



# Olika pris för samma läkemedel

En kartläggning av landstingens priser vid  
upphandlingar av rekvisitionsläkemedel

**RAPPORT** 2016:5



# Olika pris för samma läkemedel

- En kartläggning av landstingens priser vid upphandlingar av rekvisitionsläkemedel

Konkurrensverkets rapportserie 2016:5

Konkurrensverket juni 2016

Utredare: Leif Nordqvist

ISSN-nr 1401-8438

E-print, Stockholm 2016

Foto: Matton Images

## Förord

Läkemedel är en stor kostnad inom hälso- och sjukvården, och både Konkurrensverket och andra myndigheter har tidigare skrivit om hur apoteksmarknaden förändrats genom de reformer som gjordes för omkring åtta år sedan. Däremot har relativt lite skrivits om den del av marknaden som utgörs av landstingens inköp av rekvisitionsläkemedel, dvs. läkemedel som används i sjukvården utan att hämtas ut på vanliga apotek.

I den här rapporten görs en kartläggning av marknaden för rekvisitionsläkemedel och vilka priser som landstingen erhållit i sina upphandlingar.

Stockholm juni 2016

Dan Sjöblom

Generaldirektör

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	7
<b>Summary</b> .....	10
<b>1 Begrepp och förkortningar</b> .....	13
<b>2 Inledning</b> .....	16
2.1 Läkemedelskostnaderna ökar igen .....	16
2.2 Syfte med denna rapport.....	18
2.3 Avgränsning.....	18
<b>3 Landstingens upphandlingar av rekvisitionsläkemedel</b> .....	19
3.1 Läkemedelsupphandlingar överprövas ofta .....	21
3.2 Speciella krav på leverantörer och villkor i läkemedelsupphandlingar .....	22
3.3 Landstingen upphandlar rekvisitionsläkemedel i hög grad i samverkan .....	24
3.4 Sjukhusapoteken sköter läkemedelsförsörjningen till vården på en avreglerad marknad .....	25
<b>4 Nationell samverkan kan ge lägre priser</b> .....	27
4.1 Nya rekommendationer för användning av äldre läkemedel kan ge kostnadsbesparingar .....	28
4.2 Nationell upphandling på nya läkemedel kan pressa priser .....	29
4.3 Patentutgångar på TNF-hämmare öppnar inte upp lika snabbt för generisk konkurrens .....	30
4.4 Överföringar av läkemedel från recept till rekvisition .....	32
4.5 Kostnaden för nya läkemedel tenderar att överstiga landstingens betalningsvilja.....	33

4.6	Riskdelning en väg bort från rekvisitionshantering.....	34
<b>5</b>	<b>Prisspridning på rekvisitionsläkemedel.....</b>	<b>36</b>
5.1	2538 varuartiklar bland landstingen men bara en procent förekommer på alla landsting .....	37
5.2	Hälften av varuartiklarna har noll i prisspridning .....	38
5.3	Jämn prisspridning i olika prisklasser men lägst bland läkemedlen med de högsta priserna.....	39
5.4	Prisspridning på Eylea, Herceptin, Mabthera och Remicade.....	40
5.5	Prisspridning på andra rekvisitionsläkemedel .....	46
5.6	Läkemedel med mycket hög prisspridning .....	51
5.7	Prisspridning för olika läkemedelsgrupper .....	54
<b>6</b>	<b>Landstingen med de lägsta och högsta priserna.....</b>	<b>56</b>
6.1	Stora prisskillnader förekommer på enskilda varunummer mellan landstingen.....	57
<b>7</b>	<b>Slutsatser .....</b>	<b>59</b>
	<b>Referenser .....</b>	<b>63</b>





## Sammanfattning

Med rekvisitionsläkemedel avses läkemedel som används på sjukhus och i annan sluten- och öppenvård. Patienter behöver inte betala för sådana läkemedel, och de omfattas därför inte av läkemedelsförmånen utan upphandlas av landstingen i enlighet med lagen om offentlig upphandling (LOU). I denna rapport görs en kartläggning av marknaden för rekvisitionsläkemedel i samtliga landsting.

I stort sett alla landsting gör samverkansupphandling med något eller några andra landsting. De som inte gör det är de tre storstadslandstingen<sup>1</sup>.

Sammantaget har landstingen upphandlat 2538 olika varuartiklar. En varuartikel är en förpackning av ett läkemedel som försäljs av en distributör och har ett unikt varunummer. En och samma aktiva substans i ett läkemedel kan säljas av olika distributörer och i olika förpackningsstorlekar. Drygt hälften av de upphandlade varuartiklarna förekommer på högst två landsting. Något förvånande är att det bara är omkring 6 procent av de upphandlade varuartiklarna som förekommer på tio eller fler landsting. Endast en procent av de upphandlade varuartiklarna förekommer i alla landsting. En orsak är att olika distributörer vinner upphandlingarna i olika landsting.

Priserna varierar med 6 och 9 procent men på enstaka varuartiklar är prisspridningen avsevärt större. Prisspridningen är lägst för de läkemedel som har de allra högsta priserna (>4 500 kronor per förpackning), vilket ofta är nya läkemedel som omfattas av patent-

---

<sup>1</sup> Stockholms läns landsting, Västra Götalands Regionen och Region Skåne.

skydd. Att prisspridningen är låg förklaras av att tillverkarna har stora möjligheter att själva bestämma priserna, utan att behöva ta hänsyn till några konkurrenter.

Att det ändå finns relativt stora prisspridningar för helt homogena produkter tyder på att läkemedelsföretagen kan ta ut olika stora marginaler, vilket i sin tur bör tala för att en effektivare konkurrens skulle kunna leda till lägre priser. Ett sätt att effektivisera konkurrensutsättningen är att göra upphandlingar på regional nivå som koordineras på nationell nivå så att upphandlingarna inte kolliderar tidsmässigt. Det är också något som landstingen i samarbete med Sveriges kommuner och landsting (SKL) i allt högre grad gör när det gäller nya läkemedel med höga priser som står under patent-skydd. Det är viktigt att upphandlingarna och den konkurrens som uppstår följs upp och ligger till grund för fortsatta upphandlingar. Alltför få upphandlingar och för långa avtalstider kan i sämsta fall få motsatt effekt – dvs. att priserna stiger igen.

Några få grupper av läkemedel står för en stor andel av de totala kostnaderna för rekvisitionsläkemedel. Det gäller framförallt TNF-hämmare, läkemedel mot hepatit C och onkologiska läkemedel. Kostnaderna för de tre största substanserna uppgick tillsammans till 1,3 miljarder kronor år 2015<sup>2</sup>.

I flera länder tillämpas internationell referensprissättning (IRP), vilket innebär att priserna sätts med utgångspunkt i de priser som tas ut i andra länder. Det har konsekvenser även för Sverige, tillverkare kan vara obenägna att sänka priserna eftersom de priser som tas ut här kan påverka vilka priser som tas ut i andra länder. Ett sätt att hantera detta är genom olika typer av rabatter eller återbetalningar i efterhand som ofta är hemliga.

---

<sup>2</sup> Socialstyrelsen, Sveriges officiella statistik, läkemedel i slutet vård, tabell 21.

När apoteksmarknaden avreglerades och nya aktörer klev in som sjukhusapotek istället för Apoteket AB uppstod oklarheter om landstingens prislistor var jämförbara eller om det förekom rabatter som på apoteksmonopolets tid. Denna oklarhet verkar vara på väg att försvinna. Enligt HUI Research, som gjort kartläggningen, har samtliga landsting uppgett att de anger nettopriser, dvs. efter eventuella rabatter. Flera av landstingen har dessutom uppgett att systemet med rabatter inte längre förekommer på samma sätt som det gjorde tidigare på apotekmonopolets tid.

Resultaten i denna rapport är en ögonblicksbild i november 2015. HUI Research har på uppdrag av Konkurrensverket genomfört denna mätning. För att följa utvecklingen av hur landstingen upphandlar rekvisitionsläkemedel och se eventuella trender kan det vara lämpligt att ge någon myndighet i uppdrag att göra motsvarande uppföljande mätningar.

## Summary

Requisitioned drugs are drugs used in hospitals and other inpatient and outpatient care. In Sweden, patients do not need to pay for these drugs, and they are therefore not covered by the Swedish system for pharmaceutical benefits. Instead, they are procured by the county councils in accordance with the Public Procurement Act (LOU). This report contains a survey of the market for requisitioned drugs in all county councils.

Virtually all county councils engage in collaborative procurement with one/some other county. Those that do not are the three metropolitan county councils<sup>3</sup>.

Overall, the county councils have procured 2,538 different products. Each product refers to one package of a drug sold by a distributor and has a unique item number. One and the same active substance in a drug can be sold by various distributors and in different sized packages. More than half of the procured products are found in at most two county councils. Somewhat surprising is that only about six per cent of the procured products are found in ten or more county councils. Only one per cent of the procured products are found in all of the county councils. One reason is that different distributors win procurements in different county councils.

Prices vary by 6 to 9 per cent, but the price spread is considerably larger on individual products. The price spread is lowest for drugs which have the highest prices (> SEK 4,500 per package), which often consists of new drugs covered by patent protection. The fact that the price spread is low can be explained by the fact that the

---

<sup>3</sup> Stockholm County Council, Region Västra Götaland and Region Skåne.

manufacturers have ample opportunity to determine their own prices, without taking any competitors into account.

The fact that there still are relatively large price spreads for completely homogeneous products suggests that drug companies can charge different margins, which speaks for the suggestion that more effective competition could lead to lower prices. One way to make the exposure to competition more effective is to engage in procurements at the regional level which are coordinated at the national level, so that the procurements do not collide in time. It is also something that the county councils in partnership with the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) are increasingly doing when it comes to new drugs under patent protection with high prices. It is important that the procurements and the competition that arises is monitored and forms the basis for further procurements. Too few procurements and excessively long agreement periods can at worst have the opposite effect – that the prices rise again.

A few groups of drugs account for a large share of the total costs of requisitioned drugs. This primarily applies to TNF inhibitors, drugs for hepatitis C and oncology drugs. The cost of the three main substances together amounted to SEK 1.3 billion in 2015.

In several countries international reference pricing (IRP) is applied, which means that the prices are set on the basis of the prices charged in other countries. This also has consequences for Sweden, since manufacturers may be reluctant to reduce the prices in Sweden as those prices charged here can affect the prices charged in other countries. One way to handle this is through various types of rebates or refunds from the manufacturer to the county council.

When the Swedish pharmacy market was deregulated and new actors stepped in as hospital pharmacies instead of the former monopolist Apoteket AB, ambiguities arose regarding whether the county councils' price lists were comparable or if there were rebates as there were during the pharmacy monopoly period. This ambiguity seems to be disappearing. According to HUI Research, which conducted the survey, all the county councils have stated that they are specifying net prices, i.e. after any rebates. Several county councils have also stated that the system of rebates no longer persists in the same way as it did previously in the pharmacy monopoly period.

The results in this report represent a snapshot in November 2015. HUI Research has conducted this survey, as commissioned by the Competition Authority. To follow the development of how the county councils procure requisitioned drugs and identify possible trends, it may be appropriate to commission some authority to carry out corresponding follow-up surveys.

# 1 Begrepp och förkortningar

I den här rapporten används följande begrepp och förkortningar:

**AIP** – apotekens inköpspris, här även benämnt som *listpris*.

**Aktiv substans** – det ämne i ett läkemedel som ger en medicinsk effekt. Ett läkemedel kan innehålla flera aktiva substanser.

**ATC** – *Anatomic Therapeutic Chemical classification system*, är ett klassificeringssystem baserat på användningsområden framtaget av WHO. ATC-systemet delar in läkemedlen i 14 anatomiska huvudgrupper med terapeutiska, farmakologiska och kemiska undergrupper.

**AUP** – apotekens utförsäljningspris.

**Biosimilarer** – är en kopia på ett godkänt biologiskt läkemedel men är inte identiskt med referensläkemedlet. En biosimilar är därför ett unikt läkemedel, till skillnad från generiska produkter av kemiskt framställda läkemedel.

**CPV** – *Common Procurement Vocabulary*. CPV är ett klassificeringssystem med sifferkoder som används för att beskriva det som upphandlas.

**DDD** – definierad dygnsdos av ett läkemedel som används av en vuxen person. DDD är en teknisk måtenhet som används tillsammans med ATC-systemet.

**DDP** – *Delivered duty paid*. Säljaren (leverantören) står för alla risker och kostnader tills godset finns på angiven plats.

