgift.<sup>Ⓜ</sup>

Samtalen med en butikkansatt kom også inn på lovreguleringen ved dette salget. Han fortalte om svært strenge forhold rundt de reseptfrie legemidlene. Disse produktene ligger blant annet innelåst i en egen avdeling hos grossist, og er de siste produktene sjåføren får med seg når han skal kjøre varer ut til butikkene. Ved ankomst til butikken har sjåføren med seg spesielle skjema hvor en ansvarlig i butikken skal signere for mottatte legemidler. Dette viser noe av reglene rundt behandlingen av legemidlene.

Myndighetene ønsket økt priskonkurranse da de åpnet for salg av reseptfrie legemidler utenom apotek. Likevel la de opp til en markedsform der enkelte aktører har flere rettigheter og muligheter enn andre. Apotekene kan drive veiledning, noe de andre utsalgsstedene ikke har mulighet til. Noe som kanskje er mer hemmende for konkurransen er forholdene rundt produktplassering. Mens apotekene har lov til å ha produktene i hyller der kundene selv kan forsyne seg, må de nye utsalgsstedene ha produktene oppbevart på en slik måte at

---

<sup>Ⓜ</sup> Se beregninger rundt konsesjonsavgiften under avsnittet *Government Policy* side 74

---

selvbetjening ikke er mulig. De nye utsalgsstedene har heller ikke lov til å markedsføre de reseptfrie legemidlene.

Videre er det fra myndighetenes side en klar formening om at de nye utsalgsstedene kun skal være et supplement til apotekene. Dette innebærer at vi aldri vil få en ren frikonkurranse i dette markedet, da det ser ut til å være umulig for de nye utsalgsstedene å utkonkurrere apotekene. Det er apotekene (og deres medisinsalg) som skal sikre tilgjengeligheten til legemidler generelt, og dersom dette står i fare som følge av konkurransen vil myndighetene bli nødt til å gripe inn.

Enkelte vil kanskje hevde at myndighetenes forsøk på å øke priskonkurransen har vært noe halvhjertet, når de på den ene siden åpner for salg men på den andre siden legger klare begrensninger for enkelte av aktørene på hvordan salget skal foregå. Jeg velger å ikke ta noe standpunkt til det, men registrerer at det er forskjellige spilleregler i markedet.

### **6.2.7 Oppsummering**

Jeg vil her kort oppsummere de viktigste punktene ved konkurransen i dagens marked.

Markedet har relativt lave kostnadsmessige inngangsbarrierer. Kravet om tillatelse til frambud av næringsmidler er derimot en effektiv inngangsbarriere som sørger for at ikke hvem som helst kan etablere seg. Dette medfører at de fleste potensielle aktørene nok allerede har etablert seg, og jeg tviler på at vi vil se noen stor ny aktør etablere seg i dette markedet.

Fortjenestemarginene er gode, og prisene ser ikke ut til å ha gått nevneverdig ned som følge av de nye aktørene i markedet. Dette tyder på at det ikke foregår noen utbredt priskonkurranse. I stedet ser det ut til at aktørene velger henholdsvis tilgjengelighet og veiledning som konkurransefaktorer. Her ser det videre ut til at apotekenes merverdi (veiledning/utvalg) er høyere verdsatt enn de nye utsalgsstedenes (tilgjengelighet).

Produktene i markedet får stå mer eller mindre uten konkurranse fra andre markeder som følge av få markedseksterne substitutter. Innenfor det definerte markedet er produktene derimot i aller høyeste grad substituerbare.

Kundene i dette markedet ser ut til å ha nokså liten markedsrett ovenfor de forskjellige utsalgsstedene. Dette er med på å øke fortjenestemulighetene i bransjen.

Gjennom konflikten mellom Norgesgruppen og leverandørene så vi hvordan apotekene var i stand til å utøve makt ovenfor leverandørene. Her har apotekene makt ovenfor sine leverandører, mens det motsatte ser ut til å være sant når det gjelder forholdet mellom leverandørene og de nye utsalgsstedene. Som følge av de nye utsalgsstedenes fokus på merkeprodukter, og deres lille betydning for leverandørenes totale omsetning, vil det nok her være leverandørene som sitter på størstedelen av makten. På tross av dette er det tvilsomt om vi vil se noe særlig utøvelse av makt: Konkurransetilsynet følger nok fortsatt nøye med.

