Upprättat av:	Matilda Bouchet	Extern
Godkänd av:	Torbjörn Andersson	MediCarrier
Dokumentversion:	Ver 4	

Förstudierapport
Projektnamn: PPRIMO

Innehåll

1 Grundläggande information 4
1.1 Bakgrund och syfte 4
1.2 Koppling till strategiska mål 6
2 Avgränsningar och beroenden 6
2.1 Avgränsningar och beroenden i förstudiedirektivet: 6
2.2 Avgränsningar och beroenden i som beslutades i förstudien: 6
3 Arbetet i förstudien 6
4 Lagkrav 8
5 Nuläge 9
5.1 Kunder 10
5.2 Lagerproduktivitet 14
5.3 Benchmark 14
5.4 Nuvarande prissättning 17
5.5 Avtal med privata kunder 21
5.6 Debitering av tilläggstjänster 21
5.7 Juridiska förutsättningar kopplat till nuvarande prisstruktur 22
5.8 Organisation 23
6 Nyläge 23
6.1 Förslag på möjliga modeller 25
6.1.1 Modell 1: Fördelning av kostnader på orderrad och orderstart 27
6.1.2 Modell 2: Rörliga kostnader fördelas på order och orderrad samt en fast kostnad per styck 29
6.1.3 Modell 3: Samma marginalpåslag för alla 30
6.1.4 Modell 4: Samma marginalpåslag för alla plus småorderavgift baserat på orderbelopp 31
6.2 Slutsats och rekommendationer nyläge 35
6.2.1 Rekommendation nyläge 36
6.2.2 Realiserbarhet 39
6.2.3 Arbetsform och organisation 40

Referenser

Ref	Dokument ID	Dokument
[1]	Bilaga 1	PM Genomlysning av det juridiska ramverket 20240416
[2]	Bilaga 2	Fördelning av kunder (regionägda och privat)
[3]	Bilaga 3	Regionernas ekonomi och verksamhetsstatistik
[4]	Bilaga 4	Antal privata utförare inom Stockholmsregion fördelat på verksamhetsområde
[5]	Bilaga 5	Köp av verksamhet från privata utförare per verksamhetsområde 2022
[6]	Bilaga 6	Sammanställning intervjuer med kunder
[7]	Bilaga 7	Analys kundens köpmönster
[8]	Bilaga 8	Effekt av förändrade beställningsmönster på lager produktivitet och kostnader
[9]	Bilaga 9	Benchmark prismodeller
[10]	Bilaga 10	Prismodeller MC 2024-09-12
[11]	Bilaga 11	Leveransöverenskommelse Aleris Närsjukvård 20230413
[12]	Bilaga 12	Leveransöverenskommelse Praktikertjänst Nära _MediCarrier.pdf
[12]	Bilaga 13	Debitering tilläggstjänster, frakt och beredskapslager
[12]	Bilaga 14	Presentation prismodeller

Definitioner och förkortningar

Begrepp/förkortning	Förklaring
LBE	Lagen om brandfarliga och explosiva varor
ADR	Farligt gods (European Agreement Concerning the International Carriage of Dangerous Goods by Road)
AOM	Orderhanteringssystem (Automated Order Management)
AO S/F	Affärsområde Sjukvårds- och förbrukningsvaror
RLK	Regionledningskontoret

Revisionshantering

Version	Datum	Summering av förändringar i förhållande till föregående version	Ändringar markerade (j/n)

Förstudienamn/projektbenämning

PPRIMO

Förstudieägare/projektägare

Torbjörn Andersson

1 Grundläggande information

1.1 Bakgrund och syfte

Bakgrund

MediCarrier ägs av Region Stockholm där affärsområdet för sjukvårds- och förbrukningsartiklar (AO S/F) är ett av två affärsområden. AO S/F omsätter ca 1,2 Miljarder sek och står för över 90% av den totala omsättningen för MediCarrier. AO S/F omsättning är idag fördelat till ca 80% för regionägda och 20% för privata kunder.

MediCarrier är den största enskilda leverantören av sjukvårds- och förbrukningsvaror till den regionägda vården. När det gäller den privatägda vården i Region Stockholm, pekar tidigare analyser på att ca 30 procent av de privata vårdgivarna med vårdavtal köper varor och tjänster från MediCarrier. MediCarrier spelar därmed en central roll i regionens varuförsörjning och samtliga sju akutsjukhus, närakuter och en stor andel av vårdcentralerna i regionen är beroende av leveranser från MediCarrier.

Karolinska Universitetssjukhuset är AO S/F enskilt största kund och står för knappt 50% av omsättningen. Södersjukhuset, SLSO och Danderyds sjukhus är nummer två, tre och fyra bland de regionägda kunderna. För de privata kunderna är Capio S:t Görans sjukhus, Aleris närsjukvård, Praktikertjänst, Stockholms sjukhem och Capio vårdcentraler de största sett till omsättning.

MediCarrier har ett antal lagar och regelverk att följa, primärt bolagsordningen, kommunallagen, konkurrenslagen, samt ägardirektiv och policyer beslutade av ägaren. MediCarrier är intäktsfinansierad. Affärsmodell och prisstruktur är därför viktiga för måluppfyllnad utifrån ägardirektiv, till exempel avkastningskrav och affärsmässighet. De är även viktiga för att säkerställa efterlevnad av bolagsordning, lagar och Region Stockholms styrande dokument. Det förutsätter också god kännedom om kunderna, ändamålsenliga avtal, samt helhetssyn vad gäller vårdsystemet.

Den befintliga affärsmodellen och prisstrukturer skapades för över tio år sedan och endast små justeringar har gjorts genom åren. Det finns ett antal brister och en översyn har planerats sedan länge men försenats av bland annat pandemin.

Följande problemområden har identifierats:

- Affärsmodellen och prisstrukturerna – olika strukturer för regionägda kunder och privata kunder. Otydlighet i vad som krävs för lagefterlevnad.
- Olika affärsmodeller och prisstrukturer för olika kundsegment – ska det vara så, och i så fall vilken logik ska tillämpas?
- Trubbiga prisstrukturer - påslag på varans inköpspris. Priset speglar därför inte det arbete som krävs för olika varor eller förpackningsstorlekar (hantering). Det skapar inte heller incitament för effektivare flöden (fyllnadsgrad i lastbärare, transporter, m.m.).
- Ökade kostnader för robusthet och försörjningsberedskap. Del av affärsmodellen (intäktsfinansierat) eller hanteras på annat sätt (statliga bidrag och anslagsfinansiering)?
- Systemstöd för enkel administration och kvalitetssäkring - vissa prisstrukturer finns i ordersystemet (AOM), vissa räknas ut i MS Excel.
- Dokumentation – brister i dokumentation hur prisstrukturerna är uppsatta i system och MS Excel.

Syfte

Syftet med denna förstudie är att undersöka hur MediCarrier kan skapa en tydligare och mer transparent affärsmodell och prisstruktur som möter kundernas behov, främjar hållbarhet och robusthet, samt skapar incitament för en effektivare varuförsörjning. I förstudien ingår även att säkerställa att affärsmodellen och prisstrukturer efterlever tillämpliga lagar och regler.

För att kunna uppfylla ovan syfte behöver fyra delar undersökas i denna förstudie enligt nedan och i fallande ordning:

1. Identifiera tillämpliga lagar och regler, samt klargöra juridiska förutsättningarna för att ändra i affärsmodell och prisstruktur.
2. Se över prisstrukturernas nuläge och förslag på nyläge inom de framtagna juridiska förutsättningarna. Involvera kunder för att förstå deras behov. Ny prisstruktur ska vara:
    a. Mer transparent för alla parter
    b. Skapa incitament för en mer hållbar, robust och effektiv varuförsörjning
    c. Mer standardiserad och lättare att förstå
    d. Minska administration och öka kontroll genom att sättas upp i en stabil IT-miljö. Undersök närmare möjligheten närmare för ordersystemet (AOM), och därmed ta bort andra byggda lösningar som exempelvis MS Excel. Identifiera eventuella begränsningar.
3. Simulering av effekten av ny prisstruktur på ett antal nyckelkunder (regionägda och privata)

4. Skriva en förstudierapport och ett projektdirektiv som grund till planering och genomförande. Samverkan med primära intressenter (ägare, regionkunder) inför beslut där förstudien sätter upp en referensgrupp ifrån regionledningen som del av förankring och samverkan. Beslutet fattas av styrelsen i enlighet med styrelsens arbetsordning.

1.2 Koppling till strategiska mål

- Genom en översyn av prisstrukturen är det lättare för AO S/F att styra mot en ”**ekonomi i balans”** och mot rätt köpbeteenden av kund. Detta ger en ekonomisk vinst för vården i regionen i sin helhet.
- **”Kunddriven affärsmodell”** stöds av projektet
- **”Operativ effektivitet”** kommer öka genom att beteende förändras
- Ökad ”**kompetensförsörjning”** i och med en ny prisstruktur ger en robust hantering och tydlighet internt och mot externa parter

2 Avgränsningar och beroenden

2.1 Avgränsningar och beroenden i förstudiedirektivet:

Projektet tittar enbart på affärsmodell och prisstruktur för AO S/F.
Undersök enbart orderhanteringssystemet AOM som verktyg för prisstruktur.

2.2 Avgränsningar och beroenden i som beslutades i förstudien:

Förstudien avgränsar sig mot prissättning av beredskapslagret då detta är ett beslut på annan nivå som projektet ej styr över och måste behandlas separat. Om kostnader och prissättning av beredskapslagret tas fram av organisationen under förstudiens gång kan dessa läggas med som en del i en prisstruktur.

3 Arbetet i förstudien

Förstudien har genomförts i projektform med en förstudiegrupp ursprungligen planerat till 13 medlemmar. Under förstudiens gång föll två resurser bort på IT och en resurs på kundtjänst adderades. Tiden för externa IMI resurser drogs ner i början av förstudien då det endast behövdes närvaro på möten och en punktinsats för förklaring av funktioner i systemen. Tidplanen för förstudien förlängdes även med 4 månader då styrgruppen ansåg att det behövdes kompletteras med fler analyser.

Rapportering har skett till en styrgrupp bestående av VD Annika Berthold, Affärsområdesansvarig Torbjörn Andersson, chef Ekonomi och Administration Ghita Bergdal Sirmanshahi. Förstudieägare är Torbjörn Andersson, projektledare är Matilda Bouchet (extern). Till stor del har mötesfrekvensen varit veckovis med korta möten för workshops, information och beslut. Mindre konstellationer från förstudiegruppen har brutits ut för möten i specifika frågor.

I förstudien har intervjuer genomförts internt inom Region Stockholm med bl.a. Upphandling, Juridik och med andra regioner. Intervjuer har även genomförts med kunder som representerar region och privata. Dataanalys har genomförts baserat på underlag från MediCarrier. En dialog har även förts med regionsledningskontoret och koncernekonomi för att diskutera idéer och tankar kring uppdaterade prisstrukturer.

Det har varit vissa avvikelser i nedlagd tid för delar av förstudiegruppen. Vid eventuell övergång till projekt behöver vi se över tidsåtgången.

Totalt sett har förstudiefasen bedrivits från den 19 februari 2024 till den 1 november 2024.

Fördelning av resurser och nedlagd tid:

Resurser Förstudie Affärs-och Prismodell AO S/F			2024									
Namn	**Avdelning**	**Resursägare**	**jan**	**feb**	**mar**	**apr**	**maj**	**jun**	**jul**	**aug**	**sep**	**okt**
Torbjörn Andersson	AO/SF	Annika Berthold	10%	10%	5%	5%	5%	10%	5%	10%	10%	10%
Projektledare	Extern	Torbjörn Andersson	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	80%	100%	100%
Karin Eriksson	Kundtjänst	Peter Hall	0%	0%	0%	10%	10%	10%	0%	0%	0%	0%
Charlotta Edenvik	Juridik och Inköp	Ghita Bergdal Sirmanshahi	25%	25%	25%	10%	5%	5%	0%	0%	5%	0%
Cecilia Cedervall	Ekonomi	Ghita Bergdal Sirmanshahi	10%	10%	20%	10%	20%	20%	0%	20%	20%	0%
Emma Jihammar	Kommunikation	Annika Berthold	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Andreas Hovare	E-handel	Annika Berthold	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Johan Karlsson	Logistik utveckling	Jan Brandon	0%	10%	20%	20%	20%	20%	0%	20%	20%	0%
Madeleine Johansson	Masterdata	Kajsa Björsell	5%	10%	20%	20%	20%	20%	0%	0%	0%	0%
Niklas Sundberg	IT	tf Niklas Grünbaum	0%	0%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Per Ekstedt	IT	tf Niklas Grünbaum	0%	10%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Anouar Alj	Lagerlogistik	Süleyman Erdogdu	0%	10%	20%	20%	20%	20%	20%	0%	20%	0%
Carina Åström	Kundansvarig	Peter Hall	0%	5%	5%	10%	10%	10%	10%	0%	0%	0%
Solveig Eriksson	Kundansvarig	Peter Hall	0%	5%	5%	20%	20%	20%	10%	0%	0%	0%
IMI Resurs 1	Extern IMI	tf Niklas Grünbaum	0%	5%	5%	5%	5%	0%	0%	0%	0%	0%
IMI Resurs 2	Extern IMI	tf Niklas Grünbaum	0%	5%	5%	5%	5%	0%	0%	0%	0%	0%

4 Lagkrav

MediCarrier ska, i enlighet med kommunallagen, förhålla sig, till självkostnadsprincipen och enligt Region Stockholms policy och riktlinjer för god ekonomisk hushållning ska alla kunder behandlas lika (likabehandling).