**EAN-kod** – *European Article Number*. Koden säkerställer att rätt läkemedel lämnas ut och koden tjänar även som underlag för apotek vid betalning.

**ELIS** – effektivisering av läkemedelsupphandling i samverkan.

**FGL** – Föreningen för generiska läkemedel.

**HUI** – Handelns utredningsinstitut.

**IRP** – internationell referensprissättning.

**LIF** – Läkemedelsindustriföreningen, de forskande läkemedelsföretagen.

**LFF** – läkemedelsförsäkringen.

**LOU** – lagen (2007:1091) om offentlig upphandling.

**Läkemedelsförmånen** – läkemedel som omfattas av det statliga högkostnadsskyddet.

**Medelpris** – genomsnittligt pris bland landstingen för en och samma varuartikel.

**NLT-gruppen** – nya läkemedels terapier. Gruppen är nedlagd och ersatt av NT-rådet.

**NT-rådet** – nya terapier. Rådet avger rekommendationer om förhållningssätt till nya läkemedelsterapier.

**OtIS** – ordnat införande i samverkan.

**PD-1 hämmare** – *Programmed death-1*. Består av antikroppar som blockerar proteinet PD 1.



**Prisspridning** – prisspridningen anges i denna rapport i procent. Vid beräkning har använts  $(\text{maxpris} - \text{minipris})/2$  i förhållande till det genomsnittliga priset för en varuartikel.

**Rekvissionsläkemedel** – dessa läkemedel används främst inom slutenvården och själva termen syftar på att de rekvireras från ett sjukhusapotek till en klinik.

**SKL** – Sveriges kommuner och landsting.

**SLL** – Stockholms läns landsting.

**Substanser** – landstingen begär att företagen ska lämna anbud på substansnivå.

**Terapiområden** – läkemedel grupperas utifrån olika behandlingsområden. Samma läkemedel kan ibland användas inom flera behandlingsområden. Exempel på terapiområde är hjärta-kärl och ett annat är mage-tarm.

**TLV** – Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

**TNF-alfahämmare** – biologiska läkemedel som används för att behandla inflammatoriska led-, hud- och tarmsjukdomar.

**Varuartikel** – varje förpackning av ett läkemedel tilldelas ett unikt varunummer. Ett och samma läkemedel kan ha flera olika varunummer beroende av distributör, förpackningsstorlek och styrka. Systemet med unika varunummer är till för att en förpackning av ett läkemedel alltid ska vara spårbart.

**VGR** – Västra Götalands Region.

## 2 Inledning

Läkemedelskostnaderna<sup>4</sup> utgör en viktig andel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen (2016) anger att andelen uppgick till 8,6 procent år 2014. I huvudsak säljs läkemedel i Sverige på tre olika sätt:

- Receptfritt för egenvård, på apotek eller i dagligvaruhandel,
- På apotek efter förskrivning via recept till en patient,
- Till landstingen på rekvisition (beställning) för användning i slutenvård, öppenvård och läkemedelsförråd på exempelvis vård- och omsorgsboenden.<sup>5</sup>

Denna rapport avhandlar enbart den sistnämnda gruppen, rekvisitionsläkemedel.

### 2.1 Läkemedelskostnaderna ökar igen

Landstingen köpte rekvisitionsläkemedel för 7,6 miljarder kronor år 2015, vilket utgör 19 procent av totalmarknaden för läkemedel. Efter några år av stillastående kostnader för läkemedel, steg den totala läkemedelskostnaden under 2015 kraftigt med 2,8 miljarder kronor, varav rekvisitionsläkemedel stod för 0,7 miljarder kronor. Till stor del förklaras denna ökning av ökade kostnader för nya hepatit C-mediciner. Sammantaget blev läkemedelskostnaden 40,6 miljarder kronor.

---

<sup>4</sup> Anges i AUP exklusive moms.

<sup>5</sup> Socialstyrelsen, Sveriges officiella statistik, statistik om läkemedel 2015.

Kostnadsökningen för rekvisitionsläkemedel 2015, +9 procent jämfört med föregående år, beror enligt Socialstyrelsen (2016) framförallt på en fortsatt introducering av nya dyra läkemedel i den specialiserade vården. Socialstyrelsen bedömer att denna trend fortsätter fram till 2018. Genom att konkurrensutsätta inköpen genom upphandlingar enligt LOU erhåller landstingen rabatter motsvarande 800 miljoner kronor i förhållande till de listpriser (AIP) som Tanvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) fastställt inom läkemedelsförmånen, enligt Socialstyrelsen.<sup>6</sup>

Nya effektiva läkemedel för behandling av hepatit C, bröst- och prostatacancer samt malignt melanom medför betydande kostnadsökningar för landstingen men också väsentliga behandlingsframgångar för de individer som drabbas av dessa sjukdomar. En fortsatt hög användning av TNF-hämmare för behandling av reumatiska- och inflammatoriska tarmsjukdomar driver på landstingens kostnader för rekvisitionsläkemedel.<sup>7</sup>

Vid upphandling av rekvisitionsläkemedel anges priserna i relation till det av TLV fastställda listpriset. Det är ganska vanligt att landstingen betalar ett lägre pris än listpriset och det benämns då som att landstingen erhåller en rabatt.

För patienten spelar det ofta ingen roll om läkemedlet hämtas ut på apotek eller ges som rekvisitionsläkemedel, åtminstone inte om läkemedlet omfattas av läkemedelsförmånen och taket för högkostnadsskyddet har passerats. Rekvisitionsläkemedel kan ges så väl inom öppen som slutenvård. Gränsen mellan vilka läkemedel som förskrivs på recept och vilka som ordineras på rekvisition är av olika anledningar flytande. En och samma patient kan få samma

---

<sup>6</sup> Socialstyrelsen, Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos, april 2016.

<sup>7</sup> Västra Götalands Regionen, prognos över kostnadsutveckling för läkemedel 2014–2015.

läkemedel distribuerat på olika sätt vid olika tillfällen. Läkemedel som förskrivs på recept inom ett landsting ordinerar på rekvisition i ett annat landsting. Det finns även skillnader mellan landstingens läkemedelsinköp på förskrivning eller rekvisition. Faktorer som påverkar är demografi, hälsoläge, läkemedelsstrategi och prioriteringar i olika landsting.

## 2.2 Syfte med denna rapport

Det övergripande syftet med denna rapport är att bidra till en förbättrad bild av marknadsförutsättningarna avseende rekvisitionsläkemedel. HUI Research har på uppdrag av Konkurrensverket samlat in prisdata från samtliga landsting. I rapporten har de fyra läkemedel med högst försäljningsvärde under perioden januari–april 2015 undersökts särskilt. För övriga läkemedel har läkemedlen delats in i olika prisklasser som de hade i november 2015.

Konkurrensverket gav också HUI Research i uppdrag att särskilt studera prisspridningen inom tre stora läkemedelsgrupper:

- onkologiska läkemedel,
- immunologiska läkemedel, och
- nervläkemedel.

## 2.3 Avgränsning

Inom ramen för denna rapport har Konkurrensverket endast haft tillgång till prisdata för de olika läkemedel som de 21 landstingen köper på de upphandlade avtalen. Vi har alltså inte haft tillgång till uppgifter om vilka volymer som har köpts av de olika läkemedlen.

### 3 Landstingens upphandlingar av rekvisitionsläkemedel

Under 2014 gjordes 856 upphandlingar inom CPV-huvudgruppen *Medicinsk utrustning, läkemedel och hygienartiklar*. I upphandlingarna deltog i genomsnitt 19,3 anbudsgivare, varav 13,1 fick kontrakt.<sup>8</sup>

De flesta landsting gör löpande nya upphandlingar enligt ett rullande schema för olika substanser. Beroende av om det finns generisk konkurrens på de aktiva substanserna<sup>9</sup>, så varierar det hur många företag som lägger anbud. Innan en ny upphandling genomförs försöker landstingen göra analyser av hur den tidigare användningen av olika läkemedel sett ut, kommande patentutgångar och hur marknaden ser ut när det gäller konkurrens mellan olika preparat.

Läkemedelsmarknaden förändras hela tiden genom patentutgångar, tillkomst av generika, biosimilarer och parallellimport. Dessa faktorer försöker landstingen dra nytta av. Målet är att ha bästa möjliga totala ekonomi för läkemedel på rekvisition, säkerställa en god kvalitet och en hög leveranssäkerhet. Leveranssäkerheten är särskilt viktig och landstingen har höga krav, i vissa fall så höga som 98 procent.

Landstingen tecknar i normalfallet avtal med läkemedelsföretagen på två år med en option om förlängning på ett eller två år. Stockholms läns landsting (SLL) utgör ett undantag som årligen gör återkommande upphandlingar av rekvisitionsläkemedel. Eftersom det är många läkemedel som upphandlas samtidigt så tecknas även

---

<sup>8</sup> Konkurrensverket, *Siffror och fakta*, 2015.

<sup>9</sup> Om originalets patent löpt ut och generika trätt in på marknaden.

i de flesta fall avtal med många läkemedelsföretag. I upphandlingarna deltar både svenska och utländska tillverkare. Landstingen benämner de som leverantörer i sina tilldelningsdokument.

När det gäller utvärderingsmodell så är det i de flesta fall lägsta pris som används. Modellen används normalt när det finns generisk konkurrens och där det inte går att se någon skillnad i praktisk hantering mellan olika preparat. För vissa terapiområden<sup>10</sup> är den praktiska hanteringen viktig (förpackningens läsbarhet, förpackningens användbarhet, förväxlingsrisker, förvaringsbetingelser och hållbarhet), i andra fall kan medicinsk användning och nytta skilja mellan olika preparat och terapiområden. Då blir det flera faktorer (varav pris är en) som spelar roll vid utvärdering av olika anbud och då används ekonomiskt mest fördelaktiga anbud som utvärderingsmodell. De offererade priserna viktas då utifrån nyttan och poängsätts utifrån olika kriterier. Den anbudsgivare som har lämnat det anbud som får högst poäng blir det vinnande anbudet.

Det finns landsting som förväntar sig att de ska erhålla rabatter när de gör upphandlingar, dvs. priset ska vara lägre än listpriset (AIP). I ett utvärderingsprotokoll som Konkurrensverket tagit del av så har det företag som lämnat AIP-anbud inte tilldelats något kontrakt, trots att de var ensam anbudsgivare för den aktuella substansen<sup>11</sup>.

Även privata vårdgivare som utför vård på uppdrag av landstingen kan göra avrop från avtalen, vilket innebär att det blir en mängd olika aktörer som kommer att göra avrop från avtalen. I normal-

---

<sup>10</sup> Upphandlingarna indelas i olika terapiområden. Exempelvis onkologi, diabetes, kardiologi, andningsvägar. Ett och samma läkemedel kan användas inom flera terapiområden.

<sup>11</sup> Visma Opic, VGR, bilaga 2 sammanställning per anbudsgivare, RS 2239-2015, substans parikalcitol.

fallet ska leverans ske inom 24 timmar till sjukhusapoteket från beställning. Säljaren (läkemedelsföretaget) står för alla risker och kostnader tills varorna finns på sjukhusapoteket.<sup>12</sup>

### 3.1 Läkemedelsupphandlingar överprövas ofta

Läkemedelsupphandlingar blir relativt ofta överprövade. Under 2014 överprövades 13 procent av läkemedelsupphandlingarna.

Det kan finnas flera orsaker till att antalet överprövningar ökar. En kan vara att när landstingen i allt högre grad gör samverkansupphandlingar så ökar det ekonomiska värdet av upphandlingen och för det enskilda företaget blir upphandlingen av större vikt. När det gäller vaccin kan det handla om att vinna eller försvinna på den svenska marknaden. Företagen å sin sida hävdar att orsaken till överprövningar ofta beror på brister i hur landstingen har utformat förfrågningsunderlagen.<sup>13</sup>

Sedan avregleringen av apoteksmarknaden har det främst varit upphandlingarna av sjukhusens läkemedelsförsörjning och DOS-upphandlingar som överklagats. På båda dessa marknader har det tillkommit nya aktörer och priserna har även pressats avsevärt. De rekvisitionsläkemedelsupphandlingar som överklagats har bland annat gällt krav på hög leveranssäkerhet och fråga om en rekommendation och kostnadsåterbäring.<sup>14</sup>

Läkemedels- och industriföreningen (LIF) har riktat kritik mot hur domstolarna hanterar överprövningarna av läkemedelsupphand-

---

<sup>12</sup> Enligt DDP.

