

<input type="checkbox"/>	Kandidaatintutkielma
<input checked="" type="checkbox"/>	Pro gradu -tutkielma
<input type="checkbox"/>	Lisensiaatintutkielma
<input type="checkbox"/>	Väitöskirja

Oppiaine	Taloustiede	Päivämäärä	7.12.2020
Tekijä	Sofia Vanhala	Sivumäärä	69
Otsikko	Kohti apteekkiuudistusta. Vaikuttaako sääntelyn vapauttaminen kilpailun lisääntymiseen?		
Ohjaaja	Professori Jouko Vilmunen		

Tiivistelmä

Suomessa on jo useiden vuosien ajan puhuttu apteekkijärjestelmän uudistustarpeista, sillä apteekkien sääntely on vanhentunut. Nykyinen 1980-luvulta peräisin oleva lainsäädäntö tulisi uudistaa lääkkeitä käyttävien ihmisten ja yhteiskunnan etu edellä. Useat tahot ovat laatineet selvityksiään ja ratkaisuehdotuksiaan aiheeseen liittyen. Monet Euroopan unionin jäsenmaat ja kaikki muut Pohjoismaat ovat liberalisoineet apteekkijärjestelmiään, ja katsotaan, että Suomenkin tulisi seurata muiden maiden esimerkkiä. Uudistusprosessi tuntuu kuitenkin etenevän hyvin hitaasti.

Nykyinen apteekkijärjestelmä on tiukasti säännelty, ja markkinoille pääsyä on rajoitettu. Uuden apteekin perustaminen on aikaa vievää ja apteekin harjoittaminen on proviisorien yksinoikeus. Markkinoille tulon esteitä pidetään ongelmana toimivan kilpailun kannalta. Tässä tutkielmassa perehdytään apteekkijärjestelmässä piileviin epäkohtiin taloustieteen teorian pohjalta. Mielenkiintoisina tarkastelukohteina pidetään ylijäämäntavoittelua (engl. rent-seeking) ja sääntelijän kaappausta (engl. regulatory capture), sillä molemmista on viitteitä nykyisessä järjestelmässä.

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää johtaako sääntelyn vapauttaminen apteekkimarkkinoilla kilpailun lisääntymiseen. Tutkielma toteutetaan kirjallisuuskatsauksen muodossa, sillä aiheeseen liittyen on kattavasti aineistoa eri lähteistä. Tutkielmassa tehdään vertailun vuoksi laajahko katsaus naapurimaahamme Ruotsiin, jossa on nykyään hyvin liberaali apteekkijärjestelmä.

Johtopäätöksenä tehtiin, että kilpailuintensiteetin lisääntyminen on mahdollinen lopputulema, mutta kilpailun vaikutuksia täytyy tarkastella useista lähtökohdista. Kilpailun lisääntymistä voidaan tarkastella lääkkeiden hinnoittelun vapauttamisen, itsehoitolääkkeiden myyntikanavien laajentamisen sekä perustamisen vapauttamisen näkökulmista. Sääntelyn purkaminen on keskeisessä roolissa.

Avainsanat	Apteekkiuudistus, sääntely, kilpailu
------------	--------------------------------------



**TURUN
YLIOPISTO**
Kauppakorkeakoulu

KOHTI APTEEKKIUUDISTUSTA

Vaikuttaako sääntelyn vapauttaminen kilpailun lisääntymiseen?

Taloustieteen
pro gradu -tutkielma

Laatija:
Sofia Vanhala

Ohjaaja:
Professori Jouko Vilmunen

7.12.2020
Turku

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	7
2	TEOREETTINEN TAUSTA	9
2.1	KILPAILULAINSÄÄDÄNTÖ JA KARTELLIT	9
2.2	RENT-SEEKING.....	12
2.3	SÄÄNTELIJÄN KAAPPAUS	14
3	SUOMEN APTEEKKITOIMINNAN NYKYTILA	17
3.1	APTEEKKITOIMINNAN TARKOITUS	17
3.2	LÄÄKETUKKUKAUPPATOIMINTA.....	18
3.3	APTEEKKIVERKOSTON NYKYTILA.....	19
3.4	UUDEN APTEEKIN PERUSTAMINEN	21
3.5	ITSEHOITOLÄÄKKEET JA LÄÄKEJAKELU	22
3.6	LÄÄKKEIDEN HINNOITTELU	24
3.6.1	<i>Lääketaksa</i>	24
3.6.2	<i>Apteekkivero</i>	26
4	KATSAUS MUIHIN POHJOISMAIHIN	30
4.1	TAUSTAA	30
4.2	ISLANTI	30
4.3	NORJA	31
4.4	RUOTSI	32
4.5	TANSKA.....	33
4.6	YHTEENVETO POHJOISMAISISTA APTEEKKIJÄRJESTELMISTÄ.....	34
5	APTEEKKIUUDISTUS	36
5.1	HISTORIALLINEN TAUSTA	36
5.1.1	<i>Apteekkareiden lobbausvoima</i>	37
5.2	KOHTI UUDISTUSTA	39
5.3	SÄÄNTELYN PURKAMINEN	41
5.4	ITSEHOITOLÄÄKKEET	44
5.5	HINTASÄÄNTELY JA APTEEKKIVERO.....	45
5.6	MUUTA HUOMIOITAVAA	48
5.7	LOPUKSI	49
6	KILPAILUN LISÄÄNTYMISEN TARKASTELUKOhteet	51
6.1	RUOTSI JA SUOMI EIVÄT OLE TÄYSIN VERRANNOLLISIA	51
6.2	ONKO SYYTÄ PELKOIHIN?.....	52
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTI	59

8	YHTEENVETO.....	61
	LÄHTEET.....	62

KUVIOT

Kuvio 1 Kartellin hyvinvointivaikutukset.....	12
Kuvio 2 Monopolin aiheuttama hyvinvointitappio	14
Kuvio 3 Aukkaiden lukumäärä apteekkia kohti maakunnittain.	19
Kuvio 4 Keskimääräinen matka-aika (minuuttia) lähimpään, asuinmaakunnan sisällä sijaitsevaan apteekkiin.	20
Kuvio 5 Itsehoitolääkkeiden osuus lääkemyynnistä 2018	23
Kuvio 6 Lääkkeiden ja elintarvikkeiden hintakehitys Suomessa vuosina 2005–2016. ..	24
Kuvio 7 Apteekkareiden veronalaiset tulot vuosina 1993–2017 suhteessa eri ammattiryhmiin.....	29
Kuvio 8 Apteekkitoiminnan suuntautumisvaihtoehdot.....	40
Kuvio 9 Lääkeasioiden kokonaisuuden tiekartta	41

TAULUKOT

Taulukko 1 Lääkkeen vähittäismyyntihinnan muodostuminen	25
Taulukko 2 Apteekkiveron laskenta liikevaihtoryhmittäin.....	27
Taulukko 3 Apteekkijärjestelmän sääntelyyn tehdyt muutokset Pohjoismaissa.....	34

1 JOHDANTO

Useat Euroopan maat ovat viime vuosikymmenien aikana purkaneet apteekkisääntelyä. Suomi on ainoa Pohjoismaa, jossa uudistuksia ei ole tehty, joten olisiko Suomenkin nyt aika seurata esimerkkiä pysyäkseen mukana kansainvälisessä kehityksessä?

Kansanedustajana, ministerinä ja Kelan pääjohtajana toimineen Liisa Hyssälän mielestä apteekit uhkaavat jäädä muutoksessa jälkijunaan (ks. esim. Kesko.fi 26.4.2019; Uusi Suomi.fi 15.8.2018; Kauppalehti.fi 8.3.2018). Vihreiden entinen kansanedustaja Antero Vartia on uudistamisen näkyvä puolestapuhuja. Hänen mukaansa Suomeen on syntynyt alueellisia monopoleja, joihin on syynä apteekkijärjestelmän alalle tulon esteet (ks. esim. Salkunrakentaja 2018). Keskustelua ovat herättäneet myös apteekkareiden ansaitsemat ylisuuret voitot, ja näistä ovat monet mediat uutisoineet (ks. esim. Hyytinen 11.7.2016; Kaleva.fi 1.11.2016; Kauppalehti.fi 24.7.2016). Apteekkiala siis todellakin on murroksessa.

Suomessa apteekkien perustaminen ja alalle tulo on todella tiukasti säänneltyä. Apteekki perustetaan tarveharkinnan pohjalta perustuen lukumäärään ja sijaintiin. Apteekin voi perustaa vain laillistettu proviisori, ja yritysmuodon on oltava henkilöyhtiö. Lääkkeiden vähittäismyyntihinnat ovat kaikissa apteekeissa samat, jolloin apteekit eivät voi harjoittaa hintakilpailua. Apteekkimarkkinoille ei ole syntynyt luonnollista markkinakilpailua sääntelyn tiukan luonteen vuoksi. Kilpailunäkökulmasta apteekkitoiminta on tällä hetkellä liiaksi säänneltyä ja elinkeinotoimintaa vääristävää (ks. esim. Pursiainen 11.1.2016). Puhutaan jopa laillisesta kartellista (UusiSuomi.fi 21.1.2016).

Muissa Pohjoismaissa on nykyään liberaalit apteekkijärjestelmät. Etenkin Ruotsin kehitys on mielenkiintoinen, sillä alun perin maassa toimi valtion apteekkimonopoli. Nykyään järjestelmä on lähes päinvastainen. Ruotsista voimme ottaa oppia, mutta voimme seurata sokeasti läheisen naapurimaamme kehitystä?

Tutkielmassa tarkastellaan Suomen apteekkijärjestelmän nykytilaa sekä sen uudistamista kilpailulainsäädännön näkökulmasta. Tutkimuskysymyksenä on, johtaako sääntelyn vapauttaminen apteekkimarkkinoilla kilpailun lisääntymiseen. Aihe on valittu sen ajankohtaisuuden vuoksi. Sääntelyn vapauttamisesta on viime vuosina käyty laajaa keskustelua, ja uudistaminen tulee tapahtumaan lähivuosien aikana. Tutkielma toteutetaan kirjallisuuskatsauksen muodossa. Kirjallisuuskatsausta tukevat eri tahojen

aiheesta laatimat selvitykset ja ratkaisuehdotukset sekä käytettävissä oleva tutkimus ja kirjallisuus muista sääntelyä vapauttaneista maista.

Tutkielman rakenne on seuraava. Luvussa kaksi tarkastellaan kilpailulainsäädännön ja kartellien teoreettista taustaa sekä tutustutaan hyvinvointitappion aiheuttamaan tilanteeseen teorian pohjalta. Lisäksi tarkastellaan sääntelijän kaappauksen ilmiötä, joka vaikuttaa Suomen apteekkimarkkinoilla. Luvussa kolme kuvataan Suomen apteekki toiminnan nykytilaa. Siinä käydään läpi keskeisiä peruselementtejä, ja miten apteekkimarkkinat ja lääkejakelu on Suomessa järjestetty. Luvussa neljä tehdään katsaus muihin pohjoismaihin, joissa sääntelyä on vapautettu. Liberalisoituneet apteekki järjestelmät ovat nykyisin hyvinkin erilaisia toisiinsa verrattuna. Luvussa viisi siirrytään tarkastelemaan tulevaa apteekkiuudistusta sekä siihen liittyviä ratkaisumalleja ja selvityksiä. Vaihtoehtoiset uudistamistavat vaihtelevat nykyjärjestelmän kehittämisestä aina kokonaisvaltaiseen uudistamiseen. Luvussa kuusi tarkastellaan apteekkiuudistuksen ja kilpailun lisääntymisen yhteyttä. Luvussa seitsemän esitetään tutkielman johtopäätökset sekä arvioidaan tutkimuksen onnistumista. Viimeisenä luvussa kahdeksan esitetään tutkielman yhteenveto.

2 TEOREETTINEN TAUSTA

2.1 Kilpailulainsäädäntö ja kartellit

Kilpailulainsäädännön tarkoituksena on taata terve ja toimiva kilpailu sekä markkinoiden häiriöttömyys. Euroopan Unionin tasolla sääntely on pitkälle harmonisoitu. Erilaiset kilpailunrajoitukset kuten kartellit ja määräävän markkina-aseman väärinkäyttö ovat kiellettyjä sekä kansallisilla että EU- säännöksillä. (Ek.fi 2020.)

Kartellilla tarkoitetaan yritysten yhteenliittymää, joka syntyy osapuolten sopiessa menettelytavasta, sopimuksesta tai päätöksestä, jonka tarkoituksena on estää, rajoittaa tai vääristää kilpailua (Lexia.fi 13.10.2017). Kartelli on epätäydellisen kilpailun muoto, jonka tarkoituksena on kilpailua rajoittamalla saavuttaa monopoli tai monopoliin verrattava asema. Kartelli voi ilmetä monessa muodossa kuten hintakartellina, tarjouskartellina, tuotannonrajoittamiskartellina jne. Tyypillisin on kuitenkin hintakartelli. (Kanniainen & Määttä 2011, 65; 67.) Hedelmällinen maaperä kartellille syntyy, mikäli markkinoilla on vähän kilpailua ja alalle tulon ollessa vaikeaa. Esimerkkejä tunnetuista suomalaisista kartelleista ovat asfalttikartelli (ks. esim. Rakennuslehti.fi 20.10.2016) ja raakapuukartelli (ks. esim. Viitala 2012). Kartelli poistettiin rikoslaista vuonna 1992, ja rangaistukseksi jäi seuraamusmaksu (Rakennuslehti.fi 20.10.2016). Kilpailuviraston entinen ylijohtaja Matti Purasjoki on kuvaillut Suomen olevan kartellien luvattu maa (Rakennuslehti.fi 8.12.2018).

Markkinoille tulon esteet ovat ongelma toimivan kilpailun kannalta. Mikäli markkinoille pääsyä rajoitetaan joillakin tavoilla, on markkinoille pääsyllä esteitä. Määttä nostaa esille potentiaalisten kilpailijoiden termin. Tällöin kilpailijat ns. potentiaaliset kilpailijat eivät pääse markkinoille. Markkinoille tuloa voi hankaloittaa myös sääntelyn olemassa olevat lainsäädännölliset perusteet sekä sääntelyn käyttäminen hyväksi alalle tulon esteenä. Apteekkimarkkinoilla on ainakin jonkin verran viitteitä edellä mainitusta. (Määttä 2012, 19; 22.) Suomessa apteekkitoiminta on tiukasti säänneltyä ja alalle pääsevät vain kriteerit täyttävät proviisorit. Kun lupa myönnetään, on luvasta mahdollista valittaa. Luvasta valittamisella voidaan pitkittää aptekin perustamisprosessia ja näin ollen kilpailun syntymistä alueelle. Uusista myönnettyistä luvista valitetaankin suhteellisen usein, sillä näin alueella jo oleva apteekkari saa itselleen kilpailullisia hyötyjä (ks. esim. Länsiväylä.fi 1.11.2019; Hs.fi 12.7.2019).

Keskittyneistä markkinoista on kyse, kun markkinoilla myytävän kaupankohteen myynnistä vastaa vain yksi tai muutama yritys. Mikäli keskittyneet markkinat toimivat hyvin, kilpailu voi olla tehotonta ja toimimatonta. (Liikenne- ja viestintäministeriö 2019.) Markkinoiden keskittyneisyyttä voidaan mitata taloustieteellisellä suurella nimeltään Herfindahl-Hirschman -indeksi. Kyseinen indeksi muodostuu, kun kaikkien markkinoilla toimivien yritysten neliöön korotetut markkinaosuudet lasketaan yhteen. Indeksien arvojen vaihteluväli on 0–10 000. Alaraja 0 kuvaa täydellisten markkinoiden tilannetta, kun taas yläraja 10 000 puhdasta monopolitilannetta. Matemaattisesti indeksi voidaan ilmaista:

$$H = \sum_{i=1}^N s_i^2$$

missä s_i on yrityksen i markkinaosuus ja N yritysten lukumäärä. (Laine 1995, 427.)

Suomessa on keskittyneet markkinat monella toimialalla. Tyypillinen esimerkki on päivittäistavarakauppa, sillä S- ja K-ryhmä hallitsevat markkinoita 80 %:n markkinaosuudella. Euroopan mittakaavassa Suomi komeilee kärkipäässä päivittäistavarakaupan suhteen. Listaa voi jatkaa aina matkapuhelinliittymistä eläkeyhtiöihin. Saatavilla on usein vain muutaman yrityksen tuote tai palvelu. Kilpailu- ja kuluttajavirasto katsoo, että syrjäinen sijainti, harva asutus ja pieni asukasluku ovat otollisia tekijöitä keskittyneille markkinoille. (Yle.fi 13.8.2013.)

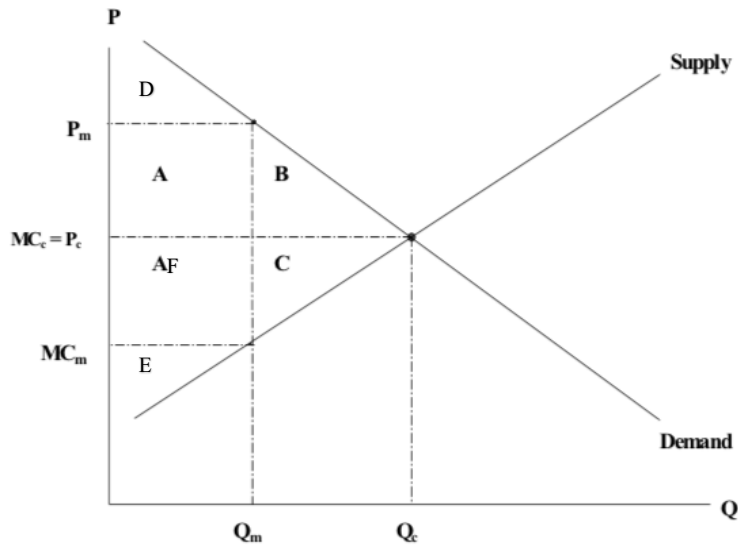
Keskittyneillä markkinoilla hinnat ovat usein korkeammat. Puhutaan jopa 30 % korkeammista hinnoista, kun verrataan tilannetta kilpailullisiin markkinoihin. (Singh & Zhu 2008, 1020–1022.) Suomessa lääkkeiden hinnoittelussa viranomainen päättää lääkkeiden hinnan, ja hinnan ollessa kaikissa apteekkeissa sama, on asiakkaan tyydyttävä ostamaan tarvitsemaansa lääkettä vain apteekista tiettyyn hintaan. Lisäksi viranomainen suojaaa apteekkeja kilpailulta ja pitää lääkkeiden hinnan riittävän korkealla. Asiakkaan valintamahdollisuudet ovat näin ollen minimalistiset, ja markkinoiden itseohjautuvuus kärsii. Hintojen nosto täydellisen kilpailun tason yläpuolelle on kartellien aiheuttamista vahingoista toinen. Antero Vartia (2015) painottaa puheenvuorossaan kalliin kartellin aiheuttavan sen, että kuluttaja maksaa lääkkeistä aivan liian korkeaa hintaa. Apteekkeilla ei ole näin ollen kannustinta laskea hintaa, sillä pelkoa asiakkaiden menetyksestä ei ole.

Toinen kartellien aiheuttama vahinko on kartellihinnoittelun seurauksena syntyvä *hyvinvointitappioksi* (engl. deadweight loss) nimetty tilanne, mikä johtuu siitä, että tuotantoa supistamalla nostetaan hintatasoa. Hyvinvointitappiota voidaan sanoa

tuottamatta jääneen tuotannon arvoksi. Taloustieteilijöiden kiinnostus ei yleisesti liity kartellin asiakkaille aiheuttamaan haittaan vaan enemmänkin hyvinvointitappion tarkasteluun. Yhtenä kilpailupolitiikan päämääränä onkin ollut kartellien aiheuttaman hyvinvointitappion pienentäminen, sillä se aiheuttaa haittaa koko yhteiskunnalle. (Valtion taloudellinen tutkimuskeskus 2011, 3.)

Hyvinvointitappion aiheuttama tilanne kuvataan kuviossa 1. Kilpailullisilla markkinoilla hinta P_c asettuu rajakustannusten MC_c tasolle. Samoin kilpailullisten markkinoiden hinta ja tuotantomäärä Q_c löytyy kysyntä- ja tarjontakäyrän leikkauspisteestä. Kartellin asettamaa hintaa taas kuvataan P_m :llä, tuotantomäärää Q_m :llä ja tuotannon rajakustannuksia MC_m :llä. Kun kaikki toimialan yritykset kuuluvat kartelliin, se maksimoi voittonsa määrittämällä tuotantomääräksi Q_m ja hinnaksi P_m , joka on samainen hinta, jonka myös monopoli veloittaisi samaisilla markkinoilla. Kilpailullisilla markkinoilla tuottajien kokonaistulo on $P_c \times Q_c$. Hinnannousun jälkeen tasolle P_m , tuloksi muodostuu $P_m \times Q_m$, ja tuotannon rajakustannukset laskevat tasolta MC_c tasolle MC_m . Näin ollen tuotannon kokonaiskustannukset tasolla Q_m ovat aina pienemmät kuin tasolla Q_c . (Connor 2007, 42–43.)

Kuluttajan ylijäämä kilpailullisilla markkinoilla muodostuu A-, B- ja D-alueista. Tuottajien ylijäämä muodostuu vastaavasti AF-, C- ja E-alueista. Kartellista aiheutuu hintojen nousua, minkä seurauksena kuluttajien ylijäämä vähenee A+B verran, jolloin kuluttajaylijäämän osuudeksi jää kolmion D mukainen alue. Näin ollen alue B, jota nimitetään Harbergerin kolmioksi kuvaa kartellin aiheuttamaa allokatiivista tehokkuustappiota ja A tulonsiirtoa kuluttajilta kartellille sen perimän ylihinnan vuoksi. Hinnannousun seurauksena tuottajien ylijäämä taas kasvaa A:n verran, mutta laskee C:n verran määrän vähentyessä. Kun lasketaan yhteen kuluttajien ja tuottajien ylijäämän muutokset saadaan $-A-B+A-C = -B-C$. Tämän perusteella tiedetään kartellista aiheutuneen hyvinvointitappion muodostuvan alueista B ja C. (Varian 2007, 448–449; Heikinsalmi 2009, 13.)



Kuvio 1 Kartellin hyvinvointivaikutukset (Connoria 2007 mukaillen)

Keskittyneet markkinat ovat otollinen väylä synnyttämään kartelleja. Koska lääkkeitä on saatavilla vain apteekeista, kuluttaja valitsee kahdesta vaihtoehdosta: joko hän ostaa tarvitsemansa lääkkeen korkeammalla kartellihinnalla tai jättää sen ostamatta. Ensimmäisessä vaihtoehdossa osa kuluttajaylijäämästä siirtyy kartellille, mikä johtaa allokaatiiviseen tehokkuustappioon.

2.2 Rent-seeking

Yleisesti ylijäämällä tarkoitetaan siis sitä, että jokin taho saa enemmän kuin markkinahinnalla olisi mahdollista. Monopolin tapauksessa tuotantomäärä on pienempi, mutta voitot suuremmat. *Ylijäämäntavoittelu* (engl. rent-seeking) on taloustieteellinen termi, jossa omaa taloudellista varallisuutta pyritään lisäämään luomatta etuja tai vaurautta yhteiskunnalle. Ylijäämäntavoittelun idea on karulla tavalla hyvin yksinkertainen. Ylijäämää tavoitellaan, kun yritetään saada etuja itselle tai edustamalleen taholle poliittisten väylien kautta esimerkiksi erityisten sääntelytoimenpiteiden avulla. Ylijäämää tavoittelevilla toimilla on tarkoituksena saada taloudellisia voittoja tai hyötyjä estämällä resurssien jakoa manipulointikeinoin. Näin ollen talouden tuottavuus ei lisäänty. Ylijäämäntavoittelu on haitallista toimintaa taloudelle ja yhteiskunnalle, sillä se vähentää kilpailua ja estää uusia innovaatioita. Innovoinnin sijaan yritykset toimivat omien vakiintuneiden käytäntöjensä mukaan. (Tollison 2012; Hillman & Ursprung 2015.)