Enligt konkurrenslagen ska det råda konkurrensneutralitet mellan en offentlig aktör och en privat aktör som verkar på samma marknad. Det innebär kortfattat att den offentliga aktören, i det här fallet MediCarrier, bör belastas med ett marknadsmässigt avkastningskrav för att inte riskera att snedvrida konkurrensen på marknaden. Denna konkurrensneutralitet ska inte förväxlas med den likabehandlingsprincip som ska gälla mellan privata och egenägda vårdgivare. Enligt regionens riktlinjer ska privata och egenägda vårdgivare behandlas lika men eftersom MediCarriers försäljning till privata vårdgivare även omfattas av konkurrenslagens regler om konkurrensneutralitet kan de privata vårdgivarna belastas med ett högre avkastningskrav än den egenägda vården. Det viktiga är att prissättningen är transparent och konsekvent.

Det som kan motiveras utifrån en affärsmässig drift och ur en företagsekonomisk synvinkel ska tas i beaktande när man sätter upp prisstrukturen, samt att kunderna ska bära sina egna kostnader.

Hänvisning till **PM Genomlysning av det juridiska ramverket 20240416***(Se bilaga 1)

MediCarriers uppdrag är att på affärsmässiga villkor och med beaktande av självkostnadsprincipen tillhandahålla tjänster till verksamheter inom Region Stockholm. Med verksamheter inom Region Stockholm räknas även privata verksamheter som har avtal med regionen och vars verksamhet enligt avtalet finansieras, helt eller delvis, av regionen.

MediCarrier tillämpar idag olika prisstrukturer och olika prislistor på olika kunder. Det finns vissa otydligheter kring hur priserna är beräknade vilket kan strida mot principen om konkurrensneutralitet samt självkostnadsprincipen.

Prissättning ska, enligt regionens styrande principer, bygga på självkostnadsprincipen vilket är i enlighet med kommunallagen. Enligt självkostnadsprincipen ska samtliga direkta och indirekta kostnader som kan motiveras utifrån en affärsmässig drift samt en företagsekonomisk synvinkel ingå i beräkningen av självkostnader. Beräkning av självkostnader ska, enligt regionens styrande principer, göras enligt en aktivitetsbaserad kostnadskalkylering vars syfte är att identifiera kostnadsdrivare samt beräkna de direkta och indirekta kostnaderna.

Det affärsmässiga inslaget i självkostnadsprincipen består i att prisstrukturen innehåller ett påslag för det av regionfullmäktige fastställda avkastningskravet. Denna förstudie innehåller ingen bedömning av nivån på det fastställda avkastningskravet. Det är viktigt att bolagets prisstruktur säkerställer att kunderna bär sina egna kostnader samt att offentliga och privata verksamheter behandlas lika i fråga om prissättning (konkurrensneutralitet).

Framtagande av prisstruktur ska ske i samverkan med styrelsen och ägaren samt bör involvera de regionägda kunderna. Beslutet om en ny prisstruktur fattas av styrelsen i enlighet med styrelsens arbetsordning.

Slutsats

Mot bakgrund av ovan rekommenderas, ur ett juridiskt perspektiv, en prisstruktur som är transparant (tydlig) och där det framgår vad som ingår i baspriset och vilka extratjänster som respektive beställare betalar för. Kunder som beställer små order eller order som genererar bryt av förpackning som exempelvis driver högre kostnader, bör kunna beläggas med extra avgift för den merkostnad det innebär. Prisstrukturen bör motsatsvis kunna erbjuda rabatter om det är önskvärt och om det kan motiveras ur affärsmässig och företagsekonomisk synvinkel.

5 Nuläge

En genomgång av nuläget visar att det råder otydlighet både internt inom MediCarriers organisation och externt hos kunder angående vilka priser, marginalpåslag, abonnemangsavgifter och tilläggstjänster som gäller. Det finns delvis förståelse internt för vad som driver kostnader från det att en kund lägger en order till att den levereras men det speglas inte i nuvarande prisstruktur på ett begripligt sätt. I dagsläget är strukturen och samordningen internt för prissättning otillräcklig.

Det existerar fyra olika prislistor med olika marginalpåslag och rabatter. Det har sannolikt funnits en röd tråd från början men har med åren blivit otydlig. Det är därför inte alltid tydligt hur eller varför en kund har hamnat på en viss prislista eller rabatt. Det finns därmed inte heller ett helt konsekvent förhållningssätt mellan regionägda och privata kunder i prissättningen.

Arbetet för att räkna fram marginaler och göra prisjusteringar är resurskrävande och görs till största del manuellt i MS Excel. På direkta frågor från kunderna vad det är de betalar för samt varför de betalar en viss summa kan man internt inte svara på frågan. Vissa tilläggstjänster är även parameterstyrda i ordersystemet på sådant sätt att vissa kunder slipper dessa och andra inte vilket strider mot kravet på konkurrensneutralitet.

Kopplingen mellan aktivitetsdrivande handlingar inom organisationen och prissättning mot kund är låg. De förhandlingar som har gjorts med enstaka privata kunder kring rabatter är inte dokumenterade och kan inte konstateras vara baserade på en djupare analys av köpbeteende eller betalningsförmåga hos kunden eller uppföljning om de följer lagar och regler att ge denna typ av rabatter.

Resultatet blir att komplexiteten i att få fram nuläget av nuvarande prisstruktur är hög och mycket tidskrävande. Att leta fram korrekt data, få data från olika källor att stämma överens och sedan kunna redovisa detta begripligt för övriga organisationen är tidskrävande och svårt att helt och hållet kunna verifiera. Manuella uträkningar, tolkningar av data, nedärvda MS Excel ark och ostrukturerad input i system orsakar merarbete.

Det som gör bilden än mer komplex är bolagets övergripande kostnadsstruktur. Till exempel kostnad såld vara uppgår idag till ca 85% av totala kostnader och styrs inte av bolaget. Bolaget har också förhållandevis höga administrativa kostnader till följd av det uppdrag bolaget har som helägt dotterbolag till Region Stockholm. Konsekvens blir att den rörliga påverkbara andelen av totala kostnader blir mycket låg.

5.1 Kunder

Relationen med kunden

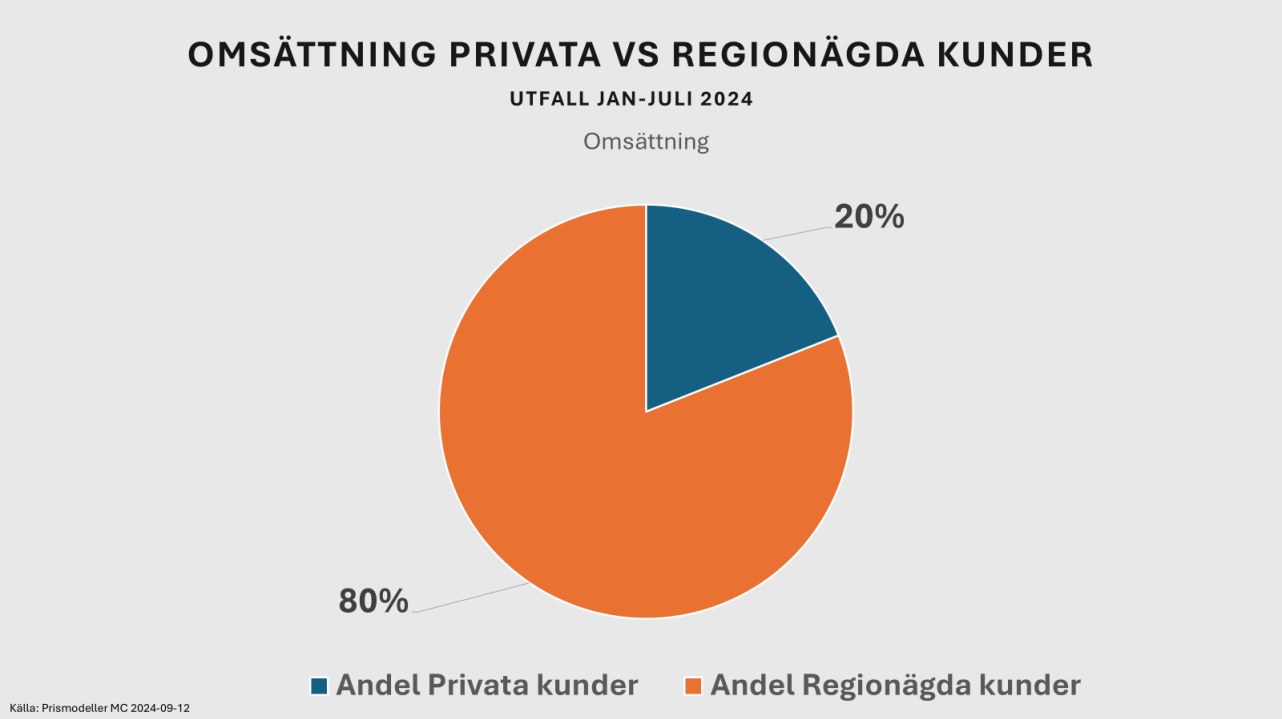
Samspelet mellan kunder och MediCarrier är mestadels god och MediCarrier är en uppskattad leverantör som anses vara hjälpsam, anpassningsbar, har bra sortiment och levererar i tid. Inom organisationen är dock bilden vitt skild mellan de olika avdelningarna angående vem man pratar med hos kund och varför. Det råder även oenighet om vem som anses vara kund (är det sjukhuset, avdelningschefen, inköpschefen, orderläggaren, vaktmästaren osv.). Under förstudiens gång identifierades det av förstudiegruppen och styrgruppen att det internt delvis är otydligt vems ansvar det är att prata med olika aktörer på olika nivåer inom region och privata kunder.

Frekvensen i kontakt med kunderna skiljer sig även markant beroende på om de är regionägda eller om de är privata. Tex Praktikertjänsts inköpschef ansåg sig inte ha någon specifik kontaktperson på MediCarrier medan Aleris har regelbundna möten och får dataleveranser av köphistorik. Relationen med de privata kunderna kan stärkas och intresset för detta borde naturligtvis ligga både hos MediCarrier och hos kunden. Hos de regionägda kunderna har man mer regelbundna möten och avstämningar, här kan dock diskuteras om rätt personer från vissa kunder är med på mötena eller om nya konstellationer krävs för att få till ett ännu bättre samarbete.

Kundsegment

MediCarriers **kunder*** (se bilaga 2) utgörs både av regionägda samt privata verksamheter som enligt avtal eller överenskommelse finansieras, helt eller delvis, av Region Stockholm. Uppföljning och kontroll görs för att säkerställa att de privata kunder som köper från MediCarrier har avtal med regionen, utifrån de förutsättningar som MediCarrier har i avseende till tillgång av avtalsdatabaser.

Som nämnt tidigare omsätter AO S/F ca 1,2 miljarder sek och står för över 90% av den totala omsättningen för MediCarrier. AO S/F omsättning idag är fördelat till ca 80% för regionägda och 20% för privata kunder. Denna fördelning har varit konstant över längre tid och sträcker sig mer än 10 år bakåt i tiden.



I förlängningen så är det viktigt att ta ställning till hur man på bästa sätt förhåller sig till privata kunder med tanke på att de står för 20% av intäkterna hos MediCarrier vilket motsvarar ca 280 miljoner sek per år.

Notera att Region Stockholms förhållande till **privata vårdgivare***(se bilaga 3, 4 och 5) har stor inverkan på MediCarriers verksamhet. I Region Stockholm har man valt att i större utsträckning innefatta upphandling och konkurrensutsättning i jämförelse med andra regioner. Detta bidrar till att den största andelen privata vårdcentraler i Sverige är i Stockholm där 71% av vårdcentralerna drivs privat. År 2023 fanns det i genomsnitt 4 982 vårdplatser inom hälso- och sjukvården varav 31% drevs i privat regi. Av 20,2 miljoner fysiska besök i Stockholm inom hälso- och sjukvården gjordes 63% till en privat vårdgivare.

Med föregående resonemang anses det viktigt att kunna fortsätta tillhandahålla tjänster till privata kunder. Det möjliggör för en försörjning till vårdsystemet av ett enhetligt upphandlat och kvalitetssäkrat sortiment, att vårdens medarbetare som rör sig inom vårdsystemet känner igen produkterna, samt på sikt en sammanhållen försörjningsberedskap.

Service och extratjänster

Mycket av arbetet internt på MediCarrier i relationen till kunderna är order och artikelrelaterade (kommunikation kring ersättningsartiklar, uppdateringar av priser, introduktion av nya artiklar, restnoterade artiklar) vilket är värdefullt och behövs. En annan uppskattad service som MediCarrier tillhandahåller för vissa kunder är framtagande av statistik på vad som har beställts på månadsbasis. Här bör det tilläggas att även denna typ av statistik är tidskrävande och manuell i sin process att ta fram för MediCarriers organisation.