Vi må ikke glemme at markedet fortsatt er langt fra et frikonkurransemarked. Myndighetene setter strenge, og forskjellige, spilleregler for aktørene. Krav til konsesjon, produktplassering og begrensning av markedsføring er med på å hemme konkurransen.

**Markedet ser altså ut til å bestå av aktører som ikke konkurrerer i særlig grad på pris. Dette medfører også at utsalgsstedene har gode fortjenestemarginer.**



---

## 6.3 Hotelling's Model

Avsnitt 2 av Porter's Five Forces tar for seg konkurransen mellom de etablerte aktørene i markedet. Jeg vil her se nærmere på dette konkurranseforholdet i lys av Hotelling's Model. Hotelling predikerer at aktørene vil nærme seg hverandre; har det vært tilfellet i dette markedet, eller er det nisjeposisjonering som gjelder?

### 6.3.1 Apotekene

De nye utsalgsstedenes største konkurransefortrinn er tilgjengelighet. Antall apotek har økt jevnt og trutt de siste årene, og den største økningen fikk vi i 2001/2002 som et resultat av liberaliseringen av eierskapet<sup>~</sup>. Ved utgangen av 2004 var det etablert 15 flere apotek enn året før, slik at det totale antallet ble 535. I tillegg til dette tallet kommer antall medisinsalg som er tilknyttet apotekene: 1240. Økningen i antall apotek ser ut til å følge en trend vi har hatt over lengre tid, og den nye konkurransesituasjonen med de reseptfrie legemidlene ser ikke ut til å ha påvirket dette i særlig grad. Selv om apotekene øker i antall, er det langt igjen til de nye utsalgsstedenes antall på 5893.

I tillegg til det fysiske antallet, kan tilgjengelighet også måles gjennom åpningstider. De nye utsalgsstedene leder også her, men som tidligere vist har apotekenes åpningstider blitt utvidet de siste årene.<sup>§</sup> Dette har stort sett skjedd som følge av apotekreformen som førte til friere etablering. Jeg har ikke tall som viser hvordan utviklingen i åpningstider har vært etter at de nye utsalgsstedene begynte sitt salg.

I begynnelsen av denne utredningen viste jeg hvordan "apotek" ble definert tidlig på 1900-tallet: *"Apotek var oprinnelig betegnelsen for magasin, opbevaringssted, men er i tidenes løp gått over til å betegne den bygning, eller de lokaler, hvor lægemidler tilberedes, dispenseres og opbevares."*<sup>□</sup> I dag vil en nok definere apotek noe annerledes, blant annet som

---

<sup>~</sup> Se avsnitt 2.4.2 side 14

<sup>§</sup> Se side 17

<sup>□</sup> Se avsnitt 2.1 Apotekenes historie side 4

følge av apotekenes utvidede varesortiment. Dersom en går inn i et apotek i dag, vil en ikke kun finne rene legemidler, men også varer som barberskum, solkrem, sjampo og et vell av hudkremer. Dette er varer som faller inn under en kategori kalt ”handelsvarer”. Ifølge NAF omfatter handelsvarer: ”... blant annet sykepleieartikler, medisinsk utstyr, næringsmidler som refunderes av Folketrygden samt hudpleie- og tannpleieprodukter.”<sup>80</sup> I 2004 utgjorde handelsvarer 11,3 prosent av apotekenes omsetning, målt til inntakspris (AIP)<sup>81</sup>. Målt i utsalgspris (AUP) vil andelen bli atskillig større, antakelig rundt 19 prosent<sup>3</sup>. Til sammenligning utgjorde de reseptfrie legemidlene kun 6,3 prosent av AIP, noe som tilsvarer rundt 10 prosent av AUP.

En strategi for å nærme seg de nye utsalgsstedene vil for apotekene kunne være å øke fokuset på handelsvarer ytterligere, for på den måten å utvide sitt varesortiment slik at de nye utsalgsstedenes fordel gjennom bredde blir redusert. Det viser seg derimot at salget av handelsvarer i apotek har gått noe ned i 2004 sammenlignet med 2003. Nedgangen i handelsvarer, målt i AIP kroner, var på 4,6 prosent. Til sammenligning gikk salget av reseptfrie legemidler, målt i kroner AIP, ned med 3,95 prosent for apotekene. Det ser altså ikke ut til at apotekene har satset spesielt på handelsvarer for å styrke seg i konkurransen mot de nye utsalgsstedene.

