



Parallellhandel inom regioners upphandling av läkemedel

Samielle Drake och David Granlund på uppdrag av Konkurrensverket

UPPDRAGSFORSKNINGSRAPPORT 2025:7

Konkurrensverket uppdragsforskningsrapport, december 2025
Författare: Samielle Drake och David Granlund
Foto: Scandinav

Förord

I Konkurrensverkets uppdrag ingår att främja forskning på konkurrens- och upphandlingsområdena. En del av det arbetet genomförs genom uppdragsforskning, forskning som genomförs på vårt uppdrag för att belysa eller undersöka en viss fråga inom våra ansvarsområden.

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel, det vill säga läkemedel som ges i sjukvården utan att förskrivas på recept, ökade med elva procent 2023 och förväntas öka med sju till nio procent per år de kommande åren. Ett sätt att minska kostnaderna är att skapa konkurrens från parallellimporterade läkemedel. Det är läkemedel som tillverkarna sålt till andra EU/ESS-länder och som parallellimportörer, utan tillverkarnas tillstånd, köper och säljer i länder där priserna är högre.

År 2023 svarade parallellimporterade läkemedel för 5,6 procent av försäljningen på den svenska läkemedelsmarknaden, men andelen inom slutenvården var endast 1,2 procent. Det indikerar att andelen är flera gånger högre när apoteken köper in än när regionerna och andra vårdgivare gör det.

På uppdrag av Konkurrensverket har ekon. dr. Samielle Drake och docent David Granlund vid Umeå universitet beskrivit parallellhandelsmarknaden i Sveriges regioner och analyserat varför andelen parallellimporterade läkemedel skiljer sig åt mellan regioner. I studien lämnar författarna även förslag på hur regionerna kan öka konkurrensen från parallellimport och belyser vilka hinder som kan finnas för att regionerna ska uppnå samma konkurrens som apoteken uppnår i sina inköp.

Till projektet har knutits en referensgrupp bestående av Björn Falkenhall (Apoteks-föreningen), Anders Lunander (Örebro universitet), Viktor Hansson, (Abacus Medicine), Andreas Rosenlund (Läkemedelshandlarna), Peter Skiöld (TLV) och Henrik Trusell (Ori-farm). Från Konkurrensverket har Mark Bernard, Leif Nordqvist och Joakim Wallenklint deltagit.

Författarna ansvarar själva för bedömningarna och slutsatserna i rapporten.

Stockholm, december 2025

Marie Östman

Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	7
1. Inledning	9
2. Konkurrens på läkemedelsmarknader	12
2.1 Konkurrens under patenttiden	12
2.1.1 Konkurrens mellan direkt- och parallellimporterade alternativ	12
2.1.2 Konkurrens från terapeutiska alternativ	15
2.2 Konkurrens när patentskyddet har upphört	16
3. Offentlig upphandling, LOU	18
3.1 Upphandlingsprocessen	18
3.2 Ramavtal	19
4. Hur villkor påverkar anbudsgivare och priser	21
4.1 Läkemedelsbranschen	25
5. Datamaterial	27
5.1 Upphandlingsdata	27
5.1.1 Deskriptiv statistik	28
5.2 Försäljningsdata samt information om läkemedlen	35
5.3 Analys av upphandlings- och försäljningsdata	38
5.3.1 Skillnader mellan upphandlande myndigheter	38
5.3.2 Förfrågningsunderlagen och avtalsvillkor	42
6. Hur påverkar upphandlingsvillkoren andelen parallellimport och läkemedelskostnader	47
6.1 Empirisk metod och specifikationer	47
6.2 Intervjuer med upphandlande regioner och parallellimportörer	53
6.2.1 Respondenter och genomförande	53
6.2.2 Respondenternas svar	54
7. Diskussion och policyrekommendationer	58
Referenser	62
Bilaga A: Tabeller	65
Bilaga B: Detaljerad deskriptiv statistik	73

Sammanfattning

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel, det vill säga läkemedel som ges i sjukvården utan att förskrivas på recept, ökade med elva procent 2023 och förväntas öka med sju till nio procent per år de kommande åren.¹ Ett sätt att minska kostnaderna för dessa läkemedel är att skapa konkurrens från parallellimporterade alternativ. Dessa är läkemedel som tillverkarna sålt till andra EU/ESS-länder och som parallellimportörer köper upp och säljer i länder där priserna är högre. Parallellimport kan bidra till prispress i regionernas upphandlingar samtidigt som kvalitetsaspekter inte påverkas eftersom parallellimporterade läkemedel är detsamma som de som säljs av direktimportörerna.

Att parallellhandeln med läkemedel finns beror främst på läkemedelsbolagens olika prissättning i olika länder. Andelen parallellimport skiljer sig även åt mellan olika typer av köpare. År 2023 svarade parallellimporterade läkemedel för 5,6 procent av försäljningen på den svenska läkemedelsmarknaden, men andelen inom slutenvården var endast 1,2 procent.² Det betyder att andelen är flerfaldt högre när apoteken köper in än när regionerna gör det och indikerar att regionerna inte fullt utnyttjar den prispressande effekt som parallellimport kan innebära.

Syftet med denna studie är att beskriva hur parallellhandelsmarknaden ser ut i Sveriges regioner, samt identifiera orsaker till att andelen parallellimporterade läkemedel skiljer sig åt mellan regioner. Vi ger även förslag på hur regionerna kan öka konkurrensen från parallellimport.

Rapporten riktar sig till regionernas upphandlare, regionpolitiker samt personal på departement och myndigheter, såsom Upphandlingsmyndigheten, Konkurrensverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, och Läkemedelsverket. Rapporten behandlar frågor som är viktiga för alla som arbetar med konkurrens på läkemedelsmarknaden. Resultaten från denna rapport bedöms även vara av intresse för branschföreningarna som organiserar parallellimporterade företag (Läkemedelshandlarna) respektive de forskande läkemedelsföretagen (Lif).

Den kvantitativa analysen begränsas till upphandlingar publicerade i Merzell Opic's upphandlingsdatabas, där vi har identifierat relevanta upphandlingar med avtalsstart 2018 till 2023 och erhållit tillgång till tillhörande upphandlingsdokument. Vi har kombinerat variabler skapade utifrån dessa dokument med försäljningsdata levererade av E-hälsomyndigheten. Den kvantitativa analysen kompletteras med semistrukturerade intervjuer med upphandlare och parallellimportörer.

Upphandlingsdokumenten visar att avtalstiden och inkluderingen av optioner som en del av kontraktet ökar över tid. De senaste åren är den totala avtalstiden (inklusive optioner) för nästan alla upphandlingar fyra år, vilket är den längsta tiden lagen tillåter i normalfallet. Det har även blivit vanligare att miljörelaterad information efterfrågas i upphandlingar, även i de fall det på grund av patent endast finns en möjlig tillverkare. Utvärderingsmodeller som tar hänsyn till fler aspekter än pris är inte alltför vanliga, drygt 20 procent av alla delupphandlingar i datamaterialet utvärderas genom att ta hänsyn till andra aspekter än pris. Bland

¹ Socialstyrelsen. (2024). Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2024–2027.

² Läkemedelshandlarna. (2024). Branschrapport 2023.

dessas aspekter är ändamålsenlighet, exempelvis sortimentsbredd och förpackningstyp, vanligast.

Analysen av upphandlingsdata visar tydligt att ju högre avtalsvärdet är för en delupphandling, desto mindre andel av läkemedel kommer från parallellimport. Resultaten visar också att längre avtal är kopplade till en lägre andel parallellimport. Detta är förväntat eftersom parallellimportörer verkar på en spotmarknad, vilket gör det svårt för dem att garantera leveranser av stora kvantiteter under lång tid. De intervjuade parallellimportörerna bekräftar att långa avtalstider minskar deras möjligheter att lägga konkurrenskraftiga bud. Mer specifikt uppstår problemet när långa avtalsperioder kombineras med krav på att möta regionernas efterfrågan, samt att leverantörerna måste betala en mellanskillnadsersättning³ när de inte kan leverera den avtalade kvantiteten. Även de intervjuade upphandlarna nämner detta som ett problem för parallellimportörerna.

För att uppnå mer prispress från parallellimporterade läkemedel bör regionerna sträva efter kortare avtalsperioder och därmed lägre avtalsvärden för patentskyddade läkemedel. För läkemedel där patenten gått ut och det finns generiska kopior är det viktigare att utforma upphandlingarna så att de passar generikaföretag, vilket gör att långa avtalsperioder kan vara att föredra. Ett annat sätt att minska avtalsvärdena för patentskyddade läkemedel är att upphandla flera leverantörer, vilket även kan förbättra leveranssäkerheten. Vi föreslår även att kraven på mellanskillnadsersättning ersätts med ersättningskrav som är mer förutsägbara och innebär mindre risk för leverantörerna.

Vi föreslår även att Upphandlingsmyndigheten ska rekommendera att krav på miljörelaterad information inte ska ställas när det bara finns en tillverkare eftersom de då inte har en miljöstyrande effekt och samtidigt medför administrativa kostnader och hämmar konkurrensen från parallellimporterade läkemedel. Om regionerna skulle följa dessa förslag bedömer vi att de skulle göra betydande besparingar genom att läkemedelspriserna pressas ner genom mer konkurrens från parallellimport.

³ Mellanskillnadsersättning är den ersättning upphandlaren får från leverantören om leverantören inte kan leverera den avtalade och efterfrågade kvantiteten i tid, och upphandlaren måste köpa varan från en annan leverantör. Ersättningen ska täcka skillnaden mellan det avtalade priset och kostnaden för ersättningsvaran. I vissa fall kan även en fast ersättning utgå utöver mellanskillnaden.

Summary

The cost of hospital-administered drugs⁴ increased by 11 percent in 2023 and is expected to rise by an additional seven to nine percent annually in the coming years.⁵ One way to reduce these costs is to create competition from parallel-imported alternatives, especially when generic alternatives are unavailable. These are drugs that manufacturers have sold to other EU/EAA countries and that parallel importers purchase to resell in countries where prices are higher. Parallel imports can put downward pressure on prices without affecting quality, as parallel imported drugs are identical to those sold by direct importers.

The existence of parallel trade in pharmaceutical markets is primarily driven by price differences set by pharmaceutical companies across countries. The share of parallel imported pharmaceuticals also varies by type of purchase. In 2023, parallel imports accounted for 5.6 percent of total sales on the Swedish pharmaceutical market, while the share within inpatient care was only 1.2 percent.⁶ This indicates that parallel imports are several times more common in pharmacy purchases compared to hospitals and other healthcare settings.

The purpose of this study is to describe the structure of the parallel trade market across Sweden's regions and to identify factors that explain why the share of parallel imported pharmaceuticals varies between regions. We also provide policy recommendations on how regions can strengthen competition from parallel imports.

The report is intended for a broad audience, including regional procurement officers, regional policymakers, and staff at public agencies (such as the National Agency for Public Procurement, the Swedish Competition Authority, the Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, and the Medical Products Agency) working with issues related to competition in the pharmaceutical market. The findings are also expected to be of interest to industry associations representing parallel importers (Läkemedelshandlarna) and to the industry association for research-based pharmaceutical companies (Lif).

The quantitative analysis is based on procurements published with Merzell Opic. We identified relevant procurements between 2018 and 2023 and retrieved the corresponding procurement documents. The collected information was combined with sales data from the Swedish eHealth Agency. The analysis is further supported by semi-structured interviews with procurement officers and parallel importers.

The procurement documents show that both contract duration and the use of contract extensions have increased over time. In recent years, the total contract period (including options) has reached four years for most procurements, which is the maximum duration normally permitted by law. Requirements related to environmental information have also become more common, even in cases where only one manufacturer is available due to patent protection. Evaluation models that consider factors beyond price remain relatively rare, just over 20 percent of all procurement lots in the dataset are evaluated based on criteria beyond

⁴ By hospital-administrated drugs, we are referring to drugs administrated in healthcare without a prescription to be administrated and purchased through the pharmacy.

⁵ Socialstyrelsen. (2024).

⁶ Läkemedelshandlarna. (2024). Branschrappport 2023.

price. Among these, aspects such as product range and packaging type are the most frequent.