<sup>13</sup> <http://www.lakemedelsvarlden.se/fordjupning/dyrt-n%C3%A4r-upphandlingar-%C3%B6verklagas-8000>

<sup>14</sup> Kammarrätten i Stockholm, *mål 9843-14* och *mål 8881-12*.

lingar. LIF menar att det tar alltför lång tid innan domstolarna kommer till beslut, vilket i sig kan leda till att brister på läkemedel uppkommer. Som exempel nämns den nationella upphandlingen av HPV-vaccin (vaccin mot livmoderhalscancer) för några år sedan, där det tog så lång tid innan beslutet kom så att det blev brist på HPV-vaccin.<sup>15</sup>

Föreningen för generiska läkemedel (FGL) menar att det finns utrymme för effektivisering av läkemedelsupphandlingar. De anser att Sverige borde införa en nationell digital portal där företagen kan sända in anbud. En sådan modell finns sedan länge i Danmark. Men också att landstingen ska ha bättre framförhållning från tilldelningsbeslut till första leverans. Enligt FGL tar det 4–6 månader från en beställning till fabrik innan varorna faktiskt levereras. FGL är emot nationella upphandlingar då de kan utgöra ett etableringshinder för generikatillverkare, då originaltillverkaren har en 100 procentig marknadsandel när patentet löper ut och således har en helt dominerande ställning. Allt för få upphandlingar kan göra det särskilt svårt för små generikatillverkare att komma in på marknaden. FGL ifrågasätter även varför landstingen kräver att företagen ska uppge listpriser på sina produkter när de lämnar anbud. Ofta finns det inte något listpris på upphandlade produkter.<sup>16</sup>

### 3.2 Speciella krav på leverantörer och villkor i läkemedelsupphandlingar

Det finns några speciella krav i läkemedelsupphandlingar. Alla offererade läkemedel i upphandlingen måste vara godkända för

---

<sup>15</sup> LIF remissvar till slutbetänkande från upphandlingsutredningen, SOU 2013:12.

<sup>16</sup> <http://www.generikaforeningen.se/wp-content/uploads/2015/05/Upphandling-av-lakemedel-till-slutenvarden.pdf>



försäljning i Sverige i enlighet med läkemedelslagen (SFS 2015:315). De företag som deltar i upphandlingen måste ha en läkemedelsförsäkring som minst omfattar den svenska läkemedelsförsäkringen (LFF) och företagen måste också ha ett motsvarande svenskt parti-handelstillstånd för handel med läkemedel. Alla förpackningar ska vara märkta med varunummer och helst också med EAN-kod<sup>17</sup>. Dessutom ställs ofta krav på systematiskt kvalitets- och miljöarbete. För de anbudsgivare som sedan erbjuds kontrakt gäller också att de måste uppfylla Sveriges regioners och landstings uppförandekod för leverantörer.

Landstingen lämnar i sina förfrågningsunderlag uppgifter om volymer i förpackningar eller dygnsdoser (DDD) utifrån tidigare års förbrukning men garanterar inga volymer. Uppgifterna om tidigare volymer är till för att anbudsgivarna ska kunna räkna på sina anbud. Tecknas avtal med flera leverantörer för samma ATC-kod så görs avrop utifrån den medicinska bedömningen för de enskilda patienternas behov.

Sker det patentutgång på upphandlade produkter under avtals-tiden så har landstingen förbehållit sig rätten att göra en ny upphandling, eftersom vid patentutgång så kommer i de flesta fall priset att sjunka avsevärt på grund av att generisk konkurrens uppstår. Att detta förbehåll finns beror på att det inom slutenvården är en dominerande användning av läkemedel som skyddas av patent. För patentskyddade läkemedel är också konkurrensen i regel som svagast.

Landstingen är noga med att uppmana de olika sjukhusklinikerna till hög följsamhet mot de upphandlade avtalen. En hög följsamhet kan leda till att avsevärda belopp sparas, att en hög leverans- och

---

<sup>17</sup> EAN-koden säkerställer att det inte sker någon förväxling vid användning.

patientsäkerhet säkerställs, att gällande lagstiftning följs samt att landstingens högt ställda miljökrav följs<sup>18</sup>.

### 3.3 Landstingen upphandlar rekvisitionsläkemedel i hög grad i samverkan

Till skillnad från andra upphandlingar av varor och tjänster så upphandlas rekvisitionsläkemedel gemensamt med andra landsting i kluster, bortsett från i de tre storstadslandstingen, som gör sina egna upphandlingar. Motivet till samverkansupphandling är bland annat att landstingen kan agera gemensamt som en starkare köpare, då volymerna blir större. Landstingen har genom sin samarbetsorganisation, *Landstingsnätverket för upphandling* (LFU) delat in Sverige i åtta upphandlingsregioner, vilka benämns A–H. Upphandlingsregionerna ersätter de tidigare sjukvårdsregionerna.

**Tabell 1 Upphandlingsregioner gällande från 2015**

Region	Landsting	Tidigare benämning
A	Jämtland, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland	Norra Regionen
B	Dalarna, Gävleborg, Uppsala, Västmanland	Fyrklövern
C	Stockholm	
D	Södermanland, Örebro, Värmland, Gotland	SÖV
E	Västra Götalands region	
F	Jönköping, Kalmar, Östergötland	
G	Blekinge, Halland, Kronoberg	
H	Region Skåne	

<sup>18</sup> [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)

I vår undersökning är det maximala värdet 12 landsting vilket är samtliga landsting. Detta beror på att en del av prislistorna är gemensamma för flera landsting. Prislistorna i vår undersökning är indelade på följande sätt: Blekinge, Fyrklövern, Jönköping, Halland, Kalmar, Kronoberg, Norra Regionen, Skåne, SLL, SÖV, VGR och Östergötland. Vår indelning skiljer sig således från den upphandlingsregionsindelning LFU har. LFUs indelning tillkom under 2015.

### 3.4 Sjukhusapoteken sköter läkemedelsförsörjningen till vården på en avreglerad marknad

Enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel ska vårdgivaren organisera läkemedelsförsörjningen på ett sådant sätt att den bedrivs rationellt och så att behovet av säkra och effektiva läkemedel tryggas. För detta ändamål ska det finnas sjukhusapotek, bemannat med farmaceuter. Men sjukhusapoteket behöver enligt Läke-medelsverket inte vara ett fysiskt apotek. Det kan istället vara en funktion eller aktiviteter som tillgodoser läkemedelsförsörjningen inom eller till ett sjukhus.

Sedan avregleringen av apoteksmarknaden år 2008 har landstingen möjlighet att teckna avtal med olika apoteksaktörer som sköter själva sjukhusapoteket och tillhandahåller läkemedel till sjukvården. Tanken med reformen var att den skulle öppna möjlighet till en dynamisk konkurrens i fråga om vårdens läkemedelsförsörjning. Positiva effekter på läkemedelsanvändning och lägre kostnader för tjänsten genom ökad konkurrens skulle uppnås.<sup>19</sup>

Före avregleringen var landstinget tvunget att antingen driva sjukhusapoteket i egen regi eller anlita Apoteket AB för detta

---

<sup>19</sup> SOU 2007:53

ändamål. Vid avregleringens ikraftträdande hade samtliga landsting entreprenadsavtal med Apoteket AB som skötte läkemedelsförsörjningen inom slutenvården. Vid en uppföljning 2013 konstaterade Statskontoret att efter landstingen genomfört upphandlingar fanns då fyra aktörer och kostnaderna för sjukhusens läkemedelsförsörjning hade sjunkit med 10–50 procent genom upphandlingarna. Marknadsvärdet för sjukhusens läkemedelsförsörjning bedöms 2014 att uppgå till 600 miljoner kronor. Landstingen har valt att upphandla olika delar. Vanligast är att upphandla försörjningsområdet och tillverkning av så kallade extempore läkemedel (specialtillverkade läkemedel för en enskild patient eller patientgrupp).<sup>20</sup>

Alla landsting upphandlar inte sin läkemedelsförsörjning. Region Jönköping sköter sedan november 2013 läkemedelsförsörjningen i egen regi. Landstinget i Värmland avser att delvis ta över läkemedelsförsörjningen i egen regi på sjukhusen med start 1 mars 2017. Motiveringen är kvalitets- och patientsäkerhetsaspekter. Västmanland tar delvis över i egen regi från 1 oktober 2016. Ständiga byten av apoteksaktörer leder enligt landstinget till en sämre kontinuitet. Genom att ha landstingsanställda sjukhusfarmaceuter menar landstinget att patientsäkerheten blir bättre. De ständiga överklagningarna av upphandlingarna för sjukhusens läkemedelsförsörjning har också medfört att fler landsting överväger att ta över sjukhusapoteken i egen regi.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Statskontoret, *en omreglerad apoteksmarknad - slutrapport*, 2013

<sup>21</sup> <http://svenskfarmaci.se/lakemedel/knolig-upphandling-gav-ovisshet-for-anstallda/>

## 4 Nationell samverkan kan ge lägre priser

Sedan år 2009 finns landstingsgemensamma aktiviteter inom läkemedelsområdet som bedrivs under ledning av SKL tillsammans med representanter från landstingen. Bakgrunden är att landstingen vill effektivisera sina läkemedelsupphandlingar genom att uppträda mer gemensamt som kravställare och starka köpare. Detta ska resultera i en mer kostnadseffektiv läkemedelsanvändning, lägre läkemedelspriser och därigenom snabbare åtkomst till nya behandlingsmetoder. En särskild marknadsfunktion har inrättats som har som huvuduppgift att bedriva marknadsbevakning och sortimentsanalys. Den ska också bidra till utvecklings- och samordningsarbetet av landstingens upphandlingsmallar för läkemedel och att ta fram förslag på en landstingsgemensam upphandlingsplan för läkemedel. Marknadsfunktionen medverkar också i arbetet med trepartsöverläggningar mellan TLV, företagen och landstingen.<sup>22</sup>

Aktiviteterna bedrivs inom ramen för tre olika projekt:

- NT-rådet (nya terapier)<sup>23</sup>
- Projekt ELIS (Effektivisering av läkemedelsupphandling I Samverkan)<sup>24</sup>
- Projekt OtIS (Ordnat Införande i Samverkan).

---

<sup>22</sup> SKL, *Prissättning, introduktion och uppföljning av läkemedel – i samverkan*, 2014.

Trepartsöverläggningar används i de fall när traditionell upphandling inte visat sig vara framgångsrik.

<sup>23</sup> NT-rådet tog över den tidigare NLT-gruppens (nya läkemedels terapier) uppdrag 1 januari 2015.

<sup>24</sup> TLV, fr.o.m. 1 januari 2015 har verksamheten ersatts av en landstingsgemensam samverkansmodell med ordnat införande av nya läkemedel.

## 4.1 Nya rekommendationer för användning av äldre läkemedel kan ge kostnadsbesparingar

Nya terapier (NT-rådet) ger vägledande rekommendationer till landstingen om hur nya läkemedel ska användas. NT-rådet fattar inga beslut utan det görs av de enskilda landstingen. NT-rådet för också prisdiskussioner med läkemedelsföretagen. Ett exempel är läkemedlet Eylea som är ett nytt läkemedel som används vid behandling av åldersrelaterade synnedbättningar. Enligt den tidigare NLT-gruppen kan Eylea vara ett kostnadseffektivt alternativ till det äldre läkemedlet Lucentis. Prisbilden för de två olika preparaten vid upphandling kan alltså ha stor betydelse för vilket som bedöms som mest fördelaktigt.<sup>25</sup>

För behandling av våt AMD (sjukdom i gula fläcken) har Västra Götalands Regionens läkemedelskommitté nyligen likställt läkemedlet Avastin som ett alternativ till Eylea och Lucentis. Avastin kostar betydligt mindre än vad Eylea och Lucentis gör. Inom VGR används Eylea och Lucentis till en årlig kostnad av 70 miljoner kronor. Genom att välja Avastin istället när det är möjligt kan alltså betydande kostnadsbesparingar uppnås<sup>26</sup>.

Vårdanalys (2014) menar att det är värdefullt att på nationell nivå genomföra hälsoekonomiska utvärderingar av nya läkemedel som används i slutenvården. Utvärderingarna kan tjäna som underlag till nationella prisdiskussioner under förutsättning att de anpassas för detta ändamål. Men Vårdanalys efterlyser även att det skulle vara möjligt att genomföra hälsoekonomiska utvärderingar på äldre läkemedel som används i slutenvården. För många av dessa är kostnadseffektiviteten okänd.

---

<sup>25</sup> Vårdanalys, Värdefullt men inte fullvärdigt, 2014:4.

<sup>26</sup> VGR, Läkemedelskommittén, nyhetsbrev 2016-01-11.