Apotekenes salg av handelsvarer ser altså ikke ut til å være særlig endret som følge av den nye forskriften. Det ser med andre ord ikke ut til at apotekene har valgt å nærme seg de nye utsalgsstedene slik Hotelling’s Model skulle tilsi.

---

<sup>80</sup> Norges Apotekerforening (2004): *Bransjestatistikk – Omsetning i apotek*

<sup>81</sup> Legemiddelindustriforeningen (2005): *Apotekenes totale omsetning fordelt på varegrupper*

<sup>3</sup> LMI har kun tilgang på AIP, mens det er NAF som har AUP. NAF har foreløpig ikke kommet med AUP tall for 2004. Anslagene mine på AUP er derfor basert på tallene fra tidligere år.

---

### 6.3.2 De nye utsalgsstedene

De nye utsalgsstedene har entret markedet, og som vist over kan det se ut til at de har valgt pris ut fra hvilket nivå apotekene lå på.<sup>31</sup> Utover dette er det lite som tyder på at de nye utsalgsstedene har nærmet seg apotekene.

Et av apotekenes konkurransefortrinn er at de kan gi veiledning til kundene. For de nye utsalgsstedene er dette forbudt, og de må således sitte på sidelinjen uten noen mulighet for å nærme seg apotekene på denne måten. De nye utsalgsstedenes handlingsmuligheter blir i det store og det hele sterkt begrenset gjennom lovverket.

**Det ser altså ikke ut til at noen av aktørene nærmer seg de andre i særlig grad som følge av den nye forskriften.**

### 6.3.3 Andre strategier

Som d'Aspremont et al viste i 1979, er en av forutsetningene for Hotelling's "minimum differensieringsprinsipp" at prisen må være eksogent gitt. I dette markedet bestemmer aktørene selv utsalgsprisen, og en kan således hevde at forutsetningen ikke er oppfylt.

Jeg har tidligere i utredningen vist hvorledes prisen er mer eller mindre upåvirket av de nye aktørenes inntreden i markedet, og at de nye aktørene ser ut til å ha valgt apotekene som en prisleder. Det ser altså ikke ut til å være særlig konkurranse på pris i dette markedet. Dagligvarebutikkene har valgt en annen fortjenestemargin enn for sine vanlige dagligvarer, og selger derfor disse produktene med en annen pris enn vanlig prisstrategi skulle tilsi. Sett i et slikt lys kan en påstå at prisen er eksogent gitt, i hvert fall for aktørene som har valgt apotekene som prisledere. Det ser altså ikke ut til at det er priskonkurranse som gjør at aktørene ikke nærmer seg hverandre mer som følge av den nye forskriften, slik Hotelling's Model predikerer.

En forklaring på den svake priskonkurransen og hvorfor aktørene ikke oppfører seg i tråd med Hotelling's Model, kan være *nisjeposisjonering*. Apotekene fremhever stadig sin

---

<sup>31</sup> Se avsnitt 6.2.2 *Konkurransen mellom etablerte aktører* side 77

”ekspertise og veiledning” når det er snakk om de reseptfrie legemidlene i media. De nye aktørene er på sin side nødt til å satse på tilgjengelighet som sin største fordel. Slikt sett kan det være mer riktig å se på dette som to forskjellige markeder, i stedet for ett marked:

- Marked 1: ”Lett tilgjengelige reseptfrie legemidler”
- Marked 2: ”Stort utvalg av legemidler og trygghet gjennom veiledning”

Marked 1 vil dermed være et nisjemarked av det totale markedet for reseptfrie legemidler, og det er her de nye utsalgsstedene ser ut til å ha plassert seg. En av aktørene på apotekene sin side har antydning at vi fremover neppe vil se en særlig endring i markedsandelene mellom apotekene og de nye aktørene<sup>69</sup>. Med andre ord ser det ikke ut til at apotekene er interesserte i å konkurrere om markedsandelene til de nye utsalgsstedene, men i stedet ønsker å leve side om side med de nye utsalgsstedene uten ytterligere konkurranse.

I et marked med lav etterspørselspriselastisitet er priskonkurranse som nevnt svært skadelig for fortjenesten til bedriftene. Nisjeoposisjonering med koordinert prissetting på tvers av del-markedene vil således være en løsning som er til det beste for alle utsalgssteder, så lenge det er en stabil likevekt. Det ser ut til at dette er løsningen som har blitt valgt i dette markedet.