The empirical analyses show that higher contract value of procurement lots and longer contract durations are both related to a lower share of pharmaceuticals sourced through parallel imports. These findings are expected, as parallel importers operate in a spot market, which makes it difficult for them to guarantee large delivery volumes over extended periods. The interviewed parallel importers confirm that long contract periods reduce their ability to submit competitive bids. They explain that the challenge arises when long contract durations are combined with requirements to meet large quantities and the suppliers' obligation to pay a price-difference compensation when they are unable to deliver the agreed quantities. The procurement officers interviewed for the study also acknowledge this as a barrier for parallel importers.

To strengthen price competition from parallel imported pharmaceuticals, procuring regions should aim for shorter contract durations, which would lower contract values for patented drugs. For drugs whose patents have expired, and generic alternatives are available, procurements should instead be designed to accommodate generic manufacturers, and longer contract periods may therefore be appropriate. Another way to reduce contract values for patented drugs is to award contracts to multiple suppliers, which can also improve supply reliability. We also recommend replacing the current compensation requirements for unmet deliveries with more predictable arrangements that reduce risk for suppliers.

Finally, the National Agency for Public Procurement should advise against including requirements for environmental information in cases where only one manufacturer exists. In such situations, these requirements generate administrative costs and restrict competition from parallel imports, while having little meaningful impact on environmental performance. If these and our other policy recommendations are implemented, we assess that substantial cost savings could be achieved through lower procurement prices driven by increased competition from parallel importers.

1. Inledning

Under 2024 såldes läkemedel för 69 miljarder kronor i Sverige. Det största segmentet är receptbelagda läkemedel sålda på apotek som har en omsättning på 48 miljarder. Den här studien har valt att fokusera på den näst största delmarknaden, det vill säga läkemedel som administreras direkt till patienter inom sluten- och öppenvården, så kallade rekvisitionsläkemedel. Under 2024 såldes rekvisitionsläkemedel för 14 miljarder kronor.⁷ En stor del av denna kostnad är för patentskyddade läkemedel. En mindre del är för läkemedel vars patent löpt ut och för dessa finns det vanligen flera tillverkare.

I konkurrenshänseende är den avgörande skillnaden om läkemedlen skyddas av patent eller inte, och inte om de säljs på apoteken eller administreras inom vården.

För läkemedel som skyddas av patent kan prispress åstadkommas med hjälp av parallellimporterade läkemedel. Dessa är läkemedel som tillverkarna sålt till andra länder inom det Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, EES, (de 27 EU-länderna och Island, Liechtenstein, Norge) och som parallellimportörer köper in, paketerar om och säljer i länder där priserna är högre. Läkemedel som inte är parallellimporterade är sådana som sålts direkt till den svenska marknaden och dessa kallas direktimporterade läkemedel, även om vissa av dem är tillverkade i Sverige och därmed inte alls importerade.

När patentskyddet upphör uppnås prispress främst med hjälp av företag som säljer generiska kopior av det tidigare patentskyddade läkemedlet. Generikaföretag och parallellimportörer verkar under vitt skilda förutsättningar. Företagen som säljer direktimporterade generika i Sverige har antingen egna fabriker eller avtal med generikaproducenter vilket innebär att de i de flesta fall kan erbjuda den totala kvantiteten som efterfrågas i Sverige. Generikaföretag kan därmed antas vara mer intresserade att lägga bud i upphandlingar om avtalsvärdet är stort eftersom de administrativa kostnaderna med att lägga budet då blir en mindre andel av vinsten om de vinner budgivningen. För parallellimportörer ser det i de flesta fall annorlunda ut. Det har att göra med att parallellimportörer verkar på en spotmarknad, där de köper upp kvantiteter som blivit över hos grossister i andra länder. De kan därför ha svårt att garantera stora volymer under en lång tid och kan därför vara mindre benägna att lägga bud om avtalsvärdet är stort och de måste betala ersättning om de inte kan leverera allt som efterfrågas. För regionernas upphandlare innebär detta att det troligen finns pengar att tjäna på att utforma upphandlings- och avtalsvillkor olika för läkemedel beroende på om det finns generiska alternativ eller inte.

I de flesta fall använder dock regioner upphandlings- och avtalsvillkor som är lämpligt för läkemedel med generiska alternativ även när patentskyddade läkemedel upphandlas. Flera villkor försämrar möjligheten för parallellimportörer att konkurrera med direktimportörerna. Ett stort problem för parallellimportörerna är att för nästan alla upphandlingar så är avtalstiden (inklusive optioner) fyra år samtidigt som leverantören måste betala en mellanskillnadsersättning om de inte kan leverera det regionerna beställer. För varje förpackning de inte kan leverera är mellanskillnadsersättningen skillnaden mellan det avtalade priset och

⁷ Beloppen i detta stycke är uttryckta i apotekens försäljningspriser (AUP), bortser från återbärningar och är hämtade från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2025) Uppföljning av läkemedelskostnaderna – Analys av kostnadsutvecklingen för förmåns- och smittskyddsläkemedel under år 2024. De verkliga kostnaderna för läkemedel är lägre dels eftersom regionerna köper in läkemedel till lägre priser än AUP, vanligen till lägre priser än apotekens inköpspriser, och på grund av att regioner för återbärning för en del av läkemedel som deras invånare köper på apoteken samt en del rekvisitionsläkemedel.

det pris regionen betalar för ersättningsprodukten. Oftast säljs ersättningsprodukten av direktimportörer som genom att begära ett högt pris dels ökar sina intäkter direkt, dels avskräcker parallellimportörer från att delta i regionernas upphandlingar. För parallellimportörer innebär långa avtal och krav på mellanskillnadsersättning en ekonomisk risk. De vet inte heller på förhand hur högt priset på ersättningsprodukten kan vara vilket ökar risken. Ibland är risken så stor att de avstår från att lägga bud, och när de lägger bud måste ta höjd för den osäkerhet som långa avtal i kombination med mellanskillnadsersättning ger. Oavsett vilket kan direktimportörerna begära högre priser när avtalsvillkoren inte passar parallellimportörerna.

Ett annat exempel på att de upphandlings- och avtalsvillkor som används inte är anpassade för patentskyddade läkemedel är att det numera ställs krav på miljörelaterad information i nästan alla upphandlingar. För patentskyddade läkemedel för vilka det bara finns en tillverkare styr inte dessa krav mot renare tillverkning. Samtidigt kan kraven förhindra parallellimportörer att delta i upphandlingar eftersom tillverkarna inte delar med sig av den information som efterfrågas i upphandlingarna.

Även statistik indikerar att regionerna inte fullt ut nyttjar den prispressande effekt som parallellimport kan innebära. Andelen parallellimport inom slutenvården var endast 1,2 procent under 2023, medan den var 5,6 procent för den svenska läkemedelsmarknaden som helhet, vilket indikerar att apoteken i högre utsträckning köper in parallellimporterade läkemedel än regioner och andra vårdgivare.⁸ Parallellimportörer uppger att andelen parallellimport de senaste åren fördubblats på apoteksmarknaden⁹, bland annat tack vare stabilare växelkurs, och att skillnaden i andel mellan apoteksmarknaden och andelen inom slutenvården samtidigt blivit större. Andelen parallellimport inom slutenvården i Sverige är också låg i jämförelse med våra grannländer Danmark och Finland som har andelar på fyra respektive sex procent.¹⁰

1.1 Syfte

Syftet med denna rapport är att beskriva hur parallellhandelsmarknaden ser ut i Sveriges regioner och identifiera förklaringar till att andelen parallellimporterade läkemedel skiljer sig åt mellan regioner. Vi kommer specifikt studera hur upphandlings- och avtalsvillkor påverkar andelen parallellimport som upphandlas. Studien syftar även till att ge förslag på hur regionerna kan öka konkurrensen från parallellimport samt belysa vilka eventuella hinder som finns för att regionerna ska uppnå lika stor konkurrens från parallellimport som apoteken gör.

⁸ Läkemedelshandlarna. (2024). Branschrapport 2023.

⁹ Med apoteksmarknaden avses i denna rapport: marknaderna för receptbelagda läkemedel som säljs på svenska apotek.

¹⁰ Läkemedelshandlarna. (2025). Regionernas upphandlingar i Danmark och Finland.

1.2 Tillvägagångssätt

För att göra detta har vi identifierat relevanta upphandlingar med avtalsstart från 2018 till och med 2023 i Merzell Opics upphandlingsdatabas.¹¹ Datamaterialet omfattar 116 upphandlingar där regionerna efterfrågat ett eller flera läkemedel med olika aktiva substanser, styrkor och förpackningsstorlekar. Varje kombination av upphandling, delområde och aktiv substans definieras som en delupphandling och totalt har vi information om 5 693 delupphandlingar. Kraven för respektive delupphandling kan variera, och kontraktet för respektive delupphandling kan tilldelas olika leverantörer.

Från de relevanta upphandlingsdokumenten har vi sedan sammanställt relevanta upphandlings- och avtalsvillkor, exempelvis angående avtalets längd, dagar från sista anbudsdag till avtalsstart, samt skall- och börkrav. Dessa variabler har sedan kombinerats med data från E-hälsomyndigheten över hur stora kvantiteter regionerna köpt av läkemedel under åren 2019 till 2024 samt vilka produkter som är parallellimporterade, samt data från Läke-medelsverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket som tillsammans visar för vilka aktiva substanser generiska produkter finns tillgängliga.

Med hjälp av det kombinerade datamaterialet beskriver vi hur upphandlings- och avtalsvillkor förändrats över tiden, skillnader mellan regioner och samvariationer mellan olika variabler. Än viktigare är att vi genomför en stor mängd regressionsanalyser med andelen parallellimporterade läkemedel inom respektive delupphandling som beroende variabel, och upphandlings- och avtalsvillkor som förklarande variabler. Vi begränsar regressionsanalyserna till de delupphandlingar som gäller läkemedel för vilka det sålts åtminstone lite parallellimporterade läkemedel till någon svensk region under avtalsperioden. Denna begränsning motiveras av att det för många läkemedel inte finns några förutsättningar för parallellimport till Sverige på grund av högre priser i andra europeiska länder. Vissa regressioner begränsas dessutom till läkemedel för vilka det under tiden upphandlingen avsåg inte fanns generiska alternativ. Som ett komplement till dessa kvantitativa analyser genomför vi semistrukturerade intervjuer med parallellimportörer och upphandlare.

1.3 Disposition

Dispositionen för resten av uppsatsen är som följer. I nästa avsnitt redogör vi för de former av konkurrens som förekommer mellan läkemedel och resultat från tidigare studier angående detta. Avsnitt 3 redogör för hur offentliga upphandlingar går till och i avsnitt 4 diskuterar vi hur villkor vid upphandlingar kan påverka antalet anbudsgivare och priser. Avsnitt 5 inleds med en beskrivning av upphandlingsdata och försäljningsdata och avslutas med ett delavsnitt med deskriptiv analys som visar hur upphandlingsvillkor förändrats över tiden, skillnader mellan regioner och samvariation mellan en del variabler. I avsnitt 6 motiverar vi först valet av variabler som vi inkluderar i regressionsanalyserna och därefter presenterar vi de huvudsakliga estimationsresultaten. Detaljerade variabelbeskrivningar samt ytterligare resultat presenteras i bilagor. I kapitel 6 sammanfattar vi även de delar av intervjuerna vi inte nämnt tidigare i uppsatsen. Rapporten avslutas med avsnitt 7 där vi diskuterar resultaten i ljuset av ekonomisk teori, svaren från respondenterna samt fakta om marknaderna.

¹¹ Alla annonspliktiga upphandlingar ska annonseras i registrerade annonsdatabaser. År 2022 fanns fem registrerade upphandlingsdatabaser registrerade, varav Merzell Opic tillhandahöll närmare 64% av alla annonserade upphandlingar.

2. Konkurrens på läkemedelsmarknader

2.1 Konkurrens under patenttiden

2.1.1 Konkurrens mellan direkt- och parallellimporterade alternativ

Läkemedelspriser kan pressas ner av konkurrens från parallellimporterade läkemedel. Dessa är läkemedel som tillverkarna har sålt till andra länder inom det Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) och som köpts upp av parallellimportörer för försäljning till ett högre pris i ett annat land.¹² Motsatsen till parallellimporterade läkemedel är sådana som sålts direkt till det land där de används. Läkemedelsverket kallar dessa för direktimporterade även om en del av dessa är tillverkade i Sverige. I denna rapport används samma benämning. Notera att de direktimporterade och parallellimporterade versionerna av ett läkemedel är producerade av samma företag. Med stor sannolikhet tillverkas direkt- och parallellimporterade läkemedel i samma fabrik och orsakar därmed identiska utsläpp.