Det som saknas är länken till de mer strategiska konversationerna och samordning för en enhetlig varuförsörjning och olika projekt som tex berör prissättning och hantering av lager hos merparten av kunderna.

Intervjuer med kunder

I de intervjuer* (se bilaga 6) som har genomförts med kunder förstärks bilden av att det varierar vem det är som är ansvarig beställare och vem som är insatt i priser och kommer i kontakt med fakturor från kundens sida. Det är sällan den person som lägger själva beställningen som kommer i kontakt med fakturorna. I vissa fall, trots att det är regionägda kunder, så förstår man inte MediCarrier har uppdraget för regionen och att man måste beställa från MediCarrier. Vissa uttrycker även att det är priset som styr. Hos de privata kunderna Aleris och Praktikertjänst upplever man ingen större prisskillnad mot en konkurrerande leverantör som tex OneMed, samma gäller sortimentet, här är det till sist priset som styr vart de lägger sina beställningar.

Trots en uttalad prismedvetenhet så är det få personer av de som har intervjuats som kan ge en bild av kostnader förutom att möjligtvis indikera ifall artikelpriserna är dyrare hos MediCarrier eller en annan leverantör. Här är det viktigt att notera att MediCarrier inte styr över artikelpriser.

Vare sig regionägda kunder eller privata kunder är helt på det klara med hur deras beställningsmönster påverkar deras kostnader och vilka aktiviteter man betalar för. Både regionägda kunder och privata kunder indikerar att de skulle kunna tänka sig att lägga om sitt beställningsmönster om det påverkade prisbilden positivt. De är mindre påverkbara med hållbarhet och miljön som argument. På en direkt fråga om de privata kunderna ville vara med och finansiera ett beredskapslager så var det hälften som svarade ja och hälften svarade nej. Alla tycker att det är upp till regionen att samordna detta.

MediCarrier har en gång i tiden tagit på sig uppgiften att oavsett storlek på order kunna leverera till kunder, enligt “Just In Time”-principen (s.k. JIT) och leverans till avdelningsskåp (s.k. JIT-skåp). Beställningsmönstret hos de olika kunderna varierar mycket och styrs både av den platsbrist som finns på sjukhusen och av priset. Olika kunder har behov av olika typer av leveranser (storlek och frekvens på order) mycket beroende på hur mycket lagerutrymme de har på avdelningen/sjukhuset då många har begränsat med plats i sina JIT-skåp. Dessa skåp har inte utrymme för stora kvantiteter vilket orsakar många småorder.

En återkommande kommentar både från kunder och medarbetare hos MediCarrier är kring fyllnadsgraden av vagnar och kartonger som anses dåligt packade med mycket luft. Detta är lite av ett tveeggat svärd då små beställningar oftast resulterar i denna typ av packning medan det är viktigt för kunderna att kunna lägga små beställningar. En större samordning i beställningar ute hos kunderna skulle kunna minska detta. Viktigt att notera är även att denna typ av småorderhantering som MediCarrier levererar som tjänst driver kostnader inom organisationen.

För att få en bättre bild av hur de faktiska köpmönstren ser ut hos kund genomfördes en analys av deras orderbeteende.

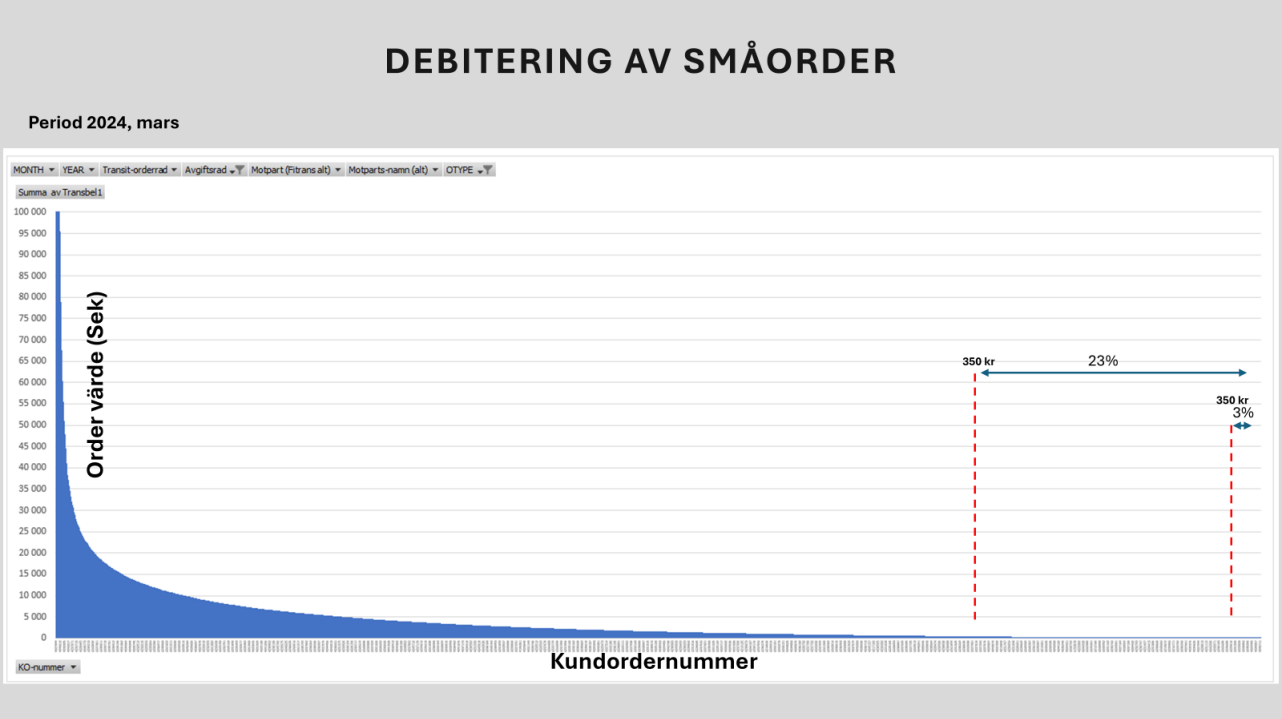
Analys av kundens köpmönster

En analys har gjorts för att förstå kundernas köpmönster. Analysen visar att variationerna inom kundgrupperna på motpartsnivå är stora. Både stora regionägda akutsjukhus och de privata aktörerna har både ett mönster av att lägga småorder och större order.

För att få förståelse hur kundens beteende påverkar aktiviteter på lagret valde vi att undersöka begreppen:

- Småorderbelopp (baserat på ett orderbelopp om 350 sek med en avgift på 75 sek)
- Orderrad 1 eller 2st
- Antal leveransdagar

När vi tittade närmare på hur många småorder kunderna lagt per månad baserat på det köpbelopp om 350 sek som vi har idag ger det ca 23% av de order som kommer in per månad. Vi har dock endast tagit extra betalt för ca 3% av dessa. Anledningen till detta är att man historiskt har kommit överens med vården om att inte ta extra betalt för JIT leveranser. Mer detaljerad information om tilläggstjänster kommer senare i förstudien.



Baserat på dagens modell 350 sek för en småorder så står Karolinska för 2 320 order under mars månad 2024. Av dessa 2 320 order så är det 361 som har blivit fakturerade med en småorderavgift. Sen kommer Södersjukhuset med 754 order (30 fakturerade) och Danderydsjukhus med 672 order (28 fakturerade).

Djupare analys av kundens köpmönster

Då begreppet småorder kan definieras på olika sätt och småorder är identifierat som en kostnadsdrivare inom organisationen, gjorde förstudiegruppen en djupare **analys***(se bilaga 7) av hur kundens köpmönster ser ut. Vi valde att vidare undersöka hur antal orderrader och antal leveransdagar ser ut i beställningsmönstret hos våra kunder och ifall dess bidrar till antalet småorder. Slutsatsen av denna analys är att fortsätta använda småorder för att stötta kunderna i deras behov samtidigt som vi behöver se över en aktivitetsbaserad prissättning för att säkerställa regelefterlevnad.

5.2 Lagerproduktivitet

För att koppla ihop och förstå påverkan på lagret tittade förstudiegruppen på data kopplat till tid och antal rader plockade. **Resultatet***(se bilaga 8) visar att en medarbetare som enbart hanterar stora plocklistor (stort antal orderrader dvs fler artiklar på en order) kan leverera upp till 4,5 gånger högre produktivitet, jämfört med att hantera små plocklistor (få orderrader).

MediCarrier har fått återkoppling från kunder att de upplever att fyllnadsgraden i kartonger och vagnar är låg. Här behöver MediCarrier öka förståelsen hos kunderna att stora order ökar fyllnadsgraden och därmed även fyllnadsgraden i vagnarna. Detta leder till mindre emballage och lägre transportkostnader vilket borde ge nöjdare kunder.

Ingen utförligare analys har gjorts för att räkna ut hur mycket kostnaderna minskar. För att säkerställa resultatet behöver mer ingående test göras, det vi dock kan dra som slutsats är att om kunderna förändrar sitt köpmönster och gör färre beställningar, men med fler rader per gång, så kommer lagerkostnaderna sannolikt att minska.

5.3 Benchmark

I förstudiearbetet har en benchmark gjorts där vi har tittat på olika aktörer som driver liknande verksamhet som MediCarrier, inom olika regioner och i privat regi.

Jämförda regioner och bolag är:

VGR, Region Skåne, 5-klövern (Varuförsörjningen), OneMed, SweMed, Mediq och Apoex. Värt att notera är att SweMed blev uppköpta av OneMed 2021. Både Region Skåne och Varuförsörjningen anlitar OneMed som leverantör.

Kartläggning jämförda regioner och bolag

Det varierar hur man tar betalt och vilka påslag som görs inom olika regioner. Påslag baserat på orderstorlek eller en andel baserat på de fasta kostnaderna som sedan faktureras per månad eller en gång per år är vanligast. I dagsläget är det ingen som arbetar med en incitamentsdriven prisstruktur utom småorder och express order av frakt. Jämförbarheten mellan de olika aktörerna är liten då variationen kring hur man tar betalt, vad man visar på

fakturor mot kund, vilka kostnader man bakar in i sina påslag och tydligheten i vad som driver kostnader när kunden lägger en order är ingen eller väldigt liten. Sammantaget finns det inget generellt gemensamt sätt att förhålla sig till prisstrukturer inom regionerna.

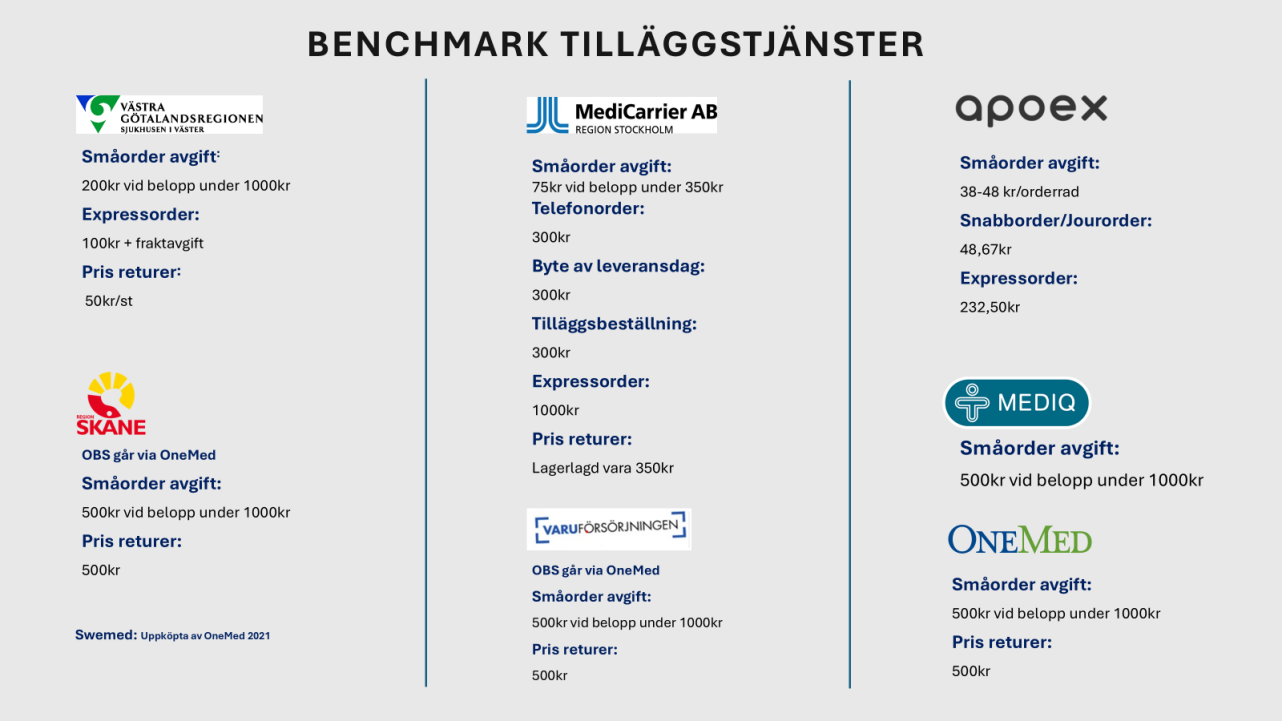
Region Skåne

Närmast någorlunda jämförbara modell är den som Region Skåne har. Region Skåne tar sitt material via ett centrallager i Göteborg som drivs av ett externt bolag som heter OneMed.