I TLV:s regleringsbrev för 2016 framgår också att myndigheten ska fortsätta verksamheten med att utföra hälsoekonomiska bedömningar på läkemedel som används i slutenvården, något som tidigare har gjorts i projektform i olika regeringsuppdrag.<sup>27</sup>

## 4.2 Nationell upphandling på nya läkemedel kan pressa priser

Mot bakgrund av de senaste årens kraftiga kostnadsökningar för nya läkemedel med inriktningar på allt snävare specifika patientgrupper, genomförs nationella upphandlingar med hjälp av OtIS. Syftet är inte enbart kostnadsbesparingar utan även att patienter runtom i landet ska få en likvärdig behandling genom att läkemedlen introduceras samtidigt. Upphandlingarna görs i regi av Sveriges kommuner och landsting (SKL) genom ELIS-projektet. En av de första är en upphandling av PD1-hämmare. PD1-hämmare är en ny typ av cancerläkemedel för behandling av bland annat malignt melanom hos vuxna. Enligt Socialstyrelsen så finns inom cancerområdet stora förväntningar på att PD-1-hämmare, i första hand nivolumab (Opdivo) och pembrolizumab (Keytruda), kommer att ge förbättrade behandlingsresultat för ett stort antal cancerdiagnoser.

Stockholms läns landsting (SLL) har fått i uppdrag av de andra landstingen och regionerna att genomföra upphandlingen<sup>28</sup>. PD1-hämmare klassas inte som tumörspecifik terapi utan stärker kroppens immunförsvar.

---

<sup>27</sup> Socialdepartementet (2015), Regleringsbrev till TLV, S2015/08135/RS.

<sup>28</sup> I de priser HUI har tagit in från landstingen finns inte Opdivo och Keytruda med då denna upphandling avslutades i november 2015 och med planerad avtalsstart januari 2016.

Opdivo och Keytruda omfattas inte av läkemedelsförmånen och priset varierar därför mellan olika apotek om det förskrivs på recept i den öppna vården. Priset för en förpackning (10mg/ml) av Opdivo var hos Apoteket AB 12 918 kronor och hos Apoteket Hjärtat 13 165 kronor.<sup>29</sup> Men det som är mest avgörande är dock vad årskostnaden för behandling av en patient beräknas bli.

Till slutenvården upphandlas större volymer, vilket gör att det går att pressa priserna på ett annat sätt än i öppenvården. Årskostnaden för behandling av en patient i slutenvården som behandlas med Opdivo eller Keytruda kan enligt uppgift uppgå till mer än 800 000 kronor per patient.<sup>30</sup>

### 4.3 Patentutgångar på TNF-hämmare öppnar inte upp lika snabbt för generisk konkurrens

Patentutgångar påverkar kostnadsutvecklingen för läkemedel om det som en följd introduceras generika som konkurrerar prismässigt med originalet. När ett flertal generika konkurrerar med originalet och läkemedlen är utbytbara på apoteken leder det oftast till en kraftig prissänkning och hård priskonkurrens.

Men detta gäller inte på samma sätt för biologiska läkemedel, dvs. läkemedel som är framställda med hjälp av bakterier eller celler. Patentutgångar på stora TNF-hämmare som Enbrel och Remicade (infliximab) under 2015 kommer att på sikt sänka kostnaderna för rekvisitionsläkemedel på en nationell nivå, men utfallet är osäkert då introducering av kopior till biologiska läkemedel så kallade

---

<sup>29</sup> [www.apoteket.se](http://www.apoteket.se), sökning gjord 2016-02-10, [www.apotekhjartat.se](http://www.apotekhjartat.se) sökning gjord 2016-02-10.

<sup>30</sup> Mikael Svensson SKL, *blev det ordning och reda på priserna*, seminarium Dagens medicin, 2016-01-29.



*biosimilarer*<sup>31</sup> tar längre tid än för traditionella läkemedel på grund av att de är svårare att utveckla och godkännandeprocessen tar längre tid. Biosimilarer i sig är ingen ny företeelse, de har varit godkända i Europa sedan 2006, då den första biosimilaren *Somatropin* godkändes. I dagsläget finns 21 biosimilarer godkända av det europeiska läkemedelsverket (EMA).

Biosimilarer är inte alltid utbytbara mot originalläkemedel. Det gäller särskilt för patienter som redan står på behandling med en TNF-hämmare. Förskrivarna är ofta försiktiga med att *switcha* (föra över) patienter som står på behandling med originalet, till behandling med en biosimilar. Stockholms läns läkemedelskommitté har nyligen gett klartecken att introducera biosimilaren CT-P13 istället för originalet Remicade. I samband med introduktionen av biosimilarer för infliximab kommer kostnaderna för detta preparat att sannolikt minska med upp till 40 procent på grund av den ökade konkurrensen<sup>32</sup>.

Historiskt har introduktion av biosimilarer lett till prissänkningar men konkurrens effekterna har inte varit lika kraftiga som vid introduktion av generika eftersom biosimilarer inte alltid är medicinskt utbytbara när en behandling har inletts. Enligt TLV så uppstår således konkurrens mellan biosimilarer främst vid nyinsättning (första gången patienten ska behandlas med läkemedlet).<sup>33</sup>

Eftersom biosimilarer i praktiken endast används vid nyinsättning är marknaden ganska begränsad. För patienter med diagnosen diabetes typ 2 utgör nya patienter endast 2 procent av patient-

---

<sup>31</sup> En biosimilar är en likvärdig version av ett biologiskt läkemedel som har förlorat sitt patent

<sup>32</sup> Svensk Farmaci, 2016-03-07

<sup>33</sup> [http://www.tlv.se/Upload/Om\\_oss/Utveckling\\_VBP\\_samverkansaktiviteter.pdf](http://www.tlv.se/Upload/Om_oss/Utveckling_VBP_samverkansaktiviteter.pdf)

populationen. 98 procent av denna marknad är således i praktiken inte tillgänglig för biosimilarer.

Flera biosimilarer är under utveckling men har inte fått något godkännande av det europeiska läkemedelsverket. Som exempel kan nämnas Mabthera som förlorade sitt patentskydd i Sverige under 2013 och Herceptin som förlorade sitt patentskydd under 2014. Men ännu finns inget godkänd biosimilar som kan bytas ut mot Mabthera eller Herceptin.<sup>34</sup>

#### 4.4 Överföringar av läkemedel från recept till rekvisition

Landstingen har av tradition fört över hanteringen av vissa läkemedelsgrupper från recept till slutenvård. Drivkraften bakom denna utveckling har bland annat varit möjligheten till kostnadsbesparingar genom att använda landstingens upphandlingsavtal istället för priserna i läkemedelsförmånen. Men även att nya läkemedelssubstanser tillkommer som riktar sig mot små patientgrupper med komplexa sjukdomar.

I den undersökning av prisspridningen som gjorts av HUI konstateras att landstingen erhåller rabatter i jämförelse med det AIP som fastställs av TLV. Storleken på rabatterna varierar men i undersökningen har exempelvis Region Skåne uppgivit att de i genomsnitt får 14 procent i rabatt. För en del rekvisitionsläkemedel finns dock inte ett AIP, vilket oftast beror på att läkemedlet enbart används i den slutna vården.

---

<sup>34</sup> Socialstyrelsen, läkemedelsförsäljningen i Sverige analys- och prognos, april 2015.

## 4.5 Kostnaden för nya läkemedel tenderar att överstiga landstingens betalningsvilja

Den genomsnittliga utvecklingskostnaden för ett nytt läkemedel överstiger 10 miljarder kronor. När läkemedlet når marknaden är inte heller värdet av det känt. Men när läkemedlet redan finns på marknaden så är kostnaden för behandlingen av en extra patient försumbar.<sup>35</sup>

Under patenttiden för läkemedlet så är tanken att företaget ska kunna tjäna in sina utvecklingskostnader tillsammans med en viss marginal för framtida investeringar. För sjukvården kommer kostnadsbesparingarna senare när patentet löpt ut, genom att det uppstår generisk konkurrens och priset kraftigt faller. På så sätt ges utrymme att behandla fler patienter när priset för läkemedlet sjunker.

Enligt NLT-gruppen så tenderar kostnaderna per patient (KPP) i relation till effekten av ett nytt läkemedel att bli allt högre och i många fall överstiger kostnaden landstingens betalningsvilja. En orsak är att företagen inte vill ge landstingen öppna rabatter för nya läkemedel eftersom de flesta europeiska länder tillämpar internationell referensprissättning (IRP). IRP gör det svårare för företagen att prisdiskriminera, då Sverige ingår i flera europeiska länders priskorgar och en öppen prissänkning i Sverige innebär en prissänkning i andra europeiska länder som är större marknader för företagen. Landstingen tvingas därför till att ingå avtal om hemliga rabatter med läkemedelsföretagen, så kallade kick-backs (återbäringsavtal), där landstingen ersätts med en återbetalning i efterhand. Ofta baseras återbetalningen på läkemedlets kostnads-effektivitet.

---

<sup>35</sup> SNS-förlag, *Värdet av ett läkemedel*, 2013.

## 4.6 Riskdelning en väg bort från rekvisitionsshantering

Efter en tids användning kan nya innovativa läkemedel som till en början inte bedömts som kostnadseffektiva<sup>36</sup> av TLV få ett förmånsbestämt pris. Det sker då efter så kallad trepartsöverläggningar mellan TLV, landstingen och läkemedelsföretagen. Grundförutsättningen för trepartsöverläggningar är att en ansökan om pris och subvention har getts in till TLV.

Riskdelning kan beskrivas som avtal mellan tredjepartsfinansiär och tillverkare. Avtalet kopplar den slutliga ersättningen för ett läkemedel till ett på förhand överenskommet mål som fokuserar på effekt eller budgetpåverkan. Framväxten av riskdelningsmodeller drivs främst på grund av nya dyra läkemedel, vars kliniska effekt och budgetpåverkan är osäker.<sup>37</sup>

Genom ett upplägg om riskdelning mellan landsting och läkemedelsföretag kan läkemedelsanvändning bli mer kostnadseffektiv genom eliminering av viss risk, t.ex. kring behandlingstid, behandlingsresultat och patientantal vid olika svårighetsgrad. Framtagande av uppföljningsdata leder dessutom till minskad risk.<sup>38</sup>

Kritiken mot riskdelning är bland annat att det allmänna får vara med och betala en del av läkemedelsindustrins utvecklingskostnader, att modellerna tenderar att generera höga administra-

---

<sup>36</sup> Kostnaden per QUALY (kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår) har bedömts som för hög av TLV, kostnadseffektiviteten har varit för en för begränsad grupp eller läkemedel för sällsynta eller svåra sjukdomar.

<sup>37</sup> Pris, tillgång och service, s. 218. SOU 2012:75.

<sup>38</sup> Företagen och landstingen delar på kostnaden utifrån utfallet av behandlingsresultaten, exempelvis kort eller avbruten behandling. Innehållet i riskdelningsavtalen är oftast sekretessbelagda.

tionskostnader och att det även finns utrymme för intressekonflikter.<sup>39</sup>

Trepartsöverläggningar har hitintills använts för nya läkemedel mot hepatitis C och prostatacancer. TLV:s eventuella förmånsbeslut baseras i dessa fall på rekommendationer från NT-rådet. Ett förmånsbeslut med riskdelningsavtal mellan landstingen och läkemedelsföretaget innebär att läkemedlet lämnar rekvisitions-  
hantering, dvs. landstingen handlar inte längre upp läkemedlet utan det förskrivs på recept.

---

<sup>39</sup> Pris, tillgång och service s. 220, SOU 2012:75.

## 5 Prisspridning på rekvisitionsläkemedel

Prisspridning beskriver hur stor spridning det är mellan priser för olika produkter. Inom konkurrensökonomi så används prisspridning som ett mått på hur hård konkurrensen är på en marknad. Ett högt tal tyder på en stor prisspridning och liten konkurrens, medan ett lågt tal tyder på en liten prisspridning och en hårdare konkurrens. Genom prisjämförelser kan också den ekonomiska integrationen och marknadens effektivitet mätas.

HUI har beräknat prisspridningen<sup>40</sup> för de varuartiklar som landstingen har upphandlat. Beräkningen bygger på uppgifter som hämtats in från landstingen under november 2015. Löptiden för de gällande avtalen ser olika ut i landstingen men priserna som redovisas i rapporten avser november 2015 enligt de då gällande prislorna hos landstingen.