En viktig anledning till att parallellhandel uppstår är att tillverkarna tar olika pris i olika länder. Mer precist prisdiskriminerar läkemedelsbolagen genom att sälja till högre priser i länder där betalningsviljan är hög och till lägre priser till länder med lägre betalningsvilja, vanligen länder med lägre inkomster. Parallellhandel kan dock även uppstå vid bristsituationer, det vill säga när det av någon anledning tagit slut på ett läkemedel i något EES-land.

Parallellhandel med läkemedel uppstår således ofta som ett resultat av prisdiskriminering. Samtidigt minskar förekomsten av parallellhandel läkemedelsbolagens möjlighet att prisdiskriminera eftersom den minskar deras möjlighet att sätta höga priser i de länder där parallellimporterade läkemedel säljs. Detta minskar bolagens vinster och ger dem incitament att försvåra parallellhandel. Ett enkelt sätt att göra detta är att inte dela med sig om information om produktionen (exempelvis om arbetsvillkor, utsläpp och miljöarbete) som parallellimportörer kan behöva för att kunna sälja till vissa upphandlare. Många läkemedelsbolag vidtar även åtgärder för att ge intrycket att de parallellimporterade varianterna inte är samma läkemedel som deras direktimporterade motsvarigheter. Ett exempel är att sälja ett läkemedel under olika namn i olika europeiska länder, eftersom parallellhandlarna inte får ändra namnen på de läkemedel de importerar. Av den anledningen säljs till exempel parallellimporterade produkter av Diovan Comp i Sverige under namnen "Diovan Comp" och "Co-Tareg", två av namnen de har i andra europeiska länder. På samma sätt marknadsförs parallellimporterade produkter av Nexium både som "Nexium" och "Axagon". Det förekommer också att parallellimporterade läkemedel har annan färg än deras direktimporterade motsvarigheter eftersom läkemedelsbolag valt att ha olika färger på de läkemedel de säljer till olika länder, för att ge intrycket att det är olika läkemedel och därmed försämra möjligheten för parallellimportörer att priskonkurrera.

Parallellhandel är tillåten inom EES som en del i att uppnå målet att skapa en inre marknad. Priseffekterna av konkurrens från parallellimport begränsas dels av att parallellimport-

¹² Med parallellimporterade läkemedel avser vi i denna rapport även parallelldistribuerade läkemedel. Dessa läkemedel har godkänts centralt inom EU och har alltid har samma namn som deras motsvarigheter som tillverkats för den svenska marknaden.

törernas inköpspriser är betydligt högre än produktionskostnaderna, dels av att parallellimportörer ofta bara kan få tag på begränsade kvantiteter till låga priser. Parallellimportörer har ofta kontakt med flera potentiella leverantörer i flera länder som kan begära olika priser. Har de behov att köpa stora kvantiteter kan de tvingas köpa in från flera leverantörer, inte bara den som erbjuder det lägsta priset. Det innebär att parallellimportörernas inköpskostnader ofta är tilltagande i den kvantitet de köper in. Utöver inköpskostnaderna har parallellimportörerna även transportkostnader och kostnader för att packa om läkemedlen och märka dem med svensk märkning och förse dem med svensk bipacksedel.

Värt att notera är att de tillverkande läkemedelsbolagen alltid kan matcha parallellimportörernas priser. För att förklara detta, låt oss anta att en tillverkare säljer ett läkemedel till grekiska grossister för 80 kronor per förpackning, samt att grossisten lägger på ett påslag på 1 krona per förpackning. Anta även att parallellimportörens kostnader för transport till Sverige och ompaketering är 4 kronor per förpackning. Parallellimportören kan då, utan att gå med förlust, som lägst sälja läkemedlet för 85 kronor i Sverige. Samtidigt kan tillverkaren, utan att göra förlust, sälja läkemedel i Sverige för samma pris som de säljer för till Grekland (dvs. 80 kronor) och det skulle räcka med att den sänkte priset i Sverige till just under 85 kronor för att helt eliminera parallellimport från Grekland.¹³ Det är dock inte säkert att de vill göra det, eftersom parallellimportörerna endast kan köpa upp begränsade kvantiteter i Grekland. Exempelvis, anta att parallellimportörer kan köpa upp läkemedel som motsvarar efterfrågan från en svensk region. Anta även att tillverkaren normalt tar 100 kronor förpackningen av svenska köpare. I detta fall skulle läkemedelsbolaget kunna konkurrera ut parallellimport genom att ta knappt 85 kronor förpackningen av alla svenska köpare. Deras intäkter blir dock troligen större om de fortsätter att begära 100 kronor per förpackning av alla regioner, även om de då inte får sälja något till en region. Även för försäljningen till denna region får dock bolaget en intäkt, de 80 kronor per förpackning de sålt för till de grekiska grossisterna.

Om vi ändrar exemplet ovan genom att anta att alla regioner utom en ställer krav i sina upphandlingar som effektivt utesluter parallellimport så blir utfallet lite annorlunda. Läkemedelsbolaget tar då fortsatt 100 kronor från de regioner som uteslutit parallellimport från sina upphandlingar, men eftersom de nu bara möter faktisk konkurrens från parallellimport i en region är det lönsamt för bolaget att till denna region lämna ett pris på just under 85 kronor förpackningen. Kostnaden för de svenska regionerna blir i princip identiska med originalexemplet, men detta exempel belyser att möjlig konkurrens från parallellimport kan sänka kostnaderna även för läkemedel för vilka ingen parallellimport faktiskt sker.

Det är även värt att notera att parallellhandlare inte har några förutsättningar att på ett lönsamt sätt importera de läkemedel som läkemedelsbolagen säljer till relativt låga priser i Sverige, såvida det inte uppstår brist av de direktimporterade läkemedlen. Även om de svenska priserna inte är lägst inom EES kan priserna som grossisterna i lågprisländerna begär överskrida de svenska priserna för direktimporterade läkemedel. Anledningen är att

¹³ Med fullständig information, endast en svensk köpare, och en möjlighet för en parallellimportör att köpa obegränsade kvantiteter till priset p och transportera och ompacka dem till en konstant styckkostnad r så är den unika Nashjämvikten i Bertrandspelet att direktimportören sätter ett pris som är $p + r$ och att marknadsandelen för parallellimport är noll. Detta är en form av det som på engelska kallas limiting pricing. För en utförligare beskrivning, se Granlund, D. (2015). The effect of pharmacies' right to negotiate discounts on the market share of parallel imported pharmaceuticals. The B.E. Journal of Economic Analysis and Policy 15, 1197–1235.

priserna som grossisterna i lågprisländerna begär trissas upp av efterfrågan från parallellhandlare som vill importera till länder där priserna är högre än i Sverige. Detta innebär att det för många läkemedel helt saknas försäljning av parallellimport i Sverige.

År 2023 svarade parallellimporterade läkemedel för endast 1,2 procent av försäljningsvärdet inom slutenvården, medan de stod för 6,7 procent av försäljningen på den svenska apoteksmarknaden.¹⁴ På den senare har parallellimport gett besparingar på i genomsnitt drygt en halv miljard per år, vilket motsvarar 4 procent av kostnaden för patentskyddade läkemedel på denna marknad.¹⁵ Under åren när direkt- och parallellimportörer var förbjudna att ge rabatter till apoteken även på patentskyddade läkemedel så förklarades denna besparing främst av att konkurrens från parallellimport fick läkemedelsbolagen att sänka priserna på direktimporterade läkemedel. En mindre del var direkta besparingar som uppstod för att parallellimporterade läkemedel var något billigare. Från juli 2009 får dock företagen ge apoteken rabatter på läkemedel för vilka det inte finns generiska alternativ och besparingarna som parallellimport genererar tillfaller nu apoteken i form av sådana rabatter.¹⁶ De parallellimportörer vi intervjuat uppger att de rabattavtal de tecknar med apotek varar mellan en och sex månader.

Det finns oss veterligen ingen studie över vilka besparingar regionerna gör genom att upphandla parallellimporterade läkemedel. På grund av bristande information om priser i upphandlingsdokumenten kan vi här endast göra en överslagsberäkning. Under vissa förenklande antaganden indikerar beräkningen att regionerna med hjälp av mer konkurrens från parallellimport skulle kunna sänka de årliga läkemedelskostnaderna med i storleksordningen 350 miljoner kronor. Detta bygger på att rekvisitionsläkemedel köps in i volymer som motsvarar ett värde av 14 miljarder kronor per år om de köps till apotekens försäljningspriser¹⁷ och att 75 procent av summan är för läkemedel utan generiska alternativ. Detta ger en potentiell besparing för regionerna på $14\,000 \times 0,75 \times 0,04 = 420$ miljoner kronor. Om besparingen som parallellimport ger är proportionell mot dess marknadsandel beräknas regionerna redan tillgodogöra sig 18 procent av denna besparing ($\approx 1,2/6,7$, där 1,2 och 6,7 är parallellimportens andel på slutenvårds respektive apoteksmarknaden). Detta ger en potentiell ytterligare besparing på 345 mnkr per år för läkemedel utan generiska alternativ. Parallellhandel med läkemedel förekommer både under och efter patenttiden. Tidigare studier har dock inte funnit att parallellimport pressar priserna på läkemedel vars patent gått ut och vi inkluderar därför inga besparingar för dessa läkemedel i denna överslagsberäkning.¹⁸ Förekomsten av parallellimport är också mindre efter patenttiden gått ut, men det kan då förekomma både parallellimport av originalläkemedel och av generiska kopior.

¹⁴ Läkemedelshandlarna. (2024). Branschrapport 2023; Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. (2025). Uppföljning av läkemedelskostnaderna – Analys av kostnadsutvecklingen för förmåns- och smittskyddsläkemedel under år 2024. Siffran 6,7 procent fås fram genom att kombinera procentsiffrorna från den första rapporten med siffror om slutenvårds respektive apoteksmarknadens storlek från den andra, vilket ger $1,2 * 14/69 + x * 55/69 = 5,6$ och därmed $x = 6,7$.

¹⁵ Granlund, D. (2022a). Direct and indirect savings from parallel imports in Sweden, Health Economics Review 12, article number 46, 1–14.

¹⁶ Granlund, D. (2022b). Konkurrens mellan patentskyddade läkemedel. Konkurrensverkets uppdragsforskningsrapport 2022:2.

¹⁷ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. (2025). Uppföljning av läkemedelskostnaderna – Analys av kostnadsutvecklingen för förmåns- och smittskyddsläkemedel under år 2024.

¹⁸ Bergman, M. A., Granlund, D. & Rudholm, N. (2017). Squeezing the last drop out of your suppliers: an empirical study of market-based purchasing policies for generic pharmaceuticals. Oxford Bulletin of Economics and Statistics, 79(6), 969–996.

Det finns dock argument för att regionerna både kan spara mer och mindre än dessa 345 miljoner kronor per år genom att bättre nyttja av konkurrensen från parallellimport. Något som talar för en större potentiell besparing är att det är fri prissättning för många läkemedel som regionerna köper in. Detta leder till högre priser och därmed större potentiell besparing av parallellimport jämfört med apoteksmarknaden där priserna begränsas av att läkemedel med för höga priser i förhållande till nytta inte inkluderas i läkemedelsförmånen. Många läkemedel som säljs till regionerna säljs inte till apotek och omfattas därmed inte av detta. Parallellimportörer tenderar även att fokusera på dyrare läkemedel, vilket även det talar för en större potential för besparingar i regionernas upphandlingar.

Något som däremot talar för lägre besparingar är att de krav som lagen om offentlig upphandling ställer kan innebära att det inte är optimalt för regionerna att korta ned upphandlingsperioderna till ett par månader, vilket är den vanliga längden på rabattavtalen som parallellimportörer ingår med apotekskedjor. Även att regionerna, till skillnad från apoteken, inte har ett kommersiellt intresse att pressa ner inköpspriserna med hjälp av parallellimport kan tala för lägre besparingar hos regionerna. Regionerna primära huvudmän, väljarna och skattebetalarna, har dock liknade intresse som apotekskedjornas ägare att pressa ner priserna, så den huvudsakliga skillnaden i detta avseende är vilken typ av organisation som bäst förmår handla i huvudmännens intresse.