Överenskommelsen med OneMed är enligt följande modell:

Fast månadsavgift (oberoende av volym samt transport från OneMed i Göteborg till ett regionägt centrallager i Malmö) + orderradkostnad. Sedan fakturerar regionen sina kunder. Den fasta delen från OneMed faktureras till förvaltningarna och orderraderna går till kunderna. För att förtydliga: OneMed orderrad + OH kostnad + åkerikostnad

Gemensamt är att alla regioner väljer att endast sälja till privata kunder med vårdavtal. Alla aktörer oavsett om det är regionägda eller privata har vissa tilläggstjänster och tar betalt för småorder och returer, priserna för dessa varierar mellan 75kr-500kr.



- Alla jämförda aktörer arbetar med småordertillägg
- Aktörer jämförda med MediCarrier har alla en högre småorderavgift än vad MediCarrier har däremot har MediCarrier fler avgifter
- Expressorder och returavgift är de tilläggstjänster man arbetar mest med efter småorder

- Både Region Skåne och 5-klövern (Varuförsörjningen) använder OneMed som leverantör för lagerhållning och distribution.

OneMed

Av de privata aktörerna sticker OneMed ut i sitt sätt att ha ett flertal tjänster att erbjuda förutom lager och logistik. Dessa inkluderar Miljösmart order ikonen, Guide till beställningar, Vårdtagarportalen, One Wound, Visibility och Beredskapslager.

Trots idoga försök har det inte gått att få tag i prislistor från OneMed däremot fanns prislistan från Apoex tillgänglig på nätet.

Slutsats

Benchmarken mot andra regioner och privata kunder kan te sig något fattig i sin information. Svårigheten att få fram siffror från privata kunder och den låga jämförbarheten med andra regioner var bidragande orsaker. Man kan ändå dra slutsatsen att inom de jämförda regionerna så görs det ingen eller väldigt liten insats till att påverka kundernas köpbeteende med priset, förutom med tilläggstjänsten småorderavgift. Mot privata kunder så har man en prisstruktur som baseras på orderstart och orderrad. Alla, oavsett region eller privata aktörer, arbetar med tilläggstjänster som småorder och returavgifter. Man skulle också kunna anta att eftersom Region Skåne och 5 Klövern (Varuförsörjningen) har OneMed som leverantör är deras kostnader uppbyggda och anpassade efter vad som driver aktivitet hos OneMed (med hänvisning till att OneMed har orderrad som en del i deras prissättning).

Hänvisning till **Benchmark prismodeller*** (se bilaga 9) för sammanställning.

5.4 Nuvarande prissättning

Idag jobbar MediCarrier med 4 olika prislistor som alla är kopplade till en grundprislista. Prislistan styr vilken rabatt eller påslag kunden får och de olika **prislistorna***(se bilaga 10) har i sin tur olika motparter/kunder kopplade till sig. För de så kallade abonnemangskunderna (regionägda akutsjukhus och SLSO) finns en relativt tydlig struktur, men på helheten finns stor förbättringspotential i både strukturer och processer.

MOTPARTER PER PRISLISTA

MC2019	Motpartsnamn	Region/ Privat
	Praktikertjänst	Privata
	Aleris	Privata

SLL_CW	Motpartsnamn	Region/ Privat
	Externa	Privata
	Karolinska Institutet	Privata
	SLSO	Region
	Karolinska Universitetssjukhuset	Region
	Landstingsstyrelsens förvaltning	Region
	SL Nya Tunnelbanan AB	Region
	Danderyds sjukhus AB	Region
	Södersjukhuset AB	Region
	Södertälje Sjukhus	Region
	Norrtälje sjukhus AB	Region

MC2020	Motpartsnamn	Region/ Privat
	Externa	Privata
	Kommuner	Privata
	Statlig myndighet & institut	Privata
	Karolinska Institutet	Privata
	Ersta Sjukhus	Privata
	Sophiahemmet	Privata
	Bromma Geriatriken	Privata
	Förenade Care	Privata
	Nacka Geriatriken	Privata
	Praktikertjänst	Privata
	Ortho Center	Privata
	Karolinska Universitetssjukhuset	Region
	Landstingsfastigheter	Region
	Kulturnämnden	Region

SLL2020	Motpartsnamn	Region/ Privat
	Externa	Privata
	Capio AB	Privata
	S:t Görans sjukhus	Privata
	Bromma Geriatriken	Privata
	Proxima	Privata
	Hälso och Sjukvårdsnämnden	Region
	Trafikförvaltning	Region
	Landstingsfastigheter	Region
	Revisorerna	Region
	FUT Förv för utbyggt tunnelban	Region
	Serviceförvaltningen	Region
	Kulturnämnden	Region
	Stockholm Care AB	Region
	AISAB	Region
	SL Nya Tunnelbanan AB	Region
	Locum AB	Region
	S:t Eriks Ögon sjukhus	Region
	Folktandvården Sthlms Län	Region

Privata är ett samlingsnamn för aktörer som inte är regionägda, där ingår aktörer privata vårdgivare med vårdavtal och andra

I dagsläget ligger regionägda och privata kunder blandat på olika prislistor. Det finns en grundlogik men det är uppenbart att vissa kunder ligger på fel lista.

NUVARANDE PRISSÄTTNING

UTFALL JAN-JULI 2024 PER PRISLISTA

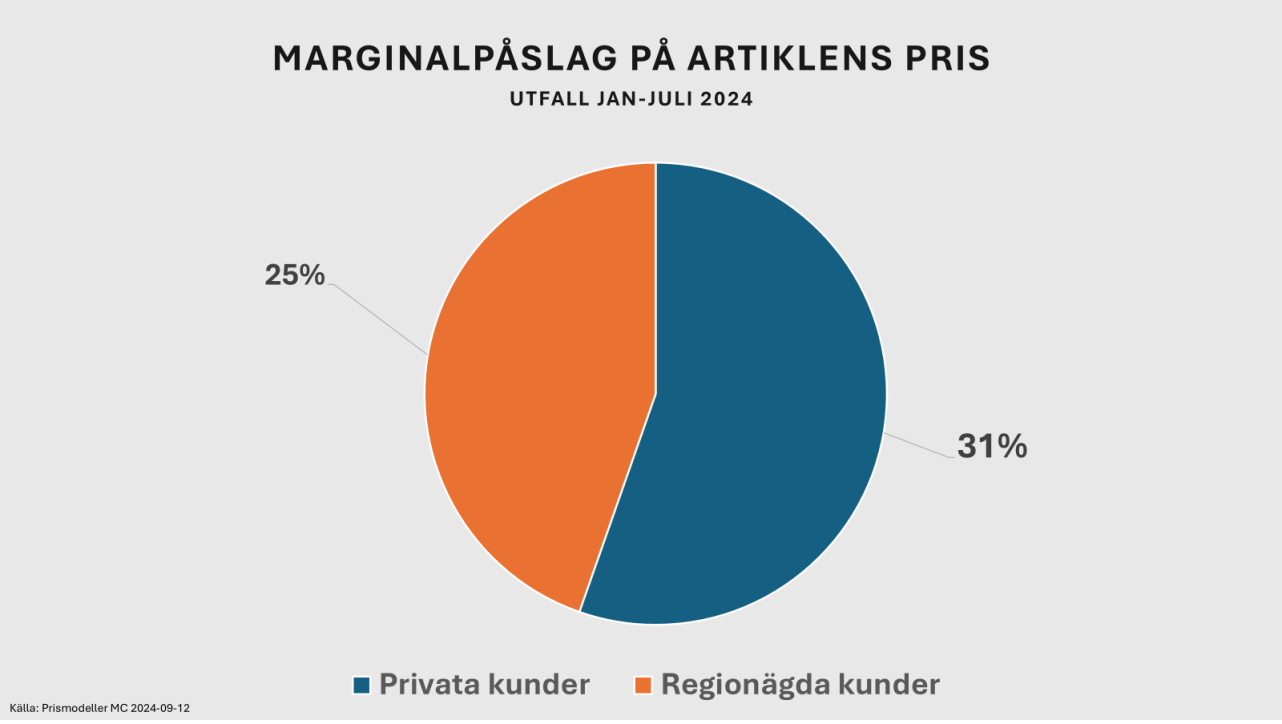
Prislista	Andel av marginal i %	Summa av marginal i % som påslag till kund	Rabatt i %
MC2019	1%	26,58%	9,19%
MC2020	8%	42,79%	0,45%
SLL_CW	77%	24,92%	
SLL2020	14%	22,37%	

Källa: Ekonomirapport _försäljning_motpart_aggregerad, Prismodeller MC 2024-09-12

Simuleringen i bilden ovan inkluderar frakt, beredskap samt övriga avgifter. Exempelvis är det 18,7% för SLL_CW idag men då har inte frakt, beredskap och övriga avgifter inkluderats som i bild ovan. OBS att kostnader för beredskapslagret endast tas ut av regionägda akutsjukhus och SLSO.

Om man fokuserar på vilka marginalpåslag kunderna har kan man konstatera att det finns olikheter. Marginalpåslaget till kunderna varierar från ca 22% till ca 42%.

- Prislistan MC2019 består av kunderna Aleris och Praktikertjänst och omfattar för närvarande volymrabatter med motsvarande 9,19%.
- Prislistan MC2020 som till största del består av privata kunder ligger på en avsevärt högre marginal än övriga prislistor. Denna prissättning är ett historiskt beslut med grunden i att privata kunder skulle betala för att få tillgång till det upphandlade sortimentet i och med att region kunderna betalar för upphandlingen.
- Ojämnt fördelade marginalpåslag är genomgående i prislistorna.
- Prislista SLL_CW omfattar regionägda akutsjukhus och SLSO.
- Marginal beräknas genom att få täckning för affärsområdets kostnader, administrativa kostnader, frakt, beredskap (kostnader för beredskapslager tas i nuläget endast ut på kunder som ligger på SLL_CW prislistan), och tilläggstjänster.



Nuläget visar att vi tar ut motsvarande 6 procentenheter högre marginalpåslag på privata kunder jämfört med regionägda.

Beräkningar Privata kunder

Beräkningarna görs med utgångspunkt från en grundprislista där det sedan läggs på olika påslag eller rabatter. Privata kunder fördelar sig i dagsläget över tre olika prislistor.

Källa: Budget 2024

- MC2019 beräknas utifrån brutto 43,40% och rabatt 9,19% (volymrabatten är på 8% enligt de avtal som finns. Det var dock okänt i organisationen när man räknande fram den nya rabatten i 2024 års budget.).
- MC2020 beräknas utifrån ett påslag om 43,4% på varuvärdet
- SLL2020 beräknas utifrån en priskategoritrappa med ett snittvärde på ca 25%.

För att hantera de varierande påslagen mot privata kunder har MediCarrier utvecklat ett script som körs en gång per natt för att räkna ut marginalpåslaget till de kunder som ligger på prislista MC2019, MC2020 och SLL2020. Scriptet har en grundprislista som bas och använder rabatter/påslag och en priskategoritrappa för att räkna fram marginaler.

Priskategoritrappan är baserad på minsta beställningsenhet gånger priset på artikeln och ger ett lägre procentuellt påslag ju högre artikelpriset är. Därefter adderas ett påslag beroende på vilken priskategori kunden har beställt ifrån, kem, kylvaror, steril, transit eller övrigt. Beräkningen görs på ordervärdet vid försäljningstillfället.

Beräkningen för scriptet görs i MS Excel en gång om året och IT-avdelningen uppdaterar sedan scriptet för uppdatering i ordersystemet AOM.

Pris till kund är inklusive marginalpåslag och fraktkostnad. Det går inte idag att särredovisa fraktkostnaden för prislistorna MC2019, MC2020 och SLL2020.

Beräkningar Regionägda akutsjukhus

Regionägda akutsjukhus beställer via sitt beställningsgränssnitt Clockwork. De debiteras i nuläget enligt en abonnemangsmodell:

- De regionägda sjukhusen köper artiklar till inköpspris i Clockwork och debiteras ett påslag för logistikhantering centralt varje månad (sköts manuellt av Ekonomi på MediCarrier)
- Påslaget uppgår 2024 till 18,7% av varuvärdet.
- Prislistan heter SLL_CW och ligger kopplad till betalande kund i AOM
- Utöver logistikhantering debiteras de regionägda akutsjukhusen en kostnad för beredskapslager (inkluderat kapitalkostnader, externa lager och inkurans) månadsvis. Maxtaket för externa lager är 20 mkr för 2024 totalt för samtliga abonnemangskunder. Akutsjukhusen bär sin del av kostnaden proportionerligt utifrån försäljning (varuvärde). Sköts av Ekonomi på MediCarrier.