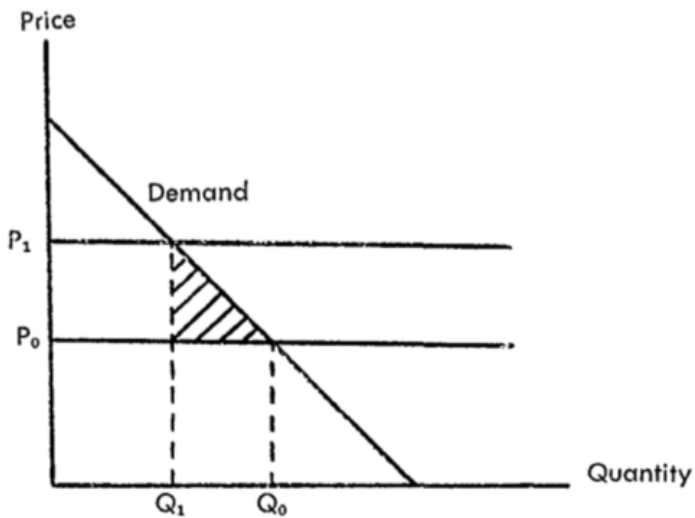
Ylijäämäntavoittelulla on pitkät perinteet ympäri maailman. Engerman ja Sokoloff (ks. Chakraborty & Dabla-Norris 2019, 30) tarjoavat todisteita pienehkön varakkaan

luokan mahdollisuuksista ohjailla valtiota. Monissa maissa on yleistä, että virkamiehet ja poliitikot käyttävät asemaansa hyväkseen omistaessaan yrityksiä, ja suojelevat näin ollen liiketoimintaa korruptiolta. Myös Isoaho (2016) uskoo vankasti Suomen apteekkareiden haluun suojata asemaansa uudistuksilta. Julkisuudessa korostetaan, että sääntelyllä suojataan lääketurvallisuutta, mutta taustalla piilee halu säilyttää oman toimialan edut.

Ylijäämäntavoittelu voi ilmetä monissa muodoissa, mutta kirjallisuudessa se liitetään usein lobbaukseen, lahjontaan ja korruptioon (Choi & Storr 2019). Lobbaamisella tähdätään taloudellisiin voittoihin hallituksen toimien avulla. Chakrabortyn ja Dabla-Norrisin (2006, 29) mukaan varakkaalla edustajilla ja eliitillä on valta vaikuttaa poliittiseen päätöksentekoon omien etujensa mukaisesti. Lobbausta pidetään myös perusteltuna liiketoimintastrategiana, jonka avulla pyritään turvaamaan monopoliasemaa ja sen kautta ansaittuja voittoja (Choi & Storr 2019, 112). Joissain tapauksissa ylijäämäntavoittelu ilmenee täysin laillisena tai vakiintuneena toimintana (Krueger 1974, 291).

Lobbaus määritellään epäviralliseksi yhteydenpidoksi poliitikkoihin ja käytäväpolitiikaksi. Se on vaikuttamista, jonka avulla eturyhmät tai yritykset koettavat edistää omaa asiaansa vaikuttamalla päättäjiin ja poliitikkoihin. Suomessa apteekkarit pyrkivät lobbaamaan kiivaasti toimintansa puolesta, ja heidän tapaansa toimia on kuvailtu erittäin tarkoituksenhakuisiksi. (Isoaho 2016, 10.)

Vuonna 1967 sai alkunsa *kilpailullisena ylijäämäntavoitteluna* (engl. competitive rent-seeking) tunnettu teoria, kun Gordon Tullock esitti, että monopolin aiheuttama hyvinvointitappio olisikin suurempi kuin siihen mennessä oli luultu. Aiemmin monopolista aiheutuva hyvinvointitappio, joka syntyisi esimerkiksi valmisteveron takia oli kuvattu kuviossa 2 viivoitettuna alueena eli Habbergerin kolmiona. Kuvio 2 kuvastaa samaa asiaa kuin kuvio 1, mutta esittämistapa on hieman erilainen. Monopolin aiheuttama hinnan nousu esitetään P_0 :sta P_1 :een ja kysynnän lasku Q_0 :sta Q_1 :een. Tullock esitti, että hyvinvointitappio olisikin suurempi kuin aiemmin esitelty viivoitettu kolmio. Hän lisäsi kolmioon sen vasemmalla puolella olevan neliön, jolloin nämä alueet esittävät todellista nyt hyvinvointitappiota. Neliö esittää tulonsiirtoa kuluttajilta monopolille. Ihmiset ostavat monopolihintaista tuotetta, ja maksavat siitä enemmän kuin kustannukset todellisuudessa ovat, mutta eivät silti hyödy tästä tulonsiirrosta millään tavalla. Täten neliötä voidaan pitää taloudelle aiheutuvana tappiona, koska tulonsiirtojen saamiseksi on käytetty resursseja. (Tullock 1967, 225–226.) Kysymys kuuluukin, kehen tämä tulonsiirto vaikuttaa?



Kuvio 2 Monopolin aiheuttama hyvinvointitappio

Palataan tosiasiaan, että neliö on siis tulonsiirto kuluttajilta monopolille. Monopolia muodostettaessa potentiaaliset monopolistit ovat valmiita käyttämään suurenkin määrän resursseja monopolin muodostamiseen. Tullock havaitsikin neliön koon kertovan sen, että potentiaaliset monopolistit investoisivat resursseja saadakseen tulonsiirron käyttöönsä. Monopolioikeuden haltijat ovat halukkaita lisäksi uhraamaan huomattavia summia, jotta monopolioikeudet tulevat suojatuiksi. Edellä mainittuihin toimiin kuluva kustannuksia ei otettu alkuperäisessä hyvinvointitappion mallissa huomioon, mutta Tullock oli sitä mieltä, että nämä kustannukset tulee ottaa mukaan hyvinvointitappioon. Monopolisoinnista aiheutuneet kustannukset eivät nimittäin ole kustannuksia vain monopolisteille, vaan sosiaalinen kustannus koko taloudelle hukkaan heitettyjen resurssien muodossa. Tämä johtaa siihen, että talouden kohtaama hyvinvointitappio muodostuu kolmiosta sekä hukkaan heitetystä resursseista eli kolmion vasemmalla puolella olevasta neliöstä. (Tullock 1967.)

2.3 Sääntelijän kaappaus

Taloustieteessä puhutaan ilmiöstä nimeltä *sääntelijän kaappaus* (engl. regulatory capture), jossa sääntelevä taho ajaa säänneltävän toimialan etua julkisen edun sijaan. Hyvin järjestäytyneet intressiryhmät pyrkivät maksimoimaan hyötynsä muun yhteiskunnan kustannuksella. Ryhmät onnistuvat saamaan hallinnon puolelleen, joka

myöntää ryhmille etuja. Sääntelijän, joka edistää eturyhmän etua, sanotaan olevan kaapattu. Suomen apteekkimarkkinoilla on viitteitä ilmiöstä. Ongelmaksi voi kehkeytyä yksittäisen hallinnonalan näkemyksen liiallinen korostuminen koko yhteiskunnan kokonaisedun kustannuksella. Valtioneuvoston ministeriöiden viranhaltijat ovat usein oman hallinnonalan asiantuntijoita. Yksipuolinen ammattiosaaminen voi vaikuttaa ministeriön linjauksiin. (Hs.fi 19.1.2019.) Esimerkiksi STM:n apteekkilainsäädännöstä vastaavat virkamiehet ovat asettuneet säänneltävän toimialan edunvalvojiksi. Tästä esimerkkinä Farmasialiiton valitsema Vuoden Proviisori 2009, joka työskentelee STM:n neuvottelevana virkamiehenä. Valintaa perusteltiin farmasian alan kansallisella ja kansainvälisellä kehitystyöllä. (Mediuutiset.fi 12.11.2009.) Suomen apteekkijärjestelmää kuvaillaan toisaalta kuitenkin takapajuiseksi ja jälkeenjääneeksi ja useita uudistustarpeita vaativaksi. Julkisessa keskustelussa uudistusta kannattavat vaativat liberaalejakin toimenpiteitä, mutta vastaavasti entisen järjestelmän puolustajien mielestä järjestelmä ei vaadi korjauksia. Kolmantena esimerkkinä apteekkilupien myöntäjä Fimea, joka vaikuttaa vahvasti apteekki-alan sääntelyyn. Fimea työllistää pääasiassa proviisoreita. Proviisoreilla voi olla halu säilyttää apteekkijärjestelmä entisellään, sillä se tuottaa heille useita etuja. Tämän vuoksi proviisoreilla voi olla kannustin säilyttää nykyinen järjestelmä sen tarjoamine etuineen. (Isoaho 2016.) Voisiko Sosiaali- ja terveysministeriön hanakkaan suhtautumiseen apteekkien kilpailun avaamiselle vaikuttaa apteekkareiden lobbauksvoima? Vastaus on hyvin luultavasti myönteinen, sillä viitteitä tehokkaasta lobbauksesta löytyy. Poliittisia virkamiehiä on saatu omalle puolelle, sillä perusteluina on ollut, että ”puolue on jo päättänyt kantansa”. (Hs.fi 19.1.2019; Isoaho 2016.)

Sääntelijän kaappauksen teoria yhdistetään usein yhteen sen kehittäjään George Stigleriin. Vuonna 1971 julkaisemassaan kirjoituksessa Stigler havainnoi byrokratiaa uudesta näkökulmasta. Hän päätyi johtopäätökseen, jonka mukaan sääntelymekanismit toimivat eturyhmän eduksi suuren yleisön edun sijaan. Arvionsa hän teki Mancur Olsonin eturyhmäteorioihin perustuen. Erilaisten ryhmien, vaikkapa lääkäreiden tai lääketehneiden yhdenmukaiset tavoitteet antavat niille vahvan kannustimen järjestäytyä ja lobata poliitikkoja, jotka taas perustavat valtion elimiä sääntelyä suorittaakseen ja saadakseen ryhmät puolelleen. Ongelmana ei ole se, että eturyhmät kaappaavat valvontaelimet itselleen, vaan se, että ne on perustettu ajamaan kyseisten ryhmien etua. Stiglerin (1971) mukaan sääntelytoimet ovat peräisin teollisuudesta, ja niiden laadinnassa ja valvonnassa suositaan ensisijaisesti teollisuuden etua. (Butler 2013, 29.)

George Stiglerillä oli vaikutusta taloustieteilijöiden tapaan analysoida julkista sääntelyä. Spesifien päätelmien sijaan Stigler esitti kysymyksiä ja oivalluksia, jotka ovat olleet voimissaan nykyäänkin. Tärkeimpänä olettamuksena pidetään Stiglerin ja Friedlandin vuonna 1962 ilmaisemaa olettamusta, että ilman sääntelyn väliintuloa hyödykkeiden hinnat olisivat paljonkin korkeampia. Tämä antoi jalansijaa sääntelyn vaikutuksista saatujen ristiriitaisten havaintojen selitykselle, että sääntelijät edistävätkin enemmän myyjien kuin kuluttajien etuja. 1970-luvulla näkemys sääntelystä yleisen edun edistäjänä lähestulkoon hylättiin. Tilalle nousi näkemys säänneltävän kaappaamasta sääntelijästä. Ilmoille nousi kysymyksiä miksi sääntely toimi näin kieroutuneella tavalla. Vastauksen tarjosi Stiglerin jälkimmäinen artikkeli, jonka tuloksena oli tuottajien kaappaamat sääntelyvirastot.

Stiglerin vuoden 1971 artikkeli antoi lähtölaukauksen sääntelytalouden ja poliittisen taloustieteen integraatiolle, jossa omaa etuaan tavoittelevat tuottajat ja vaatijat määräävät liiketoimillaan sääntelyn lopputuleman. Tämä integraatio ja sen muodostama *kysyntä-tarjontakehys* (engl. supplier-demander framework) on voimissaan edelleen, ja saanut aikaan teorian nimeltä *sääntelyn taloustiede* (engl. economic theory of regulation). Stigleriä pidetään sääntelyn taloustieteen edelläkävijänä.

Stigler kuvaa tuottajat määrittelemättömiksi poliittisiksi toimijoiksi, mutta lainsäätäjiä, toimeenpanovaltaa ja sääntelyagentteja ei eritellä. Seurauksena on kaupankäynti, kun hinnoista ja pääsystä markkinoille sovitaan sekä viime kädessä säännellyn toimialan myyjien ja ostajien varallisuus. Tuottajat ja vaatijat käyvät kuin huutokauppaa, jossa korkeimmin tarjonnut voittaa. Vaatijat antavat tukensa poliitikoille äänillään, kampanjatuella sekä työmahdollisuuksilla poliittisen uran jälkeen. Tyypillisesti tästä ”kaupankäynnistä” seuraa tuottajien yhtenäisen intressin voitto suhteessa hajanaiseen kuluttajien intressiin. Seurauksena voi hyvinkin olla sääntelytoimia hintoihin ja markkinoille pääsyyn. Sääntelytoimet siirtävät tuloja kuluttajilta tuottajille. Stiglerin malli kiteyttää perusajatuksen, jossa poliittisessa tasapainossa yhtä pitävät vähemmistöt verottavat hajanaisia enemmistöjä. (Peltzman, 1993.)

3 SUOMEN APTEEKKITOIMINNAN NYKYTILA

3.1 Apteekkitoiminnan tarkoitus

Lääkkeiden myynti on Suomessa apteekkien yksinoikeus. Avancen (2019) raportista selviää, että lääkejakelulla on kolme tavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteena on taata lääkkeiden ja lääkehoidon turvallisuus. Tavoitteen takaamiseksi edellytetään osittain suljettua lääkkeidenjakeluketjua sekä ammattimaista neuvontaa, jossa otetaan lääkkeen käyttäjä huomioon. Toisena tavoitteena on lääkkeiden saatavuus. Loppukäyttäjällä on oikeus saada oikeaa lääkettä koko maassa ilman viivettä. Sopivat aukioloajat, määrät, sijainnit sekä kattava lääkevalikoima apteekkitoimipisteissä turvaavat tätä tavoitetta. Koko maankattava saavutettavuus pyritään saavuttamaan nykyisen määrä- ja sijaintisääntelyn avulla. Myös Lääkelaista (Finlex.fi 10.4.1987) löytyvät perusteet yllä oleville tavoitteille. Kolmantena tavoitteena tulevat tehokkuus, vaikuttavuus ja kokonaisedullisuus sekä yhteiskunnan että loppukäyttäjän kannalta.

Potilasturvallisuus koostuu siis hoidon turvallisuudesta sekä lääkehoidon turvallisuudesta. Lääkeneuvonnalla taataan lääkkeen käyttäjän tietoisuus oikeasta lääkkeestä ja sen turvallisesta käytöstä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä riskilääkkeitä käyttävien ja uutta lääkettä aloittavien lääkeneuvontaan (Fimea.fi 23.12.2016, 16).

Apteekkitoimintaan liittyy myös muuta palvelutoimintaa, joka on pääasiassa maksullista, ja apteekit voivat hinnoitella nämä palvelut vapaasti. Tällaisia palveluita ovat mm. lääkkeiden annosjakelu, lääkehoitojen arvioinnit, inhalaatiohoidon tarkistuspalvelu ja yksilöllinen tupakanvieroituspalvelu. Näiden palveluiden tarkoituksena on edistää terveyttä ja hyvinvointia sekä ennaltaehkäistä sairauksia. Palvelut eivät saa lisätä lääkkeiden tarpeetonta käyttöä eivätkä haitata lääkejakelua tai lääkeneuvontaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020).

Apteekkien yhteydessä samoissa tiloissa toimii usein osakeyhtiöitä, jotka tarjoavat terveydenhoito- ja kosmetiikkatuotteita, vitamiineja ja ravintolisiä, rohdosvalmisteita sekä erilaisia terveydenhoitoon ja hyvinvointiin liittyviä palveluita, jotka voivat olla sairaanhoitajan, fysioterapeutin ja kosmetologin palveluita. Näistä sairaanhoitajan palvelut ovat yksityisiä terveydenhuollon palveluita, joiden tuottamiseen tarvitaan lupa AVI:lta tai Valviralta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020).

3.2 Lääketukkukauppatoiminta

Lääkelain (Finlex.fi 10.4.1987) mukaan lääkkeiden tukkukauppa tarkoittaa toimintaa, jonka tarkoituksena on lääkkeitä koskevien tilausten vastaanottaminen ja toimittaminen, lääkkeiden hankkiminen ja hallussapito niiden toimittamiseksi edelleen apteekille ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille tai lääkkeiden maasta vieminen.

Lääketukkukauppatoiminnan harjoittaminen on säädeltyä ja se edellyttää toimilupaa. Kaikki lupaehdot täyttävillä on oikeus päästä markkinoille. Tarveharkintaa tähän ei siis liity, joten sääntely ja toimilupakäytäntö eivät estä kilpailun syntymistä. Toimilupa kuitenkin edellyttää asianmukaisia tiloja, laitteita ja välineitä lääkkeiden säilyttämiseksi sekä toiminnan edellyttämää henkilökuntaa. Vastuunalaisen johtajan, joka vastaa lääketukkukauppatoiminnasta lain ja määräyksien edellyttämällä tavalla tulee olla laillistettu proviisori.

Suomen lääkejakelu perustuu yksikanavajärjestelmään. Näin ollen tukkuliike vastaa tietyn lääkeyrityksen koko lääkevalikoiman jakelusta lääkkeen vähittäismyyjille eli apteekille ja sairaala-apteekille. Lääkeyritys kilpailuttaa lääketukun, valitsee sen ja tukku jakaa yrityksen lääkkeitä eri asiakkaille. Nykyjärjestelmä ei mahdollista, että apteekki voisi valita käyttämänsä lääketukun. Yksikanavajärjestelmässä on usein vain vähän tukkuliikkeitä, jolloin yksittäisellä tukkuliikkeellä on suurempi valta. Suomessakin toimii vain neljä lääketukkukauppaa harjoittavaa yritystä, jotka ovat Magnum Medical Oy, Medifon Oy, Oriola Oyj ja Tamro Oy. Käytännössä kuitenkin kaksi viimeisintä hallitsee Suomen lääketukkukauppaa. Muissa EU-maissa Suomea ja Ruotsia lukuun ottamatta on käytössä monikanavajärjestelmä. Tämä tuo joustavuutta, sillä saman lääkeyrityksen tuotteita on saatavilla useissa lääketukuissa samaan aikaan. Huomioitavaa on, että Suomen lääkejakelumalli ei perustu lakiin tai viranomaispäätöksiin, vaan vakiintuneeseen käytäntöön. (Lääkejakeluserveys 2018.)

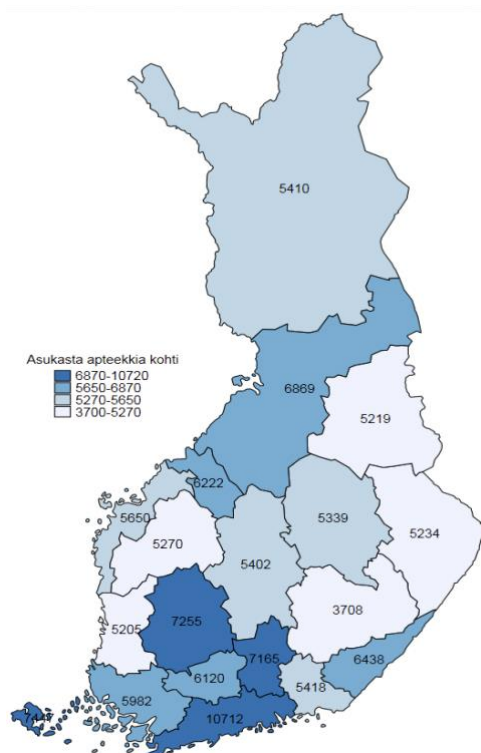
Yksikanavajakelun arvioidaan olevan edullisempaa kuin monikanavajakelun. Fimean selvityksen mukaan Suomessa tukun osuus lääkkeen hinnasta olisi suunnilleen 2–3 %, monikanavajakelua käyttävissä maissa suurempi (Fimea 2017). Tukku kaupan palkkio ei kuitenkaan ole julkista tietoa sen perusteessa lääkeyrityksen ja lääketukun keskinäiseen sopimukseen, jolloin yksikanavajärjestelmän edullisuudesta ei voida varmistua (Lääkejakeluserveys 2018, 13).

3.3 Apteekkiverkoston nykytila

Suomen apteekkiverkostoa pidetään melko kattavana, sillä lähes jokaisessa kunnassa on ainakin yksi apteekki. Vuonna 2018 yksityisessä omistuksessa oli 616 apteekkia, 180 sivuapteekkia ja 109 apteekin palvelupistettä. Sekä Itä-Suomen että Helsingin yliopistolla oli molemmilla yksi apteekki ja 16 apteekin alaista sivuapteekkia. Apteekkiverkostoa täydentävät verkkopalvelutoimintaa harjoittavat apteekit, joita vuonna 2018 oli 104 kappaletta. Näistä 65 myi verkkopalvelun kautta myös reseptilääkkeitä. Lääkkeiden myynti verkkopalvelun kautta on Suomessa kuitenkin verrattain vähäistä.

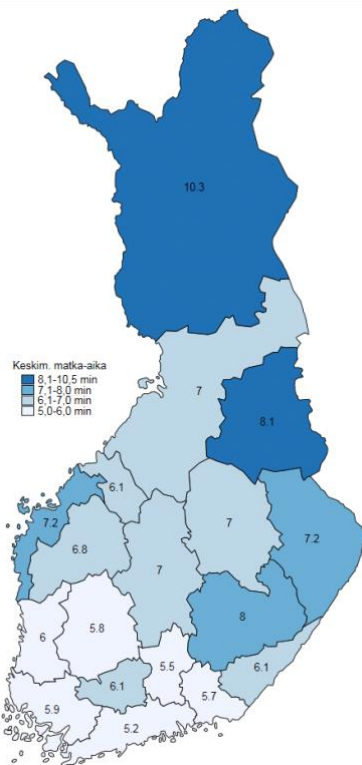
Aikavälillä 2010–2016 Fimea perusti neljä uutta apteekkia. Vuonna 2017 uusia apteekkeja perustettiin 11 ja vuonna 2018 kahdeksan. Apteekkien sijaintialueella jo toimivien apteekkareiden oikaisuvaatimukset hidastavat uuden apteekin toiminnan aloittamista.

Vuonna 2018 yhtä pää- tai sivuapteekkia kohti oli noin 6 800 asukasta. Tämä näkyy kuviosta 3. Eniten apteekkeja oli Uudellamaalla ja vähiten Ahvenanmaalla. Kun apteekkien määrä suhteutetaan maakunnan väkilukuun, eniten apteekkeja oli Etelä-Savossa ja vähiten Uudellamaalla. Apteekkien tiheydessä on maakuntien lisäksi myös kuntakohtaisia eroja.



Kuvio 3 Asukkaiden lukumäärä apteekkia kohti maakunnittain (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 21)

Kuvion 4 perusteella voidaan tarkastella, mikä on keskimääräinen matka-aika lähimpään oman asuinkunnan sisällä sijaitsevaan apteekkiin.¹ Kuviosta nähdään, että lyhin matka-aika on Uudellamaalla 5,2 minuuttia ja pisin Lapissa 10,3 minuuttia. Lapissa etäisyydet ovat pitkiä verrattuna eteläisempään Suomeen, mikä pidentää matka-aikaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)



Kuvio 4 Keskimääräinen matka-aika (minuuttia) lähimpään, asuinmaakunnan sisällä sijaitsevaan apteekkiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 21)

Aukioloajat eroavat jonkin verran apteekkien välillä. Aukioloajat antavat mahdollisuuden kilpailuun. Yksityisistä apteekeista 80 % on kiinni sunnuntaisin ja vajaa neljännes lauantaisin. Arkena apteekit ovat auki yleisimmin kello 9–17. Kello 18 sulkeutuu n. 60 % apteekeista, ja kello 22 sulkeutuu viidennes apteekeista. Klo 22 jälkeen apteekkipalveluita on saatavilla eräistä Yliopiston apteekin toimipisteistä. (Lääkejakeluselvitys 2018.)

Fimea on tutkinut väestölle suunnatulla lääkebarometrillä suomalaisten näkemyksiä lääkkeistä.² Vuosina 2017 ja 2019 suurin osa kyselyihin vastanneista koki, että apteekkeja

¹ Ajat keskimääräisiä laskennallisia matka-aikoja 250x250m, ja maakuntien osalta laskennallisia keskimääräisiä matka-aikoja 1x1 km ruuduilta määritellylle väestölle lähimpään apteekkiin henkilöautolla tieverkkoa pitkin laskettuna. Etäisyydet laskettu kunkin kunnan ja maakunnan sisällä olevalle väestölle ja apteekeille.