2.1.2 Konkurrens från terapeutiska alternativ

Många patentskyddade läkemedel möter även konkurrens från terapeutiska alternativ, det vill säga läkemedel med andra aktiva substanser som är ämnade för samma eller liknande medicinska diagnoser. Terapeutiska alternativ innehåller olika aktiva substanser och kan därför vara olika effektiva för olika patientgrupper och även medföra olika bieffekter. Av den anledningen är inte alltid det läkemedel som har lägst pris i en grupp av terapeutiska alternativ det mest kostnadseffektiva läkemedlet utan olika terapeutiska alternativ kan vara att föredra för olika patienter. Detta är en trolig anledning till att regionerna i de upphandlingar vi studerat inte direkt konkurrensutsätter terapeutiska alternativ mot varandra, utan specificerar vilka aktiva substanser som efterfrågas i respektive upphandling.¹⁹ Det blir därför ingen direkt konkurrens i upphandlingssituationen mellan olika terapeutiska alternativ. Däremot kan regionerna uppnå priskonkurrens mellan terapeutiska alternativ med hjälp av sina läkemedelskommittéer. Dessa kommittéer ska verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning och rekommenderar för många diagnoser vilket läkemedel som ska övervägas i första hand. Allt annat lika gäller att ju lägre pris ett läkemedel har, desto större är chansen att regionernas läkemedelskommittéer rekommenderar att läkemedlet ska användas i första hand. På detta sätt bidrar kommittéerna till att läkemedel med relativt låga priser får större försäljning, vilket leder till en ökad priskonkurrens. Vidare har regionerna tillsammans tillsatt Rådet för nya terapier, även kallat NT-rådet, som ger rekommendationer kring nya terapier och som därmed bidrar till att regionernas läkemedelskommittéer ger liknade rekommendationer kring hur nya läkemedel ska användas.

¹⁹ I undantagsfall förekommer det dock att regioner direkt konkurrensutsätter terapeutiska alternativ mot varandra i upphandlingar.

2.2 Konkurrens när patentskyddet har upphört

När patentskyddet upphört blir det tillåtet för andra företag att tillverka generiska kopior av läkemedlet. För att sälja ett generiskt läkemedel i Sverige måste läkemedlet godkännas av Läkemedelsverket eller den europeiska läkemedelsmyndigheten. Skickas ansökan till den europeiska läkemedelsmyndigheten får läkemedlet efter godkännande säljas i hela EU och Island, Liechtenstein och Norge. Företagen måste i ansökningarna visa att den generiska kopian har samma aktiva substans i samma mängd som originalläkemedlet men de måste inte genomföra liknande kliniska tester som måste göras för ett nytt originalläkemedel. Läkemedel med generiska alternativ på den svenska apoteksmarknaden ingår i de så kallade periodens vara-systemet. I detta anordnas månatliga auktioner med slutna prisbud och produkten som har lägst pris per minsta enhet (exempelvis per piller) bland medicinskt likvärdiga produkter med liknande förpackningsstorlek blir utnämnd till månadens vara om företaget garanterar att det kan möta hela efterfrågan. Apoteken rekommenderar månadens vara, och patienter som istället vill köpa den produkt som läkaren förskrivit måste betala mellanskillnaden själva, även om de nått taket i läkemedelsförmånen. Detta leder till att periodens vara i snitt får en marknadsandel som är 70 procent större än den för andra generiska produkter.²⁰

Generiska läkemedel säljs ofta till priser som bara är en bråkdel av de priser som rådde under patenttiden. Redan det första generiska läkemedlet säljs ofta till ett lägre pris än originalet och om antalet företag som säljer utbytbara generiska läkemedel ökar från ett till tio så sjunker priserna på generika med i snitt 81 procent på den svenska apoteksmarknaden.²¹ Hur stora prissänkningarna blir beror dock på marknadsförhållandena. Tre tidigare studier²² har funnit att en ökning från ett till tio företag sänker generikapriser med omkring 50 procent. Reiffen och Ward estimerade att effekten var något mindre, medan Regan och Brekke m.fl. inte fann några signifikanta effekter alls.²³

Jämför vi de två dominerande svenska delmarknaderna för läkemedel, apoteksmarknaden för receptbelagda läkemedel samt marknaden för läkemedel som regionerna upphandlar för slutenvården, så finns ett viktigt skäl att förvänta sig större prisfall vid patentutgång för den sistnämnda, nämligen att prisperioderna är mycket längre i regionernas upphandlingar. På apoteksmarknaden kan priserna ändras varje månad och det är vanligt att generikaföretag, istället för att konkurrera med varandra, delar upp försäljningen sinsemellan över tid.²⁴ På en marknad med tre generikaföretag kan det i värsta fall ske genom att företagen var tredje

²⁰ Granlund, D. (2021). A new approach to estimating state dependence in consumers' brand choices applied to 762 pharmaceutical markets, *Journal of Industrial Economics*, 69, 443–483.

²¹ Granlund, D. & Bergman, M A. (2018). Price competition in pharmaceuticals – evidence from 1303 Swedish markets, *Journal of Health Economics* 61, 1–12.

²² Caves, R E., Whinston, M D. & Hurwitz, M A. (1991). Patent Expiration, Entry and Competition in the US Pharmaceutical Industry: An Exploratory Analysis. *Brookings Papers on Economic Activity: Microeconomics*, vol 1, s 1–66; Frank, R G. & Salkever, D S. (1997). Generic Entry and Pricing of Pharmaceuticals. *Journal of Economics and Management Strategy*, vol 6, s 75–90; Wiggins, S N. & Maness, R. (2004). Price Competition in Pharmaceuticals: The Case of Anti-infectives. *Economic Inquiry*, vol 42, s 247–263.

²³ Reiffen, D. & Ward, M R. (2005). Generic Drug Industry Dynamics. *Review of Economics and Statistics*, vol 87, s 37–49; Regan, T L. (2008). Generic Entry, Price Competition, and Market Segmentation in the Prescription Drug Market. *International Journal of Industrial Organization*, vol 26, s 930–948; Brekke, K R., Holmas, T H. & Straume, O R. (2011). Reference Pricing, Competition, and Pharmaceutical Expenditures: Theory and Evidence from a Natural Experiment. *Journal of Public Economics*, vol 95, s 624–638.

²⁴ Cletus, J. (2016). Investigation of bid collusion within the Swedish generic drugs market. Master thesis, University of Gothenburg; Granlund, D. & Rudholm, N. (2023). A method for calculating the probability of collusion based on observed price patterns. Tillgänglig på SSRN 4605725.

månad sätter ett pris som är marginellt under priset som rådde under patentperioden, medan de övriga månader sätter lika högt pris som under patentperioden. En sådan pris-samordning kan dessutom bestå under lång tid eftersom andra företag kan bedöma att risken är så stor att prissamordningen bryter samman om de försöker ansluta till den att de avstår från att gå in på marknaden och att originalföretaget nöjer sig med den försäljning det får trots att det har högst pris. I regionernas upphandlingar är dock avtalstiden vanligen ett år eller längre, vilket enligt ekonomisk teori minskar risken för att företag samordnar sina priser. Långa prisperioder kan även leda till att fler generikaleverantörer väljer att lägga bud, speciellt om tiden mellan att auktionen/upphandlingen avslutas och leveransen ska ske är tillräckligt lång för att generikaföretagen kan vänta med att skaffa svenska förpackningar och försäljningstillstånd från Läkemedelsverket tills efter att de vet om de vunnit. Långa avtalstider kan därmed vara en fördel för läkemedel med generiska alternativ men till nackdel för läkemedel där originaltillverkaren främst möter konkurrens från parallellimporterade alternativ. Något som talar för fler konkurrenter på apoteksmarknaden för receptbelagda läkemedel är dock att det är betydligt enklare att lägga ett bud på denna marknad än i flertalet upphandlingar.

Regionernas upphandlingar av läkemedel specificerar ofta ett reservationspris som innebär att priset inte får överskrida apotekens fastställda inköpspris för läkemedlet. För läkemedel som säljs på apotek får dessa inköpspriser ändras varje månad och Ching m.fl.²⁵ rapporterar att 62 procent av generiska läkemedel hade ett annat pris än de hade förra månaden. En äldre studie visar att det för generika ofta förekom stora prisförändringar, exempelvis på 50 procent, samt att originalläkemedel i 97 procent av fallen hade samma pris som föregående månad.²⁶ För patentskyddade läkemedel är priserna dock ofta oförändrade under många år. Av direktimporterade patentskyddade läkemedel ändrade endast priserna för 16 procent minst en gång från oktober 2002 till och med oktober 2007.²⁷ Det är troligt att ändringarna i apotekens fastställda inköpspriser för patentskyddade läkemedel blivit än ovanligare under senare år eftersom säljarna nu istället kan konkurrera genom att ge apoteken rabatter på patentskyddade läkemedel. Som nämnts ovan så är det delvis olika läkemedel som regionerna och apoteken köper in. För läkemedel som endast säljs till regioner innebär därmed formuleringarna om reservationspriserna i upphandlingarna ingen praktisk begränsning.

²⁵ Ching, A., Granlund, D. & Sundström, D. (2022). Quantifying the Zero-Price Effect in the Field: Evidence from Swedish Prescription Drug Choices, *Journal of the Association for Consumer Research* 7(2), 175–185.

²⁶ Figur 1 i Granlund, D. & Bergman, M. A. (2018). Price competition in pharmaceuticals – evidence from 1303 Swedish markets, *Journal of Health Economics* 61, 1–12.

²⁷ Granlund, D. (2022c). The price effects of competition from parallel imports and therapeutic alternatives: Using dynamic models to estimate the causal effect on the extensive and intensive margins, *Review of Industrial Organization* 60, 63–92.

3. Offentlig upphandling, LOU

När offentlig sektor köper varor, tjänster och byggentreprenader sker detta ofta genom offentlig upphandling. Denna reglerade inköpsprocess avser bland annat att konkurrens-utsätta offentliga köp så att offentliga medel används så effektivt som möjligt. Offentliga inköp regleras bland annat av lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU). Reglerna bygger på EU-direktiv och säkerställer att upphandlande myndigheter uppfyller de skyldigheter som följer av EU-rätten, som syftar till att främja rättvisa och öppenhet.

Grundprinciperna i LOU är likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, proportionalitet och ömsesidigt erkännande. Detta innebär bland annat att leverantörer inte får behandlas olika på grund av vilket land de kommer ifrån, att samtliga leverantörer ska få samma information och möjlighet att delta, att kraven inte får vara mer omfattande än vad som är nödvändigt och upphandlingsdokumentationen ska vara tydlig. Detta bidrar till att alla potentiella anbudsgivare vet vad som gäller.²⁸

Lagen om offentlig upphandling (LOU) gäller upphandlingar av varor, tjänster och byggentreprenader som genomförs av statliga och kommunala myndigheter, regioner, samt andra offentligt styrda organ, såsom kommunala bolag. Detta omfattar även samman slutningar av flera sådana organ. Rekvisitionsläkemedel av regioner och samverkande regioner upphandlas därmed också enligt LOU.

3.1 Upphandlingsprocessen

När den upphandlande myndigheten fastställt ett behov påbörjas processen att framställa förfrågningsunderlaget. Den upphandlande myndigheten ska i förfrågningsunderlaget bland annat beskriva vad som ska köpas, vilka krav som gäller i termer av egenskaper hos varan, tjänsten eller byggentreprenaden, och hur anbudet kommer att utvärderas genom att tydligt ange de kriterier som används vid tilldelning av kontraktet. Informationen som den upphandlande myndigheten tillhandahåller i upphandlingsdokumenten ska vara tillräckligt tydlig för att leverantörer ska kunna bedöma upphandlingens art och omfattning, och därmed avgöra om de vill delta i upphandlingen eller inte. Bland annat ska utarbetade kravspecifikationer och utvärderingsmetoder finnas tydligt presenterade. Därutöver ska dokumenten ange konsekvenser vid utebliven eller försenad leverans, såsom mellanskillnadsersättning och viten, och relevanta datum.

De krav, villkor och kriterier som anges i upphandlingsdokumenten innebär en stor valfrihet för den upphandlande myndigheten, förutsatt att dessa inte strider mot någon av grundprinciperna inom offentlig upphandling. Viss hänsyn är uppmuntrad redan i LOU: "En upphandlande myndighet bör beakta miljöhänsyn, sociala och arbetsrättsliga hänsyn vid offentlig upphandling om upphandlingens art motiverar detta." (4 kap, 3 §, LOU).