Enligt HUI:s kartläggning har landstingen upphandlat 2538 varuartiklar i november 2015. Varje landsting har upphandlat mellan 430 och 983 varuartiklar. I genomsnitt har landstingen upphandlat 745 varuartiklar. Det är alltså en stor mängd varuartiklar som rekvideras till sjukhusvården. För att kunna göra en relevant analys av prisspridningen har HUI därför delat in varuartiklarna i olika läkemedelsgrupper utifrån terapiområden. Särskilt fokus har legat på onkologiska-, immunologiska<sup>41</sup>- och nervläkemedel eftersom dessa grupper har störst omsättning och de högsta priserna när det gäller rekvisitionsläkemedel.

---

<sup>40</sup> Prisspridningen anges i denna rapport i procent. Vid beräkning har använts  $(\text{maxpris} - \text{minipris})/2$  i förhållande till det genomsnittliga priset för en varuartikel.

<sup>41</sup> Gruppen immunsuppressiva medel, används främst vid behandling av reumatoid artrit och andra autoimmuna sjukdomar. Gruppen domineras av TNF-alfahämmare. Remicade används ofta som rekvisitionsläkemedel, Socialstyrelsen, 2015.

## 5.1 2538 varuartiklar bland landstingen men bara en procent förekommer på alla landsting

En tredjedel (897) av varuartiklarna upphandlades av ett enda landsting. Drygt hälften av varuartiklarna (1326) förekommer på högst två landstings prislister.

Förvånande är att bara 5,7 procent (146) av varuartiklarna förekommer på tio eller fler landsting. Bara en procent (26) av varuartiklarna förekommer på alla landsting. En förklaring till detta kan vara att för ett och samma läkemedel finns olika varuartiklar, där skillnaden i varuartikelns varunummer är beroende av distributör, förpackningsstorlek och styrka på läkemedlet. För exempelvis läkemedlet Remicade finns 11 olika varuartiklar tillgängliga på apotek, för Herceptin finns 7 olika varuartiklar tillgängliga på apotek och för Mabthera finns 10 olika varuartiklar tillgängliga på apotek. Detta kan göra det svårare för landstingen att samordna upphandlingar och det kan även orsaka svårigheter för den som ska göra avrop.

De 26 varuartiklar som förekommer i alla landsting innehåller både äldre och nyare läkemedel. Men merparten (19) av varuartiklarna har ett pris som överstiger 1 000 kronor per förpackning och hälften har ett pris som överstiger 4 000 kronor per förpackning.

**Tabell 2      Antal upphandlade varuartiklar, november 2015**

Antal landsting	Antal varuartiklar	Antal preparat, procent
1	897	35,3
2	429	16,9
3	312	12,3
4	214	8,4
5	148	5,8
6	123	4,9
7	120	4,8
8	79	3,1
9	70	2,8
10	44	1,7
11	76	3,0
12	26	1,0
<b>Summa</b>	<b>2538</b>	<b>100,0</b>

Källa: HUI, uppgifter från landstingen.

## 5.2      Hälften av varuartiklarna har noll i prisspridning

När beräkningen av prisspridning har gjorts så är det nettopris per förpackning för varje varuartikel som HUI utgått ifrån. Varje varuartikel har ett unikt varunummer som återfinns i prislistorna. Varje landstings pris, har satts i relation till ett medelpris för samtliga landsting. Landstingen köper däremot inte alltid samma varuartiklar så för vissa artiklar finns få landsting att jämföra med, för andra artiklar finns fler landsting att jämföra med.

Som tidigare nämnts behöver rekvisitionsläkemedel inte ha ett AIP fastställt av TLV. Men när det finns ett AIP så har det lagts in som ett jämförelsepris, vilket benämns TLV/AIP. Landstingen jämför



själva gentemot TLV/AIP, när det finns ett sådant värde för att illustrera hur stor upphandlingsrabatten de facto är. Till HUI har Region Skåne uppgett att de har rabatter om 14 procent, Halland 38 procent och Uppsala 29 procent.<sup>42</sup>

Genom att landstingen i hög grad upphandlar gemensamt kan en prisspridning på noll behöva kontrolleras närmare. Orsaken kan vara att priset för en varuartikel sattes i en och samma upphandling. Exempelvis så förekommer varunummer 497012 (Dificlir) i tre landsting med resultat noll i prisspridning<sup>43</sup>. Det visar sig att priset sattes i samma upphandling för region F (landstingen i Jönköping, Kalmar och Östergötland). Av de totalt 2 538 varuartiklar som har upphandlats så har drygt 50 procent noll i prisspridning. Som kontrast så finns det endast fem varuartiklar där prisspridningen överstiger 100 procent.

### 5.3 Jämn prisspridning i olika prisklasser men lägst bland läkemedlen med de högsta priserna

Grupperas varuartiklarna in i olika prisintervall utifrån pris/förpackning så erhålls följande resultat, se tabell 3.

---

<sup>42</sup> Källa: HUI, landstingen uppger att de aktuella landstingen jämför sina upphandlade priser med TLV:s AIP-lista.

<sup>43</sup> Pris per förpackning 12 934 kronor.

**Tabell 3** Prisspridning i olika prisklasser, november 2015

Prisintervall, kr	Antal preparat	Antal preparat, procent	Prisspridning, procent
<100	622	24	7,5
100–300	581	23	9,0
300–500	263	10	8,3
500–1000	320	13	6,7
1000–2000	274	11	5,8
2000–4500	219	9	6,1
>4500	259	10	2,5
<b>Summa</b>	<b>2 538</b>	<b>100</b>	

Källa: HUI, uppgifter från landstingen.

För rekvisitionsläkemedel är prisspridningen procentuellt relativt jämn. Prisspridningen ligger på mellan 6 och 9 procent. Prisspridningen är lägre i procentuella tal för de dyrare läkemedlen >4500 kronor. Mönstret kan även kännas igen i undersökningar av priser på läkemedel utan förmån på olika apotek. Där har det visat sig att prisspridningen är som högst för läkemedel med förhållandevis låga priser < 300 kronor. När läkemedlen blir betydligt dyrare så har prisspridningen mellan olika apoteksaktörer en benägenhet att kraftigt minska eller helt försvinna.

#### 5.4 Prisspridning på Eylea, Herceptin, Mabthera och Remicade

Även om landstingen köper många olika typer av läkemedel på rekvisition finns det några få som står för en hög andel av det totala försäljningsvärdet. Det handlar framförallt om läkemedlen Eylea, Herceptin, Mabthera och Remicade.

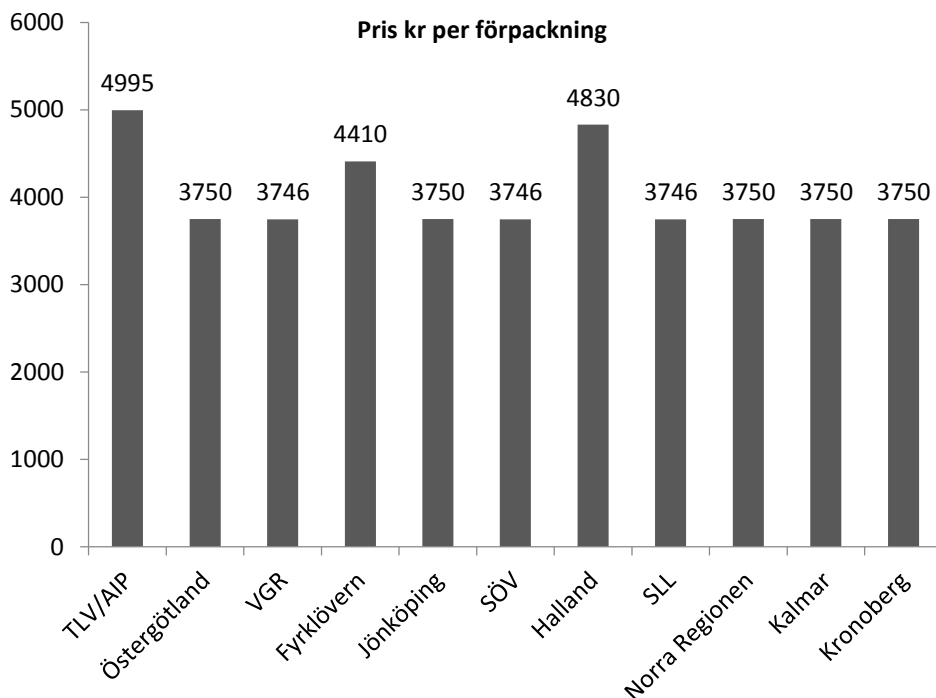
Enligt Läkemedels- och industriföreningen (LIF) så fanns de här fyra läkemedlen bland topp 15 av de läkemedlen med högsta försäljningsvärdet i Sverige år 2015. Eylea har gått från plats 33 (2014) till plats 13 (2015). De här fyra läkemedlen hade sammanlagt ett försäljningsvärde (AIP) om cirka 1,7 miljarder kronor 2015.<sup>44</sup>

Det blir därför extra intressant att närmare undersöka prisspridningen för Eylea, Herceptin, Mabthera och Remicade bland landstingen. I stort sett alla landsting köper också in dessa läkemedel på rekvisition och de är även mycket dyra per förpackning, från 4 000 kronor upp till 16 000 kronor per förpackning.

Remicade och Mabthera är som tidigare nämnts TNF-hämmare som används för behandling av reumatoid artrit, Chrohns sjukdom och kronisk leukemi. Herceptin används vid behandling av bröstcancer. Eylea används vid behandling av vaskulära ögonsjukdomar (våt makuladegeneration). Att vissa storsäljare som exempelvis Eylea inte finns upphandlade i alla landsting kan ha sina naturliga förklaringar. Det finns ett likvärdigt preparat, Lucentis, som också används för att behandla svåra ögonsjukdomar. Behandlingsalternativen kan skilja sig mellan olika sjukhus i landet.

---

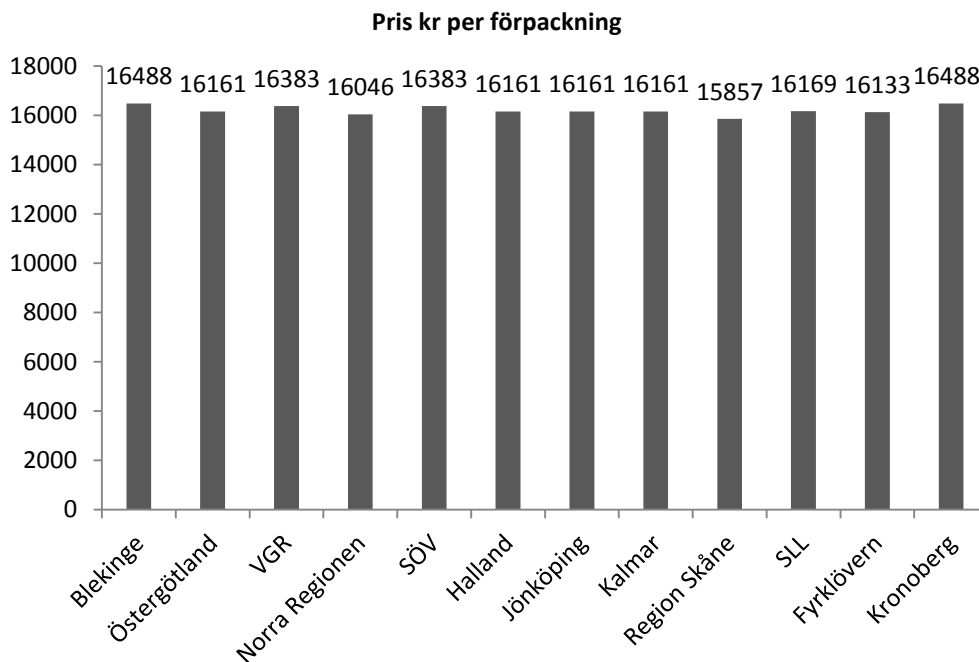
<sup>44</sup> [www.lif.se/statistik/topplistor/](http://www.lif.se/statistik/topplistor/), Humira och Enbrel toppar listan men förskrivs enbart på recept med förmån. I högsta försäljningsvärdet är alla försäljningsformer inkluderade, dvs. inom eller utom förmån, rekvisition eller egenvårdsläkemedel.

**Diagram 1 Prisspridning för Remicade, november 2015**

Källa: HUI, bearbetad av Konkurrensverket.

Medelpriset bland landstingen för Remicade är 4 109 kronor. Prisspridningen är 13 procent, vilket är en förhållandevis hög prisspridning för en helt homogen produkt. Alla landsting som har upphandlat läkemedlet har en rabatt jämfört med TLV/AIP som är 4 995 kronor. Genom att landstingen upphandlar Remicade så kan de pressa priset jämfört med TLV/AIP. Lägst pris har SÖV-landstingen, 3 746 kronor per förpackning och högst pris har Halland, 4 835 kronor per förpackning.