Frakt debiteras som en schablonkostnad per order och särredovisas på fakturan

- Fraktkostnaden beräknas utifrån underlag från distributören (antal lastbilar till aktuellt akutsjukhus x pris per lastbil x marginal) /antal order till aktuellt akutsjukhus

Denna hantering härstammar från ett önskemål från akutsjukhusen och SLSO där man ville öka köptroheten och därmed ville visa inköpspris på artikeln i stället för med ett påslag.

Beräkningar SLSO

SLSO beställer precis som akutsjukhusen via Clockwork. De debiteras i nuläget enligt en ordermodell:

- SLSO köper artiklar till inköpspris i Clockwork och debiteras en procentsats 18,7% för logistikhantering på varje order.
- Prislistan heter **SLL_CW** och ligger kopplad till betalande kund i AOM
- Sedan 2024 görs eventuell tilläggsdebitering/kreditering månadsvis ifall schablondebiteringen avviker från 18,7% av varuvärdet för den aktuella månaden. Debitering/kreditering görs till SLSO centralt i samband med månadsbokslut. Händer sällan idag.
- Utöver logistikhantering debiteras SLSO en kostnad för beredskapslager (inkluderat kapitalkostnader, externa lager och inkurans). Faktureringen för beredskapslager är beräknat på en schablon på ordervärdet och uppgår för närvarande till 2,5%. Frakt debiteras som en schablonkostnad per order och särredovisas på fakturan

Fraktkostnaden beräknas utifrån underlag från distributören.

Beräkningar S:t Görans sjukhus + Capio +FTV +AISAB + Locum med flera

S:t Görans sjukhus/Capio beställer via sitt eget beställningssystem Agresso. De debiteras i nuläget enligt en påslagsmodell där S:t Göran och Capio köper artiklar till inköpspris + MediCarriers påslag. Påslaget är adderat på produkternas inköpspris i Agresso, dvs kunderna ser inte inköpspriset. SQL-script körs varje natt i AOM för att uppdatera priserna.

- Prislistan heter **SLL2020** och ligger kopplad till köpande kund i AOM. Påslaget uppgår 2024 till 25,12% i genomsnitt av varuvärdet, påslaget bygger dock på en pristrappa så snittet kan bli lägre än 25,12%.
- Frakt är inkluderat i påslaget för S:t Görans sjukhus + Capio + FTV + AISAB + Locum
- Folktandvården, AISAB & Locum beställer i MediCarriers webshop med samma prislista som S:t Göran och Capio – **SLL2020**

Beräkningar övriga privata kunder

Övriga privata kunder beställer i MediCarriers webshop/nya e-handel. De debiteras i nuläget enligt en påslagsmodell om ca 43% på varuvärdet. Påslaget är adderat på produkternas inköpspris i webshopen/e-handeln, dvs kunderna ser inte inköpspriset. Uppdateringar av priserna sker via ett SQL-script i AOM.

- Prislistan heter **MC2020** i AOM och frakt är inkluderat i påslaget.

5.5 Avtal med privata kunder

Förstudiegruppen har lokaliserat **två avtal*** (se bilaga 11 och 12) varav ett gällande Praktikertjänst från 2019-04-25 och ett från 2023-05-20 gällande Aleris. Det är oklart ifall vi fakturerar dem korrekt enligt avtalet. Det råder även otydlighet och osäkerhet internt inom MediCarrier om vem som är ansvarig för att uppdatera avtalen med kunderna och vad de borde uppdateras till.

5.6 Debitering av tilläggstjänster

Utöver artikelpriset och diverse påslag debiteras också kunder för olika **tilläggstjänster*** (se bilaga 13) såsom

- Småorderavgift
- Telefonorder
- Byte av leveransdag
- Tilläggsbeställning
- Snabb- och Expressorder
- Returer

Vid närmare granskning av hur vi debiterar för våra tilläggstjänster framkom det att vi inte tar extra betalt för alla småorder som tas emot idag. Baserat på en orderbeloppsgräns om 350 sek ska vi debitera 75 sek/order i tilläggsavgift. Närmare bestämt ca. 4 803 av 21 272 kundorder (23%) ska idag egentligen ha en småorderavgift, där bara 643 kundorder (3%) har det. Om vi hade fakturerat alla kunder som hamnar inom småordergränsen skulle vi ha fakturerat 2,5 msek under perioden jan-juli 2024. Vi har endast fakturerat 324 000 sek.

Anledningen till detta är att det historiskt inom organisationen har fattats ett beslut om att JIT kunder inte ska debiteras extra för småorder. När JIT infördes blev kunderna oroliga för extrakostnader och då infördes ett samarbete med vården för att underlätta för dem. Oavsett vem/varför/hur detta beslut togs så är det inte dokumenterat eller kommunicerat i organisationen så att alla berörda parter förstår varför eller när beslutet togs. Att frånta vissa kunder småorderavgiften görs i AOM genom att inte kryssa i J (JA) för fältet ”expeditionsavgift”.

FAKTURERING SMÅORDERAVGIFT
JAN-JULI 2024 UTDRAG UR KUNDLISTAN

Kund/Motpart	Ej fakturerat belopp i %
Capio AB	61%
S:t Görans sjukhus	88%
Karolinska Universitetssjukhuset	85%
Södersjukhuset AB	96%
Praktikertjänst	74%

Källa: Prismodeller MC 2024-09-12

I dagsläget tar vi en småorderavgift om 75 sek baserat på ett orderbelopp om 350 sek. I tabellen ovan som visar ett utdrag ur kundlistan visas det att inte har fakturerat för mellan 61–91% av intäkter för småorder då vi inte har fakturerat extra för alla småorder.

5.7 Juridiska förutsättningar kopplat till nuvarande prisstruktur

Enligt den juridiska utredning MediCarrier har gjort är det i juridisk mening korrekt att särskilja prissättningen mellan regionägda och privata kunder baserat på att MediCarriers försäljning till privata vårdgivare omfattas av konkurrenslagens regler om konkurrensneutralitet vilket innebär att de privata vårdgivarna kan belastas med ett högre avkastningskrav än den egenägda vården. Här pågår en dialog med regionledningskontorets avdelning Ekonomi och Finans/Analys, där den kommunicerade inriktningen i nuläget är att avkastningskravet ska belasta både regionägda och privata kunder.

Däremot är de rabatter som tillämpas mot privata kunder inte korrekta då de baseras på köpvolym. Eventuella prisreduceringar måste kopplas till en aktivitet/kostnadsbesparing och kan ej kopplas till endast volym. Dessutom om vi ger avdrag på priset till kunden tex för att de har gjort beställningar som orsakar mindre hantering av emballage, då måste det vara samma logik för både privata och regionägda kunder.

Fortsättningsvis behöver vi basera priset på våra tilläggstjänster (tex småorder, expressorder etcetera) på de aktiviteter som dessa skapar i organisationen vilket inte är fallet idag.

I framtagandet av nuläget så har det även framkommit att den småorderavgift som vi har (orderbelopp på 350 sek genererar ett påslag om 75 sek) inte läggs på alla order som möter kriterierna. I dagsläget adderar vi en småorderavgift på ca 3 % av kundorderna. Vi skulle kunna göra det på ca 23% av kundorders givet att definitionen för småorderavgift efterlevdes.

5.8 Organisation

MediCarriers medarbetare upplevs som väldigt hjälpsamma och engagerade av kunderna. Det kommer positiv återkoppling ifrån alla kunder som har intervjuats kring det engagemang man anser att medarbetarna har. Alla medlemmar i förstudiegruppen har varit hjälpsamma, engagerade, vänliga och kompetenta inom sitt område.

Med det sagt finns det organisatoriska luckor. I och med att personer har slutat så har vissa rutiner och kunskap fallit mellan stolarna. Egenutvecklade personberoende uträkningar och rutiner har ärvts ner i organisationen. Det resulterar i att man inte alltid kan förklara eller förstår varför man gör saker på ett visst sätt. Det saknas även nedskrivna rutiner och instruktioner som möjliggör för nya medarbetare att snabbt sätta sig in i hur prisstrukturer är uppbyggda och fungerar. Det i sin tur leder till att det blir svårt för medarbetarna att uppfatta vilka beslut som har fattats, på vilka grunder och vem som är ansvarig. Bristen på systemstöd spär på otydligheten. Kommunikation och informationsutbyte mellan olika avdelningar är inte alltid på plats vilket resulterar i brist på samverkan och ostrukturerade leveranser i projekt.

Systemstöd och manuella processer

I dagsläget använder sig MediCarrier av ett orderhanteringssystem som förkortas AOM (Automated Order Management).

Hela rutinen för uppdatering av artiklar och framtagning av priser för olika kunder är mycket resurskrävande och manuella i sitt upplägg. Mycket av den prisrelaterade administrativa hanteringen ligger utanför systemen och görs manuellt, främst i MS Excel, vilket tar upp mycket tid vid beräkningar och ändringar av priser. Utöver manuella beräkningar i MS Excel görs det även körningar via script som har egenutvecklats. Uppdateringar av scriptet görs till exempel manuellt av en person på MediCarriers IT-avdelning med input från ekonomiavdelningen. Dessa script uppdaterar delar i AOM under natten. Även dessa skulle med största sannolikhet kunna göras ännu mer effektiva och stabila. Det skulle även vara en fördel om dessa inte var personberoende som de är idag.

Otydligheten kring hur prissättningen mot kund ser ut fortsätter in i systemet, vissa kunder är kopplade till fel prislistor och ligger på marginaler och rabatter som man inte riktigt kan förklara varför de hamnande där. Med största sannolikhet är orsaken den otydliga prissättningen och förståelsen kring varför vissa kunder skall ha vissa påslag och andra inte.

En genomgång av funktionerna i AOM visar att mycket av det som idag görs manuellt skulle kunna skötas via systemets befintliga funktioner vid en ändring av prisstrukturen.

6 Nyläge

Förstudien har identifierat huvudsakliga processer och aktiviteter inom affärsområdet som driver kostnader. Utifrån detta har kostnadsdata samlats in för att kunna göra en övergripande kostnadsallokering. Ytterligare tid kommer behöva spenderas att samla in data för att kunna genomföra en detaljerad kostnadsallokering i en eventuell projektfas.

Förstudien har därefter valt fyra modeller för att undersöka och jämföra olika prisstrukturers för- och nackdelar för affärsområdet. Vi har även kommit fram till att olika aktiviteter som orderstart, orderrad, emballage, bryt av förpackning och småorderavgift skulle kunna vara med i en prisstruktur.

Dessa kostnadsdrivare tillhör aktiviteter på lagret och hur lång tid det tar för en medarbetare på lagret att utföra en order och bidrar även till fyllnadsgraden i vagnar och lastbilar.

Till ovan nämnda aktiviteter som driver kostnader finns det även vissa produkter som kräver specialhantering såsom sterila flödet av produkter, lagring enligt lagen om brandfarliga och explosiva varor (LBE) samt hantering och transport av farligt gods (ADR) som hanteras i speciella utrymmen och processer. I framtagandet av de fyra olika modellerna har vi dock valt att inte ta med dessa kostnadsdrivare. Anledningen är att det har endast en mindre påverkan på aggregerad nivå och därmed inte relevant att differentiera prisstrukturen mot denna typ av hantering i dagsläget. En närmare analys av ifall e-handeln är utbrytbar visar att den inte är det pga. att alla våra kunder använder tjänsten, antingen för att lägga order och/eller för att söka i produktkatalogen.

För kunder inom verksamheter som beställer via ClockWork är det artikelpriset som visas vid beställning. Clockwork-kunder kan därmed fakturamatcha i sina system. Vi vill därför undvika att inkludera marginalpåslaget i ordervärdet för kunder som använder Clockwork. Det blir även enklare för MediCarriers masterdataavdelningen att hantera uppdateringar av priser om vi kan särskilja detta. Marginalpåslaget faktureras separat och aggregerat för regionägda akutsjukhus enligt överenskommelse. SLSO har önskat en annan lösning eftersom varje vårdcentral och andra verksamheter är egna resultatenheter. Marginalpåslaget faktureras därför per order till kunder inom SLSO.

Med det sagt anser vi att MediCarrier kan skapa en transparent och tydlig prisstruktur för kunden och internt genom att redovisa ett urval av olika avgifter som tex:

- Orderstart
- Orderrad
- Bryt av förpackning
- Tilläggstjänst tex småorder

Att välja några eller någon av ovanstående avgifter medför en förbättrad tydlighet mot kund än de marginalpåslag vi arbetar med idag. Prisstrukturen ger dessutom en tydligare bild internt av vad som driver kostnader och kundernas beställningsmönster. MediCarrier kan skapa en större transparens för alla parter som skapar incitament för en mer hållbar, robust och effektiv varuförsörjning och leverera på de krav som ställs på organisationen i form av att säkerställa lagar, förordningar, riktlinjer och bibehålla en hög kundnöjdhet.

6.1 Förslag på möjliga modeller

Utgångspunkten för modellerna är att de ska vara juridiskt korrekta, att affärsområdet ska bära sina egna kostnader, att modellen ska vara aktivitetsbaserad och att det ska bli begripligt internt och hos kund vad man betalar för. Vi har arbetat fram fyra olika möjliga modeller som bidrar till en tydligare prisstruktur.