När en upphandlande myndighet annonserar en upphandling finns det angivna tidsfrister för när leverantörer senast måste lämna in sitt anbud eller sin ansökan. Syftet är att leverantörerna ska få tillräckligt med tid på sig att lämna in ett konkurrenskraftigt anbud till den

²⁸ Konkurrensverket. (2024). *Upphandlingsreglerna – en introduktion*
<https://www.konkurrensverket.se/globalassets/dokument/informationsmaterial/rapporter-och-broschyrer/informationsmaterial/upphandlingsreglerna-en-introduktion.pdf>, 25 juni 2025.

upphandlande myndigheten. Hur lång tidsfristen måste vara (minimifristtiden) beror på typ av upphandling, vilket förfarande som används och huruvida upphandlingen är över eller under tröskelvärdet. Enligt LOU, exempelvis, är minimifristen 30 dagar för upphandlingar över tröskelvärdet med öppet förfarande och elektronisk inlämning av anbud. Tidsfristen kan också vara längre, då den upphandlande myndigheten ska ta hänsyn till upphandlingens komplexitet och därmed även den tid som leverantörerna kan antas behöva för att inkomma med anbud.

Tröskelvärdet fastställs av Europeiska kommissionen och utgör den beloppsgräns som avgör om en upphandling ska följa de direktivstyrda reglerna för upphandlingar över tröskelvärdet eller de nationella bestämmelser som gäller för upphandlingar under tröskelvärdet. Tröskelvärdet påverkar därmed inte bara minimifristtiden utan även vilka upphandlingsförfaranden som den offentliga myndigheten kan använda sig av och om en direktupphandling är tillåten.

När anbudsgivarna har lämnat in sina anbud och tidsfristen är över är det dags att utvärdera dem. I utvärderingsfasen, innan tilldelning av kontrakt, kontrollerar den upphandlande myndigheten både leverantören och anbudet för att säkerställa att dessa uppfyller de krav, villkor och kriterier som angivits i upphandlingsdokumenten. Myndigheten undersöker också om det finns grund för att utesluta leverantören. Ordningen för kontroll och utvärdering skiljer sig åt mellan olika förfarande, då myndigheter som använder sig av ett öppet förfarande vid upphandlingen får utvärdera anbuden innan den kontrollerar leverantören.

När anbuden är utvärderade tilldelas ett eller flera företag kontrakt, beroende på vad som stod angivet i upphandlingsdokumenten. Tilldelningsbeslutet skickas därefter ut. Efter utskicket påbörjas en avtalsspärr, omfattande minst 10 dagar, som den upphandlande myndigheten måste invänta innan det är möjligt att upprätta ett avtal med företaget eller företagen. Det är också viktigt att följa upp avtalen efter tilldelning för att säkerställa att leverantörerna uppfyller de krav och villkor som fastställts vid upphandlingen.

Ibland kan det därtill finnas behov av att avbryta en upphandling. Detta är tillåtet om sakliga skäl föreligger och de upphandlingsrättsliga principerna följs. Exempel på sakliga skäl är bristande konkurrens, oförutsedda händelser, felaktigt utformad utvärderingsmodell eller ett alltför högt pris.²⁹

3.2 Ramavtal

Ett ramavtal är ett avtal mellan en eller flera upphandlande enheter och en eller flera leverantörer som fastställer villkoren för framtida köp under en tidsbestämd period. Det kan till exempel omfatta vilka priser, rabatter eller villkor som ska gälla. Ramavtalet används när myndigheten inte vet exakt när, hur mycket eller hur ofta den kommer att behöva köpa en vara eller tjänst, men vill ha förutsättningar att avropa dessa efter verksamhetens behov under en tidsbegränsad period. Detta kan säkerställa tillgång även om den efterfrågade kvantiteten initialt är oklar. En myndighet som tecknar ett ramavtal behöver inte genomföra en ny upphandling varje gång ett köp ska göras, utan kan beställa direkt enligt villkoren i

²⁹ Upphandlingsmyndigheten. (N/A). <https://www.upphandlingsmyndigheten.se/inkopsprocessen/genomfor-upphandlingen/avbryta-en-upphandling/>

ramavtalet. För ramavtal enligt LOU gäller i huvudregel att löptiden, inklusive optioner, inte bör vara längre än 4 år.³⁰

Ett ramavtal kan, likt andra typer av avtal, omfatta flera delområden som kan tilldelas en eller flera olika leverantörer. Ramavtal kan även tecknas av flera upphandlande myndigheter vid en så kallad samordnad upphandling, där de myndigheter som omfattas av avtalet har rätt att avropa från detta.

³⁰ Konkurrensverket. (2024). *Upphandlingsreglerna – en introduktion*
<https://www.konkurrensverket.se/globalassets/dokument/informationsmaterial/rapporter-och-broschyrer/informationsmaterial/upphandlingsreglerna-en-introduktion.pdf>, 25 juni 2025.

4. Hur villkor påverkar anbudsgivare och priser

Konkurrens mellan företag innebär att företagen tävlar med varandra om att bli valda av konsumenter. Denna konkurrens tvingar företag att effektivisera sina processer och verksamheter, vilket skapar förutsättningar för högre kvalitet samtidigt som priser hålls nere. Samma princip gäller inom offentlig upphandling. När leverantörer konkurrerar om kontrakt skapas bättre förutsättningar för kostnadseffektiva lösningar. Konkurrens är därmed avgörande för att skapa goda möjligheter för myndigheter att genomföra prisvärda offentliga inköp med tillfredsställande kvalitet.

Det finns naturligtvis skillnader mellan privata och offentliga aktörers möjligheter och skyldigheter. Till skillnad från privata aktörer måste offentliga aktörer detaljerat specificera krav, villkor och utvärderingsmetoder i förväg för att säkerställa transparanta processer. Utformningen av dessa dokument påverkar konkurrensens omfattning likväl som det slutliga resultatet. Den har också en stor betydelse för kvaliteten på de varor, tjänster och entreprenader som upphandlas, eftersom kvalifikationskrav och utvärderingskriterier, samt andra krav och villkor³¹, kan påverka vad som upphandlas och av vilken leverantör.³²

Inom offentlig upphandling spelar designen av upphandlingsvillkor och kravspecifikationer en central roll för utfallet. Skallkraven, även kallat kvalificeringskraven, kan fungera som inträdeshinder, särskilt för mindre företag och företag med en begränsad kapacitet eller begränsad erfarenhet av att lämna anbud. Eftersom mindre företag ofta har begränsade resurser för anbudsgivning bör upphandlingsdokumenten utformas så tydligt och strukturerat som möjligt för att underlätta deras deltagande.³³

Kravspecifikationerna är också ett viktigt verktyg för att säkerställa att de varor, tjänster och byggtreprenader som upphandlas, samt de leverantörer som den offentliga sektorn tilldelar kontrakt, uppfyller vissa minimikrav. Skallkrav, såsom omfattande dokumentationskrav eller höga tekniska eller miljömässiga krav, kan ses som inträdeskostnader och därmed minska antalet anbudsgivare. Det är dock viktigt att poängtera att inte bara höga kravspecifikationer kan påverka utfallet av upphandlingar negativt, utan också låga krav kan ha negativa konsekvenser. Höga krav kan hämma konkurrens och verka uteslutande, medan låga krav riskerar att leda till bristande kvalitet.

Tidigare forskning har bland annat visat att miljökriterier i läkemedelsupphandlingar kan påverka prisbild likväl som leveranssäkerhet³⁴, specifikt i marknader med många generiska alternativ. Samtidigt finns, i likhet med resultat från andra kontexter³⁵, en oro för att alltför strikta miljökrav kan göra marknaden mindre attraktiv genom att öka leverantörernas kostnader för att uppfylla kriterierna.

³¹ Till exempel mellanskillnadsersättningar, viten och kontraktets omfattning i tid eller kvantitet.

³² Lundberg, S., Arve, M., Bergman, M. A. & Henriksson, L. (2022). Konjunkturrådets rapport 2022: Offentlig upphandling – i gränslandet mellan ekonomi och juridik.

³³ Upphandlingsmyndigheten. (N/A). <https://www.upphandlingsmyndigheten.se/inkopsprocessen/forbered-upphandling/sma-och-medelstora-foretag/>

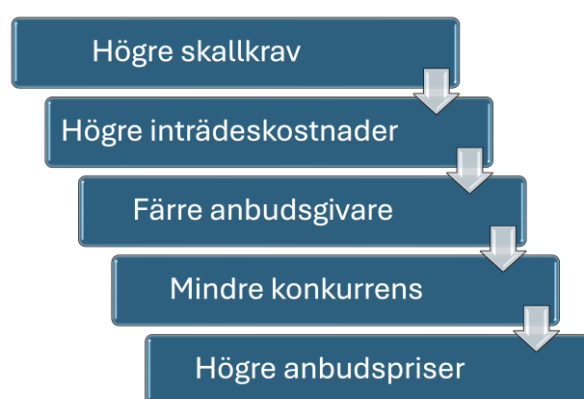
³⁴ Jahre, M., van Oorschot, K., Årdal, C., Sverrisson, E., Pettersen, M. S. & Wangen, A. (2025). Sustainable pharmaceutical procurement: Environmental tendering criteria for better or worse? *Journal of Purchasing and Supply Management*, 101081.

³⁵ Drake, S., Lundberg, J. & Lundberg, S. (2024). Market response to environmental policy via public procurement: an empirical analysis of bids and prices. *Journal of Environmental Management* 365.

Inträdeskostnader är ett centralt begrepp i detta sammanhang och omfattar både indirekta kostnader, exempelvis tid och resurser som de potentiella leverantörerna lägger ner för att sammanställa all dokumentation till sina anbud, och direkta kostnader såsom anpassningar för att uppfylla skallkraven. När inträdeskostnaderna är höga, det vill säga att skallkraven är kostsamma för potentiella leverantörer, kan det påverka vilka och hur många leverantörer som väljer att delta i upphandlingen. Det finns därför en tydlig avvägning mellan kvalitet och konkurrens. Höga krav bidrar visserligen till att säkerställa kvalitet i den vara, tjänst eller entreprenad som upphandlas, men kan samtidigt också verka konkurrenshämmande genom att minska antalet anbudsgivare, vilket i sin tur kan leda till högre anbudspriser.

Figur 1 visar en logisk kedja, över hur skallkrav kan påverka upphandlingens utfall genom ökade inträdeskostnader, minskat antal anbudsgivare och slutligen högre anbudspriser.

Figur 1 Logisk kedja mellan skallkrav och anbudspriser



Det finns flera faktorer utöver antalet anbudsgivare, villkor och skallkrav som påverkar utfallet av offentlig upphandling. Tidigare studier har bland annat visat att kompetensen hos myndigheten spelar en viktig roll för upphandlingskostnaderna, bland annat genom att minska risken för kostnadsöverskridanden kopplade till utfört arbete.³⁶

Börkrav, det vill säga krav som inte måste uppfyllas för att ett anbud ska anses giltigt men som påverkar hur anbudet utvärderas, fungerar som ett verktyg för att premiera önskvärda egenskaper utan att utesluta leverantörer. Genom börkrav kan den upphandlande myndigheten sätta ett implicit värde på exempelvis snabbare leveranser, miljöprestanda eller särskilda kvaliteter i en vara eller tjänst. Dessa egenskaper viktas mot priset i utvärderingsmodellen, vilket innebär att ett anbud med högre pris ändå kan vinna om det erbjuder mer värde enligt de angivna kriterierna. Eftersom börkrav inte är obligatoriska kan myndigheten fortfarande tilldela kontrakt även om ingen anbudsgivare uppfyller det aktuella börkravet. Detta minskar risken för att stå utan anbud eller leverantör, vilket kan vara särskilt viktigt i marknader med begränsad konkurrens. Samtidigt kan börkrav bidra till att attrahera leverantörer som annars inte hade funnit deltagande lönsamt. Eftersom börkrav inte är obligatoriska finns dock alltid en risk att de inte uppfylls, och de kan därför inte direkt ersätta ett skallkrav.

³⁶ Decarolis, F., Giuffrida, L.M., Iossa, E., Mollisi, V. & Spagnolo, G., (2020). Bureaucratic competence and procurement outcomes. *J. Law Econ. Organ.* 36 (3), 537–597.