² Kysely toteutetaan joka toinen vuosi ja se koostuu vaihtuvista ajankohtaisista teemoista. Vuonna 2017 kysely toteutettiin kirjeitse vastausprosentin ollessa 45, ja vuonna 2019 kysely toteutettiin verkkokyselynä vastausprosentin ollessa 19,8.

on riittävän lähellä vaivattomaan lääkkeiden saantiin. Vuonna 2019 kyselyyn vastanneista noin kuusi prosenttia kuitenkin koki lääkkeiden hankinnan olevan haastavaa vähäisen apteekkien saatavuuden vuoksi. Lisäksi 19 % vastanneista oli kokenut tilanteen, jossa olisi tarvinnut lääkettä, mutta apteekki oli suljettu.

3.4 Uuden apteekin perustaminen

Uuden apteekin perustaminen tapahtuu hitaasti ja se on tiukasti säänneltyä. Lääkelain mukaan uuden apteekin perustamisesta kuntaan tai kunnanosaan päättää Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Päätöksessä arvioidaan lääkkeiden saatavuutta sekä otetaan huomioon alueen väestömäärä, alueella jo olevat apteekkipalvelut ja muiden terveydenhuoltopalveluiden sijoittuminen. Fimea voi muuttaa apteekin sijaintialuetta tai siirtää apteekin kunnan osasta toiseen, jos katsoo näin tarpeelliseksi. (Finlex.fi 10.4.1987.)

Perustamisprosessi alkaa siten, että Fimea julistaa uuden tai avoimeksi tulleen apteekkiluvan haettavaksi. Lupa julistetaan haettavaksi, jos apteekkiluvan haltija eläköityy tai siirtyy toiseen apteekkiin. Lupa julkaistaan esimerkiksi paikallisessa lehdessä tai Fimean verkkosivuilla. Ilmoituksessa kerrotaan apteekin sijaintialue ja apteekkilupaan mahdollisesti liittyvät ehdot. Lupa myönnetään ainoastaan henkilölle, joka on laillistettu proviisori. Lisäksi proviisorilla ei saa olla edunvalvojaa, hänen toimintakelpoisuuttaan ei saa olla rajoitettu eikä hän saa olla asetettu konkurssiin. Mikäli hakijoita on useita, lupa myönnetään kokonaisharkinnan perusteella sille, jolla on parhaimmat edellytykset harjoittaa apteekkiliiketoimintaa. Kokonaisharkinnassa otetaan huomioon henkilön aiempi toiminta apteekissa tai lääkehuollon tehtävissä sekä apteekkiliikkeen harjoittamisen kannalta merkitykselliset opinnot. (Avance 2019.)

Apteekkilupa on henkilökohtainen ja se päättyy proviisorin täyttäessä 68 vuotta. Mikäli apteekkari saa uuden apteekkiluvan, aiemmin myönnetty lupa lakkaa. Apteekkari ei saa myöskään luovuttaa tai vuokrata liikettä toiselle henkilölle. Pääapteekin ohella yksittäinen apteekkari voi ylläpitää enintään kolmea sivuapteekkia. Fimea myöntää luvan sivuapteekkien ylläpitoon. Sivuapteekilla tulee olla apteekkarin määräämä toiminnasta vastaava hoitaja, joka on farmaseutti tai proviisori. Kolmen sivuapteekin pääsäännöstä poiketen Helsingin Yliopiston apteekilla saa olla enintään 16 sivuapteekkia. (Avance 2019.) Lääkelain mukaan apteekkarin on mahdollista perustaa apteekin palvelupiste

kyläkeskukseen tai haja-asutusalueelle, mikäli siellä ei ole toimintaedellytyksiä sivuapteekin ylläpitoon (Finlex.fi 10.4.1987).

Apteekkilupajärjestelmään liittyy merkittävänä osana apteekkarin urakierto. Tavallisesti ensimmäisen apteekkiluvan saa pieneen maaseutuapteekkiin. Suurempiin ja sijainniltaan keskeisiin apteekkeihin lupa myönnetään enemmän kokemusta omaaville apteekkareille. Apteekkarien nopean vaihtuvuuden on katsottu vähentävän kannustimia pienempien apteekkien kehittämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

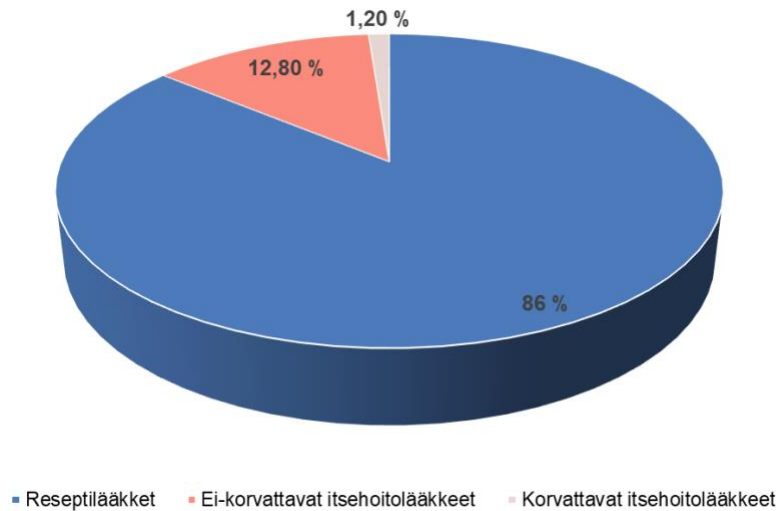
Apteekin perustamispäätökseen on mahdollista hakea muutosta. Tyytymätön taho tekee ensin oikaisuvaatimuksen Fimealle, minkä jälkeen päätöksestä voidaan valittaa hallinto-oikeuteen. Hallinto-oikeuden päätökseen voi hakea muutoksenhakulupaa, ja mikäli se myönnetään, muutosta voidaan hakea korkeimmalta hallinto-oikeudelta. Valituksen käsittely hallinto-oikeudessa on hyvin hidasta ja kestää vähintään vuoden. On havaittu, että apteekkilupaa koskevista päätöksistä valittaminen on harvinaisempaa kuin apteekkien perustamispäätöksistä valittaminen. Apteekkityöryhmän (2015) mukaan noin 15 %:sta päätöksiä valitetaan ja valittajia on tavallisesti yksi. On harvinaista, että valittajia on useampia. Muutoksenhaku liittyy useimmiten apteekkien perustamispäätöksiin. Alueella ennestään toimiva apteekkari voi kokea alueelle tulevan uuden apteekkiyrityksen tulevan kilpailemaan asiakkaista. Valitusprosessi mahdollistaa kilpailun viivästymisen sijaintialueella. (Lääkejakeluselvitys 2018.)

3.5 Itsehoitolääkkeet ja lääkejakelu

Nykyisen apteekkijärjestelmän peruspiirteisiin kuuluu resepti- ja itsehoitolääkkeiden apteekkijakelu. Reseptilääke on lääke, jonka saa toimittaa apteekista vain lääkemääräyksellä. Vastaavasti itsehoitolääke on lääke, jonka saa toimittaa apteekista ilman lääkemääräystä. (Finlex.fi 2.12.2010.) Reseptivapaita tuotteita eli itsehoitolääkkeitä, pois lukien nikotiinikorvausvalmisteet ja perinteiset kasvirohdosvalmisteet, saavat Suomessa myydä vain apteekit. Itsehoitolääkkeitä ovat mm. erilaiset allergia-, flunssa-, kurkkukipu-, kuume- ja ummetuslääkkeet sekä vitamiinit ja tupakoinnin lopettamistuotteet. Itsehoitolääkkeet ovat esillä niille tarkoitettussa valintahyllykössä, josta lääkettä tarvitseva voi valita haluamansa tuotteen itse tai apteekin farmaseuttisen henkilökunnan avustuksella. Muutama itsehoitolääke on lisäneuvontaa vaativia, jolloin niiden hankkiminen vaatii farmaseuttisen lisäneuvonnan antamista. Itsehoitolääkkeen käyttäjä valitsee ja käyttää lääkettä omalla vastuullaan.

Itsehoitolääkkeistä, kuten myös reseptilääkkeistä on saatavilla edullisempia rinnakkaisvalmisteita.

Kuviosta 5 nähdään, että itsehoitolääkkeiden osuus koko apteekkien lääkemyynnistä on noin 14 prosenttia. Tämä on hyvä pitää mielessä, kun tarkastellaan apteekkien lääkemyynnin muodostumista. Suuri osuus lääkemyynnistä muodostuu näin ollen reseptilääkkeistä.



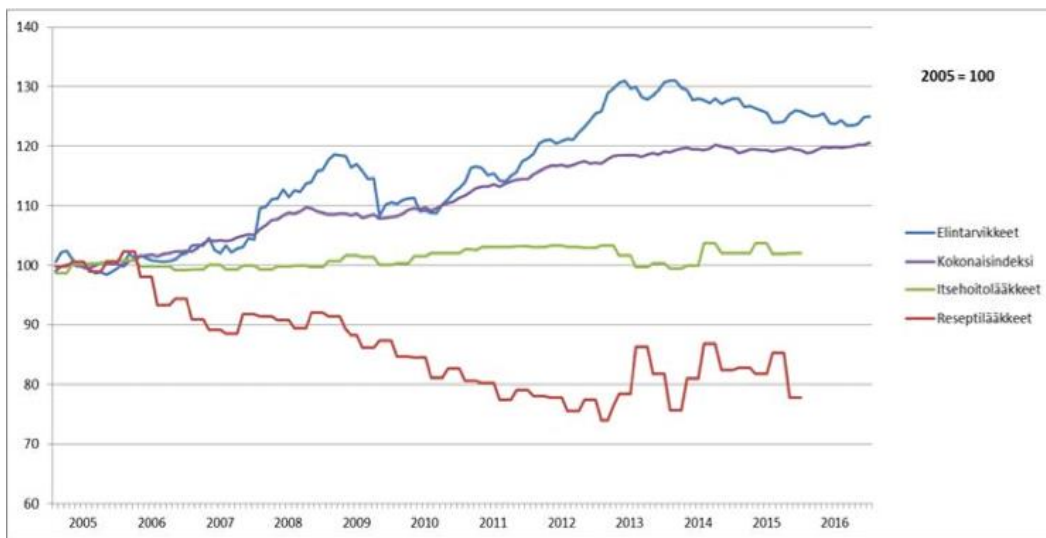
Kuvio 5 Itsehoitolääkkeiden osuus lääkemyynnistä 2018 (Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2020)

Vaikka suurinta osaa itsehoitolääkkeistä voi vapaasti ostaa apteekista itse, on asiakkaalla oikeus saada farmaseuttista neuvontaa niin halutessaan. Apteekissa annettavalla lääkeneuvonnalla varmistetaan ja tuetaan lääkkeen oikeaa ja turvallista käyttöä. Itsehoitolääkkeiden kohdalla tämä korostuu, sillä asiakas hankkii lääkkeen oman diagnoosin perusteella. Apteekki ei siis saa tehdä potilaalle tarkkaa diagnoosia, mutta asiakkaan halutessa voidaan oireiden perusteella valita sopiva itsehoitolääkitys. Mikäli sopivaa ratkaisua itsehoitolääkevalikoimasta ei löydy, tulisi potilas ohjata lääkäriin. (Lääkejakeluselitys 2018.) Vuonna 2013 teetetyyn väestökyselyn perusteella suomalaiset kokevat, että itsehoitolääkkeistä on helppo hankkia ja niiden saatavuus on hyvällä tasolla (Fimea 2014).

Nikotiinikorvausvalmisteiden myynti päivittäistavarakaupoissa, huoltamoilla ja kioskeissa sallittiin vuonna 2006 (Finlex.fi 13.1.2006). Taustalla olivat kansanterveydelliset tavoitteet. Ajateltiin saatavuuden parantumisen ja hintojen laskun vähentävän tupakointia ja parantavan terveyttä. Myynnin vapauttaminen on johtanut tukkumyynnin arvon kaksinkertaistumiseen. Saatavuuden paraneminen lisäsi myynnin

kasvua ja tupakoinnin lopettamisyrityksiä, muttei itse tupakoinnin lopettamista. Aiemman lääketaksan mukaiseen hintaan verrattuna hinnat ovat laskeneet kesimäärin 15 %. Nikotiinikorvaustuotteiden hinnoittelu on vapaata eikä niistä peritä apteekkiveroa, joten osaltaan lasku selittyy apteekkiveron poistumisella. Vuonna 2017 87 % nikotiinikorvaustuotteista myytiin muualla kuin apteekkeissa, ja tällä hetkellä Suomessa on yli 4000 toimipistettä, jotka myyvät nikotiinikorvausvalmisteita.

Itsehoitolääkkeiden hinnat ovat nousseet 3–4 % aikaperiodilla 2005–2016. Tämä nähdään kuvioista 6, jossa vertailu on sidottu kuluttajahintaindeksiin. Samana aikana ruoan hinta on noussut likimain 30 % ja kuluttajahintaindeksi 20 %. (Fimea 2018, 3.)



Kuvio 6 Lääkkeiden ja elintarvikkeiden hintakehitys Suomessa vuosina 2005–2016
Fimea 2018, 3)

3.6 Lääkkeiden hinnoittelu

3.6.1 Lääketaksa

Läkelain (Finlex.fi 10.4.1987) 58 §:n mukaan lääkkeen vähittäismyyntihintana on käytettävä valtioneuvoston asetuksella säädettävän lääketaksan mukaista hintaa. Hinnan on perustuttava kyseisen lääkevalmisteen myyntiluvan haltijan ilmoittamaan valtakunnallisesti käytössä olevaan tukkuhintaan, tukkuhinnan mukaan laskettavaan myyntikatteeseen ja arvonlisäveroon. Tukkuhinnan perusteella laskettava yksittäisen lääkevalmisteen myyntikate voi olla pienempi kuin apteekkiverolain (Finlex.fi 9.9.2016)

mukaan määräytyvä veroprosentti. Lääkkeen vähittäismyyntihintaa ei kuitenkaan sovelleta lääkevalmisteisiin, joita saa myydä myös muualla kuin apteekkeissa, sivuapteekkeissa ja lääkekaapeissa. Tällaisia lääkevalmisteita ovat nikotiinituotteet ja perinteiset kasvirohdosvalmisteet. (Finlex.fi 10.4.1987.)

Lääkkeen vähittäishinta määritellään yksityiskohtaisesti lääketaksa-asetuksessa eli Valtioneuvoston asetuksessa lääketaksasta 713/2013 (Finlex.fi 17.10.2013). Lääketaksa määrittelee apteekille sen lääkkeen myynnistä saaman palkkion. Myös lääkkeiden samahintaisuus säädetään asetuksessa. Lääkkeen vähittäismyyntihinta on kaikille kansalaisille sama. Lisäksi lääkkeen tukkuhinta on kaikille apteekkeille sama ja hankintamäärästä riippumaton. Lääkkeen vähittäismyyntihinnan muodostuminen perustuu taulukossa 1 esitettyihin laskentakaavoihin. Reseptilääkkeen osalta vähittäismyyntihinta saadaan muodostettua, kun tukkuhintaan lisätään apteekin palkkio, toimituseräkohtainen maksu 2,17 euroa sekä arvonlisävero 10 %. Apteekkipalkkion tukkuhintakerroin vaikuttaa apteekkipalkkion hintasidonnaisuuteen. Edullisimmissa reseptilääkkeissä kerroin on 1,45 ja kalleimmissa kerroin on 1,1. Kertoimen lisäksi palkkioon lisätään kiinteä osa, joka 0,92–36,65 euroa riippuen tukkuhinnasta. Itsehoitolääkkeen osalta apteekkipalkkion määräytyminen eroaa, sillä toimitusmaksu 2,17 euroa lisätään vain siinä tapauksessa, jos itsehoitolääkettä toimitetaan lääkemääräyksen perusteella. Itsehoitolääkkeiden tukkuhintakerroin vaihtelee välillä 1,5–1,125 ja kiinteät osat välillä 0,50–47,68 euroa. Myös itsehoitolääkkeen hintaan lisätään arvonlisävero 10 %.

Taulukko 1 Lääkkeen vähittäismyyntihinnan muodostuminen (Finlex.fi 17.10.2013)

Ostohinta (tukkuhinta), €	Reseptilääkkeiden vähittäismyyntihinta	Itsehoitolääkkeiden vähittäismyyntihinta	ALV
0–9,25	1,45 x ostohinta + 2,17 €	1,5 x ostohinta + 0,50 €	+ 10 %
9,26–46,25	1,45 x ostohinta + 0,92 € + 2,17 €	1,4 x ostohinta + 1,43 €	+ 10 %
46,26–100,91	1,45 x ostohinta + 5,54 € + 2,17 €	1,3 x ostohinta + 6,05 €	+ 10 %
100,92–420,47	1,45 x ostohinta + 15,63 € + 2,17 €	1,2 x ostohinta + 16,15 €	+ 10 %
yli 420,47	1,45 x ostohinta + 36,65 € + 2,17 €	1,125 x ostohinta + 47,68 €	+ 10 %

Apteekkipalkkio on degressiivinen. Apteekin myyntikate pienenee tällöin suhteellisesti, kun lääkkeen hinta nousee. (Finlex.fi 17.10.2013.)

Apteekkien hintakilpailumahdollisuudet lääkkeiden vähittäismyyntihinnoilla ovat minimalistiset nykyisen sääntelyn alla. Kuoppamäen (2018) mukaan lääkkeiden hintakilpailu tapahtuu tukkuhintatasolla lääkeyritysten välillä. Apteekit eivät näin ollen pysty osallistumaan lääkkeen hinnan määrittämiseen. Lääkeyritykset tai -tukut eivät myöskään voi myöntää apteekeille alennuksia lääkkeen tukkuhinnasta, sillä ne ovat kaikille apteekeille samat. Vuoteen 2006 asti tukkuhinnoista oli mahdollista saada alennuksia. Alennukset kiellettiin, sillä niiden katsottiin vaikuttajan kuluttajanäkökulmasta katsottuna negatiivisesti apteekin varastoon. Apteekkien varaston nähtiin painottuvan korkeamman katteen tuotteisiin. Lääkelaeissa säännellään, että hintalennukset kuluttajille ovat pääsääntöisesti kiellettyjä. Poikkeuksena ovat kantaasiakasalennukset. On katsottu, että alennusten myöntäminen ja tarjousmarkkinointi saattaisivat kannustaa lääkkeiden tarpeettomaan käyttöön. Lakien tavoitteena on lisäksi taata kansalaisille alueellinen tasa-arvo. (Kuoppamäki 2018, 39–42.)

3.6.2 Apteekkivero

Apteekkivero, aikaisemmalta nimeltään apteekkimaksu, otettiin Suomessa käyttöön 1940-luvulla. Apteekkimaksu muuttui nimeltään apteekkiveroksi vuoden 2017 alussa, ja samalla apteekkiveroasioita alkoi hoitamaan Verohallinto. Apteekkivero on tarkoitettu turvaamaan koko maan kattavat apteekkipalvelut sekä tasaamaan apteekkien välisiä tuloeroja. Apteekkivero tuottaa valtiolle noin 180 miljoonaa euroa vuosittain.

Eduskunta päättää vuosittain apteekkiveron tason. Apteekkivero on progressiivinen ja se määräytyy verovelvolliskohtaisesti pääapteekin, sivuapteekin, apteekin palvelupisteen ja apteekin verkkopalvelun arvonlisäverottoman liikevaihdon perusteella. Pienimmät apteekit eivät apteekkiveroa maksa ollenkaan, kun taas suurimmat apteekit maksavat yli 10 prosenttia. Laskenta muuttuu, mikäli apteekkari vaihtuu. Kun ajatellaan yhtä tiettyä lääkettä ja huomioidaan apteekkiveron käyttö, todetaan apteekkiveron johtavan siihen, että pienempi apteekki saa suuremman katteen kuin isompi apteekki. Taloudellisesti ajatellen käytössä on järjestelmä, joka tasaa tulot eri kokoisten apteekkien välillä.

Apteekin liikevaihtoon sisältyvät tuotot resepti- ja itsehoitolääkkeiden sekä palveluiden myynnistä. Liikevaihtoon eivät sisälly liiketoiminnan tuotot, jotka eivät sisälly myyntiin lääkkeeseen tai palveluun. Lisäksi nikotiinivalmisteet on vapautettu

apteekkiverosta. Yleiset kauppatavarat ovat apteekkiveron piirissä siltä osin kuin niiden myynti ylittää 20 % apteekin liikevaihdosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 26.)

Apteekkiveron laskenta on havainnollistettu taulukossa 2. Suurin veroluokka 11,20 % täyttyy liikevaihdon ollessa 6 243 857 euroa. On kuitenkin huomattava, että suurimpien Suomessa toimivien apteekkien liikevaihto on 15 miljoonaa euroa, jolloin noin kaksi kertaa suuremman liikevaihdon omaava apteekki maksaa samaa apteekkiveroa kuin puolet pienemmän liikevaihdon omaava apteekki. Huomioon kannattaa ottaa myös se, että yksityisinä elinkeinonharjoittajina apteekkarit maksavat progressiivista tuloveroa, joka on yritysverokantaa huomattavasti korkeampi. Tällä ei kuitenkaan liene sen suurempaa merkitystä, kun vertaillaan korkeimman liikevaihdon omaavia apteekkeja muihin. (Kuoppamäki 2018.)

Taulukko 2 Apteekkiveron laskenta liikevaihtoryhmittäin (Finlex.fi 9.9.2016)

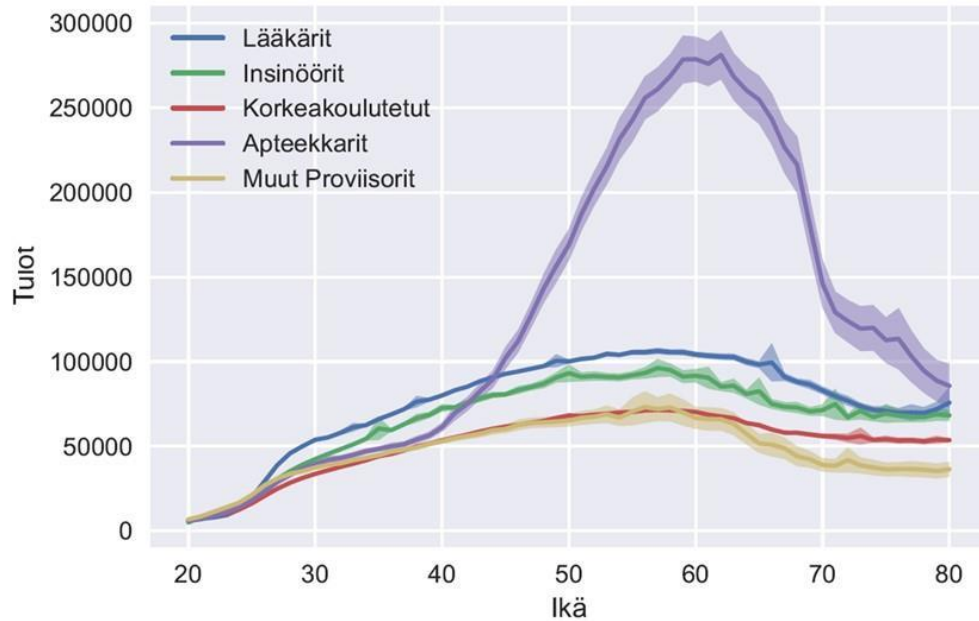
Apteekin vuosiliikevaihto (euroa)	Apteekkivero liikevaihdon alarajan kohdalla (euroa)	Veroprosentti alarajan ylimenevästä liikevaihdosta (%)
871 393–1 016 139	0	6,10
1 016–1 306 607	8 830	7,15
1 306 607–1 596 749	29 598	8,15
1 596 749–2 033 572	53 245	9,20
2 033 572–2 613 212	93 432	9,70
2 613 212–3 194 464	149 657	10,20
3 194 464–3 775 394	208 945	10,45
3 775 394–4 792 503	269 652	10,70
4 792 503–6 243 857	378 483	10,95
6 243 857–	537 406	11,20

Kuoppamäki (2018, 44) toteaa, ettei apteekkiveron porrastus ole suurimpien apteekkien osalta optimaalinen. Kokonaisjärjestelmän ei katsota olevan tällä hetkellä toimiva. Apteekkiverolla voidaan vaikuttaa ylisuuriin voittoihin, ja mahdollisuutena voisi olla, että nykyiseen apteekkiveron progressioon lisättäisiin muutama porras lisää.