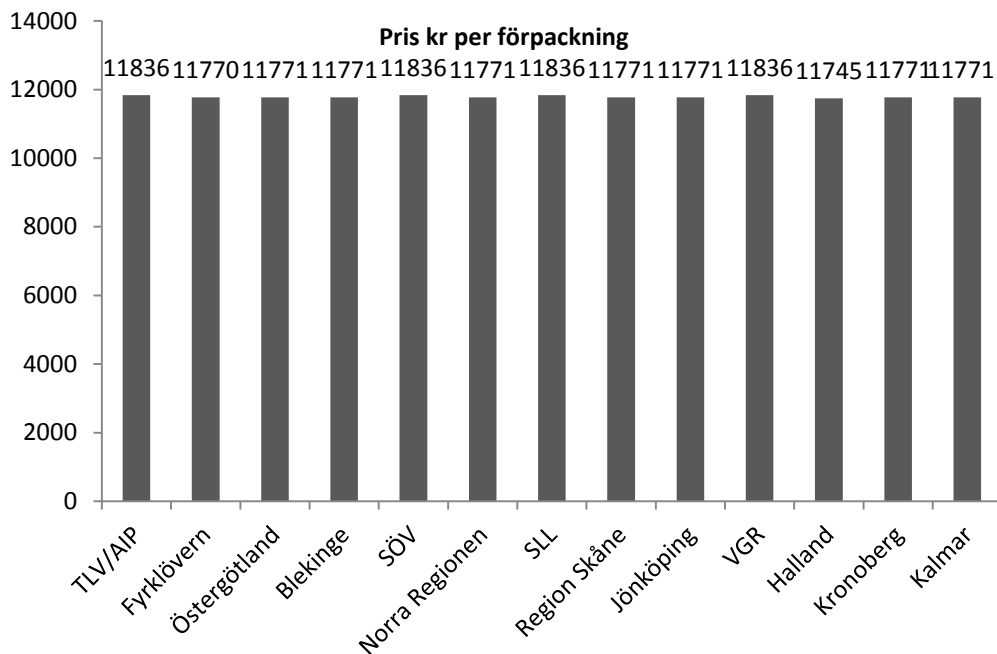
**Diagram 2 Prisspridning för Herceptin, november 2015**



Källa: HUI, bearbetad av Konkurrensverket.

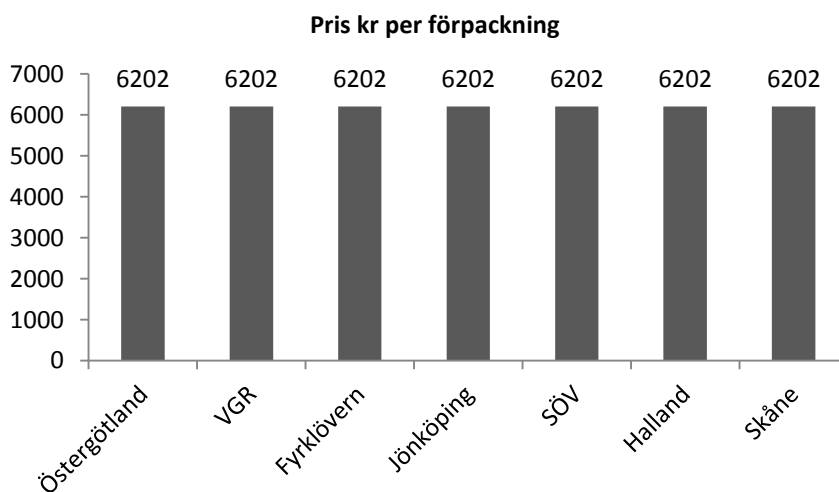
Alla landsting har upphandlat detta preparat som används för behandling av bröstcancer. För Herceptin finns sju olika varu- artiklar (förpackningsstorlek och styrka). Prisspridningen för Herceptin, varunummer 460339 (5 ml injektionsflaska) är en procent, vilket är en mycket liten prisspridning. Medelpris är 16 252 kronor per förpackning. Lägst pris har Region Skåne 15 587 kronor per förpackning och högst pris har Blekinge och Kronoberg med 16 488 kronor. För detta preparat finns inget TLV/AIP då det inte ingår i läkemedelsförmånen<sup>45</sup>. Enligt Socialstyrelsen (2016) hade Herceptin en försäljning på 339 miljoner kronor under 2015 på rekvisition.

<sup>45</sup> Detta var situationen i februari 2016.

**Diagram 3 Prisspridning för Mabthera, november 2015**

Källa: HUI bearbetad av Konkurrensverket.

För Mabthera är prisspridningen marginell i kronor. Priset varierar mellan 11 745–11 836 kronor per förpackning. Lägst pris har Halland och högst pris har SÖV, SLL och VGR. Enligt Socialstyrelsen (2016) hade Mabthera en försäljning på 410 miljoner kronor under 2015 på rekvisiton.

**Diagram 4 Prisspridning för Eylea**

Källa: HUI, bearbetad av Konkurrensverket.

För Eylea finns ingen prisspridning överhuvudtaget. De tio landsting<sup>46</sup> som har upphandlat Eylea har fått samma pris, 6 202 kronor per förpackning, trots att de inte genomfört själva upphandlingen för Eylea gemensamt (se tidigare avsnitt om indelning i upphandlingsregioner). Läkemedlet finns inte inom förmånen så inget TLV/AIP finns att jämföra med. Eylea är ett relativt nytt läkemedel som fick sitt första godkännande för försäljning i november år 2012.

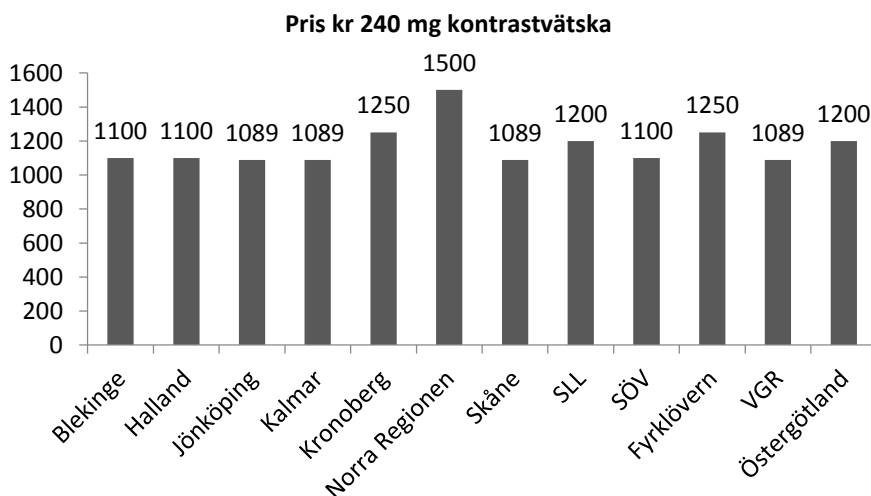
---

<sup>46</sup> Fyrbövern består av landstingen i Uppsala, Dalarna, Gävleborg och Västmanland och SÖV av Södermanland, Örebro och Värmland så i realiteten blir det elva landsting.

## 5.5 Prisspridning på andra rekvisitionsläkemedel

Landstingen köper inte enbart nya dyra läkemedel utan även äldre läkemedel och olika typer av vätskor på rekvisition som används vid exempelvis röntgenundersökningar (kontrastmedel). Konkurrensverket har därför valt att göra några stickprov för att se hur prisspridningen ser ut bland tio eller fler landsting som köper samma varuartikel.

**Diagram 5 Prisspridning för Omnipaque, november 2015**



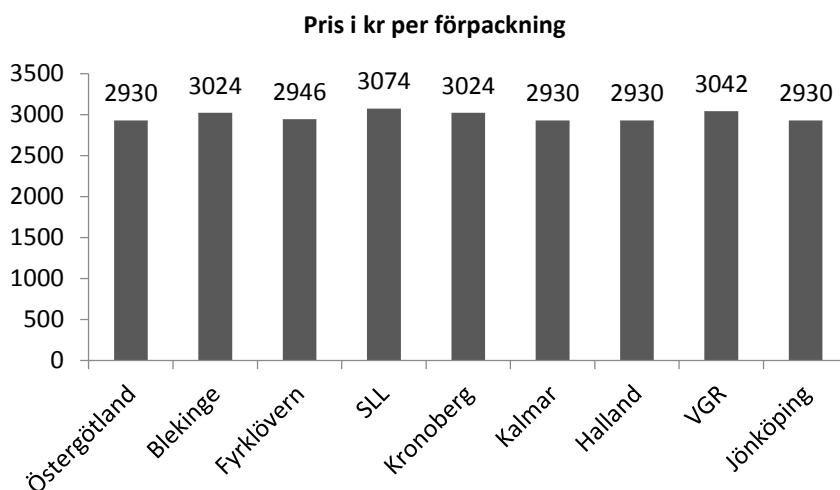
Källa: HUI bearbetad av Konkurrensverket.

Omnipaque används som kontrastmedel inför olika typer av röntgenundersökningar, alltså enbart för diagnostiskt bruk. Syftet är att göra bilderna tydligare för radiologen och på så sätt vara ett hjälpmedel vid sjukdomsbestämningen. Medelpriset bland landstingen är 1 171 kronor. Prisspridningen är förhållandevis hög, 18 procent. Lägst pris, 1 089 kronor per förpackning har Jönköping, Kalmar, Skåne och VGR. Högst pris, 1 250 kronor per förpackning



har Fyrklövern. Det går att anta att landstingen köper stora volymer då Omnipaque ju används vid en mängd olika typer av röntgenundersökningar. Dock, som tidigare nämnts har vi inte hämtat in uppgifter om volymer inom ramen för denna undersökning.

**Diagram 6 Prisspridning för Avastin, november 2015**



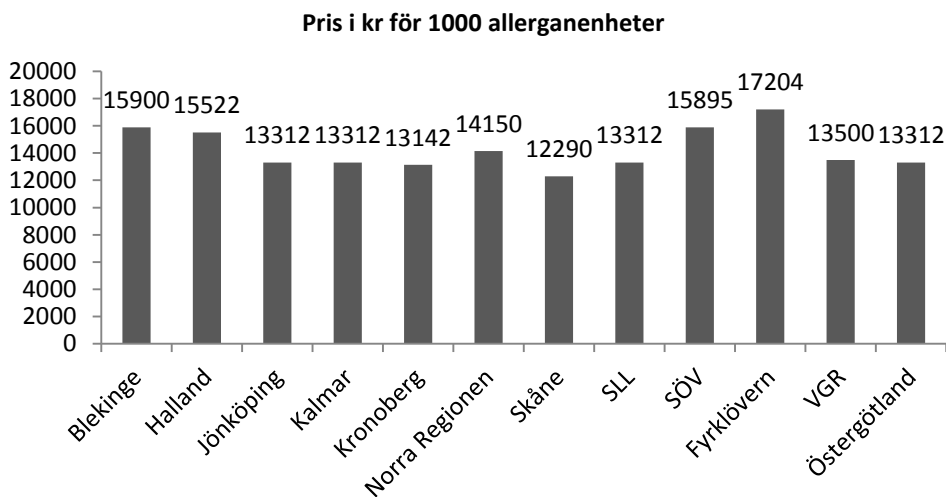
Källa: HUI bearbetad av Konkurrensverket.

Avastin är intressant då det är ett äldre läkemedel som nyligen har blivit rekommenderat för andra användningsområden än det ursprungligen var avsett för<sup>47</sup>. Nu kan Avastin även användas istället för Eylea vid svåra ögonsjukdomar och priset är betydligt lägre än för Eylea, knappt halva priset. Nio landsting har upphandlat Avastin. Medelpriset är 3 021 kronor. Prisspridningen är låg, 2 procent. Lägst pris har Östergötland med 2 930 kronor per förpackning. Högst har SLL med 3 074 kronor per förpackning.

<sup>47</sup> Avastin används sedan länge för behandling av bröstcancer, lugncancer och njurcellscancer.