Möjligheten till parallellimport av läkemedel påverkar den logiska kedjan genom att öppna upp marknaden för fler potentiella leverantörer, speciellt vid patenterade läkemedel. Parallellimport innebär att ett läkemedel som godkänts i ett EU- eller EES-land får säljas i Sverige utan att leverantören har en exklusiv distributionsrätt. Detta öppnar med andra ord upp marknaden för fler potentiella leverantörer, även de som inte själva står för produktionen av läkemedlet, vilket kan bidra till ökad konkurrens. Vid upphandlingar där parallellimport är praktiskt möjlig kan konkurrensen stärkas, eftersom fler aktörer potentiellt kan delta. Den ökade konkurrensen kan i sin tur pressa priserna nedåt, då upphandlande regioner får möjlighet att dra nytta av prisskillnader mellan olika EU-/EES-länder. Om villkoren i avtalen däremot utformas på ett sätt som utesluter parallellimportörer från upphandlingen förloras denna ytterligare konkurrensmekanism.

År 2019 undersökte Visma³⁷, genom sin årliga enkät *anbudsbarometern*, bland annat varför potentiella anbudsgivare valde att avstå från att lämna ett anbud på offentliga kontrakt i Sverige. Drygt 83 procent av respondenterna svarade att de någon gång valt att avstå, trots initialt intresse, och att kraven upplevdes som för högt ställda. Vismas³⁸ anbudsbarometer 2020 visar liknande resultat. Det vanligaste skälet till att potentiella leverantörer avstår från att lägga anbud var att de upphandlande myndigheterna lägger allt för stor vikt vid pris i förhållande till andra aspekter. Många företag uppger också att kraven som ställs är irrelevanta för de varor, tjänster och entreprenader som upphandlas.

I en av Konkurrensverkets tidigare forskningsrapporter listas flera faktorer som påverkar leverantörers beslut att avstå från att delta i offentliga upphandlingar.³⁹ Bland dessa återfinns tidskrävande anbudsprocesser, risken att inte vinna kontrakt, komplicerade regelverk, krav på omfattande och anpassad dokumentation för varje enskilt anbud, hög administrativ börda, bristande tillit till den upphandlande myndigheten samt otillräcklig kommunikation mellan myndighet och anbudsgivare. Vidare anger fyra av tio leverantörer till offentlig sektor att upphandlingsklimatet är dåligt eller mycket dåligt.⁴⁰ I senare enkäter anges den administrativa bördan som den främsta anledningen till att de inte har deltagit i offentlig upphandling.⁴¹ Där uppger även 39 procent av respondenterna att det har blivit svårare att lämna anbud under de senaste åren, medan endast 12 procent angett att det blivit enklare att lämna anbud. Kravställningarna anges genomgående som en av de främsta orsakerna till den ökade svårigheten.

Det är viktigt att särskilja mellan de olika typerna av krav som kan ställas på anbudsgivare i en offentlig upphandling. Skallkrav är obligatoriska och måste uppfyllas av samtliga anbudsgivare för att de ska kvalificera sig till utvärderingsfasen. Kontraktskrav gäller däremot först efter tilldelning och riktas mot den leverantör som vinner upphandlingen.⁴² Börkrav, även kallade utvärderingskriterier, är frivilliga krav som används för att bedöma

³⁷ Vismas anbudsbarometer 2019, <https://www.visma.se/nyheter/for-mycket-fokus-pa-pris-i-offentliga-upphandlingar-visar-farsk-undersokning>

³⁸ Vismas anbudsbarometer, 2020. <https://www.visma.se/nyheter/sju-av-tio-leverantorer-till-offentlig-sektor-vill-se-storre-fokus-pa-kvalitet-i-upphandlingar>

³⁹ Tukiainen, J. & Halonen, K-M. (2020). Competition and Litigation in Public Procurement. Konkurrensverkets uppdragsforskningsrapport 2020:1.

⁴⁰ Vismas anbudsbarometer, 2020. <https://www.visma.se/nyheter/sju-av-tio-leverantorer-till-offentlig-sektor-vill-se-storre-fokus-pa-kvalitet-i-upphandlingar>

⁴¹ Merzell anbudsbarometer 2021.

https://f.hubspotusercontent00.net/hubfs/4624051/Anbudsbarometern%202021/Merzell_Anbudsbarometern_2021.pdf

⁴² Dessa krav ska uppfyllas under avtalets genomförande, exempelvis vid leverans eller i produktionen

och poängsätta de anbud som klarat skallkraven. De påverkar rangordningen i utvärderingsfasen men är inte nödvändiga att uppfylla för att lämna eller vinna ett anbud. En tidigare studie har visat att både skallkrav och kontraktskrav tenderar att höja anbudspriserna, men att de påverkar konkurrensen på olika sätt. Striktare skallkrav minskar antalet anbudsgivare, medan ökade kontraktskrav⁴³ tvärtom är förknippade med fler inkomna anbud. Detta tyder på att leverantörer reagerar olika beroende på om kraven påverkar möjligheten att delta i upphandlingen eller först realiseras vid kontraktets genomförande.⁴⁴ Antal deltagande företag kan därtill påverkas av regleringar som är utanför upphandlarnas kontroll.⁴⁵

Mer konkurrens är generellt associerat med lägre priser vid upphandlingar som utvärderas med lägst pris, eller en kombination av lägre priser och högre kvalitet i upphandlingar som utvärderas genom utvärderingsmetoder som tar hänsyn till både pris och kvalitativa egenskaper. Det är därtill viktigt att särskilja mellan faktisk konkurrens och fler potentiella anbudsgivare. Lönsamheten för en ny aktör att delta minskar när antalet potentiella anbudsgivare ökar, vilket innebär att fler potentiella anbudsgivare inte nödvändigtvis leder till fler faktiska anbudsgivare och mer faktisk konkurrens.⁴⁶ Om en tillkommande potentiell anbudsgivare däremot är mer effektiv än andra kan anbudspriserna ändå minska, även om antalet faktiska anbudsgivare inte ökat.⁴⁷ Det är därför osannolikt att upphandlingar med få anbudsgivare kan uppfylla målet om hög kvalitet till låga kostnader för skattebetalarna. Effekterna av konkurrensen kan dock antas variera mellan upphandlingar, och att branschspecifika förutsättningar har en stor betydelse.

En studie av turkiska upphandlingar mellan 2004 och 2006 visade att antalet anbudsgivare har en negativ effekt på det vinnande budet. Varje ytterligare anbudsgivare minskade anbudspriset med ca 3,9 procent⁴⁸. En annan studie av svenska upphandlingar visade att även en liten ökning i antalet deltagande leverantörer kan leda till betydande kostnadsbesparingar för den offentliga sektorn.⁴⁹

När det gäller offentlig upphandling av rekvisitionsläkemedel, särskilt läkemedel och aktiva substanser som fortfarande är skyddade av patent, finns bara en leverantör om parallellimportörer saknas. Därav kan parallellimportörernas roll som potentiella och faktiska anbudsgivare ha stor påverkan på det slutliga priset som regionerna betalar. Av samma

⁴³ Kontraktskrav omfattar krav som endast behöver uppfyllas av den vinnande leverantören under leveransen av varan, entreprenaden eller tjänsten, och är därför en kostnad som endast tillfaller vinnande anbudsgivare till skillnad från kostnader kopplat till skallkrav (vilket kan ses som en inträdeskostnad).

⁴⁴ Drake, S. & Xu, F. (2025). Contractual Requirements and Bidding Behavior in Public Procurement With Entry', *Journal of Public Economic Theory*, 27, e70019 <https://doi.org/10.1111/jpet.70019>

⁴⁵ Drake, S., Lundberg, J. & Lundberg, S. (2024). Market response to environmental policy via public procurement: an empirical analysis of bids and prices. *Journal of Environmental Management*. Volume 365, 2024, 121547. <https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2024.121547>.

⁴⁶ Li, T. & Cheng, X. (2009). Entry and competition effects in first-price auctions: theory and evidence from procurement auctions. *Review of Economic Studies*, 76(4), 1397-1429.

⁴⁷ Marmer, V., Shneyerov, A. & Xu, P. (2013). What model for entry in first-price auctions? A nonparametric approach. *Journal of Econometrics*, 176(1), 46-58.

⁴⁸ Onur, İ., Özcan, R. & Taş, B.K.O. (2012). Public Procurement Auctions and Competition in Turkey. *Review of Industrial Organization* 40, 207-223 . <https://doi.org/10.1007/s11151-011-9299-3>

⁴⁹ Hyytinen, A., Lundberg S. & Toivanen, O., (2018). Design of public procurement auctions: Evidence from cleaning contracts. *Rand Journal of Economics* 49, 398-426.

anledning är det viktigt att förstå vilka faktorer som påverkar parallellimportörernas incitament att delta i regionernas upphandlingar av rekvisitionsläkemedel.

4.1 Läkemedelsbranschen

Världshälsoorganisationen (WHO) introducerade redan 2016 begreppet strategisk upphandling inom läkemedelsbranschen, i syfte att lyfta upphandlingens roll och de aktiviteter som syftar till att förbättra effektiviteten i upphandlingsprocessen, och på så vis skapa bättre tillgång och lägre priser för läkemedel inom sjukvården.⁵⁰ Även EU-kommissionen har lyft vikten av god upphandlingspraxis, särskilt inom läkemedelsområdet, genom att betona dess nyckelroll i att säkerställa tillgång och stärka konkurrens på läkemedelsmarknaden.⁵¹ I detta sammanhang blir utformningen av upphandlingskrav (inklusive förutsättningar för parallellimport) avgörande för i vilken utsträckning fler aktörer kan delta och bidra till en långsiktigt hållbar marknad.

När flera regioner samordnar upphandlingar genom att ingå gemensamma ramavtal, där respektive region får rätten att avropa efter eget behov, skapas möjligheter till större volymer. Detta kan i sin tur attrahera fler anbudsgivare och därmed leda till lägre priser⁵² när generiska alternativ finns tillgängliga på marknaden. Samtidigt kan större volymer göra det svårt för parallellimportörer att lämna konkurrenskraftiga anbud eftersom deras tillgång till kvantiteter är begränsad. Detta riskerar att leda till högre priser särskilt för patentskyddade läkemedel.

Det har argumenterats att samordning mellan upphandlare kan skapa större förutsägbarhet och göra marknaden mer attraktiv för leverantörer.⁵³ Samtidigt har även nackdelar med samordnade upphandlingar lyfts. Myndigheter som samordnar sina upphandlingar måste komma överens om kravspecifikationer och utvärderingskriterier, vilket kan innebära indirekta kostnader för den enskilda myndigheten genom en sämre matchning till dennes behov.⁵⁴ Även begränsad konkurrens med få anbudsgivare och bristande tillgång till vissa läkemedel lyfts som kvarstående problem vid samordnade upphandlingar.⁵⁵ Ett sätt att minska risken för brist på läkemedel är att frångå principen om en ensam vinnare och istället tilldela flera leverantörer kontrakt inom samma delupphandling. Detta skulle kunna öka försörjningssäkerheten och minska risken för brist.⁵⁶

Läkemedelsmarknader kännetecknas ofta av låg priselasticitet, bland annat eftersom patienterna oftast betalar en mycket liten del av läkemedelskostnaden. Detta innebär att

⁵⁰ World Health Organization. Regional Office for Europe. (2016). Challenges and opportunities in improving access to medicines through efficient public procurement in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/344000>. 8 juli 2025.

⁵¹ EU-kommissionen. (2020). Communication from the commission to the European parliament, the Council, the European economic and social committee and the committee of the regions, Pharmaceutical strategy for Europe. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52020DC0761>

⁵² Lundberg, S., Arve, M., Bergman, M. A. & Henriksson, L. (2022). Konjunkturrådets rapport 2022: Offentlig upphandling – i gränslandet mellan ekonomi och juridik.

⁵³ Vogler, S., Bauer, E. & Habimana, K. (2022). Centralised Pharmaceutical Procurement: Learnings from Six European Countries. *Appl Health Econ Health Policy* 20, 637–650. <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00729-w>

⁵⁴ Lundberg, m.fl. (2022). Konjunkturrådets rapport 2022: Offentlig upphandling – i gränslandet mellan ekonomi och juridik.

⁵⁵ Vogler, S., et. al (2022). Centralised Pharmaceutical Procurement: Learnings from Six European Countries.