Julkisuudessa ja eri medioissa on keskusteltu paljon siitä, että apteekit ansaitsevat ylisuuria voittoja. Esimerkiksi Hyytinen (2016) on tehnyt vertailuja apteekkitoimialan haltijoiden tuloista suhteessa muihin oman alansa tehtäviin taikka yrittäjänä toimimiseen muissa tehtävissä. Hän perusti vertailunsa tutkimalla apteekkitoimialan haltijoiden tuloja

suhteessa muiden yrittäjien tuloihin, korkeasti koulutettujen palkansaajien tuloihin sekä tulonjakauman avulla määriteltyihin suurituloisiin. Suuntaa antavien tulovertailujensa perusteella Hyytinen toteaa apteekkareiden tulojen olevan huomattavasti korkeampia kuin edellä mainittujen ryhmien. Laskelmiensa mukaan apteekkarin saama verojen jälkeinen mediaanitulo apteekista on 120 000–140 000 euron välillä. Yrittäjien keskimääräiset tulot olivat vuonna 2013 noin 46 000 euroa, josta verojen jälkeen nettotuloiksi jäi noin 35 000 euroa. Vuonna 2014 sosiaali- ja terveysalan ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneiden vuosittaiset keskiansiot olivat 58 000 euroa ja farmasian ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneiden keskiansiot 55 000 euroa. Parhaiten ansaitsevan 10 %:n joukossa vastaavat vuosittaiset keskiansiot olivat 88 000 euroa ja 75 000 euroa. Suuntaa antavien tulovertailujensa perusteella Hyytinen toteaa apteekkareiden tulojen olevan huomattavasti korkeampia verrattuna muihin edellä mainittuihin ryhmiin. Vuositasolla apteekkitoimilupien haltijoiden nauttimat voitot ovat yhteensä 90–100 miljoonaa euroa. Huomattavaa on lisäksi se, että jopa 30–40 % apteekkareista sijoittuu suomalaisen tulonjakauman huipulle parhaiten ansaitsevien 1 %:n joukkoon (Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2020, 12).

Hyytisen havaintoja tukee Björkin näkemys (ks. Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2020, 13) apteekkareiden tulokehityksestä suhteessa muihin ammattiryhmiin. Kuviosta 7 voidaan nähdä, kuinka apteekkareiden tulot lähtevät nousuun 45 ikävuoden jälkeen. Tähän saakka tulot ovat pysyneet tasaisina kaikissa ammattiryhmissä. Apteekkareiden tulojen nousuun vaikuttaa apteekkiluvan saanti sekä erillisyhtiöiden tuottamat lisätulot. Apteekin ohessa on usein osakeyhtiömuotoinen erillisyhtiö, jonka tuloja verotetaan pääomatuloina. Näin ollen apteekkarin tulo muodostuu verotettavasta ansio- sekä pääomatulosta. (Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2020, 12–13.)



Kuvio 7 Apteekkareiden veronalaiset tulot vuosina 1993–2017 suhteessa eri ammattiryhmiin (Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2020, 13)

Apteekkareiden korkeita tuloja tarkastellessa voidaan huomata yhteys ylijäämäntavoittelun tilanteeseen. Ylisuuret voitot eivät tietenkään suoraan tarkoita ylijäämäntavoittelun tilannetta, mutta kokonaistilanne huomioiden viitteitä kyllä löytyy. Apteekkareiden urakehitys, sääntelytoimien voimakkuus, uusien apteekkien perustamisen hidastaminen sekä apteekkitoimipisteessä harjoitettava osakeyhtiötoiminta antavat kaikki viitteitä ylijäämäntavoittelusta. Ääneen sanotaan, että turvataan lääkehuolto, mutta onko kaikki tämä sääntely vaivan arvoista? Ylijäämää ikään kuin tavoitellaan kulisseyssä, mutta julkisuudessa puhutaan toista. Etuja omalle toimialalle tavoitellaan poliittisten väylien kautta. Yhteiskunnan etu hämärtyy, kun omat edut ovat suuremmat nykyisen järjestelmän puitteissa. Ei osata tai uskalleta ajatella järjestelmän toimivuutta muulla tavalla. Ylijäämäntavoittelu haittaa talouden ja yhteiskunnan toimintaa, sillä se saa aikaan tehottomuutta. Vakiintuneet käytännöt ottavat vallan eikä innovaatiolle anneta tilaa.

4 KATSAUS MUIHIN POHJOISMAIHIN

4.1 Taustaa

Pohjoismaiset apteekkijärjestelmät sisälsivät hyvin samankaltaisia piirteitä vuosituhannen vaihteeseen asti. Apteekin omistaminen sallittiin vain farmaseuttisen koulutuksen saaneelle henkilölle, paitsi Ruotsissa, jossa apteekkitoiminta oli valtion monopoli. Apteekkien määrää ja sijaintia säänneltiin, ja lääkkeitä myytiin vain apteekeista niiden hintojen ollessa kaikissa myyntipisteissä samat. 2000-luvulle tultaessa apteekkisääntelyn uudistaminen alkoi Islannin aloitteesta. Perässä seurasivat Norja ja Ruotsi sekä muutama vuosi sitten Tanska. Suomen tilanne on säilynyt muuttumattomana pieniä lakimuutoksia lukuun ottamatta. Nykyisin pohjoismaiden apteekkijärjestelmät eroavat hyvinkin paljon toisistaan. Lääkkeiden jakelu on kansallisen lainsäädännön varassa, joten apteekkijärjestelmissä on eroja maittain. Eroja on sääntelyn tasossa ja painotuksissa.

4.2 Islanti

Pohjoismaisten apteekkijärjestelmien sääntelyn purkaminen alkoi Islannista vuonna 1996. Taustalla oli halu muuttaa apteekkijärjestelmää sekä sitoutuminen eurooppalaiseen vapaakauppasopimukseen. Ennen uudistusta farmaseuttisen koulutuksen saaneen henkilön oli työskenneltävä vuosikymmeniä apteekeissa ja syrjäseuduilla, jotta oli mahdollisuuksia päästä paremmin kannattavamman apteekin omistajaksi. He olivat näin ollen tyytymättömiä vallitsevaan tilanteeseen. Lisäksi uudistuksen taustalla heijastelivat kasvavat terveydenhuollon kustannukset, joten uudistuksen tavoitteena olikin kasvavien kustannusten hallinta tehokkaan lääkehuollon ja laadukkaan ja turvallisen lääkejakehun ohella. (Lääkejakehusepalvelus 2018.)

Uudistuksen jälkeen apteekkilupa myönnetään farmaseuttisen koulutuksen saaneelle henkilölle, mutta muutoin omistajuutta ei säännellä. Apteekkien määrää ja sijaintia ei käytännössä rajoiteta, vaikkakin lupa edellyttää alueviraston suositusta.

Itsehoitolääkkeiden hinnat vapautettiin ja reseptilääkkeille määriteltiin enimmäishinta. Uudistuksessa lakiin säädettiin apteekkareille velvoite huolehtia farmaseuttisesta hoidosta ja lääkeneuvonnasta. Apteekissa on sen kaikkina aukioloaikoina työskenneltävä kaksi farmaseuttisen koulutuksen saanutta henkilöä. (Kuoppamäki 2018, 62.)

Apteekkiuudistuksen vaikutuksista teetettiin kyselyjä ja haastatteluja viranomaisille, farmasian ammattilaisille sekä muille keskeisille toimijoille. Sääntelyn purkamisen katsottiin johtaneen hintojen alentumiseen, mutta tämän seurauksena valtio korotti lääkkeiden omavastuuosuuksia. Näin ollen valtio hyötyi hintojen laskusta, eivät potilaat. Kuoppamäen (2018) mukaan asiakkaille tehdystä haastattelututkimuksesta käy ilmi, että apteekkien välistä hintakilpailua, lääkkeiden hintojen alenemista ja asiakasalennuksia esiintyi pääasiassa Reykjavikin seudulla. Maaseudulla asuvat kokevat epätasa-arvoa, sillä lääkkeiden hinnat eivät olleet kaikille samoja. Näin ollen ei havaittu apteekkien omistajuuden vapauttamisen ja mahdollisuuden lääkkeiden hinnanalennuksiin laskevan lääkekorvauskustannuksia halutulla tavalla.

4.3 Norja

Norjassa apteekkijärjestelmää uudistettiin vuonna 2001. Muutoksen taustalla oli näkemys järjestelmän tehottomuudesta, sillä apteekkien kannattavuuserot olivat suuria ja valtio joutui tukemaan tappiollisia apteekkareita. Uudistuksen myötä perustaminen ja omistaminen vapautettiin, mikä lisäsi rajusti apteekkien määrää. Apteekkeja voi perustaa vapaasti, sillä apteekkarin koulutustaustaa ei ole määritelty. Ainoana rajoituksena on, että perustaja ei saa olla lääkäri tai lääkeyhtiö. Näin pyritään turvaamaan riippumattomuuden säilyminen. Vertikaalinen integraatio apteekkien, apteekketjujen ja lääketukkujen välillä sallittiin. Toimet ovat johtaneet laajaan apteekkien ketjuuntumiseen, ja omistajina toimivat pääasiassa lääketukut. Allyn (ks. Apteekkari.fi 25.10.2016) mukaan sääntelyn vapauttaminen on johtanut kolmen monikansallisen apteekketjun oligopoliin. Kolme kansainvälistä ketjua Apotek I, VitusApotek ja Boots Apotek omistavat noin 85 % maan apteekkeista.

Ennen uudistusta helmikuussa 2001 Norjassa oli 399 apteekkia. Uudistuksen seurauksena apteekkien määrä nousi noin 830:een. Apteekkeja on perustettu kuntiin, joissa ei ole onnen ollut apteekkeja, ja lisäksi aukioloajat ovat parantuneet. Norjassa on kuitenkin vielä noin 200 kuntaa, joissa ei ole lainkaan apteekkia. Uudistuksista huolimatta tuotevalikoiman on nähty kaventuneen huomattavasti, mihin on johtanut se, että apteekketjut saavat päättää apteekkeissa myytävän tuotevalikoiman. Erityisesti rinnakkaisvalmisteiden osalta tilanne on muuttunut siten, että tietyille valmisteille on tarjolla enää yhtä rinnakkaisvalmistelaa. Esimerkiksi Suomessa valmisteen rinnalla tarjotaan 3–4 rinnakkaisvalmistetta. (Apteekkari.fi 25.10.2016.)

4.4 Ruotsi

Ruotsissa apteekkijärjestelmä oli valtio-omisteinen monopoli vuosina 1970–2009. Kyseinen monopoli oli harvinainen laadultaan, sillä vastaavanlainen lääkejakelumonopoli on tiettävästi ollut Ruotsin lisäksi vain Kuubassa ja Pohjois-Koreassa (Wessman & Kiesiläinen 2017, 15). Valtio-omisteista järjestelmää ei pidetty enää perusteltuna, joten uudistusta pidetään osin ideologisenä uudistuksena. Kokonaisuudistus toteutettiin nelivaiheisena, ja sillä tähdättiin palveluiden parempaan saatavuuteen, toiminnan tehokkuuteen, hintakilpailuun ja markkinoiden monipuolistumiseen. Uudistus alkoi vuonna 2008 nikotiinivalmisteiden myynnin sallimisella apteekkien ulkopuolella sekä parantamalla sairaaloiden mahdollisuuksia tarjota lääkehuoltoa. Vuosien 2009 ja 2010 aikana valtio myi suuren osan apteekkeista apteekketjuille ja yksityisille apteekkareille. 466 apteekkia myytiin apteekketjuille ja 150 apteekkia yksityisille tahoille. Valtio on edelleen vahvasti apteekkimarkkinoilla mukana, sillä sen omistama Apoteket Ab omistaa noin kolmasosan apteekkeista (330 kappaletta), ja lisäksi markkinoilla toimii muitakin valtion omistamia yhtiöitä. Lisäksi markkinoilla toimii useita muita toimijoita kuten lääketukut, vähittäiskauppa ja itsenäisiä harjoittajia. Yksityisyrittäjien omistukseen siirtyi jopa kaksi kolmasosaa alun perin valtion omistamista apteekkeista. Viimeisessä vaiheessa marraskuussa 2009 itsehoitolääkkeet tulivat myyntiin apteekkien ulkopuolelle kauppoihin, kioskeihin ja huoltoasemille.

Lääkejakeluselvityksestä (2018) käy ilmi, että Ruotsissa, kuten myös Norjassa ja Islannissa, apteekkitoiminnan harjoittamista koskeva sääntely perustuu tasapuolisen kilpailun periaatteille. Apteekkitoiminnan harjoittaminen ja omistajuus on vapaampaa Suomeen verrattuna. Kaikki toimiluvan edellytykset täyttävät toimijat pääsevät näin ollen käytännössä apteekkimarkkinoille. Lääkärit tai lääkeyritykset eivät kuitenkaan voi omistaa apteekkeja. Tällä turvataan riippumattomuus. Apteekkeissa on kuitenkin sen aukioloaikoina oltava koulutettu farmaseutti turvaamassa farmaseuttisen neuvonnan. Apteekkien määrä lisääntyi kuitenkin suuresti, mikä on aiheuttanut pulaa koulutetusta henkilökunnasta. Apteekkien perustamiselle ei myöskään ole mitään maantieteellisiä rajoituksia.

Ennen uudistusta apteekkeja oli 920. Vuonna 2011 määrä oli lisääntynyt 1242:een. Syrjäseuduilla apteekkien määrä oli lisääntynyt, mutta tähän vaikuttaa hyvin paljon lähtötilanne, sillä ennen uudistusta syrjäseutujen apteekkitiheys oli hyvin alhainen.

Ruotsin uudistusta on kritisoitu liian nopean toteuttamisaikataulun vuoksi, mikä johti siihen, etteivät uudistustoimenpiteet olleet kaikilta osin odotettuja. Esimerkiksi parasetamolimyrytysten määrä lisääntyi 40 % sen jälkeen, kun itsehoitolääkkeiden myynti sallittiin apteekkien ulkopuolella. Tämän seurauksena Läkemedelsverket on palauttanut parasetamolivalmisteet takaisin ainoastaan apteekkien myyntivalikoimaan. Myös lääkeneuvonnan laadun huonontumista on kritisoitu. (Kuoppamäki 2018, 57.)

4.5 Tanska

Tanskassa järjestelmää uudistettiin muutama vuosi sitten vuonna 2015 pitkähkön valmistelutyön seurauksena. Valmisteluun osallistuneet tahot olivat jakautuneet kahteen ryhmään: toinen puolisko kannatti julkista sääntelyä, toinen markkinamekanismeja. Valmistelutyön aikana ryhmittymät ja niiden näkemykset lähentyivät kuitenkin toisiaan, ja ne saavuttivat yhteisen näkemyksen liittyen lääkkeiden saatavuuden turvaamiseen haja-asutusalueilla.

Vanhasta järjestelmästä säilyi proviisoriomistus ja viranomaisohjaus pääapteekin apteekkarin, pääapteekkien määrän ja sijainnin suhteen. Määrää ja sijaintia säännellään siten, että apteekkari voi perustaa seitsemän sivuapteekkia 75 km:n läheisyyteen pääapteekista. Tämän lisäksi itsehoitolääkkeiden myyntipisteitä voi perustaa vapaasti. Sivuapteekkien määrä on lisääntynyt huomattavasti uudistuksen seurauksena. Kokonaisuudessaan toimipisteiden määrä nousi yli sadalla.

Reseptilääkkeiden myynti on rajattu apteekkeihin, mutta tiettyjä itsehoitolääkkeitä on myyty jo aiemmin apteekkien lisäksi huoltoasemilla ja marketeissa. Itsehoitolääkkeiden hinnat vapautettiin niiden valmistajien osalta, joita voidaan myydä apteekkien ulkopuolella. Muilta osin hinnat ovat samahintaisia eli säänneltyjä.

Apteekkilupa on elinikäinen, ja erona Suomeen verrattuna on se, ettei urakiertoa apteekista toiseen ole juuri lainkaan. Kun apteekkari kuolee tai jää eläkkeelle, uusi lupa julkistetaan ja tätä voi hakea farmaseuttisen koulutuksen käynyt henkilö. Luvan saaneen apteekkarin ei tarvitse luopua aiemmasta mahdollisesta apteekkiluvastaan.

Apteekit määriteltiin selkeämmäksi osaksi terveydenhuoltoa, ja tätä myös uusi laki on vahvistanut. Apteekin palveluvalikoimaa lisättiin ja vastaavasti tuotevalikoimaa karsittiin, millä pyritään korostamaan apteekin terveydenhuollollista roolia. Apteekeilla on velvollisuus tarjota Lääkehoidon aloituspalvelua (engl. New medication) asiakkaille, jotka hakevat lääkettä ensimmäisen kerran todettuun pitkäaikaissairauteen. Palvelun tarkoituksena on parantaa lääkehoitoon sitoutumista. Oleellista on huomata, ettei apteekki

saa kyseisen palvelun tarjoamisesta erillistä korvausta. Inhalaatiohoidon tarkistuspalvelu korvataan kuitenkin julkista varoista, ja tämä onkin vakiintunut apteekin palveluvalikoimaan. Tuotevalikoimaa taas rajoitetaan julkaisemalla kolmen kuukauden välein lista apteekin valikoimiin soveltuvista ja soveltumattomista tuotteista. Soveltumattomiin tuotteisiin lukeutuvat kauneudenhoito- ja kosmetiikkatuotteet eikä näitä ei-lääkkeellisiä tuotteita saa myydä apteekeissa. (Kuoppamäki 2018, 61–62; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 60–61.)

4.6 Yhteenvedo pohjoismaisista apteekkijärjestelmistä

Ruotsissa, Norjassa ja Islannissa apteekkimarkkinat ovat nykyisin hyvinkin liberaalit. Apteekkitoimintaa voi harjoittaa muukin kuin farmasian koulutuksen saanut henkilö. Apteekkien määrä- ja sijainninsäätelystä on luovuttu. Fimean selvityksen perusteella tehdystä taulukosta numero 3 nähdään yhteenvedona apteekkijärjestelmän säätelyyn tehdyt muutokset Pohjoismaissa.

Taulukko 3 Apteekkijärjestelmän säätelyyn tehdyt muutokset Pohjoismaissa (Fimea 2017, 17)

Valtio ja muutosvuosi	Apteekkien määrä ja sijainti	Apteekin omistajuus	Lääkkeiden vähittäismyyntihinnat	Muut uudistukset
Islanti 1996	Apteekkien määrää ja sijaintia ei käytännössä rajoiteta, mutta luvan saaminen edellyttää alueviraston hyväksyntää	Apteekkilupa farmaseuttisen koulutuksen saaneelle, mutta liikkeen omistajuuspohjaa ei säännellä.	Itsehoitolääkkeiden hinnoittelu vapautettu, reseptilääkkeille määritetään maksimihinta.	Farmaseuttinen hoito tuli lailliseksi velvoitteeksi. Apteekissa työskenneltävä aina vähintään 2 farmaseuttisen koulutuksen saanutta henkilöä.
Norja 2001	Apteekkien määrää ja sijaintia ei rajoiteta.	Apteekin voi omistaa kuka tahansa, pois lukien lääkärit ja lääkeyritykset.	Itsehoitolääkkeiden hinnoittelu vapautettu, reseptilääkkeille määritetään maksimihinta.	Tietyt itsehoitolääkkeet apteekkien ulkopuolisessa myynnissä. Apteekeissa työskentelee aina vähintään kaksi farmaseuttisen koulutuksen saanutta henkilöä.

Taulukko 3 jatkuu

Ruotsi 2009	Apteekkien määrää ja sijaintia ei rajoiteta.	Apteekin voi omistaa kuka tahansa, pois lukien lääkärit ja lääkeyritykset.	Itsehoitolääkkeiden hinnoittelu vapautettu, korvausjärjestelmään kuuluville lääkkeille määritetään maksimihinta.	Tiettyjä itsehoitolääkkeitä saa myydä muualla kuin apteekeissa. Velvoite lääkkeiden saatavuudelle 24 tunnin kuluessa ja lääkeneuvonnalle.
Tanska 2015	Apteekkien määrää ja sijaintia säännellään edelleen, mutta muutoksen jälkeen apteekkari voi perustaa 75 km läheisyyteen pääapteekista korkeintaan seitsemän sivuapteekkia.	Ei muutoksia, apteekin omistajuutta säännellään edelleen.	Itsehoitolääkkeiden, joiden myynti mahdollista myös muualla kuin apteekissa, hinnoittelu vapautettu.	Tiettyjä itsehoitolääkkeitä saa myydä muualla kuin apteekeissa.

5 APTEEKKIUUDISTUS

“Palvelutoiminnassa kilpailua tulisi lisätä karsimalla alalle pääsyn esteitä. Apteekkioikeudet, taksiluvat, liikenneluvat, lääkintöhallituksen lääkkeisiin kohdistuva sääntely ja eriasteinen toiminnan luvanvaraisuus muodostavat huomattavan esteen päästä alalle ja siten rajoittavat voimakkaasti kilpailua. Polkupyörän omistamis- ja ajoluvasta on sentään katsottu voitavan luopua.” – Kalevi Sorsa, 1991.

5.1 Historiallinen tausta

Miten nykyiseen, kartellimaisiakin piirteitä omaavaan markkinarakenteeseen on sitten päädytty? Jotta kysymykseen voidaan vastata, on tehtävä katsaus historiaan. Apteekkarin toimivalta yksityisenä elinkeinonharjoittajana juontaa juurensa kauas historiaan. Jo Ruotsin valtakunnan ajalla 1680-luvulla apteekkarina toimivan henkilön tuli saada kuninkaalta käsky ja määräys sekä hänellä tuli olla asianmukainen tutkinto. Apteekkilaitoksen synty perustuukin kyseisiin säädöksiin, jotka ovat säilyneet periaatteiltaan samoina aina tähän päivään asti. Apteekit olivat ennen lääketehaita minikoossa, sillä lähes kaikki lääkkeet valmistettiin itse. Sekä suunnittelu että raaka-aineiden hankinta toteutettiin itse. Tehdasvalmisteiset lääkkeet yleistyivät vasta Toisen maailmansodan jälkeen, ja 1960-luvulla 90 % apteekin lääkevalikoimasta oli tehdasvalmisteisia. Toimialarakenteen muotoutumista selittää olennaisesti historiallinen kehitys omasta lääkevalmistuksesta, johon on lainsäädännöllä haluttu liittää apteekkarin henkilökohtainen vastuu. (Nylund 2017.) Yksityisenä elinkeinonharjoittajana toimiminen rajaa vastuun henkilökohtaisesti apteekkarille. Tämä selittää olennaisilta osin sitä, miksi toimialaa ei ole muutettu esimerkiksi osakeyhtiömuotoisen rakenteen suuntaan. (Isoaho 2016, 39–40.)

Apteekin harjoittaminen on Suomessa luvanvarainen elinkeino, jonka perusteella lääkkeiden myyntiin ovat oikeutettuja vain tietty ammattiryhmä ja sen sisälläkin vain osa ryhmän jäsenistä. Apteekkitoiminnan ehdot ovat tämän vuoksi hyvin tarkkoja. Perustuslain mukaisen elinkeinovapauden takia tällaiset erityisoikeuteen perustuvat luvat ovat hyvin harvinaisia. Perustuslakivaliokunta on kuitenkin katsonut, että elinkeinovapautta voidaan rajoittaa poikkeuksellisilla määräyksillä. Rajoitusten tulee olla täsmällisiä ja tarkkoja. Perustuslakivaliokunta katsoo, että lääkkeiden myyntiin liittyvä lupa- ja rekrytointijärjestelmä täyttää elinkeinotoiminnan luvanvaraisuuden. Lainsäädännön perusteella siis vain tietty ammattiryhmä, proviisorit, saavat harjoittaa

apteekkitoimintaa henkilökohtaisesti, ja luvan myöntää Fimea. Itse apteekkitoiminnan harjoittaminen perustuu Lääkelakiin, jonka mukaan apteekkitoimintaa harjoitetaan yksityisenä elinkeinoharjoittajana. Tämä on vakiintunut tulkinta, jota ei voi muuttaa. (Kuoppamäki 2018, 11–12.)