### **6.3.4 Konklusjon**

Apotekene har over tid endret seg, kall det gjerne modernisering, der vareutvalget er bredere, antall apotek er flere, og åpningstidene er utvidet. Dette er tegn på en tilnærming til de øvrige aktørene i dette markedet, men denne tilnærmingen har pågått over lang tid, og den nye forskriften ser ikke ut til å ha hatt noen påvirkning på utviklingen i så måte.

I stedet har vi fått en markedssituasjon der de nye utsalgsstedene har plassert seg i en nisjeoposisjon, men samtidig ser ut til å ha inngått et slags koordinert prissamarbeid med apotekene som prisledere.

---

<sup>69</sup> Personen omtalt ønsket ikke å bli sitert.

---

## 7. Avslutning

I begynnelsen av denne oppgaven formulerte jeg to problemstillinger, en overordnet og en mer på detaljnivå.

Den overordnede problemstillingen er såpass åpent stilt at det er vanskelig å gi noen konkret konklusjon. I stedet velger jeg i det neste avsnittet å samle trådene og oppsummere funnene i oppgaven, og å bruke dette som et svar til den første problemstillingen.

Avsnitt 7.2 tar for seg den andre og mer detaljerte problemstillingen. Her konkluderer jeg på hvorvidt det har lyktes å gjennomføre de tre målsetningene.

### 7.1 Oppsummering

#### *- Hvilke markedsendringer har vi fått som følge av den nye forskriften?*

Per juli 2005 var det delt ut 5893 konsesjoner til nye utsalgssteder, noe som var mer enn fire ganger det Helsedepartementet hadde sett for seg. Ved hjelp av Statistisk Sentralbyrås kommuneklassifisering har jeg vist hvorledes de nye utsalgsstedene har fordelt seg relativt jevnt per capita, uavhengig av om en ser på spredtbygde eller tettbygde strøk.

Av de nye utsalgsstedene står dagligvarekjedene for over halvparten av de tildelte konsesjonene (58 prosent). Bensinstasjoner (19 prosent) og kiosker (14 prosent) følger på de neste plassene, mens den siste andelen er tildelt en kategori som blant annet omfatter utvalg for ”personlig pleie”. Antall tildelte konsesjoner innen hver gruppe av utsalgssteder gjenspeiler til en viss grad de forskjellige aktørenes markedsstørrelser.

Ved inngangen til 2005 var det 535 apotek her i landet, og ytterligere 1240 medisinutvalg. Dette er en økning fra året før, og økningen ser ut til å være en del av en trend vi har sett de siste årene. Det ser ikke ut til at den nye forskriften har hatt noen påvirkning på antallet apotek.

Den totale omsetningen av legemidler i Norge er anslått til 15,6 milliarder kroner for 2004, hvorav reseptfrie legemidler utgjorde 11,2 prosent. De siste fem årene har vi hatt en

økning i omsetningen av reseptfrie legemidler, men omsetningsveksten i 2004 var lavere enn alle de tidligere fem årene.

De nye utsalgsstedene har oppnådd en markedsandel på ca 30 prosent av de aktuelle virkestoffene. Dette har skjedd uten at den totale omsetningen har økt i særlig grad, og den nye forskriften ser dermed ikke ut til å ha påvirket det totale forbruket av reseptfrie legemidler. Av produkter med samme virkestoff har Pinex hatt en fremgang på 57 prosent, mens Paracet har hatt en tilbakegang. Dette har skjedd til tross for at de nye utsalgsstedene stort sett bare selger Paracet, og er derfor et resultat av apotekenes satsing på Pinex som et billigere alternativ.

Når det gjelder priser har utredningen hatt et skille mellom pris på like produkter, og pris på produkter med samme virkestoffer. Det viser seg at dagligvarekjedene tilbyr de billigste merkeproduktene, men at apotekene kan tilby generika med samme virkestoff til samme priser som dagligvarekjedenes merkeprodukter. En sammenligning av prisene over tid viser at den nye markedssituasjonen ikke har ført til lavere priser på de testede reseptfrie legemidlene.