⁵⁶ Vogler, S., et. al (2022). Centralised Pharmaceutical Procurement: Learnings from Six European Countries.

priserna som företagen kan sätta för patentskyddade läkemedel, som monopolister, tenderar att bli höga. Detta betyder att konkurrens kan leda till betydande prissänkningar. När patent löper ut och generiska alternativ etableras på marknaden är prissänkningar på över 90 procent inte ovanliga.⁵⁷ På den svenska apoteksmarknaden har inträdet av ett första generikaföretag visat sig leda till en genomsnittlig prissänkning på 18 procent för originalläkemedel och generikaföretagen erbjuder ofta lägre priser än det sänkta priset på originalläkemedlet.⁵⁸ Parallellimportörer har dock i allmänhet högre marginalkostnader än generikaföretag och kan därför inte bidra med lika stora prissänkningar. För priser på den svenska apoteksmarknaden medförde konkurrens från en parallellimportör genomsnittliga prissänkningar på 7 procent, medan effekten av ytterligare parallellimportörer var liten.⁵⁹

Även internationella studier finner att ökad konkurrens leder till lägre läkemedelspriser. En ny studie av läkemedelsupphandlingar i Chile nyttjar patentutgångar som ett naturligt experiment och finner att ökad konkurrens leder till lägre priser. De visar att en ytterligare konkurrent på marknaden sänker priset med i genomsnitt 11,7 procent.⁶⁰

⁵⁷ Berndt, E. R. & Aitken, M. L. (2011). Brand loyalty, generic entry and price competition in pharmaceuticals in the quarter century after the 1984 Waxman-Hatch legislation, *International Journal of the Economics of Business*, Vol. 18, s 177–201.

⁵⁸ Granlund, D. & Bergman, M A. (2018). Price competition in pharmaceuticals – evidence from 1303 Swedish markets, *Journal of Health Economics* 61, 1–12.

⁵⁹ Granlund, D. (2022c). The price effects of competition from parallel imports and therapeutic alternatives: Using dynamic models to estimate the causal effect on the extensive and intensive margins, *Review of Industrial Organization* 60, 63–92

⁶⁰ Allende, C., Atal, J. P., Carril, R. & Cuesta, J. I. (2024). Drivers of public procurement prices: Evidence from pharmaceutical markets. *International Journal of Industrial Organization* 96 (2024) 103086. <https://doi.org/10.1016/j.ijindorg.2024.103086>

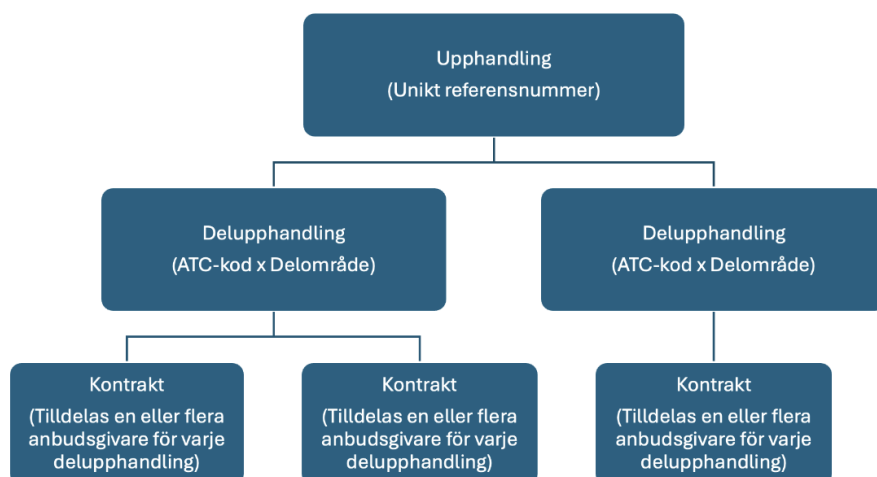
5. Datamaterial

I syfte att kvantitativt undersöka förekomsten av, och förutsättningarna för, parallellimport i offentliga upphandlingar av rekvisitionsläkemedel har kompletterande datamaterial använts. De två huvudsakliga datamaterialen är det manuellt insamlade upphandlingsmaterialet från upphandlingsdokument publicerade hos Merzell Opic samt försäljningsdata inhämtat från E-hälsomyndigheten. Försäljningsdatamaterialet har även kompletterats med data från Läkemedelsverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

5.1 Upphandlingsdata

Det egeninsamlade datamaterialet avser rekvisitionsläkemedel som svenska regioner upphandlat, enskilt eller tillsammans med andra, med avtalsstart från år 2018 till 2023. Från dessa dokument har information om omfattning, substanser, kravspecifikationer, avtalsvillkor, upphandlingsdesign, utvärderingsmetoder och andra upphandlingskaraktistika samlats in. Totalt omfattas 5 693 delupphandlingar, fördelade över 116 upphandlingar genomförda av Sveriges regioner. En och samma delupphandling kan omfatta flera upphandlande regioner, i de fall då regioner samordnar sina inköp genom gemensamma upphandlingar. I dessa fall tecknas ett gemensamt ramavtal med en eller flera leverantörer, där varje region självständigt avropar läkemedel inom ramavtalets omfattning. Tabell A1 i bilaga A presenterar en översikt över de variabler som samlats in. Observera att inte alla observationer innehåller fullständig information för samtliga variabler, till följd av bristfällig eller otydlig dokumentation i underlaget. Variabelbeskrivningarna är separerade baserat på huruvida de avser data på upphandlingsnivå eller data på delupphandlingsnivå.

Figur 2 Förhållande mellan upphandling, delupphandling och kontrakt



Figur 2 visar strukturen av det upphandlingsdata som insamlats från Merzell Opics upphandlingsdatabas. Varje upphandling avser ett ramavtal, initierat av en enskild region eller genom samordning mellan regioner, som delas upp i en eller flera delupphandlingar. Varje delupphandling definieras i sin tur som en kombination av en viss läkemedelsgrupp enligt Världshälsoorganisationens ATC-klassificering och delområde. Inom ett delområde kan flera olika styrkor, beredningsformer eller förpackningsstorlekar av ett visst läkemedel

ingå. I vissa fall upphandlas varje styrka som ett separat delområde och därmed en separat delupphandling. Varje delupphandling kan leda till att en eller flera anbudsgivare tilldelas kontrakt och antas som leverantör. Om flera leverantörer antas inom samma delupphandling kan exempelvis rangordning tillämpas.

Vid insamlandet av upphandlingsdata noterades vissa begränsningar. I flera fall saknades fullständig och tydlig information om antalet anbudsgivare och deras bud, och det fanns även oklarheter kring vilken enhet anbuden utvärderas i. Många upphandlingsdokument var inskannade eller tillgängliga som Excel-dokument med en delupphandling per arbetsblad. Detta innebär att ATC-koder, varunummer och övrig information i flera fall behövde matas in manuellt. Detta ökar risken för fel jämfört med om uppgifterna hade varit maskinläsbara, till exempel om de hade tillhandahållits i strukturerat Excel-format.

5.1.1 Deskriptiv statistik

UPPHANDLINGSNIVÅ

Tabell 1 Deskriptiv statistik, upphandlingsnivå

Variabel	Medel	Std.avv.	Min	Max	N
Samordnad upphandling	0,647	-	0	1	116
Avtalstid (år)	1,650	0,794	0,5	4	116
Antal optioner	3,000	4,703	0	32	116
Optionstid (år)	1,983	0,892	0	3,5	116
Option	0,897	-	0	1	116
Takvolym	0,216	-	0	1	116

Tabell 1 presenterar deskriptiv statistik på upphandlingsnivå för 116 upphandlingar av rekvisitionsläkemedel som genomfördes av Sveriges regioner mellan åren 2018 och 2023. Statistiken omfattar bland annat information om avtalsstart, upphandlingens längd, antal inkomna anbud och om optioner och takvolym förekommer. En variabelbeskrivning och sammanställning av de variabler som samlats in på upphandlingsnivå återfinns i Tabell A1 i bilaga A.

Den deskriptiva statistiken visar tydligt att samordnade upphandlingar är vanliga, närmare 65 procent av upphandlingarna i datamaterialet är samordnade. En möjlig förklaring till den höga andelen samordnade upphandlingar är att många regioner är förhållandevis små, och därför kan dra nytta av skal- och stordriftsfördelar genom att samarbeta i sina upphandlingar. Vidare visar statistiken att nyttjandet av optioner, som ett medel för att förlänga ett pågående kontrakt, är vanligt. Värt att notera är att optioner ofta innebär en ensidig rätt för upphandlarna att förlänga avtalen även om leverantörerna motsätter sig detta. Vidare minskar längre kontrakt den administrativa bördan kopplad till att initiera nya upphandlingar för den upphandlande myndigheten.

DELUPPHANDLINGSNIVÅ

De 116 upphandlingar som ingår i datamaterialet omfattar totalt 5 693 delupphandlingar. Genom att analysera deskriptiv statistik på delupphandlingsnivå kan vi bland annat belysa skillnader i tilldelnings- och upphandlingsdokument i en delmängd av upphandlingarna. En variabelbeskrivning och sammanställning av de variabler som samlats in på delupphandlingsnivå återfinns i Tabell A1 i bilaga A.

Det finns dock betydande brister i datamaterialet på delupphandlingsnivå likväl som kontraktsnivå. Information om antalet anbudsgivare per delupphandling, anbudspriser och vinnande anbudsgivare saknas i många fall. Detta kan bero på att sådana uppgifter inte tydligt framgår av tilldelningsdokumenten, eller att de omfattas av sekretess. Dessutom saknas ofta enhetlig information om vilken måttenhet som används för anbuds- eller utvärderingspris, vilket försvårar jämförelser mellan upphandlingar.

ÖVERSIKT AV KRAV

I upphandlingsdokumentationen förekommer en rad olika krav som upphandlaren kan ställa på leverantören, i olika faser av upphandlingsprocessen. Dessa krav kan delas upp i två huvudkategorier: skallkrav, vilka utgör kvalificeringskrav som måste vara uppfyllda för att anbudet ska utvärderas, samt börkrav, som används som utvärderingskriterier.

SKALLKRAV

Skallkrav utgör krav som en leverantör måste uppfylla för att kvalificera sig i en upphandling och få sitt anbud prövat. Dessa krav kan till exempel avse leveranskapacitet, ekonomisk stabilitet eller systematiskt kvalitetsarbete. Vissa krav, såsom krav på systematiskt miljöarbete, läkemedelsförsäkring och partihandelstillstånd, anges som skallkrav i samtliga upphandlingar i det undersökta materialet. Eftersom dessa inte varierar över upphandlingar inkluderas de inte i den beskrivande statistik som presenteras nedan, även om tidigare forskning visat att denna typ av krav kan påverka både prisnivå och graden av konkurrens.

Tabell 2 Variabelbeskrivning, skallkrav

Variabelnamn	Beskrivning
Ekonomisk ställning	Ekonomisk stabilitet eller soliditet, tillgång till resurser som svarar mot anbudets omfattning och innehåll.
Kvalitetsarbete	Systematiskt kvalitetsarbete krävs, internt eller genom certifiering som beskriver hur leverantören arbetar med kvalitetsfrågor.
Kapacitet	Krav på egen kapacitet, bevis på teknisk kapacitet, referensuppdrag eller erfarenhet. Kan innefatta personalresurser likväl som tekniska resurser.
Utsläpp av API	Rutiner för att minska API-utsläpp vid tillverkning ska vara implementerade.
Information om land	Information om vilken land som formulering, produktion eller liknande sker.
Ansvarsförsäkring	Krav på att teckna och upprätthålla ansvarsförsäkring samt fullgott försäkringsskydd.
Sanktioner	Krav gällande sanktioner mot Ryssland.

Not: Med skallkrav avses obligatoriska krav som anbudsgivare måste uppfylla för att deras anbud ska kunna beaktas i utvärderingen. Om ett anbud inte uppfyller dessa krav, diskvalificeras anbudsgivaren och anbudsgivarens anbud utvärderas inte.

Tabell 2 ovan presenterar vilka skallkrav som inkluderats i datainsamlingen. Tabell 3 nedan presenterar deskriptiv statistik kring hur vanliga de olika skallkraven är i de 116 upphandlingarna som datamaterialet omfattar.

Det vanligaste kravet som ställs i de upphandlingar av läkemedel som ingår i datamaterialet är krav på att anbudsgivaren ska styrka sin ekonomiska ställning (87 procent). Därefter följer krav på systematiskt kvalitetsarbete (83 procent) och på anbudsgivarens tekniska och yrkesmässiga kapacitet (51 procent). Krav på utsläpp kopplade till tillverkningsprocesser av API förekommer i ungefär en fjärdedel av upphandlingarna. Utöver den läkemedelsförsäkring som alltid krävs som skallkrav i upphandlingarna, förekommer krav på ansvarsförsäkring i knappt en tredjedel av fallen. Däremot är krav på information om ursprungsland (2,5 procent) och på efterlevnad av sanktioner mot Ryssland (9,5 procent) relativt ovanliga⁶¹.