Fimean lisäksi monet muutkin tahot liittyvät apteekkimarkkinoiden ja lääkejakelun toimintaan. Sosiaali- ja terveysministeriön tehtäviin kuuluu lääkehuoltoa koskevan lainsäädännön valmistelun ohella lääkehuollon hallinnon yleinen kehittäminen. Valvira ohjaa ja valvoo apteekin ammattihenkilökuntaa apteekkareita, proviisoreja ja farmaseutteja toimien terveydenhuollon ammattihenkilönä. Lisäksi Kansaneläkelaitos (Kela) on kiinteässä yhteydessä apteekkitoimintaan, sillä se toimeenpanee kansallisen lääkekorvausjärjestelmän. (Lääkejakeluserveys 2018, 13.)

5.1.1 Apteekkareiden lobbausvoima

Suomen Apteekkariliitto ry on vuonna 1897 perustettu yksityisiä apteekkeja edustava yhdistys. Lähes kaikki apteekkarit ovat liiton jäseniä, ja liitto onkin vahvasti järjestäytynyt. Keskeisiin tehtäviin kuuluu suomalaisen apteekkitoiminnan kehittäminen. Liitto on yhteydessä päätöksentekijöihin, viranomaisiin sekä eri järjestöihin ja yhdistyksiin, tiedottaa ja tukee apurahoin farmasian kehitystä. Liitto kannattaa apteekkiuudistusta omien suuntaviivojensa mukaisesti, mutta korostaa, ettei uudistuksia tule tehdä kilpailunäkökulmasta. Näkemykset ovatkin vastakkaisia esimerkiksi KKV:n ja PTY:n kanssa. On myös viitteitä siitä, että Apteekkariliiton tehokas lobbaus on saanut jaettua hallituspuolueiden mielipiteitä (Savon Sanomat 27.4.2017).

Apteekkariliitto tekee siis edunvalvontatyötä apteekkareiden hyväksi. Liitto viestii taitavasti saaden kansanedustajat ja poliitikot puolelleen. Ihoaho on havainnut Apteekkariliiton suuren painoarvon apteekkialaan liittyvässä päätöksenteossa. Apteekkariliitto ja Fimea tekevät läheistä yhteistyötä. Erään Isoahon haastatteleman henkilön mukaan ”Fimea on apteekkarihautomio”, jonka virkamiehistä tulee jossain uransa vaiheessa normaalia satunnaisotantaa suuremmalla todennäköisyydellä apteekkiluvan saaneita apteekkareita. Myös Farmasialiitto ja Proviisoriyhdistys ovat aktiivisia edunvalvojia. Apteekkiliiketoiminta ja -markkinat koostuvat monista toimijoista kuten tytäryhtiöistä, yhteisyhtiöistä, ketjuista ja erilaisista kumppanuusmalleista.

Isoahon mukaan Apteekkariliiton lobbaus on vahvaa, tarkoitushakuista ja vääristävääkin. Otsikoilla pyritään vetoamaan ihmisiin, mutta objektiivinen tieto puuttuu.

Esimerkkinä ”lääkevaihdon avulla tuotava miljardin euron säästö yhteiskunnalle”. Kyseessä on vuosikymmenen, ei vuositason kehitys, ja kyseinen säästö on tekninen lopputulos, ei toimialan kehittämiseen perustuva. Julkisuudessa Apteekkariliitto perustelee suljetun järjestelmän turvaavan lääkitysturvallisuuden ja lääkehuollon, mutta tosiasiaa järjestelmän ylläpidolla pyritään saamaan etuja pienelle ryhmälle. (Isoaho 2016, 11–12.) Tähän liittyy sääntelijän kaappauksen ongelma. Oman toimialan etua ajetaan yhteiskunnan edun kustannuksella. Tällainen toimintapa on ongelmallinen markkinoilla.

Apteekkareiden lobbauksesta ei muutenkaan juurikaan puhuta julkisuudessa, vaan se on hiljaista lobbausta kulisseissa. Ristiriidan tämä aiheuttaa sen vuoksi, kun ihmiset vastaavasti miettivät, miksei uudistuksia tapahdu. Syynä se, kun apteekkarit ovat lobanneet poliitikkoja niin tehokkaasti. Toisen ristiriidan Apteekkariliiton toiminnassa aiheuttaa sen toimiminen liike-elämässä, vaikkei yhdistyksen säännöissä ole mitään merkintää, että sillä olisi liiketoimintaa. Vuonna 2015 Apteekkariliiton omistuksessa oli neljä lääkealan yritystä.

Apteekkareiden tehokas lobbausvoima on nähtävästi tuottanut tulosta, sillä uudistustoimenpiteet tuntuvat tapahtuvan todella hanakasti ja hitaalla tahdilla. Eräs hallituspuolueen jäsen on kommentoinut sääntelyn purkamisen olevan erittäin hankalaa, jos kuuluu yhteen uudistusta ajavaan puolueeseen kolmesta. Poliitikot vaikenevat ja ovat haluttomia puhumaan asiasta kysyttäessä. Apteekkijärjestelmässä piileekin rakenteellisen korruption vaara. Alalle muodostuneet käytännöt näkyvät ulospäin järjestelmän hyväksikäyttönä sekä ansaitsemattomina etuoikeuksina. (Isoaho 2016, 121.)

Kun otetaan huomioon Hyytisen arviot (ks. luku 3.6.2) vuosittaisista 100 miljoonan euron voitoista, huomataan, että apteekkareilla on mahdollisuus käyttää vuosittain miljoonia euroja uudistusten jarruttamiseen ja lobbaamiseen. Suomen apteekkimarkkinoiden kartellimaisiakin piirteitä omaava järjestelmä toimii erittäin tehokkaasti ja on ollut samankaltainen hyvin pitkään, joten sitä voidaan ainakin jossain määrin verrata Suomessa aiemmin toimineeseen asfalttikartelliin. Suomessa aiemmin toiminut asfalttikartelli oli todella tehokas toiminnan luonteensa ja pitkäikäisyytensä vuoksi (ks. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus 2011, 22).

Useat eri tahot vaikuttavat apteekkimarkkinoihin, ja viitteitä tehokkaasta vaikuttamistyöstä löytyy. Näin ollen voidaan sääntelijän kaappauksen teoria yhdistää apteekkimarkkinoihin. Toimialan yhdenmukaiset tavoitteet ja saavutetut hyödyt nousevat epäkohtien edelle, ja tällöin yhteiskunnan etu hämärtyy. Valvontaelimet on kaapattu

omien etujen valjastajiksi ja uudistusten jarruttajiksi. Omien etujen vaalimisesta ja sääntelyn kiinni pitämisestä on tullut vakiintunut toimintatapa, josta on vaikea päästää irti. Ilmiö on yhteiskunnan näkökulmasta haitallinen ja voi johtaa rakenteellisen korruption vaaraan.

5.2 Kohti uudistusta

Viime vuosina eri tahot ovat laatineet selvityksiä ja ratkaisuehdotuksia Suomen apteekkitoiminnan ja lääkejake-lun uudistamiseen. Näkemykset ovat keskenään hyvinkin erilaisia, sillä ne vaihtelevat nykyjärjestelmän kehittämisestä aina kokonaisvaltaiseen uudistamiseen.

Päivittäistavarakauppa ry:n (PTY) mukaan apteekkisääntely on saatava vastaamaan nyky-yhteiskunnan asiakkaiden tarpeita ja käyttäytymistä, ja siksi tarvitaan kokonaisuudistus. Väestön ikääntyminen, kansainvälisen verkkokaupan kehitys, lääkkeiden saatavuuden varmistaminen ja lääkemenojen kasvu ovat haasteina muuttuneelle toimintaympäristölle ja 1980-luvulta peräisin olevalle lainsäädännölle. Suomi on ainoa pohjoismaa, jossa uudistusta ei ole tehty. (Lääkejake-luselvitys 2018.) Myös Kilpailu- ja kuluttajavirasto (2020) on kokonaisuudistuksen kannalla. Petri Kuoppamäen Apteekkariliitolle laatimassa selvityksessä painopisteeksi otetaan Suomen apteekki-järjestelmän kehittäminen nykyjärjestelmää parantamalla. Apteekkilupien määrää kannattaisi lisätä suurestikin, mutta tarkkarajaisen harkinnan avulla. Hintakilpailua voitaisiin lisätä ainakin osassa reseptivapaita lääkkeitä. (Kuoppamäki 2018.)

Apteekkitoimintaa voidaan kehittää myös viemällä toimintaa eri suuntiin. Ensimmäisenä vaihtoehtona on perinteiseen lääkkeen jakeluun keskittynyt apteekkimalli. Tämän ominaispiirteisiin kuuluvat nykyisen järjestelmän tyypilliset piirteet kuten proviisoriomistus, luvan henkilökohtaisuus ja alueellinen sijainnino-hjaus. Toisessa mallissa suuntaudutaan erikoiskauppaan. Proviisoriomistus ja alueellinen ohjaus puretaan, ja toiminta siirtyy apteekkiketjuille ja vähittäiskaupalle kuten on tapahtunut Ruotsissa, Norjassa ja Islannissa. Vertikaalinen integraatio usein sallitaan, minkä avulla pyritään saavuttamaan kustannushyötyjä integroimalla tukkumarkkinat ja vähittäisketjut. Apteekki toimii vahvasti osana erikoiskauppa, ja näin ollen valikoimaan muodostumisessa ovat vahvasti läsnä omistajan liiketaloudelliset tavoitteet. Kolmannessa

mallissa apteekkitoiminta on kiinteä osa muuta terveydenhuoltoa. Tärkein tehtävä on potilaiden terveyden edistäminen.

Nykyisestä järjestelmästä löytyy kaikkien suuntautumisvaihtoehtojen piirteitä. Vaihtoehtoja havainnollistetaan kuviossa 8 Kuoppamäkeä (2018) mukailleen. Tulevaisuudessa tärkeänä kysymyksenä on, mikä malleista täyttää parhaiten lääkejakelelle asetetut tavoitteet ja mitä näistä lähdetään eniten painottamaan?



Kuvio 8 Apteekkitoiminnan suuntautumisvaihtoehdot

Sosiaali- ja terveysministeriön (2019) julkaisemassa virkamiesmuistiossa havainnollistetaan lääkehuollon kehittämisehdotuksia tiekartan avulla. Tiekartta sisältää kolmen hallituskauden mahdollisuudet uudistaa lääkeasioita, jotka näkyvät kuviossa 9. STM:n erityisasiantuntija Heidi Tahvanainen kommentoi olevansa innostunut tiekartasta, ja katsookin rationaalisen lääkehoidon kehittämiseksi olevan tilausta (Mediuutiset 2019).



Kuvio 9 Lääkeasioiden kokonaisuuden tiekartta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 97)

Apteekkien lupajärjestelmä, lääketaksa ja apteekkivero nivoutuvat kiinteästi toisiinsa, joten katsotaankin, että apteekkijärjestelmään tulisi kohdistaa laajempi selvitystyö ja järjestelmän tarkastelu kokonaisuutena. Jatkossa tapahtuva uudistaminen voidaan toteuttaa jollakin kolmesta seuraavasta mallista: nykyjärjestelmän kehittäminen, keskittien malli tai kokonaisuudistus. Toteuttamismallit vaativat jatkoselvitystä ja valmistelua, jotka on otettava huomioon uudistukseen ryhdyttäessä. Huomionarvoista on, että virkamiesmuistio ei sisällä kannanottoa parhaaksi arvioidusta mallista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.) Uudistamistarpeet liittyvät suurempiin kokonaisuuksiin, ja tässä luvussa käydäänkin niitä läpi.

5.3 Sääntelyn purkaminen

Helsingin Sanomien (11.7.2018) teettämästä gallupista selviää, että suurin osa suomen kansalaisista ei rajoittaisi apteekkien määrää ja sijaintia. Apteekkeja koskeva sääntely koskee sekä alalle pääsyä että apteekkien toiminnan ja hinnoittelun sääntelyä. Apteekkijärjestelmän sääntelyn purkamisella tarkoitetaan usein apteekkien omistamista, perustamista, sijaintia ja määrää koskevan sääntelyn purkamista. Hintasääntely katsotaan usein erilliseksi kokonaisuudeksi. Laadullinen sääntely ja hintasääntely liittyvät kuitenkin tiiviisti yhteen.

PTY katsoo apteekkitoiminnan edellyttävän sääntelyä ja se on syytä jatkossakin pitää tiukassa viranomaisohjauksessa. Sääntely tulisi kuitenkin kohdentaa terveydenhuollon kannalta oikein. Ensisijaisina ovat lääkitysturvallisuus, farmaseuttinen lääkeneuvonta,

lääkkeiden hyvä saatavuus, lääkehoidon palvelut, toiminnan riippumattomuus, kustannusten kohtuullisuus ja kustannustehokkuus. Palveluiden riittävän laadun takaa farmaseuttinen osaaminen ja riittävä henkilöstö. Sääntelyn on lähdettävä lääkkeen käyttäjän ja yhteiskunnan, ei organisaatioiden tarpeesta.

PTY katsoo, että määrä- ja sijaintirajoituksista voitaisiin luopua. Painopiste tulisi siirtää omistamisen sääntelystä toiminnan sääntelyyn kuten on muussakin terveydenhuollossa. Näin apteekkitoiminnan sääntely muutettaisiin vastaamaan yleistä terveyspalvelujärjestelmän sääntelymallia. Uudistuksen avulla apteekkien lukumäärä lisääntyisi ja aukioloajat laajentuisivat parantaen lääkkeiden saatavuutta ja turvaten lääkejakelelu koko maassa. Alan työllisyys, avoimuus ja terve kilpailu lisääntyisivät. Lääkemenoissa pystyttäisiin saavuttamaan vuositasolla noin 100 miljoonan euron säästöt kuluttajille ja valtiolle. Vähittäisapteekkien omistus- ja yhtiömuotorajoituksista voitaisiin myös luopua. Tähän liittyy kuitenkin vertikaalisen integraation kielto eli lääkeyhtiöt ja lääkärit eivät saisi edelleenkaan omistaa apteekkeja. Apteekkiyhtiöt ja toimipaikat olisivat edelleenkin eriytettyinä muusta liiketoiminnasta. Näin turvattaisiin riippumattomuus. Vähittäisapteekkien tarveharkinnasta siirryttäisiin sopivuusharkintaan. (Lääkejakelelusevitys 2018.)

Sosiaali ja terveysministeriön esiselvityksen (2020) mukaan omistajuutta tulisi tarkastella siltä kannalta, että takaako juuri proviisoriomisteisuus lääkitysturvallisuuden. Tukena voidaan käyttää naapurimaiden osviittaa siitä, mitä tapahtuu, kun omistajuus- ja yhtiömuotosääntelystä luovutaan. Apteekkilupajärjestelmän kokonaisvaltaisella tarkastelulla selvitettäisiin, saavutetaanko nykyisellä lupajärjestelmällä parhaimmat tulokset, vai voidaanko turvallisuus saada aikaan myös kaikkien proviisorien oikeudella apteekkien perustamiseen?

Kuoppamäen (2018) mukaan apteekkilupien määrää kannattaisi lisätä suurestikin, mutta tarkkarajaisen harkinnan avulla. Apteekkien tarveharkinta perustuu siihen, että apteekki perustetaan vain tarpeen vaatiessa. Kuoppamäki ehdottaa kilpailun lisäämistä ja Fimean toiminnan kehittämistä läpinäkyvämpään suuntaan. Ehdotetaan sidottua harkintaa. Tällöin tietyn suuruinen reseptuurin kasvu johtaisi siihen, että kunnan alueella julistettaisiin haettavaksi uusi apteekkilupa. Uusi apteekkilupa julistettaisiin haettavaksi, jos tietyllä alueella (kunnassa tai sen osassa) sijaitsevalla apteekilla on kaksinkertainen reseptuurien määrä maan keskiarvoon nähden. Tällainen menettelytavan uskotaan lisäävän kilpailua. Apteekarit oppisivat ennakoimaan nykyistä paremmin, kannattaako apteekkilupaa hakea tietyltä alueelta ja milloin reseptuurin määrän kasvaminen johtaa

uusien apteekkien perustamiseen. Alueellinen palvelutaso paranisi tietyn kunnan alueella tai sen osassa, millä on vaikutusta kuluttajan ostokokemukseen. Reseptuurin käyttäminen kriteerinä ohjaisi Fimean ratkaisukäytäntöä tehostaen lääkkeiden jakelua ja palvelujen saatavuutta. Apteekkien kokoerojen pieneneminen johtaisi myös siihen, että lääketaksa- apteekkivero -järjestelmä toimisi nykyistä paremmin. Tarveharkinnasta ei ole järkevää luopua kokonaan. Jos näin tehtäisiin, menetettäisiin alueellisen ohjauksen mahdollisuus ja nykyinen urakiertojärjestelmä. Urakiertojärjestelmä nimittäin turvaa apteekkitoiminnan ylläpitämisen harvaan asutuilla alueilla. (Kuoppamäki 2018.)

Jatkossa myös Apteekkariliitto (ks. Kuoppamäki 2018, 103) haluaa turvata apteekkitoiminnan perustumisen terveydenhuollollisille seikoille, ja näin ollen pitää vertikaalisen integraation kiellon voimassa. Proviisoriomistuksen säilymisellä halutaan varmistaa ammatillinen ja taloudellinen vastuu samalle henkilölle. Lääkäreillä tai lääkeyrityksillä ei olisi jatkossakaan mahdollisuutta apteekkien omistukseen. Nykymallia kritisoidaan, koska ammatillisen toiminnan ohella säännellään omistusta. Omistuksen sääntelyllä kuitenkin ohjataan apteekkitoimintaa siten, että apteekkijärjestelmän tavoitteet toteutuvat. Muissa Pohjoismaissa on havaittu, että omistusmuodon sääntelystä luopuminen on johtanut apteekkitoiminnan luonteen muuttumiseen. On havaittu ammatillisen identiteetin muuttuminen suuntaan, jossa korostuvat liikevoittojen tavoittelu terveydenhuollollisten näkökohtien sijaan. Mikäli ketjuuntuminen sallittaisiin, voitaisiin arvioida päätösvallan muokkautuvan enemmän omistajien omiin taloudellisiin intresseihin potilaiden tarpeiden sijaan. Kuoppamäki korostaa, että tämä ei ole kuluttajanäkökulmasta hyvä ratkaisu. Mikäli yritysmuodon saisi valita vapaasti voisi olla todennäköistä, että osakeyhtiömuotoisissa apteekeissa omistajiksi nousisivat lääketukkukaupat, pääomasijoittajat ja päivittäistavarakaupat kuten on käynyt esimerkiksi Ruotsissa. Mikäli edellä mainittujen tahojen omistus rajoitettaisiin alle puoleen, tosiasiallinen johtoasema turvattaisiin proviisorille. Mikäli omistuksen yhtiömuodosta ja sääntelystä luovuttaisiin, olisi järkevämpää omistaa osuus useammasta apteekista ja yhdistää apteekit yhtenäisiksi ketjuiksi. Muissa sääntelyä vapauttaneissa maissa on havaittu liiketaloudellisten tavoitteiden korostuvan terveydenhuollollisten tavoitteiden sijaan. Verosuunnittelun näkökulmasta apteekkitoiminnan siirtyessä kansainvälisten konsernien haltuun voisi johtaa kansainväliseen verosuunnitteluun, jonka seurauksena valtion verotulot vähenisivät merkittävästi. Nykyinen henkilökohtaiseen omistukseen perustuva malli turvaa verotulojen säilymisen Suomessa, sillä merkittävä osa liiketoiminnan tuotosta palautuu verotuloina takaisin järjestelmän käyttöön.

Fiskaalisesti nykyjärjestelmän katsotaan olemaan Suomelle paras vaihtoehto. (Kuoppamäki 2018.)

5.4 Itsehoitolääkkeet

Suomi on ainoa pohjoismaa, jossa itsehoitolääkkeiden myyntiä ei ole vielä vapautettu. Itsehoitolääkevalikoima on vapautettu kaikissa pohjoismaissa ja useissa EU:n jäsenmaissa (ks. esim. Fimea 2018; DRA Consulting Oy 2015). Apteekkimarkkinoiden katsotaan toimivan tehottomasti verrattuna Ruotsiin ja Norjaan juuri tämän takia. Suomessa itsehoitolääkkeet ovat nikotiinivalmisteita lukuun ottamatta myytävänä vain apteekeissa. Nykyisin farmaseuttinen neuvonta on turvattu sekä kivijalassa että verkkoapteekissa. Itsehoitolääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö tulee varmistaa jatkossakin, mutta itsehoitolääkevalikoimaa tulisi tarkastella eri mahdollisuuksien kannalta. On tarkistettava tarvitsevatko kaikki reseptilääkkeet lääkemääräyksen vai voidaan niitä siirtää itsehoitoon tai lisäneuvontaa vaativiin lääkkeisiin. On myös syytä arvioida sitä, missä määrin itsehoitolääkkeitä voidaan toimittaa apteekin ulkopuolelle, jos/kun edellytyksenä on farmaseuttisen neuvonnan turvaaminen. Itsehoitolääkkeille voidaan asettaa näin ollen osto- ja pakkauskokorajoituksia. (Lääkejakeluselvitys 2018.)

PTY katsoo turvallisen itsehoitolääkevalikoiman vapauttaminen apteekkien ulkopuoliseen myyntiin tarjoaisi monia mahdollisuuksia ja etuja. Lääkkeiden saatavuus etenkin haja-asutusalueilla paranisi helpottaen kuluttajien arkea, sillä tällöin ei tarvitsisi lähteä pitkän matkan päässä sijaitsevaan apteekkiin. Myynnin vapauttaminen voidaan toteuttaa hallitusti ja vaiheittain siten, että lääkeneuvonta turvataan. Hintasääntelyn purkaminen ja kilpailu johtaisivat lääkkeiden hintojen laskuun. Uudistus ei vaarantaisi apteekkiverkostoa, sillä itsehoitolääkkeiden osuus apteekkien myynnistä on vain noin 13 %.

Itsehoitolääkevalikoimaa vapauttaneissa maissa ei ole ollut esiintynyt merkittäviä ongelmia vapauttamisen jälkeen. Poikkeuksena Ruotsi, jossa parasetamolin väärinkäyttö lisääntyi, ja parasetamolia sisältävät valmisteet palautettiin takaisin apteekkijakeluun (ks. esim. Apteekkari.fi 29.4.2015). Tähän on antanut kommenttinsa esimerkiksi Oulun yliopiston farmakologian professori Jukka Hakkola (Yle.fi 1.4.2015), jonka mielestä parasetamolin myynti kannattaisi tulevaisuudessakin säilyttää apteekeissa, jolloin käytön kanssa ei synny ongelmia. Tanskassa taas parasetamolin pakkauskokoa on pienennetty. PTY korostaa kuitenkin, että Suomessa voidaan ottaa huomioon muiden maiden

kokemukset ja lähteä liikkeelle maltillisella valikoimalla. Päivittäistavarakauppaan soveltuvista itsehoitolääkkeistä on tehty kattava asiantuntijaselvitys DRA Consulting Oy:n taholta (ks. esim. Pty.fi 14.3.2015; Pty.fi 2015). Soveltuviin tuotteisiin lukeutuivat mm. Bepanthen, Heinix ja Strepsils. Itsehoitolääkkeitä arvioidaan voitavan myydä vastuullisesti päivittäistavarakaupoissa. Nikotiinikorvaustuotteiden myynnin kokemuksia voidaan tässä hyödyntää.