Et intervju med en person innenfor en av dagligvarekjedene avslører at de smertestillende legemidlene har en fortjenestemargin som er mellom to og tre ganger høyere enn hos vanlige dagligvarer. Samtidig har vi sett at prisene i dagligvarehandelen og apotekene er svært like når vi sammenligner produkter med samme virkestoff. Dette tyder på at de nye utsalgsstedene ikke konkurrerer på pris, men i stedet har valgt en slags koordinert prissettingsstrategi med apotekene som prisledere.

I stedet for å konkurrere på pris ser det ut til at de nye utsalgsstedene har fått markedsandeler som følge av *tilgjengelighet*. Lengre åpningstider, langt flere utsalgssteder, og ikke minst det å være steder de fleste av oss er innom flere ganger i uken, er de nye utsalgsstedenes konkurransefortrinn. Apotekene har på sin side holdt fokus på trygghet, ekspertise og veiledningsmuligheter.

## 7.2 Konklusjon

**Har det lyktes å gjennomføre de tre målsettingene?**

*- Har vi fått flere utsalgssteder?*

*- Er prisene redusert?*

*- Er solgt kvantum uendret?*

Det har lyktes å gjennomføre to av målsetningene; vi har fått økt tilgjengelighet og vi har ikke sett en økning i salget av de reseptfrie legemidlene.

Målet med redusert pris er ikke oppnådd.





---

## Kildeoversikt

### Sortert etter fotnoter

1. Flood, Jørgen Wright, *Norges Apothekere i 300 Aar (1588-1889)*, 1. utg., (Kristiania: A. W. Brøggers Bogtrykkeri, 1889)
2. Spæren, Knut, *Norges Reelle Apotekprivilegier og deres eiere, 1595-1937*, 1. utg., (Tønsberg: Tønsberg Aktietrykkeri, 1938)
3. Johannesen, Finn Erhard og Skeie, Jon, *Bitre piller og sterke dråper – Norske apotek gjennom 400 år 1595-1995*, 1. utg., (Otta: Engers Boktrykkeri A/S, 1995)
4. Norges Apotekerforening, *Om NAF*, (internett: 01.06.2005):  
<http://www.apotek.no/sw102.asp>
5. Norges Offentlige Utredninger, NOU 1979: 26 - *Apotekdriftens organisasjon og funksjoner*, (Universitetsforlaget, 1979)
6. Brekke, Kurt R. og Straume, Odd Rune, *Pris- og avanseregulering i legemiddelmarkedet*, (2003) fra:  
□ HEB – Program for helseøkonomi i Bergen, *Notatserie i helseøkonomi Nr. 22/03*, ISSN 1501-7931, (Rokkansenteret, Unifob, 2003)
7. Legemiddelindustriforeningen, *Det har vært en sterk vekst i antall apotek siste året*, (internett, 08.05.2002):  
[http://www.lmi.no/dt\\_main\\_allatonce.asp?gid=109&aid=&tgid=&amid=8762&g109=x&g91=x](http://www.lmi.no/dt_main_allatonce.asp?gid=109&aid=&tgid=&amid=8762&g109=x&g91=x)
8. Legemiddelindustriforeningen, *Tall og fakta 2005*, (Oslo: Lobo Media AS, 2005)
9. Moen, Kjetil, *Fra monopol til konkurranse – EØS, Norsk legemiddelpolitikk og Norsk Medisinaldepot*, Arena Report No 1/98, (Oslo: GCS, 1998)
10. Norsk Medisinaldepot AS, *Fra monopol til hard konkurranse*,  
<http://www.nmd.no/showPage.jsp?pageId=5>
11. Norges Offentlige Utredninger, NOU 1997:6, *Rammevilkår for omsetning av legemidler – "Lønnsomme legemidler"*, (Oslo: Elanders Norge AS, 1997)
12. Spæren, Knut, *Norges Reelle Apotekprivilegier og deres eiere, 1595-1937*, 1. utg., (Tønsberg: Tønsberg Aktietrykkeri, 1938)
13. Innstilling til Odelstinget nr.52 (1999-2000): *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om apotek (apotekloven)*, (Oslo: Sosialkomiteen, 2000)
14. Legemiddelindustriforeningen, *Tall og fakta 2000*, (Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2000)