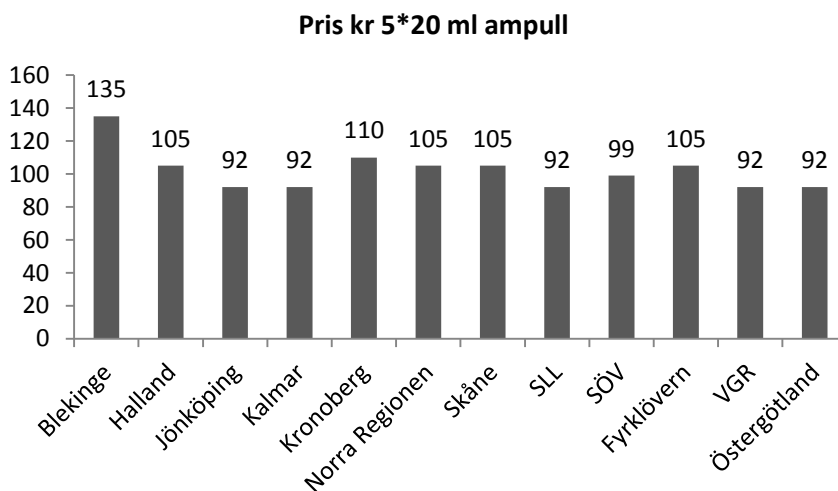
Enligt Socialstyrelsen (2016) hade Avastin en försäljning på 168 miljoner kronor under 2015 på rekvisiton.

**Diagram 7 Prisspridning för Botox, november 2015**



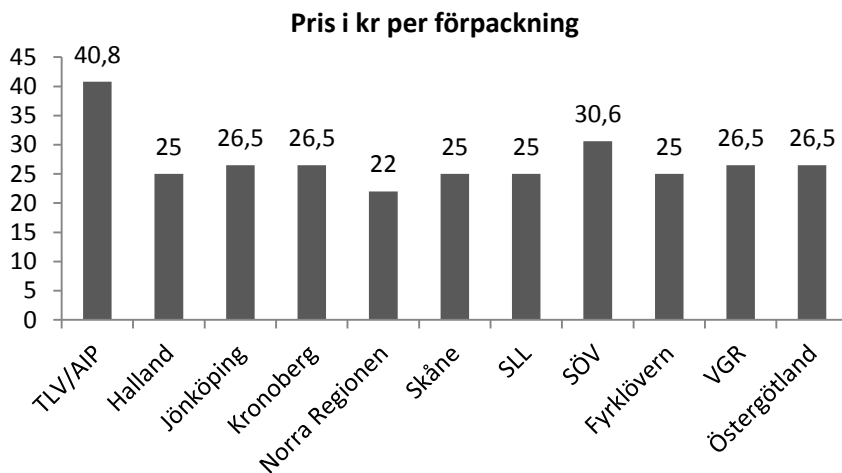
Källa: HUI bearbetad av Konkurrensverket.

Botox är ett muskelavslappnande läkemedel som används för att behandla olika tillstånd i kroppen. Det kan exempelvis handla om neurologiska störningar efter en stroke. Botox injiceras direkt i hud eller muskelatur. Botox används även vid plastikkirurgi som anti-rynknmedel. Botox är ett äldre läkemedel som fick sitt första godkännande i Sverige år 2000. Alla landsting har upphandlat Botox. Medelpriset är 14 237 kronor. Prisspridningen mellan landstingen är stor, 17 procent. Lägst pris har Skåne med 12 290 kronor och högst pris har Fyrklövslandstingen med 17 204 kronor.

**Diagram 8 Prisspridning för Ropivacain, november 2015**

Källa: HUI bearbetad av Konkurrensverket.

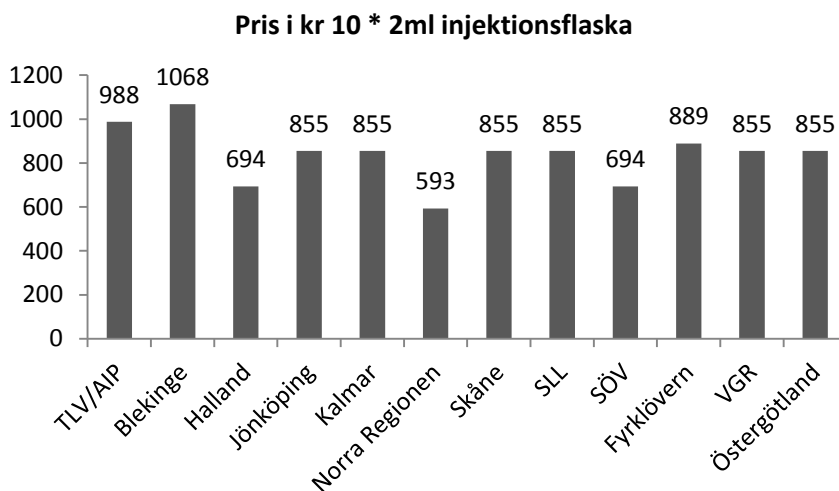
Ropivacain är ett lokalt bedövningsmedel som används vid kirurgisk anestesi exempelvis vid kejsarsnitt och regionala nervblockader. Läkemedlet fick sitt första godkännande i Sverige 2010. Medelpriset bland landstingen är 102 kronor. Prisspridningen är stor, 21 procent. Lägst pris har Jönköping, Kalmar, SLL, VGR och Östergötland som betalar 92 kronor för 5 ampuller. Högst pris har Blekinge som betalar 135 kronor för 5 ampuller.

**Diagram 9 Prisspridning Alvedon 665mg, november 2015**

Källa: HUI bearbetad av Konkurrensverket.

Alvedon är intressant, eftersom läkemedlet även försäljs receptfritt på apotek och i vissa fall mot recept på apotek. Alvedon 665 mg är receptbelagd på apotek då det har en modifierad frisättning som används vid behandling av långvarig smärta som kräver upprepad dosering. De landsting som upphandlar preparatet har erhållit en rabatt jämfört med TLV/AIP som är 40,80 kronor per förpackning. Medelpriset bland landstingen är cirka 26 kronor. Prisspridningen är 17 procent. Lägst pris har Norra Regionen med 22 kronor per förpackning och högst pris har SÖV-landstingen med 30,60 kronor per förpackning.

Diagram 10 Prisspridning Innohep, november 2015



Källa: HUI bearbetad av Konkurrensverket.

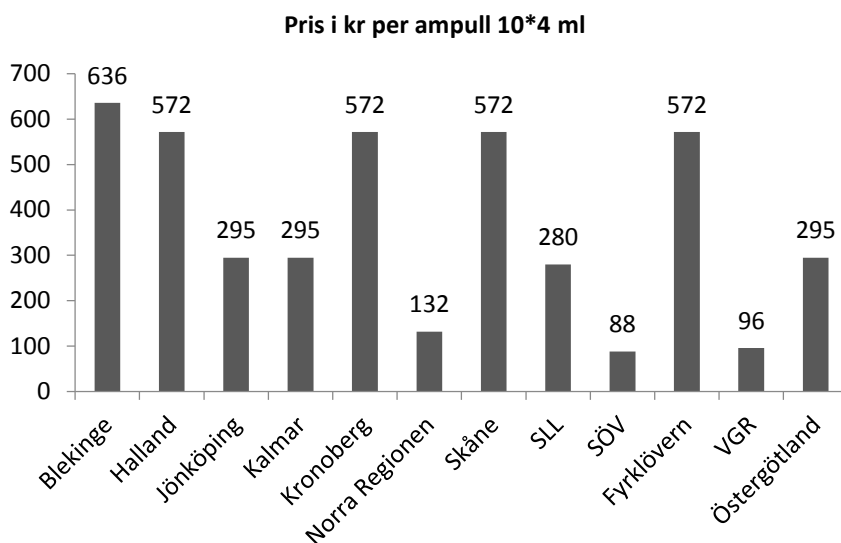
Innohep används vid behandling av blodpropp i djupa venösa blodkärl och vid behandling av blodpropp i lunga. Medelpriset bland landstingen är 823 kronor. Prisspridningen mellan de landsting som upphandlat Innohep är 29 procent. Lägst pris har Norra Regionen med 593 kronor och högst pris har Blekinge med 1 068 kronor. Alla landsting förutom Blekinge erhö en upphandlingsrabatt jämfört med TLV/AIP som är 988 kronor.

## 5.6 Läkemedel med mycket hög prisspridning

Det finns några få läkemedel i vår undersökning som har en mycket hög prisspridning. Ett exempel är Dalacin (Pfizer) som är ett antibakteriellt läkemedel. Det är ett gammalt läkemedel som fick sitt marknadsstillstånd redan 1974. Medelpriset bland landstingen är 367 kronor för varunummer 432906. Prisspridningen är hela 75 procent.

Lägst pris har SÖV-landstingen med 88 kronor per förpackning av 10 ampuller och högst pris har landstinget i Blekinge med 636 kronor. Denna stora prisspridning är förvånande för en helt homogen produkt.

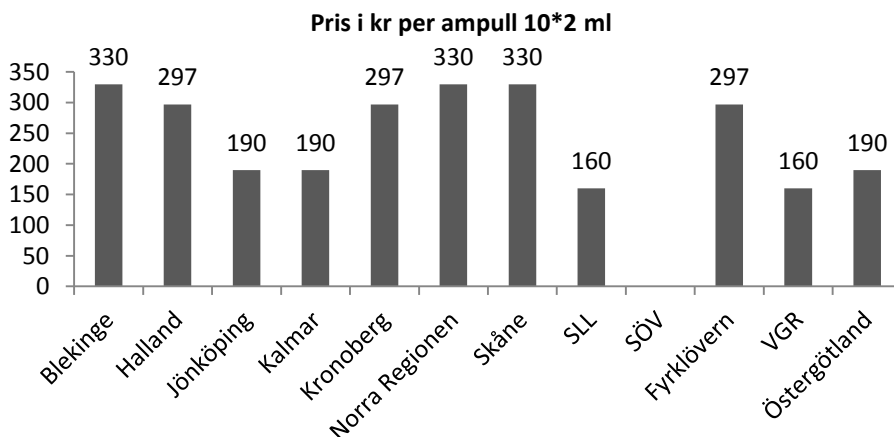
**Diagram 11 Prisspridning för Dalacin, november 2015**



Källa: HUI bearbetad av Konkurrensverket.

För att undersöka om det finns något substitut så har vi även jämfört priser på en alternativ förpackning av Dalacin, varunummer 432898. Prisspridningen är förvisso lägre men fortfarande 35 procent mellan landstingen. SÖV-landstingen köper inte denna alternativa förpackning. Men de har ju redan lägsta priset för den större förpackningen.

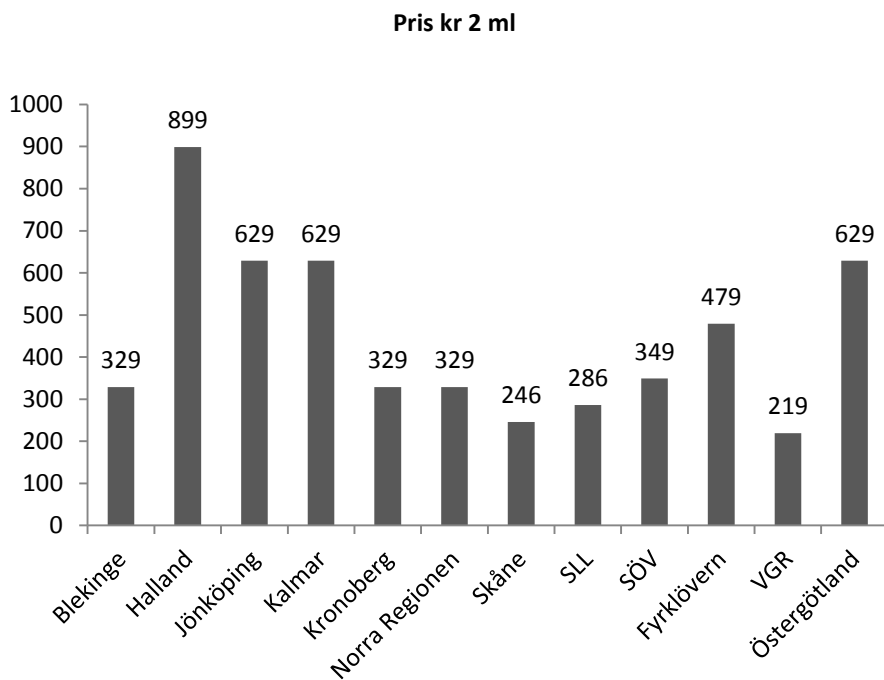
Diagram 12 Prisspridning för Dalacin, november 2015



Källa: HUI, bearbetad av Konkurrensverket.