PTY:n selvityksissä korostuu, että lääkkeen käyttäjälle on kaikissa tilanteissa, eli siis myös itsehoitolääkkeiden myynissä, varmistettava farmaseuttinen lääkeneuvonta. Kuluttajan kannalta on tärkeää, että lääkeneuvonta on ammatillisesti suunniteltua ja toteutettua, mikäli itsehoitolääkkeiden jakelukanava laajentuu apteekkien ulkopuolelle. Ammatillisesti toteutettu lääkeneuvonta on sekä kuluttajan että yhteiskunnan etu. Olennaista on varmistaa lääkeneuvonta silloin, kun lääkettä ei hankita kivijalka-apteekista. Päivittäistavarakaupassa henkilöstö ei esimerkiksi antaisi farmaseuttista neuvontaa, vaan neuvonta tapahtuisi puhelinpalvelun tai kosketusnäytöllisen inforuudun avulla. (Lääkejakeluselvitys 2018.)

Itsehoitolääkkeiden valikoima olisi luultavasti suppeampi apteekkien ulkopuolella. Arvioinnissa tulisi kiinnittää huomiota myös nikotiinikorvaustuotteiden vapautumisesta seuranneisiin tuloksiin. Niiden osalta lääkeshoidon tavoitteet eivät toteutuneet, joten kävisikö samalla tavalla itsehoitolääkkeidenkin tapauksessa? Ennen vapauttamista viranomaisen voisi tehdä arvion, jonka perusteella jokainen lääke tarkastettaisiin ja näin syntyisi apteekkien ulkopuolinen itsehoitolääkevalikoima. Toisena vaihtoehtona voitaisiin arvioida tarvitsevatko kaikki itsehoitolääkkeet lääkkeellisen statuksen. Valtaosa PTY:n arvioimista kaappoihin soveltuvista itsehoitolääkkeistä on sellaisia, joilta voisi lääkkeellisen statuksen poistaa. (Kuoppamäki 2018.)

5.5 Hintasäätely ja apteekivero

Nykyisin kaikkien lääkkeiden hinta on kaikissa apteekeissa sama, joten aitoa hintakilpailua ei pääse syntymään. Jos tavoitellaan lääkemenosäästöjä, on hintakilpailu esimerkiksi PTY:n ja KKV:n mielestä mahdollistettava. Lääketaksan mukainen hinta voitaisiin muuttaa enimmäishinnaksi, mikä seurauksena hintakilpailu vähittäismyyntitasolla olisi mahdollista (Valliluoto 2012). Apteekkien ulkopuoliseen myyntiin tulevien turvallisiksi todettujen itsehoitolääkkeiden hinnoittelu voitaisiin vapauttaa. Näin toimittiin myös nikotiinikorvausvalmisteiden kohdalla, ja hintataso laski tällöin 15 % apteekkien ulkopuolella. Muille reseptivapaille lääkkeille PTY suosittaa

säänneltyä enimmäishintaa. Reseptilääkkeiden osalta kiinteistä vähittäismyyntihinnoista siirryttäisiin enimmäishintoihin. Tällainen toimintamalli yhdistettynä apteekkien perustamisen vapauttamiseen ja itsehoitolääkkeiden myynnin sallimiseen apteekkien ulkopuolella mahdollistaisi hintakilpailun lääkkeiden vähittäismyynnissä. Muutos on toteutettavissa vaiheittain itsehoitolääkkeistä aloittaen. Uudistus mahdollistaisi hintakilpailun toimivuuden seuraamisen käytännössä. Hintakilpailun toimivuutta voitaisiin arvioida uudelleen esim. viiden vuoden kuluttua.

Enimmäishinnan käyttöönotton yhteydessä luovuttaisiin samahintaisuudesta. Lääkkeiden samahintaisuusvaatimus menettää merkityksensä, jos ketjumainen toimintamalli mahdollistetaan ja verkkoapteekkitoiminta laajenee. Lääkkeen käyttäjä ei olisi enää sidottu lähimpänä sijaitsevaan kivijalka-apteekkiin ja sen hinnoitteluun, vaan hänellä on mahdollisuus valita lääkkeenostopaikkansa vapaasti. Tämän tarjoaa kuluttajalle entistä laajemmat valinnanvapausmahdollisuudet. Näin ainakin suuremmissa kaupungeissa, mutta entä harva-alueilla, missä asiakkailta on käytössä vain yksi apteekki? Itsehoitolääkkeiden osalta hintakilpailu sallittaisiin siten, että nykyiset tukku- ja vähittäishinnat tulkittaisiin maksimihinnoiksi. Kanta-asiakas- ja muut asiakaskohtaiset alennukset olisivat sallittuja muista kuin reseptilääkkeistä. Alennuksen saamista ja käyttöä ei saa kytkeä reseptilääkkeiden ostamiseen. Verkkoapteekkitoimintaa kehitettäisiin siten, että sen harjoittaminen ei olisi kytköksissä fyysiseen apteekkitoimipisteeseen kuten nykyisin on. (Lääkejakeselvitys 2018.)

On arvioitu, että tehottoman kilpailun takia Suomen apteekkijärjestelmässä on 100 miljoonan euron säästöpotentiaali. Jos tämä säästöpotentiaali suhteutetaan vähittäisapteekkien kautta jaettavaan lääkevolyyymiin ja oletetaan, että hintakilpailun myötä summa kilpailtaisiin pois, päästäisiin arvioiden mukaan noin 5 %:n suuruiseen alennukseen lääkkeiden vähittäismyyntihinnoissa. Arvioidaan lääkkeiden hintojen sekä kuluttajille että yhteiskunnalle laskevan.

Apteekkipalkkio on mitoitettu pienimmän apteekin talouden näkökulmasta ja apteekiverolla pyritään tasoittamaan kooltaan erikokoisten apteekkien välisiä eroja verottamalla suurempia tuloja. Apteekkipalkkio on voimakkaasti hintasidonnainen. Lääkkeen näkökulmasta apteekkipalkkio nostaa lääkkeen vähittäishinnan korkeaksi. Apteekkitaloutta ja sen palkkiojärjestelmää olisi tarkasteltava kokonaisvaltaisesti ja suhteessa apteekkijärjestelmään. Apteekiverolla vaikutetaan pienten ja suurten apteekkien väliseen taloudelliseen tilanteeseen suosimalla pienempiä. Nykyisen mallin katsotaan suosivan liikaa kauppakeskusapteekkeja. PTY:n selvityksen mukaan

rahoitusmalli pitäisi arvioida kokonaan uudelleen, mikä taas on sidoksissa apteekkisääntelyyn. Nykyinen malli ei ole terveystalouden tavoitteiden mukainen, sillä apteekille on kannattavampaa toimittaa kalliimpaa lääkettä. Apteekkipalkkion hintasidonnaisuutta tulisi selvityksen mukaan vähentää. Palkkioperusteissa tulisi ottaa huomioon kannusteet edullisempien lääkkeiden käyttöön, lääkeneuvonta ja järkevää lääkkeiden käyttöä tukevat palvelut. Apteekkipalkkiota on edelleen säädettävä sekä resepti- että itsehoitolääkkeissä, mutta palkkio olisi muutettava enimmäishinnaksi. (Lääkejakeselvitys 2018.)

PTY kannattaa nykyisen apteekkiveron säilyttämistä siten, että se tulkittaisiin toimipaikkakohtaiseksi eikä veroa laskettaessa tehtäisi vähennyksiä apteekkitiloissa tapahtuvasta yleisten kauppatavaroiden tai -palveluiden myynnistä. Liiketaloudellista tulosta apteekkiveron jälkeen verotettaisiin kyseistä yhtiömuotoa koskevien verotuskäytäntöjen mukaan. (Lääkejakeselvitys 2018.) Sosiaali- ja terveysministeriö (2020) taas korostaa, että kansainvälisen omistajuus voisi lisätä apteekkiverojen ohjautumista pois Suomesta maltillisemmän verotuksen maihin.

Apteekkariliitolle selvityksen tehnyt Kuoppamäki ei itse kannata hintasääntelyä, mutta korostaa, että lääkkeet eivät ole kulutushyödyke, jolloin niitä tulisi tarkastella eri tavoin. Itsehoitolääkkeiden kohdalla hintakattoa tulisi harkita tarkan hintasääntelyn sijaan. Kattohinnoittelu mahdollistaisi apteekkien myöntämät alennukset itsehoitolääkkeille. Alennusten myöntäminen lisäisi mahdollisesti hintakilpailua paikallisella tasolla. Alennuksia ei kuitenkaan suositella esimerkiksi särkylääkkeiden osalta, sillä kuluttajat eivät välttämättä osaa kontrolloida sopivaa käyttömäärää. 1990-luvulla alennukset lisäsivät kuluttajien tarpeetonta lääkkeiden käyttöä (ks. esim. Marmai.fi 22.11.2002). Tällaista kannustinta ei haluta kuluttajien keskuuteen. Reseptilääkkeiden kiinteää hinnoittelua säätelee terveystalouden perusteet. Alennusten salliminen reseptilääkkeissä olisi hallitumpaa, sillä resepti kertoo lääkkeen käyttömäärän melko yksityiskohtaisesti, joten halvemmat hinnat eivät välttämättä johtaisi ylikäyttöön. Alennusten salliminen reseptilääkkeiden osalta johtaisi käytännössä vain rajattuun hintakilpailuun, sillä reseptilääkkeitä ei saa markkinoida kuluttajille. Kuluttajilla ei myöskään olisi todellisia mahdollisuuksia hinta-laatusuhteen arvioimiseen.

Kuoppamäki suosittelee apteekkiveron säilyttämistä, mutta progression kiristämistä liikevaihdoiltaan suurimpien apteekkien osalta. Valtion säännellessä apteekkien tulosta tukku- ja vähittäishintasääntely, toimitusmaksun, apteekkiveron ja palveluvelvoitteiden laajuuden kautta, yksittäisen apteekkarin tulotason katsotaan määräytyvän suurilta osin

valtion harjoittaman sääntelyn perusteella. Mikäli joidenkin apteekkien katsotaan saavan ylisuuria voittoja, tähän voidaan puuttua nykyjärjestelmän puitteissa. Koska apteekkien tunnusluvut ovat yleisesti saatavilla ja Suomen nykyjärjestelmä on läpinäkyvä, selvityksessä korostetaan, että valtio voisi nykyjärjestelmän puitteissa tehostaa järjestelmää ja korjata koettuja lieveilmiöitä. Säättöruuvien avulla nykyjärjestelmän tehostaminen olisi mahdollista ilman järjestelmän perusrakenteiden muuttamista. (Kuoppamäki 2018.)

5.6 Muuta huomioitavaa

Digitaalisten sovellusten yleistyminen muuttaa apteekkimarkkinoita ja luo uusia mahdollisuuksia. Digitaalisia palveluita tulisi kehittää siten, että lääkkeitä saadaan jatkossakin läheltä. Digitaalisuus ei kuitenkaan lähivuosina tule korvaamaan apteekin henkilökunnan antamaa vuorovaikutukseen perustuvaa palvelua ja korkealaatuista farmaseuttista neuvontaa.

Kansalaisille turvataan hyvä lääkkeiden saatavuus koko maassa ja kaikissa olosuhteissa. Harva-alueilla apteekkipalveluiden turvaaminen edellyttää erityisjärjestelyjä. PTY ehdottaa esimerkiksi liikkuvana apteekkina toimivaa autoa, jossa on valikoitu määrä reseptilääkkeitä ja itsehoitolääkkeitä tuoden apua harva-alueiden lääkejakeluun. Digiyhteydet toisivat liikkuvaan apteekkiin kaikki sähköiset palvelut. Harva-alueiden palveluita edistäisi myös, jos palvelupisteitä olisi sairaalan yhteydessä. Sairaalan yhteyteen tarvittaisiin apteekin palvelupiste tai sivuapteekki, jotta asiakas voisi hakea tarvitsemansa lääkkeet heti poistuessaan sairaalasta. Tämä olisi toimiva ratkaisu lääkkeen käyttäjän näkökulmasta.

Nykyisten sivuapteekkien ja palvelupisteiden ohella uuden teknologian tuomat mahdollisuudet hyödynnetään. PTY:n mukaan apteekkipalveluiden parantuessa, niistä tulee entistä monipuolisempia ja joustavampia. Erityisesti verkkoapteekkitoimintaan suositetaan kiinnitettävän huomiota ja toimintaan liitettävän lääkkeen käyttäjän kannalta helppo ja interaktiivinen yhteydenpito apteekkipalveluja tuottavan tahon kanssa. Verkkoapteekkitoimintaa kehitettäisiin siten, että sen harjoittaminen ei olisi kytköksissä fyysiseen apteekkitoimipisteeseen kuten nykyisin on. Kiinteänä osana tässä myös farmaseuttisen osaamisen tuki. Lääkeneuvontaa hoitaisivat edelleen farmaseuttisen koulutuksen saaneet henkilöt ja proviisoriomistusta hyödynnettäisiin edelleen. Apteekeissa olisi kaikkina aukioloaikoina saatavissa farmaseuttista neuvontaa resepti- ja itsehoitolääkkeiden osalta. Apteekkitoimipisteen johtamisessa olisi oltava mukana

vähintään yksi proviisori, joka saisi osallistua enintään kolmen muun apteekkitoimipisteen johtamiseen. Apteekkitoiminnan harjoittaminen voitaisiin tulkita tiukemmaksi kuin nykyisin, jos nykyinen erillisyhtiöiden toiminta samassa myymälätilassa kiellettäisiin. Näin saavutetaan nykyistä parempi lopputulos. (Lääkejakeluselvitys 2018.)

5.7 Lopuksi

PTY:n kokonaisuudistusta ajamien tavoitteiden osalta voidaan todeta, että säilytettäviä elementtejä ovat farmasian osaamisen säilyttäminen, proviisorit apteekkien johdossa, apteekin pitäminen erillisenä sekä apteekkiveron säilyttäminen. Farmaseuttisen osaaminen turvaa kuluttajalle turvallisen lääkejakelujärjestelmän. Uusina elementteinä ovat omistus- ja yhtiömuotorajoitusten vapauttaminen, tarveharkinnasta siirtyminen sopivuusharkintaan, itsehoitolääkkeiden rajattu hintakilpailu sekä sujuvampi verkkoapteekkitoiminta. PTY katsoo, että turvallinen, ammatillisesti toimiva, oikeaan hoitoon tähtäävä, maankattava ja kustannustehokas lääkejakelujärjestelmä ei ole sidoksissa apteekin omistajuuteen.

Kilpailu- ja kuluttajavirasto on myös liberalisoinnin kannalla. Virasto luopuisi sijainninhajauksesta, vapauttaisi apteekkien omistuksen, vapauttaisi itsehoitolääkkeiden myynnin ja sallisi hintakilpailun itsehoitolääkkeiden osalta hintakaton avulla. Lääkekorvausjärjestelmää uudistettaisiin siten, että asiakkaalla olisi nykyistä suuremmat mahdollisuudet valita halvempia lääkkeitä. Apteekkiveron osalta sen määräytymistä muutettaisiin siten, että vero huomioisi apteekkitoimipisteissä erillisyhtiöiden myynnin. Vero ulotettaisiin siis apteekkitoimipisteen kokonaisyntiin. (Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2020.)

Kuoppamäen selvityksestä käy ilmi, että kilpailua apteekkitoiminnassa tulee parantaa tehostamalla nykyjärjestelmää. Apteekkilupien määrää tulisi lisätä kiinnittämällä huomiota reseptimäärien kasvuun. Nykyinen urakiertojärjestelmä tulee säilyttää, sillä se turvaa harva-alueiden lääkkeenjakele. Apteekkiveron progressiota tulisi kiristää suurimmissa apteekeissa. Apteekkien proviisoriomistus ja vertikaalisen integraation kieltäminen on hyvä säilyttää, sillä näin apteekkitoiminta pidetään erossa muista toimialoista. Kokonaisuutena Suomen apteekkijärjestelmän arvioidaan toimivan hyvin. (Kuoppamäki 2018.)

Syyskuussa 2020 ministeri Pekonen järjesti lääkehuollon toimijoille sidosryhmätapaamisen, jonka perusteella lääkealan kehittämistyö aloitettiin.

Apteekkijärjestelmää tullaan tarkastelemaan kokonaisuutena tiekartan mukaisesti. Tiekartta on toimintasuunnitelma, ja toimenpiteet ulottuvat kolmelle eri hallituskaudelle. Vuodesta 2021 alkaen tiekartan toimeenpanolle on varattu rahoitusta, jolloin myös täysivoimainen toimeenpano käynnistyy. (Stm.fi 22.9.2020.)

6 KILPAILUN LISÄÄNTYMISEN TARKASTELUKOHOETEET

Uudistuksen jälkeen tapahtuvaa mahdollista kilpailun lisääntymistä täytyy tarkastella monelta kantilta, sillä asia on laaja-alainen. Tulevaisuuden mahdollisuuksia voidaan arvioida, kun otetaan huomioon esimerkiksi Ruotsissa tapahtuneet muutokset sekä Suomessa aiemmin vapautetut toimialat.

6.1 Ruotsi ja Suomi eivät ole täysin verrannollisia

Lääkejakehun uudistamisesta puhuttaessa mielenkiinto kohdistuu usein muihin Pohjoismaihin. Vuosituhannen vaihteeseen asti järjestelmät sisälsivät hyvin samankaltaisia piirteitä, mutta uudistustoimenpiteiden jälkeen tiet ovat erkaantuneet. Katset kohdistuvat usein naapurimaahamme Ruotsiin, jonka läheinen maantieteellinen sijainti tuo sen oivaksi tarkastelukohteeksi. Mutta voimmeko verrata Suomea ja Ruotsia täysin toisiinsa?

Ruotsissa toimi ennen valtion apteekkimonopoli, joka poistettiin vuonna 2009. Puhutaan kuitenkin, että valtion sääntelyä ei poistettu kokonaan, vaan ennemminkin uudistettiin, sillä valtio keskittyy nykyisinkin ohjaamaan markkinoita laein ja uudistuksin. Huolta pidetään myös siitä, etteivät riskipääomayhtiöt omista apteekkeja. (Wallér 2017.) Suomessa apteekkimarkkinoilla toimii tällä hetkellä kartellimaisia piirteitä omaava järjestelmä, jonka avulla saavutetaan yli sadan miljoonan euron vuosittaiset voitot. Jokaisen apteekin omistajana toimii proviisorikoulutuksen käynyt apteekkari, ja apteekki on yritysmuodoltaan henkilöyhtiö. Kartelliaseman takia yksittäisillä henkilöillä on mahdollisuus käyttää valtaa uudistusten jarruttamiseen esimerkiksi lobbauksen avulla. Näin ollen vahva taloudellinen intressi vastustaa uudistusta.

Ylisuuret voitot mahdollistavat apteekkareille sen, että he voivat käyttää rahojaan tehokkaasti lobbaukseen. Lobbausvoima on mitä luultavimmin ollut tuottavaa, sillä apteekkiuudistuksia ei ole tehty, vaikkakin niistä on pitkään puhuttu. Kun verrataan tilannetta Ruotsiin, huomataan, ettei siellä kenelläkään yksittäisellä henkilöllä ollut mahdollisuutta hyötyä järjestelmästä merkittävästi ennen uudistusta valtio-omisteisuuden vuoksi. Suomen ja Ruotsin lähtötilanteet ennen uudistusta ovat näin ollen erilaiset, joten maita ei voida suoraan verrata toisiinsa, vaan on otettava huomioon maan lähtötilanne.

6.2 Onko syytä pelkoihin?

Kilpailun lisääntymisen vaikutuksia arvioidessa on hyvä tehdä katsaus jo aiemmin vapautettuihin toimialoihin. Taksiiudistus tuli voimaan 1.7.2018 ja sen tarkoituksena olivat hintojen lasku sekä kilpailun vapauttaminen. Autojen ja kuljettajien määrää ei enää rajoiteta eikä taksikurssin käymistä vaadita. Kuljettajalta vaaditaan kuitenkin ajokoe ja läpäisty ajolupa. Aiemmin järjestelmä oli tiukasti säännelty ja rajoitettu.

Taksiiudistus on saanut hyvin paljon kritiikkiä jo parin vuoden voimassaolon jälkeen. Tavoitteet eivät toteutuneet suunnitellusti, sillä hinnat ovat nousseet ja syrjäseuduilla palvelu on heikentynyt. Tilastokeskuksen mukaan keskimääräinen hintojen nousu on ollut 13 % puolentoista vuoden aikana. Isoja kaupunkeja koettelee paikoin asiakaspula. Epäkohdista on seurannut pian eduskunnan käsittelyyn tulevat korjausesitykset. Esitysten tarkoituksena on saada aikaan turvallisempi taksikytyt, läpinäkyvämpi hinnoittelu, saatavuuden parantaminen sekä harmaan talouden torjuminen. (Hs.fi 29.9.2020; Ts.fi 13.7.2020; Kauppalehti.fi 22.1.2020.)

Voimmeko ottaa taksiiudistuksesta oppia? Apteekkariliiton Merja Hirvonen (Yle.fi 11.11.2020) varoittaa, ettei apteekkiudistusta kannata toteuttaa taksiiudistuksen tyyliin. Sen sijaan uudistus kannattaa toteuttaa varovaisemmin. Hirvonen kuuluu kuitenkin apteekkitoimialan etuja suosivaan Apteekkariliittoon, joten hänen näkökantansa voi olla puolueellinen. Siitä huolimatta voi olla järkevää ottaa huomioon taksiiudistuksen aiheuttama hintojen nousu ja saatavuuden heikkeneminen, kun tarkastellaan apteekkiudistusta.

Suomen pankkitoiminta oli tiukasti säänneltyä 1930-luvulta 1980-luvun alkupuolelle. Pankkitoiminta oli kansallisella tasolla, ja kilpailu vähäistä. Pankkitoiminnan sääntelyn purkaminen käynnistyi kansainvälisellä tasolla 1960-luvulla, mutta Suomessa edettiin hitaasti. Tapahtui kuitenkin teollisuusyritysten ulkomaista luotonottoa, valuuttasaatavien terminointia, joka avasi pääsyn vapaalle pääomantuonnille. 1980-luvun alussa vanhaan järjestelmään ei ollut enää paluuta, koska nähtiin sääntelyn ulkopuolella toimineiden rahoitusmarkkinoiden nopea kasvu. Tapahtui korkosääntelyn purkaminen sekä harmaata rahaa alettiin kutsua markkinaehtoiseksi varainhankinnaksi. Myös pankkien välinen markkinakartelli purkautui, mikä johti pankkien välisen kilpailun lisääntymiseen. (Ruuskanen 2009.)

Sääntelyn vapauttaminen pankkimarkkinoilla johti tiettyihin ongelmiin kuten korkoriskiä, luotonannon kasvuun sekä pankkikriisiin. Suomen pankkikriisin taustalla

olikin epäonnistuminen rahoitusmarkkinoiden sääntelyn vapauttamisessa. Apteekkimarkkinat ja pankkimarkkinat ovat rakenteeltaan hyvin erilaiset, joten seuraukset apteekkimarkkinoilla ovat luultavasti erilaisia. Yhteneväisinä tekijöinä on kuitenkin varmasti kansainvälisyyden vaikuttaminen sääntelyn vapauttamiseen. Molempien markkinoiden vapauttamisessa ulkopuolelta tulevat kansainväliset paineet antavat lähtölaukauksen markkinoiden vapauttamiselle. Yhtenäinen tekijä on myös se, että Suomi on uudistuksessa viimeisten joukossa. Wessmanin ja Kiesiläisen (2017) mukaan Suomi uhkaa jäädä jälkeen kansainvälisessä kehityksessä useilla mittareilla, ja sen vuoksi olisi aika kirriä matkaa umpeen. Myös Maliranta (2017) puhuu markkinamyönteisyyden puolesta, ja Suomen jälkeenjääneisyydestä kansainvälisellä mittakaavalla. Hänen mielestään sääntelyyn ja kilpailun puutteeseen tulisi nykyään kiinnittää entistä enemmän huomiota.

Ruotsissa kilpailun avaaminen yksityisille tarjoajille oli yhteydessä laajempaan terveydenhuoltoalan monimuotoisuuden lisäämiseen, jolla tavoiteltiin kuluttajien valinnanvapauden lisäämistä. Kilpailun avaaminen on johtanut moniin lopputulemiin. Positiivisena nähdään tavoitettavuuden ja saatavuuden parantuminen. Apteekkien määrä on lisääntynyt ja aukioloajat ovat parantuneet. Uusia apteekkeja on avattu 460 kappaletta. Huomattavana pidetään sunnuntaisin auki olevien apteekkien määrän lisääntymistä 154:stä reilu 500:aan. Apteekkiverkosto on kuitenkin harvempi kuin Suomessa ja Euroopankin mittakaavassa hännänhuippuna. Suomessa on enemmän apteekkeja yksittäistä asukasta kohti kuin Ruotsissa.