Introduktion

Modell 1: har alla kostnader förknippade med affärsområdet fördelade på orderstart och orderrad

Modell 2: har endast de rörliga kostnaderna kopplade till utgående lagret fördelade på orderstart och orderrad

Modell 3: har alla kostnader fördelat på ett jämnt marginalpåslag

Modell 4: har en mix av ett enhetligt marginalpåslag och en tilläggstjänst i form av en småorderavgift.

Hänvisning **till Presentation prismodeller*** (se bilaga 14)

En utmaning i att få en verklighetsnära och påverkande prismodell är att de rörliga kostnaderna förknippade med affärsområdet är små och affärsområdets fasta kostnader samt administrativa kostnader som ska fördelas ut är stora. Dessutom ger en sänkning av rörliga kostnader ett litet genomslag för kunden i pris.

FÖRDELNING I % KOSTNADER FÖRKNIPPADE MED AFFÄRSOMRÅDET

	% av total kostnad	% av total kostnad exkl KSV
Kundtjänst och kundansvariga	0,4%	2,6%
Masterdata	0,2%	1,0%
AO-och Lagerledning inkl Uh, utb, m.m	1,4%	8,6%
Lokalkostnader	0,8%	4,9%
Externa lagerkostnader	0,9%	5,1%
Planering (ink vite)	1,0%	6,1%
Inkommande lager	0,7%	4,1%
Utgående lager	3,7%	22%
Transportkostnad	2,9%	17,1%
OH kostnader	4,9%	29,3%
KSV (ink kassation och inv)	83,3%	
	100%	100%
Total kostnad exkl KSV	16,7%	

Källa: Excelark procentfördelning av kostnader

- I exemplet ovan visas att priset på upphandlad vara står för ca 83% kostnaden, en kostnad som bolaget inte kan påverka.
- Administrativa kostnader som allokeras ut till affärsområdet står för en stor del av den totala kostnaden till följd av bolagets uppdrag: lagefterlevnad, Region Stockholms policyer och riktlinjer, robusthet, utveckling mm...
- Den rörliga delen som är volymbaserad är marginell. Även här finns begränsningar i flexibilitet eftersom en viss grundbemanning krävs för de olika momenten.

Vid en närmare titt på hur kostnaderna fördelar sig i affärsområdet så är det märkbart att direkt rörliga kostnader står för endast en mindre del av totalen. Merparten av de totala kostnaderna avser kostnad såld vara (KSV), som till största del består av artikelpriset.

Konsekvensen av hur kostnaderna fördelar sig påverkar alla varianter av föreslagna prismodeller i viss utsträckning då möjligheten till att sänka kostnader i samma takt som intäkter minskar är marginell. Vi behöver därför vara uppmärksamma på hur stor andel av de rörliga kostnaderna vi allokerar till olika avgifter. Man kan anta att en sänkning av de rörliga kostnaderna endast får ett litet genomslag på priset ut till kund och därmed kanske inte bidrar till ett förändrat beteende hos kund.

6.1.1 Modell 1: Fördelning av kostnader på orderrad och orderstart

Då förstudiegruppen har identifierat att merparten av de rörliga kostnader som uppstår på lagret kan härröras till orderstart och orderrad ämnar modellen fånga upp denna typ av orderläggning från kund med ambitionen att ge incitament till kunderna att lägga större och färre order. Att få kunderna att ändra sitt beteende till större och färre order skulle dessutom med största sannolikhet få en positiv påverkan på miljön med färre vagnar (högre fyllnadsgrad) och mindre emballage. Samtidigt beror kundernas köpbeteende sannolikt på att de har små förråd och därför lägger små beställningar ofta. Det reella förändringsutrymmet är därför oklart.

- Alla kostnader förknippade med affärsområdet fördelas på orderstart och orderrad.
- Rörliga kostnader baseras på utgående flödets kostnadsställen och inkluderar alla kostnader (exkl. frakt) och uppgår till 22%
- Fasta kostnader beräknas till 78%
- Totala kostnader inkluderar TG på 19,7% och exkl. frakt

Orderstartens kostnad räknas fram enligt nedan:
(Summa kostnader*fasta kostnader i %) /antal kundorder= sek per order

Orderradens kostnad räknas fram enligt nedan:
(Summa kostnader*rörliga kostnader i %) /antal kundorderrader= sek per orderrad

Detta ger oss kostnader på ca 637 sek per order och 23 sek per orderrad.

Uppbyggnad prisstruktur
- Artikelns pris
- Avgift per order
- Avgift per orderrad

Det visar sig i de simuleringar vi har gjort att om antalet kunderorder minskar, om än endast med 10%, så blir påverkan på våra intäkter höga. En minskning med 10% ger ett bortfall på ca 16 miljoner sek och en minskning på 30% ger ett bortfall med ca 48 miljoner sek. Detta att jämföra med de kostnader som är rörliga på lagret, 45 miljoner sek. Om antalet orderrader dessutom går ner så påverkas intäkterna negativt ännu snabbare. Vid en simulering baserat på den marginal vi har i dag skulle det betyda att vi behöver ha en orderkostnad på 636 sek och en kostnad för orderrad på 23 sek vilket torde anses dyrt från kundens sida.

Möjligheten för MediCarrier att snabbt justera kostnader vid eventuell minskning av orderingång är låga och modellen som sådan blir riskabel. Den kan även leda till att MediCarrier manuellt behöver justera marginaler i efterhand till kunder för att parera intäktsflödet.

Fördel:
- Vi särskiljer påslaget från varukostnaden vilket gör det enklare att följa upp och vi får inga slag på intäkterna fram och tillbaka via inköpspriserna.
- Tydligare modell mot kunderna.

- Mycket jämnare fördelning av kostnaderna ut på kunderna eftersom alla får ta del av vår kostnad på ett mer rättvist sätt.
- Det blir också enklare för kunden att se hur deras beställningsmönster ser ut.

Risk:

- Vi har en väldigt liten del av våra totala kostnader som verkligen är rörliga. I exemplet har vi använt oss av hela kostnaden för det utgående flödet på lagret som rörlig kostnad.
- Direkta rörliga kostnader är egen och inhyrd personal. Den inhyrda personalen är ett snabbare sätt att parera vid eventuella volymförändringar. Egen personal är en mer långsam förändring att åstadkomma även om det givetvis är möjligt. Det är dock viktigt i detta sammanhang att förstå att lagerproduktionen är ett system av olika plockzoner och att det krävs en viss grundbemanning.
- Ändras antalet order mycket så riskerar vi att inte kunna minska våra kostnader i samma grad.
- Om volymerna ändras i snabbare takt än vi kan anpassa oss organisatoriskt är risken att vi behöver justera kostnaden på order och orderrad. Kunden har då redan ändrat sitt beteende men blir ändå straffad med en högre kostnad för order och orderrad vilket minskar/tar bort incitamentet.
- Lägger vi ut endast våra rörliga kostnader på aktiviteterna order/orderrad så blir summorna väldigt små och incitamentet kan bli litet att ändra något hos kunden.

Slutsats: Förstudiegruppen anser inte att vi borde gå vidare med modell 1 då den är alldeles för volatil i förhållande till vad vi kan parera med rörliga kostnader. De faktiska rörliga kostnaderna är små och att fördela dem på order/orderrad ger endast en liten summa som påslag mot kund. Detta kan medföra att incitamentet hos kund att ändra beteende blir lägre eller uteblir helt. Risken finns att det kan ge motsatt effekt och att kunden upplever att det är billigt att lägga små order. Vid förändrat beteende hos kunden är möjligheten liten till förändring inom MediCarrier. Risken är att vi inte kan justera våra organisatoriska kostnader för att matcha en fallande volym.

Direkt rörliga kostnader är kopplat till vår inhyrda personal är en liten del av de kostnader som finns i organisationen. Det ger oss begränsad anpassningsförmåga att parera ett ändrat kundbeteende.

Risken är också att om vi inte kan minska våra kostnader i så hög grad vi önskar/behöver så måste vi ändra det fakturerade beloppet på kostnad/order och kostnad/orderrad. Kunden har då redan ändrat sitt beteende men blir då ”straffad” med en högre kostnad för en order och orderrad igen. Incitamentet är då minskat/borta.

6.1.2 Modell 2: Rörliga kostnader fördelas på order och orderrad samt en fast kostnad per styck

För att analysera hur resultatet blir om vi endast fördelar rörliga kostnader på order och orderrad har vi tagit fram modell 2. Den förhåller sig också till kundens köpbeteende där småorder är vanligt förekommande. Även här är ambitionen att ge incitament till kunderna att lägga större och färre order.

- Rörliga kostnader baseras på utgående flödets kostnadsställen
- Modellen fördelar ut de rörliga kostnaderna på order och orderrader
- De fasta kostnaderna fördelas ut via en fast kostnad per styck för att få med försäljningsvolym i styck i modellen.
- Fördelningen ned på order och orderrad är baserad på en tidigare genomförd tidsstudie. Den visar att tiden vi lägger på respektive aktivitet på lagret fördelar sig 33% på order och 67% på orderrad.
- En kostnad per styck är fördelat per orderhuvud

Beräkning orderstart:
(Summa rörliga kostnader*fördelning av tid i %) /antal kundorder= sek per order

Beräkning orderrad:
(Summa rörliga kostnader*fördelning av tid i %) /antal kundorderrader= sek per orderrad

Beräkning fast kostnad per styck:
(Totalkostnad - rörliga kostnader) /försäljningsvolym(st)=fast kostnad per styck

I dagsläget skulle ovan beräkningar ge en kostnad på ca 59 sek per order, 15 sek per orderrad och 0,23 sek för den fasta kostnaden per styck.

Uppbyggnad prisstruktur
- Artikelns pris
- Avgift fast kostnad per styck
- Avgift per orderstart
- Avgift per orderrad

Med ovan beräkningar blir tappet i intäkter inte lika dramatiskt som i modell 1. Dock hamnar vi i samma frågeställning kring hur snabbt organisationen kan anpassa sig till förändringar i intäkter.

Fördel:
- Lägre risk vid större förändringar i antal order/orderrader än modell 1.
- Vi särskiljer påslaget från varukostnaden vilket gör det enklare att följa upp och vi får inga slag på intäkterna fram och tillbaka via inköpspriserna.
- Tydligare modell mot kunderna.
- Mycket jämnare fördelning av kostnaderna ut på kunderna eftersom alla får ta del av vår kostnad på ett mer rättvist sätt.

- Det blir också enklare för kunden att se hur deras beställningsmönster ser ut.

Risk:
- Lägger vi ut endast våra rörliga kostnader på aktiviteterna order/orderrad så blir summorna väldigt små och incitamentet kan bli litet att ändra något hos kunden.
- Resten av kostnaderna är knutna till sek/styck (kvantitet). Eftersom vissa högvolymsartiklar som kopieringspapper och gem är upplagda i systemet i styck även om minsta beställningskvantitet är på förpackningsnivå uppstår en snedvridning som kan slå hårt mot enskilda kunder och enskilda beställningar.
- Om volymen i styck förändras mycket påverkar det våra intäkter negativt

Slutsats: Förstudiegruppen anser att modellen med sina låga utfall av påslag på order är tandlös och inte nämnvärt skulle påverka köpmönstret hos våra kunder. Priset som kunden skulle få betala i detta fall är lägre än den småorderavgift vi har idag, antaget att en småorder är komponerad av en kostnad per order och en per orderrad. Modellen inte är lika drastisk i sitt intäktsbortfall som modell 1 däremot slår den snett vid beställning av artiklar som kopieringspapper och gem som systemmässigt räknas i styck.

6.1.3 Modell 3: Samma marginalpåslag för alla

I denna modell förenklar vi prisstrukturen och lägger endast på ett enhetligt marginalpåslag för alla kunder. Det tas ingen hänsyn till aktivitetsdrivna kostnader och privata och regionägda kunder behandlas lika.

- Alla kostnader fördelas ut på ett marginalpåslag som är lika för alla.
- I simuleringen är marginalpåslaget baserat på ett utfall under perioden jan-juli 2024 och beräknas på totalt ordervärde och nuvarande marginal.

Uppbyggnad prisstruktur
- Artikelns pris
- Marginalpåslag

Fördel:
- Likabehandling privata /regionägda vårdgivare
- Fördelen är att modellen är lätt att uppdatera när det inte finns så många olika prislistor.
- Inte samma koppling till volym som i förslag 1 och 2.