Det finns dock läkemedel med ännu högre prisspridning än Dalacin. Fludarabin (Actavis) är cytostatika som används vid behandling av kronisk lymfatisk leukemi och ges endast intravenöst. Medelpriset bland landstingen är 446 kronor och prisspridningen är hela 152 procent. Lägst pris har VGR med 219 kronor per förpackning och högst har Halland med 899 kronor för samma förpackning. 899 kronor för 2 ml ger ett literpris på nästan 450 000 kronor. Fludarabin är ett nytt läkemedel som fick sitt marknads-godkännande första gången 2013.

Diagram 13 Prisspridning för Fludarabin, november 2015



Källa: HUI bearbetad av Konkurrensverket

## 5.7 Prisspridning för olika läkemedelsgrupper

Som tidigare nämns har HUI specifikt analyserat prisspridningen för tre läkemedelsgrupper med förhållandevis höga priser. Högsta prisspridningen bland de tre grupperna har onkologiska läkemedel med 6,6 procent. Onkologiska läkemedel har också de högsta medelpriserna per förpackning, 5 910 kronor.



**Tabell 4** Medelpris och prisspridning bland onkologiska-immunologiska- och nervläkemedel, november 2015

Läkemedelsgrupp	ATC-kod	Antal artiklar	Medelpris, kr	Prisspridning, procent
Onkologiska	L01	83	5910	6,6
Immunologiska	L04	54	3853	4,1
Centrala Nervsystemet	N	562	488	6,2
<b>Summa</b>		<b>699</b>		

Källa: HUI, uppgifter från landstingen.

Prisspridningen för de tre läkemedelsgrupperna ligger mellan 4,1 och 6,6 procent bland landstingen. Lägst medelpris har läkemedel för centrala nervsystemet och här finns även flest varuartiklar (562 stycken).

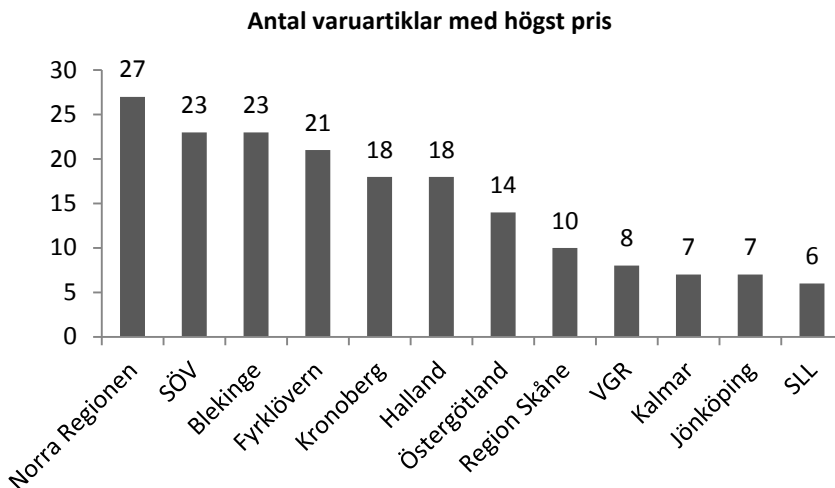
## 6 Landstingen med de lägsta och högsta priserna

För att jämföra hur de olika landstingen ligger till inbördes med sina priser har Konkurrensverket jämfört de varuartiklar med samma varunummer som återkommer hos fler än tio landsting. På detta sätt fångar vi in de varuartiklar som finns gemensamt hos mer än 80 procent av landstingen. Totalt finns 146 varuartiklar som förekommer på tio eller fler landsting, vilket utgör knappt 6 procent av samtliga varuartiklar.

När det gäller de 146 varuartiklarna i urvalet så är prisspridningen stor, den varierar från 0 till 119 procent. För varunummer med en prisspridning som är mindre än 5 procent finns 42 varuartiklar, som här anses som en låg prisspridning. Kvar blir 104 varuartiklar som har en prisspridning som är 5 procent eller mer. Som tidigare nämnts så gör de flesta landstingen gemensamma upphandlingar och prislistorna blir då identiska för de landsting som ingick i upphandlingen. Det innebär att summan av alla landsting här i urvalet blir högre (172) än 104 varuartiklar.

De landsting som återkommer flest gånger med de högsta priserna i absoluta tal i vårt urval är Norra Regionen, SÖV-landstingen och Blekinge läns landsting. De landsting som har de lägsta priserna i absoluta tal är SLL, Jönköping, Kalmar och VGR. 27 är högsta värde och 6 är lägsta värde i diagram 14. Notera att denna relation mellan landstingen enbart gäller för urvalet i diagram 14.

**Diagram 14** Landsting med de högsta priserna på varuartiklar med en prisspridning på 5 procent eller mera



Källa: HUI bearbetad av Konkurrensverket.

## 6.1 Stora prisskillnader förekommer på enskilda varunummer mellan landstingen

Vi har valt ut två artiklar för att illustrera skillnaderna i diagram 14. Aranesp är en injektionslösning och för den får Norra Regionen betala 9 740,25 kronor per förpackning och Region Skåne betalar 2 211,30 kronor. Norra Regionen betalar alltså mer än fyra gånger så mycket för samma förpackning. Det finns ett substitut för Aransep i en annan förpackningsform. För denna får Norra Regionen betala 11 238,75 kronor och Region Skåne betalar bara 2 551,50 kronor. Skillnaden är alltså oförändrad och den blev inte mindre av att välja en annan förpackning för jämförelsen.

Högre priser för några här utvalda varunummer behöver inte betyda att det enskilda landstinget får högre läkemedelskostnader än andra landsting. Det måste självfallet refereras till köpta volymer av olika varunummer inom olika terapiområden. Som nämns i inledningen till denna rapport har det inte varit möjligt att ta in volymer för de olika varunumren.

I vår jämförelse i diagram 14 som avser 104 varuartiklar som finns i alla landsting med en prisspridning på mer än fem procent, pekar emellertid på att företagen differentierar sina priser över tid i olika upphandlingar. Det kan därför inte uteslutas att prishöjningar eller sänkningar görs för samma varunummer när företagen lämnar anbud i en ny upphandling. Något som det finns anledning för den upphandlade myndigheten att vara observant på.

## 7 Slutsatser

Endast 26 av 2 538 varuartiklar återfinns i alla landstings prislister. Vilka artiklar som upphandlas inom olika läkemedelsgrupper i olika landsting varierar alltså kraftigt, vilket gör det svårare att jämföra priser.

I vår undersökning har 104 av 2 538 varuartiklar återfunnits i tio landsting eller fler. Inom denna grupp är prisspridningen hög, mellan 5 och 119 procent bland landstingen, vilket bör innebära att läkemedelsföretagens marginal kan variera.

Att ett landsting inte har gjort någon upphandling av ett läkemedel behöver inte innebära att det inte är tillgängligt för sjukvården i det landstinget, eftersom de flesta läkemedel kan förskrivas på recept eller köpas in till listpris (AIP), även om det oftast är högre än de upphandlade priserna. Det kan också förekomma direktupphandlingar. Det bör således finnas relativt goda förutsättningar för utbytbarhet (bortsett från den rent medicinska bedömningen av utbytbarhet som är snävare).

Prisspridningen visar att det är möjligt att pressa priserna genom upphandling

Det finns en förhållandevis stor prisspridning på homogena produkter, mellan 6 och 9 procent för landstingens upphandlade priser för rekvisitionsläkemedel. Stickproven på några enskilda varuartiklar visar att prisspridningen i en del fall är betydligt större, vilket visar att det går att påverka priserna vid upphandlingarna. Något som landstingen bör kunna utnyttja vid kommande upphandlingar.

## Sämre konkurrens på nya läkemedel

För nya läkemedel med de högsta priserna är prisspridningen låg och i vissa fall obefintlig. Gemensamt för dessa läkemedel är att konkurrensen begränsas genom att preparaten omfattas av patentskydd och utbyte inte är möjligt. Den låga prisspridningen indikerar att tillverkaren kan sätta priserna utan att ta hänsyn till konkurrerande preparat. Exempel på läkemedel med höga priser är TNF-hämmare, läkemedel mot hepatit C och onkologiska läkemedel. En viktig förklaring till den låga prisspridningen kan vara att många europeiska länder som använder sig av IRP, som innebär att priserna sätts med utgångspunkt i vilka priser som tas ut i andra länder. Läkemedelsföretagen vill då inte ge öppna rabatter, då en prissänkning i Sverige leder till prissänkning i andra länder som är viktigare marknader för företagen.

Satsningarna på nationella samverkansupphandlingar avseende nya läkemedel i regi av SKL kan ge landstingen möjlighet att agera som en starkare köpare och förhandla till sig rabatter genom exempelvis riskdelning. Dessutom uppnås en enhetlig prissättning i hela landet.

För läkemedel inriktade mot smalare patientgrupper är bilden mera fragmenterad. Här är också prisspridningen som störst. När läkemedel används för en smalare grupp av patienter blir marknaden mindre. Konkurrensen blir sämre när färre alternativa produkter finns tillgängliga.

Återkommande upphandlingar bör koordineras på nationell nivå

Utvecklingen mot allt fler nationella upphandlingar behöver inte alltid att leda till lägre priser. Om antalet upphandlingar blir färre och de upphandlade volymerna större finns en risk att mindre

generikaföretag får svårare att träda in på marknaden för rekvisitionsläkemedel när patent löper ut. Om upphandlingarna koordineras på nationell nivå av exempelvis SKL men genomförs regionalt vid olika tillfällen och upprepas regelbundet så kan fler företag ges möjlighet att träda in på marknaden, inträdeshindren blir lägre och konkurrensen stimuleras. Det kan finnas anledning att pröva olika volymer och avtalsperioder för att se vilka som leder till uthållig konkurrens. En parallell kan dras till systemet med periodens vara på öppenvårdsapotek där TLV genomför ständigt återkommande månatliga auktioner på sortimentet med generisk konkurrens, vilket inneburit att priserna sjunkit avsevärt till förmån för kunderna.

#### Genomför utvärderingar av äldre läkemedels kostnadseffektivitet

Konkurrensverket delar Vårdanalys rekommendation om att även i större utsträckning genomföra hälsoekonomiska utvärderingar av äldre läkemedel som redan används i slutenvården, för att avgöra om de är kostnadseffektiva eller inte. Om ett äldre läkemedel bedöms ha samma medicinska effekt som ett nytt kan det påverka prisbildningen på det nyare läkemedlet och öka priskonkurrensen.

#### Hög följsamhet till upphandlade avtal är bra för konkurrensen

När det inte finns upphandlade ramavtal kan det förekomma direktupphandlingar av läkemedel. Direktupphandlingar är endast tillåtna när ett antal särskilda villkor är uppfyllda, t.ex. att det råder synnerlig brådska som den upphandlande myndigheten inte kunnat förutse. Förutom att direktupphandlingar kan strida mot upphandlingsreglerna kan brådskan och avsaknad av konkurrens leda till högre priser och sämre villkor.

En hög följsamhet till upphandlade ramavtal kan i längden leda till bättre villkor för landstingen, genom att leverantörer vet att de måste lämna bra anbud i upphandlingarna för att få leverera.



## Referenser

Handelns utredningsinstitut (2015), *Marknadsförutsättningar avseende läkemedel*, underlagsrapport.

Socialstyrelsen (2016), *Läkemedelsförsäljningen i Sverige analys- och prognos*.

Socialstyrelsen (2015), *Läkemedelsförsäljningen i Sverige analys – och prognos*.

Socialdepartementet (2012), *Pris, tillgång och service*, SOU 2012:75.

Statskontoret (2013), *En omreglerad apoteksmarknad – slutrapport*.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2015), *Slutrapport för klinikläkemedelprojektet*.

Vårdanalys (2014), *Värdefullt men inte fullvärdigt*, 2014:4.

Läkemedel är en stor kostnad inom hälso- och sjukvården, och både Konkurrensverket och andra myndigheter har tidigare skrivit om hur apoteksmarknaden förändrats genom de reformer som gjordes för omkring åtta år sedan. Däremot har relativt lite skrivits om den del av marknaden som utgörs av landstingens inköp av rekvisitionsläkemedel, dvs. läkemedel som används i sjukvården utan att hämtas ut på vanliga apotek.

I den här rapporten gör vi en kartläggning av marknaden för rekvisitionsläkemedel och vilka priser som landstingen erhållit i sina upphandlingar.



**Adress** 103 85 Stockholm

**Telefon** 08-700 16 00

**Fax** 08-24 55 43

konkurrensverket@kkv.se

[www.konkurrensverket.se](http://www.konkurrensverket.se)