Ruotsissa itsehoitolääkkeiden myyntikanavat ovat laajentuneet päivittäistavarakauppoihin. Kaupoissa lääkkeet on usein sijoitettu lukittuihin kaappeihin siten, etteivät ne ole liian näkyvästi esillä. Asiakkaalle on myös kerrottava, mistä farmaseuttista lääkeneuvontaa voi saada. Mikäli jonkun lääkkeen myynnissä ja käytössä on huomattu lääkitysturvallisuuden olevan uhattuna, on paikallinen lääkeviranomainen voinut palauttaa lääkkeen takaisin apteekkien myyntiin tai muuttaa itsehoitolääkkeen takaisin reseptilääkkeeksi. Lisäksi esimerkiksi Tanskassa voidakseen myydä itsehoitolääkkeitä apteekkien ulkopuolella, vaaditaan verkkokurssin suorittamista. Hawtonin näkemyksen mukaan (ks. Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2020, 69) lääkitysturvallisuuden takaamisessa ensisijaisen tärkeää on rajoittaa pakkauskojoja sekä asettaa vahvemmat annostukset reseptilääkkeiksi. Hyvin luultavasti Suomessakin suosittaisiin samankaltaisia käytäntöjä.

Kilpailu- ja kuluttajaviraston (2020, 78) mukaan Ruotsin kokemusten perusteella voidaan arvioida lääkkeiden saatavuuden parantuvan ja apteekkien hintakilpailun lisääntyvän, jos nämä toimenpiteet yhdistetään hinnoittelun vapauttamiseen. Lisäksi myyntipaikkoja tulisi vapauttaa huolehtien samalla lääkkeiden turvallisesta käytöstä. Apteekkien olisi mahdollista kilpailla hinnoilla, jos käytössä olisi enimmäishintajärjestelmä. Kun ajatellaan tilannetta, jossa apteekkeja olisi enemmän ja hinnat vaihtelisivat, olisi asiakkaalla suurempi mahdollisuus valita ostopaikka vapaasti. Tämä lisäisi kilpailua ja avaisi markkinoita. Muiden maiden kokemuksiin on suositeltavaa kiinnittää huomiota.

Toisaalta Ruotsissa on kritisoitu apteekkitoiminnan laadun muuttumista ja potilasturvallisuutta. Wisellin ym. (2016) tutkimuksen mukaan Ruotsissa ei-lääkkeellisten tuotteiden myynti on lisääntynyt apteekkeissa. Ennen uudistusta tämän oli arvioitu olevan hyvin todennäköistä. Arvioitiin myös, ettei kaupallistumista pidetty negatiivisena seurauksena, sillä terveyden edistämistä ei pidetty uudistuksen ensisijaisena tavoitteena. Arvion mukaan tärkeämpänä pidettiin apteekkien määrän lisäämistä. Kaupallisten tuotteiden lisääntymisen nähdään olevan yhteydessä vähentyneeseen lääkeneuvontaan sekä sen heikentyneeseen tasoon. Uudistuksessa ei näkemysten mukaan kiinnitetty tarpeeksi huomiota apteekkitoiminnan rooliin osana terveydenhuoltoa. Viime vuosina lääkealan viranomaiset ja Ruotsin hallitus ovatkin halunneet kiinnittää huomiota apteekkitoiminnan laatuun, lääkitysturvallisuuteen ja lääkeneuvontaan. Uudistusta on kritisoitu toteutetuksi liian nopeasti, ja sen vuoksi apteekkitoimintaa halutaan nyt palauttaa lähemmäksi terveydenhuoltoa. (Lääkejakeselvitys 2018, 51.)

Ruotsissa uudistuksen tavoitteena oli myös lääkkeiden hintojen lasku. Keskustelu hintojen mahdollisesta laskusta tai noususta jatkuu edelleen. Apteekin omistajuuden vaikutuksista lääkkeiden hintoihin on vähän tutkimustietoa, minkä johdosta luotettavien johtopäätösten tekeminen on haastavaa. Korvattavien reseptilääkkeiden osalta Ruotsissa noudatetaan enimmäishintasääntelyä. Reseptilääkkeiden hinnat laskivat uudistuksen jälkeen, mutta hintojen lasku ei kuitenkaan välttämättä johdu uudistuksesta, sillä samaan aikaan toteutettiin myös geneeristen lääkkeiden hinnoittelumalli. Itsehoitolääkkeiden osalta tilanne eroaa, sillä tukkuhinnat eivät kuulu sääntelyn piiriin. Ruotsin kilpailuviranomaisen mukaan itsehoitolääkkeiden hinnat näyttävät seuranneen kuluttajahintaindeksiä. Hinnat nousivat inflaatiokehityksen mukaisesti vuoteen 2014 saakka, jonka jälkeen nousu taittui ensiksi apteekkien ulkopuolisessa myynnissä ja tämän jälkeen apteekkimyynnissä. Lisäksi hinnat vaihtelevat eri myyntikanavissa. Apteekkeissa

hinnat ovat 10 prosenttia korkeammat verrattuna muihin myyntikanaviin, ja verkkoapteekissa hinnat ovat halvemmat verrattuna kivijalkaan. 80 prosenttia itsehoitolääkkeistä ostetaan edelleen apteekkeista. (Wallér 2017; Lääkejakeselvitys 2018, 54–55.)

Apteekkimarkkinoiden ketjuuntuminen voi olla hyvinkin mahdollinen lopputulema, varsinkin, jos katsotaan Ruotsin ja Norjan tilannetta. Näissä maissa muutama suuri apteekketju hallitsee markkinoita noin 75–90 prosentin osuudella. Ruotsissa suurimpia apteekketjuja omistavat valtio, päivittäistavarakauppa ja lääketukku, kun taas Norjassa kolme suurinta apteekketjua ovat lääketukkukaupan omistamia. (Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2020, 46.) Alun perin Ruotsissa tavoiteltiin monimuotoisuutta myös omistuksessa. Omistajuuden laji, koko ja omistajien lukumäärä voisivat vaihdella. Pidettiin tavoittelemisen arvoisena, ettei omistus keskittyisi muutamille toimijoille. (Wisell ym. 2019, 459.) Monimuotoisuus ei kuitenkaan toteutunut omistajuuden osalta suunnitellusti, sillä markkinat ovat oligopolistiset. Monimuotoisuuden puutteeseen Wisell ym. (2019, 460) esittävät seuraavia syitä: päätöksentekijöiden epämääräiset käsitykset monimuotoisuuden käsitteestä, monimuotoisuuden ja innovaatioiden kehittyminen potilas-hoitajakontaktin kautta, palveluntarjoajien kuuluminen osaksi suuria ketjuja ja yrityksiä, jolloin määrätyistä ohjeista poikkeaminen voi olla hankalaa, monimuotoisuuden tarkastelu päämääränä ja keinona. Apteekkiuudistuksessa monimuotoisuuden lisäämisen ajateltiin olevan keino terveyden parantamiseen. Tämän nähtiin kuitenkin epäonnistuvan, ja Wisellin ym. mielestä syynä tähän on päätöksentekijöiden keskustelun puute. Keskustelua siitä, millä keinoilla monimuotoisuus yhdistettynä apteekkiuudistukseen johtaisi parempaan terveyteen olisi pitänyt käydä enemmän.

Norjassa vertikaalisen integraation salliminen on muuttanut apteekkien välistä kilpailutilannetta. Sama toimija omistaa lääketukun ja apteekkeja. Apteekketjut saavuttavat mittakaavaetuja niin lääkkeiden ostossa kuin niiden markkinoinnissa ja varastoinnissa. Apteekketjujen päätökset ja hallinta toteutetaan ulkomailta käsin ketjun keskushallinnosta. Norjassa apteekin omistajuus muutamalla suurella toimijalla on heikentänyt itsenäisten apteekkareiden kilpailutilannetta. Tämä johtuu siitä, että ansaintamalli perustuu apteekin mahdollisuuteen neuvotella alennusta suhteessa normaalihintaan. (Kuoppamäki 2018, 60.) Suomessa eri tahot eivät suhtaudu kovin suopeasti vertikaalisen integraation sallimiseen. Esimerkiksi Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (2020, 80) mukaan lääke- ja terveystieteiden palveluyritysten, lääkäreiden sekä

tukkujen omistajuutta tulisi säännellä. Myös PTY pitäisi vertikaalisen integraation kiellon voimassa lääkeyhtiöiden osalta (Avance 2019, 12). Kilpailu- ja kuluttajavirasto taas katsoo, että apteekkiketjuilla olisi suuren kokonsa ansiosta parempi neuvotteluvoima lääkeyritysten suhteen, ja lääkkeitä voisi saada halvemmalla. Kuluttajat eivät kuitenkaan automaattisesti pääsisi nauttimaan halvemmista hinnoista, vaan vähittäismyyjien tulisi siirtää osa kulusäästöistä kuluttajille. (Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2020.)

On kuitenkin huomattava muutama seikka liittyen ketjuuntumiseen ja ulkomaiseen omistukseen. Ketjuuntumista on apteekkimarkkinoillamme jo havaittavissa. Apteekit ovat muodostaneet keskenään apteekkiketjuja, joista esimerkkeinä tuntemamme AvainApteekit, Hyvän mielen apteekit ja Yhteistyöapteekit. Ketjut ovat muodostaneet yhteenliittymiä, tekevät markkinointiyhteistyötä, brändäävät itseään ja ylläpitävät kanta-asiakasohjelmia. Lisäksi on huomattava, että lääketukkubisnestä omistavat jo tällä hetkellä kansainväliset yhtiöt. Ulkomaiset nettiapteekit ovat arkipäivää. (Isoaho 2016, 34, 84.)

Kansainvälistä tutkimusta liberalisoinnin vaikutuksista tarjoaa Voglerin, Habiman ja Artsin (2014) tutkimus, jossa verrataan toisiinsa viittä sääntelyä purkanutta maata ja neljää tiukemman sääntelyn maata. Jälkimmäisessä ryhmässä Suomi on mukana. Vogler ym. löysivät vertikaalisen integraation sallineista maista samankaltaista todistusaineistoa kuin muutkin tutkimukset. Lääketukkujen ja apteekkien integroituminen mahdollisti apteekkiketjuille voimakasta markkinavoimaa, mikä johti kilpailun vähenemiseen. Vertikaalisen integraation salliminen ei ole kilpailunäkökulmasta toivottava lopputulema, sillä se voi vääristää markkinoita ja johtaa määräävän markkina-aseman tai oligopolin tilanteeseen. Kilpailu olisi tällöin riittämätöntä, vääristynyttä eikä tavoitteidemme mukaista kehitystä tapahdu. Nämä epätoivottavat tilanteet voisivat johtaa siihen, että jakelukustannuksista mahdollisesti saatavia säästöjä siirrettäisiin kuluttajahintoihin, minkä seurauksena hinnat nousisivat. (Kuoppamäki 2018, 77.)

Teoriaosuudesta muistamme, että keskittyneillä markkinoilla hinnat ovat usein korkeammat. Mikäli Suomessa apteekkimarkkinoiden omistus keskittyy muutamille ketjuille, onko seurauksena korkeammat hinnat sekä keskittymisen pohjalta kartellimaiset markkinat? Toimialarakenne on tälläkin hetkellä kartellimaisia piirteitä omaava, joten muuttuisiko mikään parempaan suuntaan? Kysymyksiä, joihin on etukäteen hankala saada pitävää vastausta.

Apteekkilupajärjestelmä ja lääkkeiden hinnoittelujärjestelmä ovat erilliset järjestelmät, mutta kolikon kaksi puolta. Reseptilääkkeiden hintojen sääntely tulee

jatkumaan joka tapauksessa olipa apteekkitoiminnan sääntely minkä tasoista tahansa, ja tämä selittynee valtion hintaohjauksella. Lääkekorvausjärjestelmästä johtuen lääkkeiden käyttäjillä saati apteekeilla ei ole kannustinta kiinnittää huomiota lääkkeen hintaan. Lisäksi potilas saattaa tarvita sairauteensa tiettyä lääkettä eikä hän voi jättää sitä ostamatta, vaikka hinta nousisikin. Hintakilpailua ei esiinny reseptilääkkeissä muissakaan Pohjoismaissa, ja kyseisten syiden perusteella voidaan olettaa, ettei se toimisi Suomessakaan. (Kuoppamäki 2018, 71; Vogler ym. 2014.)

Itsehoitolääkkeiden osalta Vogler ym. (2014) eivät löytäneet evidenssiä hintojen laskusta. Hintakilpailu arvioitiin rajalliseksi ja mahdollisesti toimivan joidenkin itsehoitolääkkeiden tapauksessa. Itsehoitolääkkeitä sai kuitenkin useammista paikoista kuin ennen, mutta valikoima saattoi olla vähäisenlainen. Kuluttajat ovat tyytyväisiä uusiin jakelukanaviin, mutta menevät silti mielellään paikan päälle apteekkiin, mikäli tarvitsevat neuvontaa.

Mistä sitten voi johtua, ettei hintakilpailu välttämättä lisäännä? Lääkkeen kulutuskysyntä voi usein olla epäelastista johtuen kuluttajien käyttäytymisestä. Taloustieteessä puhutaan ilmiöstä geneerinen paradoksi, jolla tarkoitetaan sitä, että patenttisuojan päättymisenkin jälkeen lääkkeen hinta saattaa pysyä korkeana, vaikka lisää tarjontaa esiintyisikin. Patenttisuojan jälkeen markkinoille tulee usein halvempia samaa ainesosaa sisältäviä lääkkeitä, ja usein ajatellaan, että hintakilpailun ansiosta aiemmin patentilla suojatun lääkkeen hinta laskee. On kuitenkin löydetty tutkimustuloksia, jotka osoittavat hintakilpailun olevan vähäistä geneerisen lääkkeen ja alkuperäislääkkeen välillä. Tämä selittynee vahvalla brändillä, jonka alkuperäislääke on saanut aikaan. Voi myös herätä ajatuksia alkuperäislääkkeen paremmasta tehosta, koska hinta on kalliimpi. Hintatietoinen kuluttaja osaa kuitenkin ostaa halvemmän lääkkeen. Norjassa on myös havaittu vertikaalisen integraation vaikeuttaneen geneeristen lääkkeiden markkinoille tuloa. Tämä selittyy sillä, että tukun tai apteekkiketjun kannattaa edistää omien hyödykkeidensä myyntiä ja estää kilpailevien tuotteiden tuloa markkinoille. (Kuoppamäki 2018, 72.)

Vogler ym. havaitsivat apteekkien määrän lisääntyvän lähes väistämättä sääntelyn purkamisen seurauksena. Norjan ja Ruotsin tilanteessa tämä johtuu jo lähtötilanteesta, sillä apteekkien määrä suhteutettuna väestöön on alhainen. Lisäksi apteekkien määrä usein kasvaa ja saatavuus paranee, mutta usein paikoissa, joissa saatavuus on hyvä jo ennestään. Toisin sanoen kaupungit hyötyvät. Vastaavasti apteekkien koko ja asiakasmäärät pienenevät. Apteekkien määrä Ruotsissa kasvoi lisäten kilpailua, mutta

johti myös yliperustantaan, joka johti kannattavuusongelmiin. Ketjujen on ollut pakko sulkea apteekkejaan, jotta kannattavuutta on saatu lisättyä. (Valliluoto, 2012, 39.) Vogler ym. (2014) korostavat, että sääntelyä vapautettaessa odotuksina ovat usein saatavuuden paraneminen ja hintojen lasku, mutta näitä ei ole kyetty tutkimuksellisesti osoittamaan.

Apteekkien sijaintiin liittyvä kilpailu kohdistuu usein kaupunkeihin. Parhaiten kannattavat apteekit toimivat usein kaupungeissa, mutta toisaalta myös heikommin kannattavien apteekkien sijaintina on kaupunki. Apteekkien välistä sijaintikilpailua näyttää siis esiintyvän kaupungeissa. Toisaalta sääntelyn vapauttaminen voi johtaa apteekkien määrän lisääntymiseen kaupungeissa, mikä lisää sijaintikilpailua entisestään. Uhkana voi tällöin olla entistä suuremman joukon kilpailu apteekkien sijaintipaikoista kaupungeissa. (Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2020, 37.)

Mikäli nykyinen lääketaksa- ja apteekkiverojärjestelmä puretaan, apteekkiveron nykyinen Suomen valtiolle vuosittain tuottama 180 miljoonaa euroa jää saamatta. Nykymalli turvaa verojen pysymisen Suomessa. Proviisoriomistuksen ja henkilöyhtiömuodon johdosta apteekkien liike tuloksesta suuri osa palautuu verojen muodossa valtiolle. Mikäli kansainvälisten toimijoiden omistus sallitaan, valtion verotulot voivat vähetä huomattavasti kansainvälisen verosuunnittelun takia. On siis mietittävä myös fiskaalisesta näkökulmasta mikä on paras ratkaisu. Huomioon on otettava pelot: pelätäänkö kansainvälistä verosuunnittelua liikaa?

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTI

Vaikka Suomessa on jo vuosia keskusteltu apteekkitoiminnan epäkohdista, ei uudistustoimenpiteitä ole kuitenkaan saatu aikaan. Julkisuudessa kerrotaan suljetulla järjestelmällä turvattavan lääkehuolto ja lääkitysturvallisuus, mutta todellisuudessa ajetaan etuja pienelle eliitille. Kulisseissa piileekin sääntelijän kaappauksena tunnettu ilmiö, jossa omaa etua ajavan toimialan etu menee yhteiskunnan kokonaisedun edelle. Apteekkarit pyristelevät tiukasti uudistustoimenpiteitä vastaan. Valtion virkamiehet ja poliitikot ovat apteekkareiden talutusnuorassa eikä uudistuksia tämän vuoksi synny. Sääntelijän kaappaus on kuin kaupankäyntiä.

Kilpailun vähäisyyttä apteekkimarkkinoilla tarkastellessa esiin nousevat samat ongelmakohdat. Huomio kiinnittyy apteekkipalveluiden saatavuuden heikkenemiseen etenkin syrjäseuduilla sekä kilpailun puutteeseen apteekkien välillä, joka johtuu perustamisen ja omistamisen rajoituksista sekä apteekkien yksinoikeudesta hallita lääkemyyntiä. Edelliset ovat seurausta tiukasta sääntelystä, joka estää toiminnan kehittämisen kannattavaan suuntaan. Rajoitustoimenpiteitä perustellaan julkisuudessa lääkitysturvallisuuden näkökulmasta, mutta osa toimenpiteistä on tehottomia, milloin järjestelmää ylläpidetään tehottomalla sääntelyllä. Lisäksi potentiaalisen kilpailun uhan puuttuminen johtaa apteekkien vähentyneeseen kannustimeen kehittää toimintaansa.

Tutkielmassa huomataan markkinoiden esteiden olevan ongelma toimivan kilpailun kannalta. Markkinat toimivat tällöin tehottomasti sekä rajoittavat ja jopa vääristävät elinkeinotoimintaa. Toivottava ratkaisu ei ole, että markkinat toimivat jopa kieroutuneella tavalla. Toimivan kilpailun kannalta ongelmakohtiin on kiinnitetty huomiota, eikä näkemysten ole annettu hautautua, vaan puhumista alan ongelmista on jatkettu väsymättä.

Liberalisointi voi aiheuttaa ketjuuntumista ja kansainvälisten toimijoiden saapumista markkinoille. Tämä nähdään sekä uhkana että mahdollisuutena. Ovatko oligopolistiset markkinat toivottava ratkaisu? Mikäli Suomessa luovutaan proviisoriomisteisuudesta seurauksena voi olla apteekkitoiminnan ketjuuntuminen kuten Ruotsissa ja Norjassa. Apteekketjujen markkinavoiman ei ole nähty edistävän kilpailun toimivuutta. Henkilökunnan ammatti-identiteetti ja apteekkien toimintamallit muuttuneet ja näitä pyritään korjaamaan uusilla sääntelytoimilla.

Arviot kilpailun lisääntymisen mahdollisuuksista perustuvat aiempaan tutkimustietoon ja esimerkkeihin. Viimeisen kymmenen vuoden aikana useat tahot ovat laatineet selvityksiä apteekkitoiminnan ongelmakohdista, puutteista sekä uudistamista

vaativista toimenpidekokonaisuuksista. Uudistamista vaativat kokonaisuudet ovat pääpiirteissään yhtenäiset ja samat kehittämiskohteet on havaittu. Suurimman osan uudistuksista tyrmäävä Apteekkariliitto kuitenkin jarruttaa vapauttamisen etenemistä taistellen tiukasti sääntelyn puolesta. Taksimarkkinoiden vapauttamisesta voidaan ottaa oppia siinä mielessä, että uudistuksessa kannattaa varautua myös epäonnistumisiin. Toisaalta hallituilla muutoksilla siten, ettei kaikkea toteuteta kerralla, voisi olla apua siinä, etteivät epäonnistumiset kasaantuisi päälle kerralla. Tämä tietysti siinä tapauksessa, mikäli epäonnistumisia tulee.

Tutkimusta tehdessä ongelmakohtina havaittiin, ettei kilpailun lisääntymisen tapahdu välttämättä tavalla, millä toivotti. Vogler ym. (2014) havaitsivat hintakilpailun olevan rajallista. Hintojen alenemista voitaisiin mahdollisesti odottaa vain niiden itsehoitolääkkeiden kohdalla, joita ei korvata. Tutkimuskirjallisuus ei kuitenkaan tue itsehoitolääkkeiden hintojen alentumista varmasti. Toisekseen saatavuus usein paranee, mutta siellä, missä tunkua on jo ennestään. Apteekkeja tulee kaupunkeihin enemmän, mutta koot pienenevät. Syrjäseuduilla saatavuus ei välttämättä parane suhteessa entiseen.

Tämä tutkimus lisää mahdollisuuksia jatkotutkimuksille. Uudistustyö on tällä hetkellä vaiheessa eikä lopullisia uudistuksia ole tehty. Uudistusten mahdollisia vaikutuksia voidaan vain arvioida olemassa olevan tiedon valossa, mutta varmasti pitäviä päätelmiä ei voida tehdä. Voimme katsoa tulevaisuuteen ja odottaa miten tulee käymään. Apteekkitoiminnan kehitystä voidaan seurata vuosikymmen tai pari, ja tämän jälkeen voisi olla aiheellista arvioida tilanteen kehittyneisyyttä. Tällaisen ajanjakson aikana mahdollisen kilpailun vaikutukset varmasti tulisivat ilmi.

Johtopäätöksenä tehdään, että apteekkimarkkinoilla kilpailuintensiteettiä on mahdollista lisätä, mutta epäselvää on missä määrin. Omistus- ja yhtiömuodon vapauttaminen, itsehoitolääkkeiden myynti apteekkien ulkopuolella sekä lääkkeiden hintakilpailun salliminen voivat johtaa kilpailun lisääntymiseen. Keskeisessä asemassa on myös aito halu kilpailun avaamiselle. Tulevaisuudessa tapahtuvien uudistustoimenpiteiden pohjalta on arvioitava, mitkä kilpailuintensiteetin lisäämisen keinot ovat yhteiskunnan kokonaisedun mukaisia. Valliluoto (2012) kiteyttää oivasti, että markkinoilla tulisi vaalia vähimmän haitan periaatetta. Tällöin sääntelyssä turvaudutaan keinoon, joka haittaa markkinoiden toimintaa vähiten, mutta samalla ottaa huomioon tavoitellut päämäärät.

8 YHTEENVETO

Tämän tutkielman tarkoituksena oli selvittää johtaako sääntelyn vapauttaminen Suomen apteekkimarkkinoilla kilpailun lisääntymiseen. Uudistamistarpeiden ymmärtämiseksi on tärkeää olla selvillä lähtötilanteesta, ja tämän vuoksi nykyinen tilanne käytiin kattavasti läpi. Tutkielman toteuttaminen nähtiin tärkeäksi aiheen ajankohtaisuuden vuoksi.