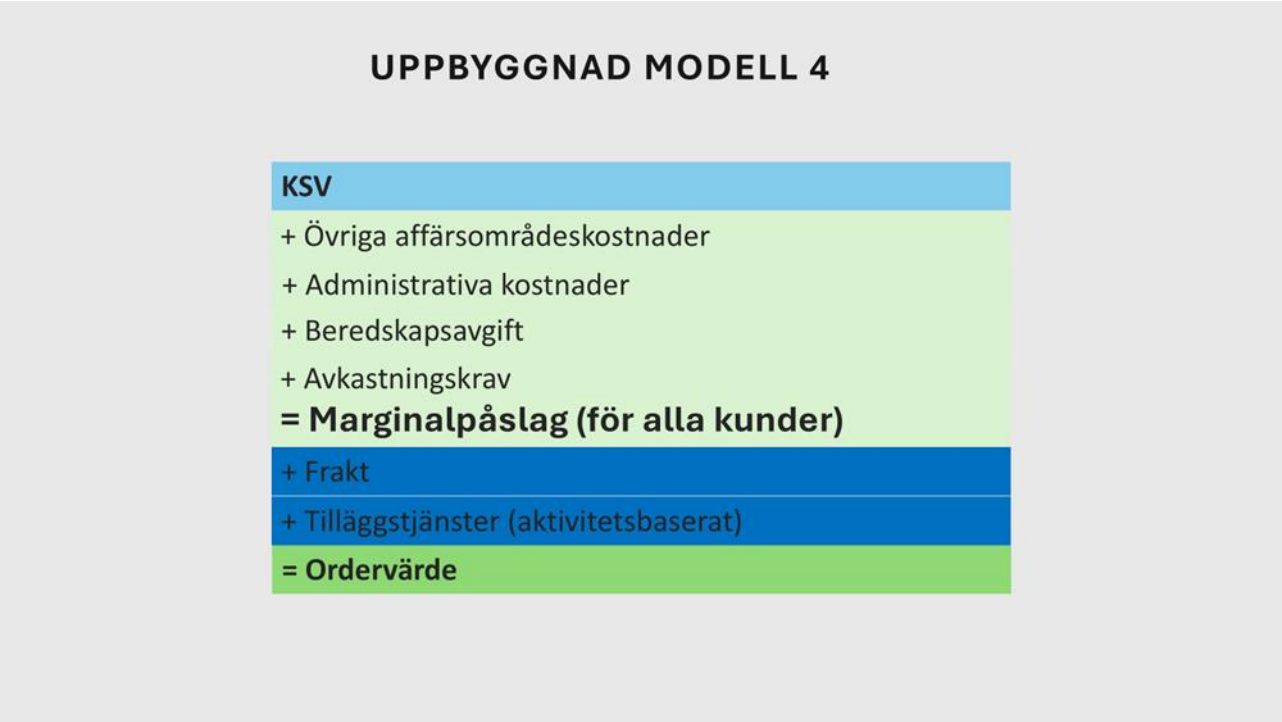
Risk:
- Svårt att hantera fakturamatchning (hos kund) och uppföljning om artikelpris och marginbalpåslag klumpas ihop i ordervärde för regionägda och Clockwork-kunder
- Inte lika tydlig ut mot kund som modellerna 1, 2 och 4.
- Missar aktivitetsbaserad prissättning
- Ett jämnt marginalpåslag kan påverka priserna mot privata kunder där vissa produkter kan anses bli väldigt dyra eftersom produkterna är dyra i grunden.

Slutsats: Förstudiegruppen anser att denna modell inte tar hänsyn till kundens köpbeteende och inte heller blir nämnvärt tydligare för kunden att förstå. Bedömningen är att denna modell inte tillräckligt säkerställer regelefterlevnad, i synnerhet vad gäller aktivitetsbaserad prissättning. Resultatet blir även att vissa kunder får betala för andras beteende av att lägga småorder. Fakturamatchning fungerar för Clockwork-kunder om artikelpris och marginalpåslag separeras.

6.1.4 Modell 4: Samma marginalpåslag för alla plus småorderavgift baserat på orderbelopp

Baserat på den tidigare analysen gjord av kundens köpmönster och på lagkraven om aktivitetsbaserad prissättning väljer vi att kombinera marginalpåslag och tilläggstjänster med fokus på en småorderavgift. Även i denna modell förenklar vi prisstrukturen genom att lägga på ett jämnt marginalpåslag för alla kunder. För att göra den tydligare mot kund och fortfarande behålla sin enkelhet lägger vi även på småorder som tilläggstjänst.
Fasta kostnader fördelas ut med ett enhetligt marginalpåslag. En småorderavgift som idag uppgår till 75 sek läggs på alla kunder baserat på ett orderbelopp om tex 350 sek.

Uppbyggnad prisstruktur



Fördel:

- Fördelen är att modellen är lätt att uppdatera när det inte finns så många olika prislistor och olika bakomliggande beräkningar
- Inte samma koppling till volym som i förslag 1 och 2
- Enkel och tydlig modell som är lätt att förklara internt och externt
- Följer lagar och regler om aktivitetsbaserad prisstruktur, självkostnadsprincipen och konkurrensneutralitet
- Enkelt att parera verksamhetens kostnader i takt med förändringar i intäkten på småorderavgiften
- Följer andra verksamheters sätt att ta betalt vilket ger igenkänning hos kunden
- Tydliggör för kunden vad som driver kostnader och kan bidra till förändrat köpmönster.

Risk:

- Vissa kunder kanske inte har möjligheten att ändra sitt beställningsmönster pga. platsbrist
- Vi behöver vara uppmärksamma på hur stor andel av de rörliga kostnaderna vi allokerar till olika avgifter.
- Svårt att hantera fakturamatchning (hos kund) och uppföljning om artikelpris och marginbalpåslag klumpas ihop i ordervärde för regionägda och Clockwork-kunder.
- Ett jämnt marginalpåslag kan påverka priserna mot privata kunder där vissa produkter kan anses bli väldigt dyra eftersom produkterna är dyra i grunden.

Simulering modell 4

Att säkerställa att alla kunder, givet samma tjänst, debiteras samma marginal inklusive debitering av småorderavgifter betyder att intäktsfördelningen mellan kunderna kommer att förändras jämfört med nuläget. I snitt innebär förändringen en ökning med knappt 1% för regionägda kunder och en minskning med knappt 4% för de privata kunderna. Viktigt att notera är att det inte är att rekommendera att införa en ny prisstruktur stegvis och till exempel börja med de privata aktörerna. Detta skulle leda till att bolaget förlorar intäkter som inte går att kompensera för. Därmed rekommenderas att en förändring görs samtidigt för privata och regionägda kunder. Det blir dessutom enklare administrativt om förändringen sker samtidigt då man slipper hantera olika prislistor och processer internt.

Som nämnt tidigare ligger vissa kunder på prislistor (MC2019, MC2020 och SLL2020) där priset till kund är inklusive marginalpåslag och fraktkostnad. Det går inte idag att särredovisa fraktkostnaden för dessa prislistor och därför har simuleringarna gjorts med frakt inkluderat. I simuleringarna har fraktkostnaden endast en liten påverkan på resultatet. Med det sagt kan även fraktkostnad läggas som aktivitetsbaserad prissättning utöver marginalpåslag då den varierar beroende på avstånd och därmed ökar kostnad om det är lång körsträcka.

SIMULERING NULÄGE MOT JÄMN MARGINAL

UTFALL JAN-JULI 2024 PRIVAT V.S REGION

	Skillnad i % nuläge mot jämn marginal
Privat	-3,87%
Region	0,90%

Med ett enhetligt marginalpåslag är det privata kunder som ingår i prislista MC2020 som påverkas mest. I simuleringen som visas nedan baserat på faktiskt utfall jan-juli 2024 skulle det innebära en sänkning med ca 17 procentenheter i snitt jämfört med nuläget. Notera att - nedan är ett exempel som kommer ändras i nya beräkningar

NUVARANDE PÅSLAG V.S PÅSLAG I MODELL 4

UTFALL JAN-JULI 2024 PER PRISLISTA

	Andel av marginal i % nuläge	Summa av marginal i % som påslag till kund nuläge	Nyläge modell 4 summa av marginal i %
MC2019	1%	26,58%	25,73%
MC2020	8%	42,79%	25,76%
SLL_CW	77%	24,92%	26,01%
SLL2020	14%	22,37%	25,77%
Totalsumma	**100%**	**25,96%**	**25,96%**

Källa: Ekonomirapport _försäljning_motpart_aggregerad
Prismodeller MC 2024-09-12

Simuleringen i bilden ovan inkluderar frakt, beredskap samt övriga avgifter. Exempelvis är det 18,7% för SLL_CW idag men då har inte frakt, beredskap och övriga avgifter inkluderats som i bild ovan. OBS att kostnader för beredskapslagret endast tas ut av regionägda akutsjukhus och SLSO.

SIMULERING NULÄGE MOT JÄMN MARGINAL

UTFALL JAN-JULI 2024 TOPP 11 KUNDER PER ORDERVÄRDE

Motpart		Skillnad i % nuläge mot jämnmarginal
Karolinska Universitetssjukhuset	Regionägd	1%
Södersjukhuset	Regionägd	1%
Danderyds sjukhus	Regionägd	1%
S:t Görans sjukhus	Privat	4%
Capio AB	Privat	2%
Södertälje Sjukhus	Regionägd	1%
Bromma Geriatriken	Privat	2%
Aleris Närsjukvård AB	Privat	0%
AISAB	Regionägd	5%
Praktikertjänst	Privat	-2%
Externa (Privata)	Privat	-14%

Källa: Prismodeller MC 2024-10-02 effekter

Bilden ovan visar simulering nuläge jämfört med enhetlig marginal beräknat på samma ordervärde.

Sett utifrån topp 11 kunder/kundkategorier så sänks generellt påslaget för de privatägda och ökar för de regionägda. Privatägda S:t Görans sjukhus och Capio AB får också högre påslag, de ingår idag i prislista SLL2020.

Slutsats: Förstudiegruppen anser att modell 4 är mest intressant att gå vidare med. Modellen förhåller sig till juridiska regelverk, bidrar till en rättvis prissättning där alla kunder behandlas lika (likabehandling) och säkerställer att grunderna i prissättningen styrs av självkostnadsprincipen dvs att kunderna betalar för det som driver kostnaderna samt att kunder inte betalar för andra kunders kostnader. Modellen kan även komma att anpassas till utfallet av dialogen med regionledningskontorets avdelning Ekonomi och Finans/Analys gällande hanteringen av priser för regionägda respektive privata kunder.

Modell 4 fångar upp köpbeteendet av småorder och det blir tydligare internt och externt vad man betalar för. MediCarrier kan enklare förhålla sig till intäktsbortfall eftersom endast de rörliga kostnaderna är fördelade på småorderavgiften. Den speglar även den typ av prisstruktur som konkurrenterna har och skapar därmed igenkänning hos kunden. Modellen bidrar till att man internt får en betydligt bättre bild av hur prisstrukturen är uppbyggd och underlättar vid framräkning av priser och påslag. Fakturamatchning fungerar för Clockwork-kunder om artikelpris och marginalpåslag separeras.

I den här modellen fördelas även kostnader för försörjningsberedskap ut på alla kunder. Det är kostnader som idag endast faktureras akutsjukhus och SLSO.

6.2 Slutsats och rekommendationer nyläge

Resultaten i förstudien visar att med riktade insatser skulle man kunna nå målet med en prisstruktur som är juridiskt korrekt, mer tydlig och transparent som är enklare att förstå både internt och externt.

Enligt den tolkning som MediCarrier gör av regionens riktlinjer ska privata och egenägda vårdgivare behandlas lika och eftersom MediCarriers försäljning till privata vårdgivare även omfattas av konkurrenslagens regler om konkurrensneutralitet kan de privata vårdgivarna belastas med ett högre avkastningskrav än den egenägda vården. Det viktiga är att prissättningen är transparent och konsekvent. Med den föreslagna modellen har MediCarrier även möjlighet att justera marginalpåslaget baserat på resultatet av dialogen med regionledningskontorets avdelning Ekonomi och Finans/Analys.

Modellen ger även utrymme för att skapa incitament till en effektivare varuförsörjningshantering inom vården. Verksamhetens (lagrets) sätt att arbeta stämmer överens med tilläggstjänsten småorder, och säkerställer att prissättningen mot kund är jämlik och relevant.

Inom ramen för förstudien har vi identifierat ett flertal aktiviteter och kostnader som kan differentiera olika kundflöden och köpmönster kopplat till aktiviteter på lagret.

Därmed har vi ringat in olika avgifter som bidrar till transparensen och enkelheten i prisstrukturen.

- Orderstart
- Orderrad
- Bryt av förpackning
- Tilläggstjänst tex småorder

Utifrån dessa avgifter har vi tagit fram fyra olika modeller där vi driver hypotesen att modell fyra är den som rekommenderas att fortsätta arbeta vidare med. Modellen bygger på ett jämnt fördelat marginalpåslag och en tilläggstjänst i form av småorder. Tilläggstjänsten småorder är ett viktigt verktyg för att få kunden att se över sitt köpbeteende, fånga upp de aktiviteter som driver kostnader i organisationen och därmed följa de lagar och regler som finns kring aktivitetsbaserad prissättning. I modellen ingår även att kostnader för försörjningsberedskap fördelas ut till alla kunder.

I benchmarken mot våra konkurrenter visar det sig att de arbetar med betydande högre småorderavgift (ordervärde 1000 sek) än de MediCarrier gör idag, upp till 500 sek. Det öppnar upp för att vi skulle kunna styra prisstrukturen med småorderavgiftens beloppsgräns och avgift.

Räkneexemplen nedan visar hur det skulle kunna påverka våra intäkter om vi applicerar den tankegången. Ponera att vi skulle höja gränsen av orderbeloppet till 1000 sek då höjs antalet småorder till ca 41 % av kundorderna, ca. 8 802 av 21 272 kundorder. Med en bibehållen avgift om 75 sek ökar intäkterna från 360 000 sek till 660 150 sek på en månad. Vid en ökning av avgiften från 75 sek till 500 sek skulle intäkten bli 4 401 000 sek/månad.