15. Legemiddelindustriforeningen, *Tall og fakta 2005*, (Oslo: Lobo Media AS, 2005)
16. Ibid
17. Statistisk Sentralbyrå, *Statistikkbanken – Forbruksundersøkelsen tbl. 04482*, (internett, 2005):  
[http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default\\_FR.asp?Maintable=UtgHusholdn01&PLanguage=0&nvl=true&PXSid=0&tilside=selectvarval/define.asp&direkte=1](http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?Maintable=UtgHusholdn01&PLanguage=0&nvl=true&PXSid=0&tilside=selectvarval/define.asp&direkte=1)
18. Sosial- og helsedepartementet, *St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (1999-2000) - Om endringer av forslag til statsbudsjett for 2000 m.m. under Sosial- og helsedepartementet*, (Sosial- og helsedepartementet, 05.11.1999)
19. Rikstrygdeverket – Utredningsavdelingen, *Basisrapport 2000 Sammendrag – Mellomlangsigtig budsjettering og rapportering*, (Rikstrygdeverket, 02.2001)
20. Legemiddelindustriforeningen, *Tall og fakta 2005*, (Oslo: Lobo Media AS, 2005)
21. Lange, Magnhild Hagelia, *Apotekbransjen – Før og etter ny apoteklov*, Siviløkonomutredning, (Bergen, NHH, 2002)
22. Norges Apotekerforening, *Om apotekbransjen*, (internett, 02.06.2005),  
<http://apotek.no/sw114.asp?ParentID=109>
23. (a) Norges Apotekerforening, *Apotek og legemidler 2005 – Bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår*, (Oslo: Grafia Kommunikasjon AS, 03.2005)  
  
(b) Legemiddelindustriforeningen, *Det har vært en sterk vekst i antall apotek siste året*, (internett, LMI: 08.05.2002):  
[http://www.lmi.no/dt\\_main\\_allatonce.asp?gid=109&aid=&tgid=&amid=8762&g109=x&g91=x](http://www.lmi.no/dt_main_allatonce.asp?gid=109&aid=&tgid=&amid=8762&g109=x&g91=x)
24. Lange, Magnhild Hagelia, *Apotekbransjen – Før og etter ny apoteklov*, Siviløkonomutredning, (Bergen, NHH, 2002)
25. Legemiddelverket, *Rundskriv 6 – 2004 – Statistikk 2003 – Landets private apotek*, (Legemiddelverket, 11.08.2004)
26. Legemiddelindustriforeningen, *Tall og fakta 2005*, (Oslo: Lobo Media AS, 2005)
27. Ibid
28. Helseminister Høybråten, Dagfinn, *Regjeringens gjennomgang av legemiddelpolitikken med ny apoteklov og nye rammevilkår for detaljomsetning av legemidler*, pressekonferanse 18.12.1998, (internett, 21.12.1998):  
<http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/dep/nedlagt/shd/1998/taler/030005-990020/>
29. Dalen, Dag Morten, *Legemiddelmarkedet etter apotekreformen: Regulering, markedsstruktur og konkurranse*, Handelshøyskolen BI og Frischsenteret, (Sandvika, 08.05.2003)