Tutkielman teoriaosuus kattaa tarkastelun kilpailulainsäädäntöön ja kartelleihin sekä markkinoiden ongelmakohtiin. Ongelmakohtia havainnollistetaan esimerkkien avulla sekä teorian pohjalta. Hyvinvointitappio ja siihen johtava tilanne käydään kattavasti läpi. Suomessa vallalla olevan sääntelijän kaappauksen avulla havainnollistetaan, kuinka erilaiset omia etujaan ajavat ryhmät voivat vaikuttaa markkinoiden toimintaan. Sääntelijän kaappaus voi johtaa markkinoiden vääristymiseen, kun oman toimialan etu menee liiaksi yhteiskunnan edun edelle.

Tutkielmassa tehdään katsaus myös muihin pohjoismaihin, ja etenkin Ruotsia pidetään mielenkiintoisena tarkastelukohteena. Läheinen maantieteellinen sijainti ei suinkaan tarkoita käsi kädessä kulkemista apteekkijärjestelmän suhteen. Lähtötilanne on alun alkaenkin ollut hyvin erilainen. Lähemmästä tarkastelusta selviää, ettemme voi verrata Suomea ja Ruotsia täysin toisiinsa. Voimme kuitenkin arvioida, mitä mahdollisesti voisi tapahtua naapurimaan esimerkkien valossa, mutta emme sinisilmäisesti luottaa samankaltaisiin tuloksiin.

Kirjallisuuskatsauksessa tutkitaan ehdotettuja uudistustoimenpiteitä eri toimijoiden näkökulmasta. Monet tahot ovat laatineet selvityksiään ja ratkaisuehdotuksiaan tilanteeseen liittyen jo useiden vuosien ajan. Ratkaisuehdotuksissa on jonkin verran eroja johtuen ehdotuksen laatijasta. Pääpiirteittäin odotukset uudistuksen suhteen ovat kuitenkin samankaltaisia ja tietyt havaitut ongelmat toistuvat selvityksissä. Vuosien mittainen työ näyttää tuottavan tulosta, sillä uudistustoimenpiteitä on tulossa. Uudistukset eivät kuitenkaan käy toteen kovin nopealla aikataululla, vaan toteutus tapahtuu vaiheittain tiekartan mukaisesti. Tämän vuoksi jatkotutkimukset voisivat olla tarpeen, vaikkapa kymmenen vuoden kuluttua.

LÄHTEET

- Apteekkari.fi 29.4.2015: Ruotsi vetää osan särkylääkkeistä takaisin apteekkeihin. <<https://www.apteekkari.fi/uutiset/ruotsi-vetaa-osan-sarkylaakkeista-takaisin-apteekkeihin.html>>, haettu 30.9.2020.
- Apteekkari.fi 25.10.2016: Norjan apteekkimarkkinat kolmen jätin käsissä – tukkuomistus vaikuttaa apteekin tuotevalikoimaan. <<https://www.apteekkari.fi/uutiset/norjan-apteekkimarkkinat-kolmen-jatin-kasissa-tukkuomistus-vaikuttaa-apteekin-tuotevalikoimaan.html>>, haettu 15.4.2020.
- Avance 2019: *Apteekkilainsäädännön uudistaminen – arvio ehdotetun sääntelymuutoksen vaikutuksista*. Avance Asianajotoimisto Oy, Helsinki. <https://www.ptty.fi/fileadmin/user_upload/tiedostot/Tutkimukset/Laakkeet/AVANCE-Apteekki-Raportti-27-5-2019.pdf>, haettu 30.3.2020.
- Butler, Eamonn (2013) *Julkisen vallan käyttäjät – Opas julkisen valinnan teoriaan*. Ajatuspaja Libera, Helsinki. <https://www.libera.fi/wp-content/uploads/2013/09/Julkisen-vallan-kayttajat_Opas-julkisen-vallan-teoriaan.pdf>, haettu 29.10.2020
- Chakraborty, Shankha – Dabla-Norris, Era (2006) Rent Seeking. *IMF Staff Papers*, Vol. 53 (1), 28–49.
- Choi, Seung – Storr, Virgil (2019) A culture of rent seeking. *Public Choice*, Vol. 181, 101–126.
- Connor, John M. (2007) *Global Price Fixing*. Springer, Berlin.
- DRA Consulting Oy 2015: *Selvitys päivittäistavarakauppaan mahdollisesti soveltuvista itsehoitolääkkeistä lääkitysturvallisuuden näkökulmasta*. DRA Consulting Oy, Vantaa. <https://www.ptty.fi/fileadmin/user_upload/tiedostot/Tutkimukset/Laakkeet/Selvitys_Itsehoitolaakkeiden_laakitysturvallisuus_2015.pdf>, haettu 30.9.2020.
- Ek.fi 2020: Kilpailupolitiikka. <<https://ek.fi/tavoitteemme/yrityslainsaadanto/kilpailupolitiikka/>>, haettu 1.9.2020.
- Fimea 2014 = Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2014: *Lääketiedon tarpeet ja lähteet. Väestökysely lääkkeiden käyttäjille*. Fimea, Helsinki.

<https://www.fimea.fi/documents/160140/1153780/26437_KAI_2_2014.pdf/dbb688d7-d2b3-4e26-85b7-cd2a63ece76>, haettu 21.9.2020.

Fimea.fi 23.12.2016: *Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen määräys. Lääkkeiden toimittaminen.* Fimea, Helsinki.

<<https://www.fimea.fi/documents/160140/764653/Määräys.pdf/9332fa84-d115-41e2-b357-19eb28191312>>, haettu 21.9.2020.

Fimea 2017 = Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2017: *Apteekkijärjestelmän sääntelyn purkaminen Euroopassa – toimenpiteet ja vaikutukset.* Fimea, Helsinki.

<<https://www.fimea.fi/documents/160140/1188389/Fimea+KAI+3+2017+Aptee+kApteekkijärjes+sääntelyn+purkaminen+Euroopassa.pdf/330e3e95-f587-1853-4140-1789d7437b0c>>, haettu 21.9.2020.

Fimea 2017 = Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2017: *Fimean selvitys syksyn 2017 lääkejakeluongelmista ja ehdotukset lääkejakelun varautumisen parantamiseksi.* Fimea, Helsinki.

<<http://www.apteekkari.fi/media/2-apteekkari.fi/pdf/fimean-selvitys-ministeriolle-final.pdf>>, haettu 21.9.2020.

Fimea 2018 = Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2018: *Fimean selvitys itsehoitolääkkeiden myyntikanavasta.* Fimea, Helsinki.

<<https://www.fimea.fi/documents/160140/5730881/25042018+Fimean+selvitys+itsehoitolääkkeiden+jakelukanavista+final.pdf/9352d07b-0b4d-ce99-2f64-d0b413f89480>>, haettu 25.3.2020.

Finlex.fi 10.4.1987/395: Lääkelaki.

<<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>>, haettu 2.4.2020.

Finlex.fi 13.01.2006/22: Laki lääkelain muuttamisesta.

<<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20060022>>, haettu 8.9.2020.

Finlex.fi 2.12.2010/1088: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus lääkkeen määräämisestä.

<<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088>>, haettu 21.9.2020.

Finlex.fi 17.10.2013: Valtioneuvoston asetus lääketaksasta.

<<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130713>>, haettu 2.4.2020.

Finlex.fi 9.9.2016/770: Apteekkiverolaki.

<<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2016/20160770>>, haettu 2.4.2020.

Heikinsalmi, Minna (2009) *Kilpailunrikkomismaksu kartellitapauksissa Suomessa. Määräytymisperusteet ja seuraamusmaksun taso.* Kilpailuviraston selvityksiä

- 1/2009. <<https://www.kkv.fi/globalassets/kkv-suomi/julkaisut/selvitykset/2009/kivi-selvityksia-1-2009.pdf>>, haettu 4.11.2020.
- Helsingin Sanomat 11.7.2018: Kaksi kolmesta purkaisi apteekkien sääntelyä.
- Hillman, Arye – Ursprung, Heinrich (2015) Rent-seeking: The idea, the reality, and the ideological resistance. <<https://www.econ.pitt.edu/sites/default/files/Hillman.Rent%20seeking.2015.pdf>>, haettu 10.11.2020.
- Hs.fi 19.1.2019: Erillisistä ministeriöistä pitää luopua. <<https://www.hs.fi/mielipide/art-2000005970703.html>>, 10.9.2020.
- Hs.fi 12.7.2019: Järvenpäässä uutta apteekkia vastustanut apteekkari jää eläkkeelle: Seuraaja on jo valittu, mutta päätöksestä tehtiin valitus. <<https://www.hs.fi/kaupunki/jarvenpaa/art-2000006172137.html>>, haettu 24.9.2020.
- Hs.fi 29.9.2020: Taksiuudistuksen korjausesitykset etenevät pian eduskunnan käsittelyyn – erityisesti nämä viisi kohtaa taksilaista pitäisi lausuntojen mukaan muuttaa. <<https://www.hs.fi/politiikka/art-2000006652328.html>>, haettu 24.11.2020.
- Hyytinen, Ari (2016) Ylisuuret voitot ja apteekkareiden tulot. <<http://blog.hse-econ.fi/?p=7407>>, haettu 24.3.2020.
- Hyytinen, Ari (2016) Vielä apteekkitoimialan voitoista. <<http://blog.hse-econ.fi/?p=7495>>, haettu 24.3.2020.
- Isoaho, Minna (2016) *Apteekkireformi: Reilua kilpailua ja halpoja lääkkeitä*. Kansallinen Helsinki ry, Helsinki.
- Kaleva.fi 1.11.2016: Apteekkari ponnistaa herkästi kuusinumeroisiin tuloihin. <<https://www.kaleva.fi/apteekkari-ponnistaa-herkasti-kuusinumeroisiin-tul/1691712>>, haettu 21.9.2020.
- Kanniainen, Vesa – Määttä, Kalle (2011) *Kartellit teoriassa ja käytännössä*. Edita Publishing Oy, Helsinki. <<https://www-edilex-fi.ezproxy.utu.fi/kirjat/8166.pdf>>, haettu 31.10.2020.
- Kauppalehti.fi 24.7.2016: Taloustieteilijä: Apteekkien voitot ovat ylisuuria – ”merkittävä suurituloisille kohdistuva tulonsiirto”. <<https://www.kauppalehti.fi/uutiset/taloustieteilija-apteekkien-voitot-ovat-ylisuuria-merkittava-suurituloisille-kohdistuva-tulonsiirto/35793e25-9ac6-3d7e-93e1-3b72ffdb7d8a>>, haettu 21.9.2020.

- Kauppalehti.fi 8.3.2018: Liisa Hyssälä: ”Apteekkiala pitää avata normaalille yrittäjätöiminnälle”. <<https://www.kauppalehti.fi/uutiset/liisa-hyssala-apteekkiala-pitaa-avata-normaalille-yrittajatoiminnalle/e55b8fb3-95e2-3d31-99d5-7a6ba36c0f00>>, haettu 21.9.2020.
- Kauppalehti.fi 22.1.2020: Taksilain valuviat korjataan, uusi laki voimaan jo ensi vuonna. <<https://www.kauppalehti.fi/uutiset/taksilain-valuviat-korjataan-uusi-laki-voimaan-jo-ensi-vuonna/5866d1e3-1146-4a19-880a-d776edf9349b>>, haettu 24.11.2020.
- Kesko.fi 26.4.2019: Apteekit uhkaavat jäädä muutoksessa jälkijunaan. <<https://kesko.fi/media/uutiset-ja-tiedotteet/uutiset/2019/apteekit-uhkaavat-jaada-muutoksessa-jalkijunaan/>>, haettu 21.9.2020.
- Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2020: *Apteekkimarkkinoiden kehittäminen*. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2020. Kilpailu- ja kuluttajavirasto, Helsinki. <<https://www.kkv.fi/globalassets/kkv-suomi/julkaisut/selvitykset/2020/kkv-selvityksia-5-2020-apteekkimarkkinoiden-kehittaminen.pdf>>, haettu 11.11.2020.
- Krueger, Anne (1974) The Political Economy of the Rent-Seeking Society. *The American Economic Review*, Vol. 64 (3), 291–303.
- Kuoppamäki, Petri (2018) *Lääkejakelua koskevan sääntelyn ja sen mahdollisten muutosten vaikutus kilpailun ja lääkehuollon toimivuuteen*. Apteekkariliitto, Helsinki. <https://www.apteekkariliitto.fi/media/3-apteekkariliitto.fi/media/aineistot/2018_04_26_kuoppamaki_p_kilpailuoikeudellinen_selvitys.pdf>, haettu 30.3.2020.
- Laine, Charles (1995) The Herfindahl-Hirschman Index: A Concentration Measure Taking the Consumer’s Point of View. *Antitrust bulletin*, Vol. 40 (2), 423–432.
- Lansivayla.fi 1.11.2019: Espoon uudet apteekit uhkaavat jälleen viivästyä – nyt valitti ilman lupaa jäänyt proviisori. <<https://www.lansivayla.fi/paikalliset/1271888>>, haettu 24.9.2020.
- Lexia.fi 13.10.2017: Kilpailunrajoitukset. <<https://www.lexia.fi/fi/kilpailunrajoitukset/>>, haettu 27.10.2020.
- Liikenne- ja viestintäministeriö 2019: *Markkinoiden kilpailullisuuden ja kilpailun vaikutusten arviointi. Teoreettinen viitekehys*. Liikenne- ja viestintäministeriön julkaisuja 2019:13. Liikenne- ja viestintäministeriö, Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161885/LVM_2019_13.pdf>, haettu 6.11.2020.

- Lääkejakeluselvitys (2018) *Apteekkitoiminnan uudistamisen suuntaviivat. Lääkejakeluselvitys loppuraportti 2018*. Päivittäistavarakauppa ry, Helsinki. <https://www.ptv.fi/fileadmin/user_upload/tiedostot/Tutkimukset/Laakkeet/Laakkejakeluselvitys2018_loppuraportti.pdf>, haettu 30.3.2020.
- Maliranta, Mika (2017) *Markkinatalouden pro-teesit*. Tehokkaan Tuotannon Tutkimussäätiö, Helsinki. <https://www.ttt-saatio.fi/wp-content/uploads/julkaisusarja_6_markkinatalouden_pro-teesit_FINAL.pdf>, haettu 10.9.2020.
- Marmai.fi 28.11.2002: Tabukauppa kiristyy. Uusi laki lopettanee lääkkeiden alennusmyynnin. <<https://www.marmai.fi/uutiset/tabukauppa-kiristyy/a61561c9-1d3e-30e5-bea1-5792c7208369>>, haettu 22.9.2020.
- Mediuutiset.fi 12.11.2009: Ulla Närhi on vuoden proviisori. <<https://www.medi uutiset.fi/uutiset/ulla-narhi-on-vuoden-proviisori/31bd3193-6c6a-3ae2-a98c-e97577470a39>>, haettu 10.9.2020.
- Mediuutiset.fi 28.5.2019: Uusi hallitus saa perinnöksi lääkeasioiden tiekartan – ”Rationaalisen lääkehoidon kehittämiseksi on tilausta”. <<https://www.medi uutiset.fi/uutiset/uusi-hallitus-saa-perinnoksi-laakeasioiden-tiekartan-rationaalisen-laakehoidon-kehittamiseksi-on-tilausta/7d5245b1-9662-4742-b7ba-7b8e4a849b0e>>, haettu 29.9.2020.
- Määttä, Kalle (2012) *Kilpailu ja sääntely*. Edita Publishing Oy, Helsinki. <<https://www-edilex-fi.ezproxy.utu.fi/artikkelit/8881.pdf>>, haettu 14.9.2020.
- Nylund, Petra (2017) *Lääkejakelun historiaa – lääkkeitä kansalle apteekista*. Fimea, Helsinki. <https://sic.fimea.fi/verkkolehdet/2017/3-4_2017/palstat/laakejakelun-historiaa-laakkeita-kansalle-apteekista>, haettu 23.11.2020.
- Peltzman, Sam (1993) *How George Stigler changed the analysis of regulation*. Chicago Booth Review, Chicago. <<https://review.chicagobooth.edu/finance/archive/how-george-stigler-changed-analysis-regulation>>, haettu 16.11.2020.
- Pty.fi 2015: Itsehoitolääkkeitä päivittäistavarakaupasta -esite. <https://www.ptv.fi/fileadmin/user_upload/tiedostot/Julkaisut/Esitteet/Itsehoitol aakkeita_kaupasta_2015.pdf>, haettu 30.3.2020.
- Pty.fi 14.3.2015: Asiantuntijaselvitys: Useita itsehoitolääkkeitä voisi myydä turvallisesti kaupoissa.

<<https://www.pty.fi/ajankohtaista/tiedotteet/uutinen/article/asiantuntijaselvitykseita-itsehoitolaeakkeita-voisi-myyda-turvallisesti-kaupoissa/>>,
haettu 30.9.2020.

Pty.fi 2020: Lääkejakelua tulee uudistaa Suomessakin.

<<https://www.pty.fi/edunvalvonta/laakejakelun-uudistaminen/>>,
haettu 21.9.2020.

Pursiainen, Heikki (2016) *Antero Vartian mainio apteekivallankumous*. Ajatuspaja Libera, Helsinki. <<https://www.libera.fi/2016/01/11/antero-vartian-mainio-apteekivallankumous/%3e>>, haettu 30.9.2020.

Rakennuslehti.fi 20.10.2016: Tällainen oli asfalttikartelli – hallitus poisti kartellin rikoslaista 1992. <<https://www.rakennuslehti.fi/2016/10/tallinen-oli-asfalttikartelli-hallitus-poisti-kartellin-rikoslaista-1992/>>, haettu 27.10.2020.

Rakennuslehti.fi 8.12.2018: Suomi on kartellien luvattu maa – meillä se ei ole edes rikos. <<https://www.rakennuslehti.fi/blogit/suomi-on-kartellien-luvattu-maa-meilla-se-ei-ole-edes-rikos/>>, haettu 27.10.2020.

Ruuskanen, Osmo (2009) *Pankkikriisi ja rahoitusmarkkinoiden sääntely*. Joensuun yliopisto, Joensuu. <<https://core.ac.uk/download/pdf/15167848.pdf>>, haettu 1.12.2020.

Salkunrakentaja 5.10.2018: Apteekkiala valmistautuu historialliseen mullistukseen ja kilpailun vapauttamiseen. <<https://www.salkunrakentaja.fi/2018/10/apteekkiala-historiallinen-mullistus/>>, haettu 21.9.2020.

Savon Sanomat 27.4.2017: Apteekkariliitto: Kaupan hyllylle tulevia itsehoitotuotteita ei pitäisi rekisteriöidä lääkkeiksi. <<https://www.savonsanomat.fi/paikalliset/3007487>>, haettu 20.9.2020.

Singh, Vishal – Zhu, Ting (2008) Pricing and Market Concentration in Oligopoly Markets. *Marketing Science*, Vol. 27 (6), 1020–1035.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019: *Näkökulmia läikehoitoon ja lääkkeiden jakeluun liittyivistä muutostarpeista*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161340/STM_Rap_5_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>,
haettu 25.3.2020.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020: *Läikehoidon kokonaiskustannukset ja apteekkitalous. Esiselvitys*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162018/STM_2020_1_Rap.pdf?sequence=4&isAllowed=y>, haettu 25.3.2020.

Stigler, George (1971) The Theory of Economic Regulation. *The Bell Journal of Economics and Management Science*, Vol. 2 (1), 3–21.

Stm.fi 22.9.2020: Lääkealan kehittämistyö käynnistyi ministeri Pekosen sidosryhmätapaamisella. <<https://stm.fi/-/laakealan-kehittamistyo-kaynnistyi-ministeri-pekosen-sidosryhmatapaamisella>>, haettu 30.9.2020.

Tollison, Robert (2012) The economic theory of rent seeking. *Public Choice*, Vol. 152, 73–82.

Ts.fi 13.7.2020: Taksimatkestajien luottamus halutaan palauttaa taksilain korjaksella – Taksimatkan hinnat ovat paikoin nousseet ja syrjäseuduilla palvelu on heikentynyt.

<<https://www.ts.fi/uutiset/kotimaa/5007410/Taksimatkestajien+luottamus+halutaan+palauttaa+taksilain+korjauksella++Taksimatkan+hinnat+ovat+paikoin+nousseet+ja+syrjaseuduilla+palvelu+on+heikentynyt>>, haettu 24.11.2020.

Tullock, Gordon (1967) The welfare costs of tariffs, monopolies and theft. *Economic Inquiry*, Vol. 5 (3), 224–232.

UusiSuomi.fi 21.1.2016: Suomen ”laillinen kartelli” pöyrityttää: ”Merkittävä tulonsiirto köyhiltä ja sairailta rikkaille”. <<https://www.uusisuomi.fi/uutiset/suomen-laillinen-kartelli-poyristyttaa-merkittava-tulonsiirto-koyhilta-ja-sairailta-rikkaille/7a60a564-c288-397c-91a8-fce1673eca93>>, haettu 30.9.2020.

UusiSuomi.fi 15.8.2018: Kelan ex-johtaja Liisa Hyssälä: Suomi sääntelee apteekkialaa väärästä päästä – ”Järjestelmä on liian kallis”.

<<https://www.uusisuomi.fi/uutiset/kelan-ex-johtaja-liisa-hyssala-suomi-saantelee-apteekkialaa-vaarasta-paasta-jarjestelma-on-liian-kallis/6b8de9a9-5259-34eb-9b06-e66a26c90dcd>>, haettu 21.9.2020.

Valliluoto, Sari (2012) *Lääkehuollosta lääkemarkkinoihin. Arvoketju ja sääntely. Kilpailuviraston selvityksiä 2/2012.* <<https://www.kkv.fi/globalassets/kkv-suomi/julkaisut/selvitykset/2012/kivi-selvityksia-2-2012.pdf>>, haettu 25.3.2020.

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus 2011: *Asfalttikartellin kunnille aiheuttamien vahinkojen arviointi. Valmisteluraportit 8, Loppuraportti.* Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki. <<https://core.ac.uk/download/pdf/153492281.pdf>>, haettu 31.10.2020.

- Varian, Hal (2009) *Intermediate Microeconomics: A modern approach*. W.W. Norton & Company, New York.
- Vartia, Antero 14.12.2015: Kamalan kallis kartelli. <<https://puheenvuoro.uusisuomi.fi/anterovartia/208379-kamalan-kallis-kartelli/>>, haettu 29.10.2020.
- Viitala, Esa-Jussi (2012) Raakapuukartelliin liittyvien vahinkojen vanhentuminen. *Metsätieteen aikakauskirja*. <<https://www.metsatieteenaikakauskirja.fi/pdf/article5850.pdf>>, haettu 27.10.2020.
- Vogler, Sabine – Habimana, Katharina – Arts, Danielle (2014) Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries. *Health Policy*, Vol. 117 (3), 311–327.
- Wallér, Johan 29.3.2017: Apteekkimarkkinoiden muutos onnistui Ruotsissa. <<https://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000005146085.html>>, haettu 21.11.2020.
- Wessman, Roger – Kiesiläinen, Mikko (2017) Suomi jää jälkeen. *Liberan julkaisusarja, kesäkuu 2017*, toim. Veera Luoma-aho, 3–20. Libera, Helsinki.
- Wisell, Kristin – Winblad, Ulrika – Kälvemark Sporrang Sofia (2016) Stakeholders' expectations and perceived effects of the pharmacy ownership liberalization reform in Sweden: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, Vol. 16 (379), 1–9.
- Wisell, Kristin – Winblad, Ulrika – Kälvemark Sporrang Sofia (2019) Diversity as salvation? – A comparison of the diversity rationale in the Swedish pharmacy ownership liberalization reform and the primary care choice reform. *Health Policy*, Vol. 123 (5), 457–461.
- Yle.fi 13.8.2013: Suomi on keskittyneen kilpailun luvattu maa. <<https://yle.fi/uutiset/3-6775677>>, haettu 29.10.2020.
- Yle.fi 1.4.2015: Parasetamoli on yhä useamman myrkytyskuoleman takana. <<https://yle.fi/aihe/artikkeli/2015/04/01/parasetamoli-yha-useamman-myrkytyskuoleman-takana>>, haettu 30.9.2020.
- Yle.fi 11.11.2020: ”Kannattaa varoa, ettei käy kuin taksiuudistuksessa” – Apteekarit tyrmäävät kilpailu- ja kuluttajaviraston ideat apteekkialan avaamisesta. <<https://yle.fi/uutiset/3-11642259>>, haettu 24.11.2020.