Förstudien visar också, att med modellen som hjälp, skulle verksamheter som beställer från MediCarrier kunna debiteras andra typer av tilläggstjänster som driver aktivitet. Tex kunder som beställer små order, vilket betyder att MediCarrier bryter förpackningar, kan debiteras

med extra avgift för merkostnaden det innebär. Detta ingår inte i de nu genomförda simuleringarna.

Resultatet av förstudien visar att de manuella administrativa rutinerna och processerna skulle kunna effektiviseras genom att eftersträva mer systemstöd än vad som är fallet idag. Till följd kan även de egenutvecklade personberoende momenten och funktioner minska genom mer digitaliserade processer.

Genom att fastställa en tydlig process för prisstrukturer kan kompetensöverföring inom organisationen förbättras. Dessutom blir det enklare för medarbetare, där relevant, att prata med kunder med förbättrad kundkommunikation som följd. Bilden blir också tydligare internt och externt kring de kontaktytor som finns mellan MediCarrier och kunder, och vem som ska vara ansvarig för att prata med vem.

De grundläggande funktioner som finns i det nuvarande ordersystemet (AOM) kan till stora delar användas för att uppdatera den prisstruktur man har idag till en mer transparent baserat på de avgifter och aktiviteter vi har identifierat i förstudien. Viss osäkerhet råder dock kring hur mycket kundanpassningar som krävs eftersom funktionaliteten inte är kravställd.

6.2.1 Rekommendation nyläge

Baserat på förstudien är rekommendationen att fortsätta undersöka modell fyra eftersom den följer det juridiska regelverket, skapar en tydligare och mer transparent prisstruktur som möter kundernas beställningsmönster samt möjliggör incitament för en effektivare varuförsörjning vilket också ger positiva hållbarhetseffekter.

MediCarriers roll inom vårdsystemet och vikten av att bolaget är välfungerande, förvaltar nuvarande funktioner samt bidrar till att utvecklas tillsammans med regionen, ställer krav på organisationen. Här anser förstudiegruppen att kombinationen av marginalpåslag och tilläggstjänsten småorder bidrar till en tydligare prissättning och ändå tar hänsyn till dessa krav. Marginalpåslaget ger en mer rättvis prissättning och ett stabilt intäktsflöde och tilläggstjänsten småorder bidrar till att vi tar betalt för de aktiviteter som skapas inom organisationen.

Som start rekommenderas därför att hitta rätt nivå på de påslag och avgifter som föreslås i modell 4. Därefter bör man skapa nya prislistor och uppdatera systemen med dessa samt se över personberoende script och manuella processer i hanteringen. För att underlätta internt vid framtida prisjusteringar föreslås även att dokumentera och ta fram instruktioner för prisuppdateringar samt ta fram processer kring hur det internt och externt kommuniceras kring prisförändringar. Parallellt behöver en organisation med tydliga roller och ansvar fastställas kring vem som ansvarar för vad i bolagets prissättningsprocess.

Ett förändrat köpbeteende hos kunder, som påverkar volymen, behöver också fångas upp på ett bra sätt utan att priserna mot kund ändras för ofta. Påverkan på priset kommer att skilja sig från kund till kund baserat på hur deras köpmönster ser ut.

För att bättre kunna förstå hur vi skulle kunna förbättra vårt samarbete med kunder samt bli mer kostnadsmedvetna behövs en djupare analys av kundernas beteende, rutiner och köpmönster göras i en eventuell projektfas.

Simultant kan det börja kravställas i AOM och eventuellt andra system, säkerställa beroende mellan olika system och planera tester, internt, med systemleverantör och tillsammans med kund för att sedan sätta upp de nya prislistorna enligt beslut.

Samtidigt som kravställningen av system genomförs ses interna administrativa rutiner kopplade till uppdatering- och framräkning av priser över för att till största möjlighet digitaliserad och förenkla dessa. Därefter justeras antalet prislistor och nya skapas med uppdaterade priser.

Att under en eventuell projektfas kommunicera med kunder kring uppdateringar samt ha en tät dialog med dem om hur detta eventuellt kan komma att påverkar deras kostnader alternativt sättet de gör sina beställningar anses viktigt. Som stöd till detta arbete rekommenderas att en kundkarta som beskriver MediCarriers kontaktytor, roller internt på MediCarrier, motpartens roller samt vilken typ av beslutsnivå vår motpart har, tas fram i en eventuell projektfas.

En plan för hur MediCarrier bäst förankrar den nya prisstrukturen hos kund bör tas fram samt en plan för kompetensöverföring internt hos MediCarrier för att upprätthålla och förbättra sättet att arbeta med prissättning, prisstrukturer och kundrelationer.

Viktigt att notera är att det inte rekommenderas att införa en ny prisstruktur stegvis och till exempel börja med de privata aktörerna. Detta skulle leda till att bolaget förlorar intäkter som inte går att kompensera för. Därmed rekommenderas att en förändring görs samtidigt för privata och regionägda kunder. Det blir dessutom enklare administrativt om förändringen sker samtidigt då man slipper hantera olika prislistor och processer internt. Förändringen behöver taktas med Region Stockholms budgetprocess.

Vi har valt att avgränsa oss till FAS 1 i rekommendationerna för nästa steg. Dock anses det relevant att kommunicera förslag på fler åtgärder som anses vara viktiga att genomföra i framtiden (FAS 2).

Nedan följer övergripande föreslagna aktiviteter i FAS 1. I ett eventuellt projektdirektiv planeras dessa mer i detalj.

Förslag på fortsatta aktiviteter inom affärsområdet: FAS 1

Under respektive del ska styrgruppen besluta om fortsättning

Analys:

- Identifiera rätt nivå på påslagmarginal och ta fram korrekt nivå på småorderavgiften och övriga avgifter
- Ta fram hur prislista/or ska sättas upp
- Fastställ vilka system och informationskanaler som berörs av uppdaterade priser

Fastställ prissättningsprocessen inklusive roll och ansvar:

- Ta fram instruktioner kring prissättning och hur vi uppdaterar dessa internt och mot kund i relevanta system

- Kundkarta: Kartläggning av kontaktytor inför kommunikation med kunder
- Ta fram processer kring hur man internt och externt kommunicerar prisförändringar samt dokumentera roller och ansvar

Fastställ omfattning av systemuppdatering

- Definiera och skriv kravställning
  - Uppdatera system och ta bort script
  - Sätta upp prislistor enligt beslut
  - Testplanering och test av standardfunktionalitet
  - Utbildning/support kring standardfunktionalitet
  - Säkerställa beroenden till andra system

Genomförande

- Förankra den uppdaterade prisstrukturen hos kunder och internt hos MediCarrier
- Identifiera roller i organisationen som behöver tillsättas för att upprätthålla/utveckla föreslagna åtgärder
- Justera antalet prislistor och skapa nya med uppdaterade priser

Avslut

- Kompetensöverföring internt hos MediCarrier för att upprätthålla och förbättra sättet att arbeta med prissättning, prisstrukturer och kundrelationer

Förslag på Framtida förbättringar: FAS 2

1. Komplettera med kartläggningar av de huvudsakliga processerna och aktiviteterna som utförs inom hela organisationen kopplat till prisstrukturen
2. Bestäm kostnadsdrivare: för att sedan kunna allokera kostnader på ett mer och detaljerat sätt
3. Insamling av kostnadsinformation för varje aktivitet och allokera kostnader och se om det finns fler kostnadsdrivare som kan läggas till i prisstrukturen
4. Analysera och tolka resultaten: Utvärdera de allokeringar som har gjorts för att identifiera möjligheter till kostnadsbesparingar och effektiviseringar. Se över administrativa rutiner internt kopplade till uppdatering av priser samt framräkning av priser och till största möjlighet digitalisera/förenkla dessa
5. Implementera förändringar: Baserat på analysen, genomföra de nödvändiga justeringarna i verksamhetens processer för att optimera kostnadseffektiviteten.

   Med ovan genomförda aktiviteter kan dolda kostnader identifieras som tex orderhantering, kundtjänst, materialplanering. Dessa kostnader kan sedan läggas till i

kostnadskalkyleringen som i sin tur leder till en detaljerad och verklighetstrogen bild av kostnadsstrukturen.

6. Djupare analys av vilka kostnader som kan allokeras till vissa kunder och deras köpbeteende.
7. Applicera resultaten i prisstrukturen
8. Simulering av föreslagen prisstruktur på utvalda kunder för att förstå förändring per kund, tillhörande känslighetsanalys och riskanalys.
9. Vidareutveckla administrativa rutiner internt kopplade till uppdatering av priser samt framräkning av priser och till största möjlighet digitalisera/förenkla dessa

Inom organisationen anser man att det inte finns så många kostnader som är rörliga och direkt kan bidra till en kostnadskalkyl. I ett fortsatt arbete är det därför viktigt att definiera processer, aktiviteter och faktorer som driver kostnader för att se om man kan knyta andra kostnader än de som är rörliga på lagret och allokera dessa på ett korrekt sätt.

6.2.2 Realiserbarhet

Bedömningen av realiserbarhet är baserat på konversationer mellan projektledare och olika avdelningar/och eller leverantörer som har givit sitt utlåtande kring svårighetsgraden i genomförandet.

Realiserbarhet	Kommentar	skala från 1 till 5 där 1 är låg och 5 är hög genomförbarhet
Tekniska	Uppdateringar och integrationer till befientliga system	5
Organisatoriska	Väl samansatt projektgrupp för genomförande	5
Resursmässiga	Tillgängliga resurser är ej säkerställda	1
Hållbarhet	Målet är att optimera antal order och därmed också ha en positiv inverkan på mängden emballage samt fyllnadsgraden i vagnar och lastbilar	4
Förvaltning	Medför inga stora ändringar i förvaltningsprocessen som finns idag	5
Underhåll	Medför inga stora ändringar i underhållsprocessen som finns idag	5

6.2.3 Arbetsform och organisation

Förslaget bör realiseras som projekt med projektmedlemmar som representerar följande delar av organisationen:

Resurser Projekt PPRIMO Affärs-och Prismodell AO S/F			2025									
Namn	**Avdelning**	**Resursägare**	**jan**	**feb**	**mar**	**april**	**maj**	**juni**	**juli**	**aug**	**sept**	**nov**	**dec**
Torbjörn Andersson	AO/SF	Annika Berthold	10%	10%	10%	10%	10%	10%	0%	10%	10%	10%	10%
Projektledare	Extern	Torbjörn Andersson	50%	100%	100%	100%	100%	50%	0%	50%	100%	100%	100%
Karin Eriksson	Kundtjänst	Peter Hall	20%	20%	20%	20%	20%	20%	0%	20%	20%	20%	20%
Charlotta Edenvik	Juridik och Inköp	Ghita Bergdal Sirmanshahi	10%	10%	10%	10%	10%	10%	0%	10%	10%	10%	10%
Cecilia Cedervall	Ekonomi	Ghita Bergdal Sirmanshahi	20%	20%	20%	20%	20%	20%	0%	20%	20%	20%	20%
Emma Jihammar	Kommunikation	Annika Berthold	10%	10%	10%	10%	10%	10%	0%	10%	10%	10%	10%
Johan Karlsson	Logistik utveckling	Jan Brandon	20%	20%	20%	20%	20%	20%	0%	20%	20%	20%	20%
Madeleine Johansson	Masterdata	Kajsa Björsell	20%	20%	20%	20%	20%	20%	0%	20%	20%	20%	20%
Mikael Baker	IT	tf Niklas Grünbaum	20%	20%	20%	20%	20%	20%	0%	20%	20%	20%	20%
Mikael Stor	IT	tf Niklas Grünbaum	20%	20%	20%	20%	20%	20%	0%	20%	20%	20%	20%
Jan Dejemyr	IT	tf Niklas Grünbaum	10%	10%	10%	10%	10%	10%	0%	10%	10%	10%	10%
Per Ekstedt	IT	tf Niklas Grünbaum	20%	20%	20%	20%	20%	20%	0%	20%	20%	20%	20%
Anouar Alj	Lagerlogistik	Süleyman Erdogdu	20%	20%	20%	20%	20%	20%	0%	20%	20%	20%	20%
Linda Alkblad	Kundkoordinator	Peter Hall	20%	20%	20%	20%	20%	20%	0%	20%	20%	20%	20%
Johanna de Lima	Kundansvarig	Peter Hall	10%	10%	10%	10%	10%	10%	0%	10%	10%	10%	10%
Solveig Eriksson	Kundansvarig	Peter Hall	10%	10%	10%	10%	10%	10%	0%	10%	10%	10%	10%
IMI Resurs 1	Extern IMI	tf Niklas Grünbaum	10%	10%	25%	25%	25%	25%	0%	25%	25%	25%	25%
IMI Resurs 2	Extern IMI	tf Niklas Grünbaum	10%	10%	25%	25%	25%	25%	0%	25%	25%	25%	25%

Anledningen till att projektformat lämpar sig bäst är att det krävs ett tvärfunktionellt samarbete i organisationen.