- 
30. Legemiddelindustriforeningen, *Tall og fakta 2005*, (Oslo: Lobo Media AS, 2005)
  31. Helse- og omsorgsdepartementet, *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk – Legemiddelpolitikken*, St.meld. nr. 18 (2004 – 2005), (Aurskog: PDC Tangen, 03.2005)
  32. Legemiddelindustriforeningen, *Tall og fakta 2005*, (Oslo: Lobo Media AS, 2005)
  33. ECON Analyse AS, *Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet*, ECON Rapport nr. 2004-010, Prosjekt nr. 40023, (30.04.2004)
  34. Forbruker-rapporten, *Apotekene konkurrerer ikke på pris*, (internett: 05.2003): <http://forbrukerportalen.no/portal/Artikler/forbrukerrapporten/2003/1052204618.88>
  35. Partiene Høyre, KrF og V, Samarbeidsregjeringens politiske plattform, *Politisk grunnlag for en Samarbeidsregjering* ("Sem-erklæringen"), (Asker: 08.10.2001)
  36. Fragell, Geir (Verdens Gang), *Flere hundre medisinsalg kan bli stengt*, (internett: 21.03.2004): <http://www.vg.no/pub/vgart.hbs?artid=220153>
  37. Helsedepartementet, *Forslag til forskrift om omsetning av visse reseptfrie legemidler utenom apotek og forslag om lovendring for å innføre søknadsgebyr m.v. – høring*, (24.01.2003)
  38. Ibid
  39. Konkurransetilsynet, *Høringsuttalelse – Forslag til forskrift om omsetning av visse reseptfrie legemidler utenom apotek*, Brev til Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 24.03.2003
  40. Norges Apotekerforening, *Forslag til forskrift om omsetning av visse reseptfrie legemidler utenom apotek*, Brev til Helsedepartementet, 23.04.2003
  41. Norges Farmaceutiske Forening, *Foreningens formål*, (internett: 24.06.2003): <http://www.farmaceutene.no/index.php?show=13&expand=13>
  42. Norges Farmaceutiske Forening, *Forslag til forskrift om omsetning av visse reseptfrie legemidler utenom apotek – 8. april 2003*, (08.04.2003)
  43. Bensinforhandlerne Bransjeforening, *Krever salg av reseptfrie legemidler*, (internett, 03.07.2003): <http://www.bensinforhandlerne.no/oslo/bbf.nsf/id/A65969B6A29B107B41256CD8003539C9?OpenDocument>
  44. Konkurransetilsynet, *Historikk*, (internett: 13.02.2003): <http://www.konkurransetilsynet.no/internett/index.asp?startID=&topExpand=1000073&subExpand=&strUrl=1001688i>
  45. Helsedepartementet, *Salg av visse reseptfrie legemidler utenom apotek*, Pressemelding nr. 64, (internett: 15.08.2003): <http://odin.dep.no/hod/norsk/aktuelt/nyheter/042071-070157/dok-bn.html>

- 
46. Gultvedt, Bård og Larsen-Vonstett, Øystein, (Verdens Gang), *1000 medisinskap tomme*, (internett: 31.10.03): <http://www.vg.no/pub/vgart.hbs?artid=82925>
  47. Henmo, Ola, (Aftenposten), *Apotekene vil stoppe Paracet-salg i dagligvarebutikkene*, (internett: 21.10.2003): <http://www.aftenposten.no/helse/article651750.ece>
  48. Aftenposten, *Måtte gjøre et valg*, (internett: 21.10.03): <http://www.aftenposten.no/helse/article651753.ece>
  49. Henmo, Ola, (Aftenposten), *Apotekene vil stoppe Paracet-salg i dagligvarebutikkene*, (internett: 21.10.2003): <http://www.aftenposten.no/helse/article651750.ece>
  50. KonkurransNytt, Informasjonsblad fra Konkurransetilsynet, *Varsler inngrep mot apotekkjedene*, (Desember 2003)
  51. Konkurransetilsynet, *Norges Apotekerforening – konkurranseloven § 3-10 – inngrep mot medlemsapotekenes bruk av eksklusivitetsavtaler*, (Oslo: 22.04.2004)
  52. Porter, Michael E., *Competitive Strategy – Techniques for Analyzing Industries and Competitors – With a new Introduction*, 1. utg., (New York: The Free Press, 1998)
  53. Sørgard, Lars, *Konkurransestrategi – eksempler på anvendt mikroøkonomi*, 2.utg., (Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2003)
  54. Bridox, Flore, *A resource-based approach to performance and competition: An Overview of the Connections between Resources and Competition*, Working Paper IAG 110-04 (Belgium: Institut d'Administration et de Gestion, Université catholique de Louvain 2004)
  55. Andersen, Arild og Uppheim, Hans, *En konkurranseanalyse av det norske markedet for charterreiser til syden*, Siviløkonomutredning, (Bergen: NHH 1997)
  56. Limper, Tanja og Tennebekk, Oddbjørn, *Priskrigen i ølmarkedet – Hva skjedde og hvorfor? –*, Siviløkonomutredning, (Bergen: NHH 2004)
  57. Kay, John Anderson, *Foundations of corporate success*, (New York: Oxford University Press Inc., 1993)
  58. Economides, Nicholas, *The principle of minimum differentiation revisited*, (New York: Columbia University 1983), fra:  
□ *European Economic Review*, nr 24, sidene 345-368, (Holland: 04.1984)
  59. Ibid
  60. Ibid
  61. Sørgard, Lars, *Konkurransestrategi – eksempler på anvendt mikroøkonomi*, 2.utg., (Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2003)
  62. Aakvik, Arild, *Samfunnsøkonomisk evaluering av legemidler*, fra:

- 
- Askildsen, Jan Erik og Haug, Kjell (red), *Helse, økonomi og politikk – Utfordringer for det norske helsevesenet*, sidene 115-136, 1. utg., (Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s, 2001)
63. Statens legemiddelverk, *Fylkesvis oversikt over alle utsalgssteder som har fått konsesjon*, (internett: 11.07.2005):  
<http://www.legemiddelverket.no/lover/lua/fylkesvis-utsalgssteder.htm>
64. Statistisk sentralbyrå, *Beregnet folkemengde 1. januar 2005 og beregnet folketilvekst i 2004. Fylker og kommuner*, (internett):  
<http://www.ssb.no/emner/02/01/10/folkber/tab-2004-12-20-01.html>
65. Statistisk sentralbyrå, *Standard for kommuneklassifisering 1994*, (internett):  
<http://www.ssb.no/kommuner/komklasse94.html>
66. Konkurransetilsynet, *Betaling for hylleplass – Virkninger for konkurransen i dagligvaremarkedet i Norge – foreløpig rapport*, skriftserie 2/2005, (Oslo: 2005)
67. Norsk Petroleumsinstitutt, *Bensinstasjoner pr. selskap*, (Excel-dokument fra internett):  
<http://www.np.no/index.php?PHPSESSID=f286a8a0791b031eeecf2950df87cc89&ID=190&KID=31&SID=59&page=ART>
68. Hydro Texaco AS, *Årsregnskap 2004*, (Oslo: 2005)
69. Norges Apotekerforening, *Apotek og legemidler 2005 – Bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår*, (Oslo: Grafia Kommunikasjon AS, 03.2005)
70. Statens Legemiddelverk, *Apotek 2005-07-22*, Excel-dokument, (internett: 2005):  
<http://www.legemiddelverket.no/apotek/apoteklov/OversiktNorskeApotek.htm>
71. Kristiansen, Frode og Sunnevåg, Kjell J., *Statlig politikk overfor helsesektoren – regionale virkninger*, SNF-rapport nr. 39/03, (Bergen: 06.2003)
72. Legemiddelindustriforeningen, *Tall og fakta 2005*, (Oslo: Lobo Media AS, 2005)
73. Folkehelseinstituttet, *Stabilt salg av reseptfrie legemidler i 2004*, (internett: 09.03.2005):  
<http://www.fhi.no/artikler/?id=51204>
74. Ibid
75. Brynnildsen, Mette N. og Stenstad, Hilde (Forbrukerrådet), *Rapport om reseptfrie legemidler – Januar 2005*, (internett: 01.2005):  
<http://forbrukerportalen.no/filer/Rapport%20om%20reseptfrie%20legemidler%202004.doc>
76. Anderssen, Hans, *Billigst på Apotek 1*, debattinnlegg i Handelsbladet FK, (internett: 08.02.2005):  
<http://www.handelsbladetfk.no/artikel.asp?artikkelId=59591&strukturId=7&visa=1>

77. Statens legemiddelverk, *Oversikt over grossister med tillatelse til salg av reseptfrie legemidler*, (internett: 30.06.2005): <http://www.legemiddelverket.no/lover/luas/luas-default.htm>
78. Konkurransetilsynet, *Norges Apotekerforening – konkurranseloven § 3-10 – inngrep mot medlemsapotekenes bruk av eksklusivitetsavtaler*, (Oslo: 22.04.2004)
79. Norges Apotekerforening, *Kjøp av reseptfrie legemidler: Velger apotek fremfor dagligvare*, Pressemelding, (Oslo: 19.07.2004)
80. Norges Apotekerforening, *Bransjestatistikk – Omsetning i apotek*, (internett: 28.10.2004): [http://www.apotek.no/graphics/NAF-bibliotek/Statistikk/Omset\\_apotek\\_4.pdf](http://www.apotek.no/graphics/NAF-bibliotek/Statistikk/Omset_apotek_4.pdf)
81. Legemiddelindustriforeningen, *Apotekenes omsetning fordelt på varegrupper*, (internett: 02.02.2005): [http://www.lmi.no/digimaker/documents/1.22\\_Apotekenes\\_totale\\_omsetning\\_fordelt\\_paa\\_varegrupper\\_nHBynG2276er.xls](http://www.lmi.no/digimaker/documents/1.22_Apotekenes_totale_omsetning_fordelt_paa_varegrupper_nHBynG2276er.xls)