Detta skulle kunna tyda på att mer specifika eller ansvarsbetungande krav används sparsamt, medan grundläggande krav såsom ekonomisk stabilitet och kvalitetsarbete återfinns i nästan samtliga upphandlingar.

⁶¹ Att sanktioner mot Ryssland är ett nyare fenomen kan delvis förklara den låga förekomsten, då dessa skallkrav endast ställts i förfrågningsunderlag med avtalsstart under 2022 och 2023.

Tabell 3 Deskriptiv statistik, skallkrav

Variabel	Medel	Min	Max	N
Ekonomisk ställning	0,871	0	1	116
Kvalitetsarbete	0,828	0	1	116
Kapacitet	0,509	0	1	116
Utsläpp av API	0,241	0	1	116
Information om land	0,052	0	1	116
Ansvarsförsäkring	0,336	0	1	116
Sanktioner	0,095	0	1	116

Not: Tabellen visar andelen av de ovan nämnda skallkrav som ställts i de 116 upphandlingar som ingår i datamaterialet för läkemedelsupphandlingar. Observera att fler skallkrav förekom i upphandlingarna, men krav som var gemensamma för samtliga upphandlingar, såsom krav på miljöarbete, läkemedelsförsäkring och partihandelstillstånd, har exkluderats från tabellen.

Vid en jämförelse mellan samordnade upphandlingar och upphandlingar som genomförs av enskilda regioner framträder vissa mönster i användningen av specifika skallkrav. Krav på ekonomisk ställning och systematiskt kvalitetsarbete är vanligt förekommande oavsett upphandlingskonstellation med en förekomst på 85–89 procent respektive 76–88 procent. Däremot skiljer sig andra krav tydligt åt. Krav på ansvarsförsäkring är exempelvis betydligt vanligare i regionernas enskilda upphandlingar (58,5 procent) jämfört med samordnade upphandlingar (17,9 procent, $p < 0,000$). Även krav kopplade till tillverkning och utsläpp av API ställs något oftare i enskilda regioners upphandlingar (31,7 procent) än i samordnade upphandlingar (20 procent), även om skillnaden inte är statistiskt säkerställd ($p = 0,081$).

BÖRKRAV

Börkrav skiljer sig från skallkrav genom att de inte är obligatoriska för att en anbudsgivare ska få lämna ett anbud. I stället används de i utvärderingsfasen för att bedöma och rangordna inkomna anbud. Det innebär att en anbudsgivare kan tilldelas ett kontrakt utan att ha uppfyllt angivna börkrav, men att dessa krav ändå kan påverka utfallet i relation till konkurrerande anbud. Med andra ord fungerar börkrav som ett sätt att premiera egenskaper eller kvaliteter i upphandlingen utan att utesluta anbudsgivare som inte uppfyller dem.

Nedan listas ett antal börkrav som används vid rekvisitionsupphandlingar av läkemedel i Sveriges regioner med avtalsstart mellan åren 2018 och 2023.

Tabell 4 Variabelbeskrivning, börkrav

Variabelnamn	Beskrivning
Produktens hållbarhet	Information kopplat till produktens hållbarhet, exempelvis hållbarhet efter beredning.
Ändamålsenlighet	Exempelvis lösligheten av produkten, klinisk effekt och säkerhet, sortimentsbredd och hanterbarhet.
Formulering av läkemedel	Information om i vilket land som formulering till läkemedel sker
Tillverkning av API	Information om i vilket land som tillverkning av API sker
Produktion av läkemedel	Information om i vilken produktionsanläggning som formulering av läkemedel sker
Produktion av API	Information om i vilken produktionsanläggning som tillverkning av API sker

Not: Med börkrav avses sådana viktningskriterier som kan påverka bedömningen och rangordningen av inkomna anbud. Dessa krav är inte obligatoriska (skallkrav), vilket innebär att anbudsgivare som inte uppfyller börkraven fortfarande kan lämna anbud, men att uppfyllandet av dessa kriterier kan ge en fördel vid utvärderingen.

Upphandlingsmyndigheten beskriver ett antal skallkrav och börkrav kopplade till Agenda 2030 som specifikt behandlar läkemedel. Bland annat nämns information om i vilket land som formulering till läkemedel sker, information om i vilket land som tillverkning av API sker, information om i vilken produktionsanläggning som formulering av läkemedel sker, och information om i vilken produktionsanläggning som tillverkning av API sker som tilldelningskriterier (börkrav) på avancerad nivå eller spjutspetsnivå. Dessa börkrav ställdes i 24,6 procent av de delupphandlingar som datamaterial omfattar och som utvärderades med en utvärderingsmetod som tog hänsyn till andra aspekter än enbart pris, se tabell nedan för statistik om respektive börkrav.

Av de 5 693 delupphandlingarna utvärderades 21 procent (1 193 delupphandlingar) med en modell där andra egenskaper än enbart pris viktades i anbudsbedomningen, se tabell 5.

Tabell 5 Deskriptiv statistik för börkrav för de 1 193 delupphandling med börkrav

Variabel	Medel	Std.avv	Min	Max	N	Andel (procent)
Produktens hållbarhet	0,813	0,347	0,250	1,000	8	0,67
Ändamålsenlighet	0,961	0,106	0,167	1,000	1 047	87,8
Formulering av läkemedel	0,224	0,312	0,015	1,000	188	15,8
Tillverkning av API	0,272	0,250	0,0001	1,000	208	17,4
Produktion av läkemedel	0,147	0,133	0,003	0,480	123	10,3
Produktion av API	0,321	0,229	0,006	1,000	188	15,8

Not: Tabellen visar den genomsnittliga vikt som respektive börkrav tilldelats i delupphandlingens utvärderingsmodell, för de fall där börkravet har angetts, utan att ta hänsyn till hur viktningen mellan börkrav och priser ser ut. "Andel" anger hur stor andel, i procent, av de 1 193 delupphandlingar med minst ett börkrav som angivit respektive börkrav.

Det vanligaste börkravet är ändamålsenlighet, medan exempelvis produktens hållbarhet var relativt ovanligt. Notera att hållbarhet i detta fall handlar om hållbarhet i tid, inte miljömässig hållbarhet. Viktningen kan innebära både fiktiva påslag och avdrag på anbudspriset. Dessa justeringar kan anges i kronor (5,4 procent), som en procentandel av anbudspriset (92,2 procent) eller som en procentandel av medelanbudet (2,4 procent). Att påslaget eller avdraget är fiktivt betyder att den faktiska ersättningen till leverantören inte förändras – justeringen gäller endast för att räkna fram utvärderingspriset vid bedömningen av anbudet.

Bland de delupphandlingar där anbudet viktas vid utvärderingen viktas de i genomsnitt mot 1,5 olika kriterier utöver priset. Majoriteten av dessa delupphandlingar (80 procent) viktas anbudet endast mot en extra egenskap⁶² utöver priset. Det är relativt ovanligt att anbudet viktas mot flera egenskaper och endast 4 procent av delupphandlingarna inkluderar samtliga fem börkrav listade i Tabell 6.

I Tabell 5 ovan presenterades andelen delupphandlingar där respektive börkrav har viktats. Tabell 6 fördjupar analysen genom att visa den relativa viktningen mellan pris och börkrav, vilket ger en ökad förståelse för hur dessa krav påverkar anbudsutvärderingen relativt till det anbudspris som lämnats.

För att analysera hur stor andel av utvärderingen som viktas mot pris respektive andra kriterier har utvärderingsmodeller översatts till ett gemensamt format, där detta varit möjligt, där priset justeras med ett procentuellt påslag. Detta innebär att kriterier påverkar utvärderingen av anbudet genom att ett anbud med sämre uppfyllelse av börkraven

⁶² Inom respektive börkravskategori förekommer flera olika kriterier – exempelvis kan ändamålsenlighet avse såväl sortimentsbredd som förpackningens hanterbarhet. För att minska dimensionaliteten och förenkla tolkningen av analysen har samtliga kriterier inom en och samma kategori slagits samman till ett samlat börkrav.

behandlas som om det vore dyrare. I många fall kan börkraven vara helt, delvis eller inte alls uppfyllda, och här analyserar vi det maximala påslaget som anges möjligt i upphandlingsdokumenten för respektive kriterier och delupphandling.

I flera upphandlingar angavs börkriteriets konsekvens på utvärderingspriset som avdrag i procent från anbudspriset. Det vill säga att anbud kunde få ett fiktivt prisavdrag i utvärderingen om kriteriet var uppfyllt. För att möjliggöra en rättvis jämförelse mellan upphandlingar och deras utvärderingsmodeller räknades dessa om till att motsvara det påslag som skulle drabba ett anbud om inte uppfyller kriteriet.

$$\frac{1}{1 - \text{avdrag}} = \text{påslag}$$

Detta innebär exempelvis att i en utvärderingsmodell där högst 20 procent avdrag kan ges till ett anbud som uppfyller samtliga börkrav, så skulle ett anbud utan något uppfyllt börkrav bedömas som 25 procent dyrare vid utvärderingen.

Det är vidare möjligt att beräkna kriteriers och prisets relativa vikt i utvärderingsmodellen. Givet ett omräknat prispåslag i procent, exempelvis där 100 procent prispåslag definieras som 1, beräknas prisets vikt i den totala utvärderingsmodellen som:

$$\text{relativ prisvikt} = \frac{1}{1 + \text{påslag}}$$

Börkravens (totala) relativa vikt beräknas som:

$$\text{börkravens relativa vikt} = 1 - \text{relativ prisvikt}$$

Eftersom börkraven i datamaterialet uttrycks i andelar av den totala vikten för börkravet (exempelvis 75 procent (0,75) ändamålsenlighet och 25 procent (0,25) hållbarhet), multipliceras börkravets andel med börkravens totala vikt för att få deras relativa vikt i utvärderingsmodellen. När anbuden inte viktas kommer därför prisvikten uppgå till 1, och börkravens vikt till 0.

I ett fåtal upphandlingar användes utvärderingsmodeller där avdrag eller påslag angavs i absoluta belopp vilket kan anses vara den bästa utvärderingsmetoden.⁶³ För dessa är det inte möjligt att utvärdera vilken relativvikt som den upphandlande myndigheten sätter på priset vid absoluta påslag och avdrag. Dessa delupphandlingar har inte omvärderats, utan exkluderas från analyser kopplade till utvärderingsmodellerna. Detsamma gäller observationer där information om huruvida delupphandlingen utvärderas genom prisavdrag eller prispåslag saknas, även om vikter för börkrav anges. För de analyser där utvärderingsmodellen är nödvändig kvarstår 5 629 delupphandlingar, 1 119 där pris och börkrav viktas i utvärderingen och 4 476 som utvärderas genom lägst pris, se Tabell 6.

⁶³ Bergman, M. (2013). Upphandling och kundval av välfärdstjänster – en teoribakgrund. Örebro, Uppdrag välfärd.

Tabell 6 Deskriptiv statistik för de 1 119 delupphandling som viktas med procentuella prispåslag eller prisavdrag, relativa vikter

Variabel	Medel	Std.avv.	Min	Max	N
Anbudspris	0,522	0,081	0,5	0,900	1 119
Produktens hållbarhet	0,333	0,000	0,333	0,333	4
Ändamålsenlighet	0,477	0,064	0,100	0,500	1 028
Formulering av läkemedel	0,067	0,082	0,013	0,300	160
Tillverkning av API	0,075	0,070	0,008	0,300	160
Produktion av läkemedel	0,042	0,044	0,002	0,125	94
Produktion av API	0,100	0,065	0,003	0,250	145

Not: Tabellen visar den genomsnittliga relativa vikt som respektive börkrav tilldelats i delupphandlingens utvärderingsmodell, för de fall där börkravet har angetts, när hänsyn tagits till prisets relativa vikt i anbudsutvärderingen. Endast delupphandlingar med procentuella avdrag eller påslag inkluderas i tabellen.

5.2 Försäljningsdata samt information om läkemedlen

För att analysera i vilken utsträckning parallellimporterade läkemedel upphandlats och hur detta relaterar till kravspecifikationer och upphandlingsvillkor har vi köpt in tre datamaterial från E-hälsomyndigheten. De två första innehåller, för varje månad under 2019 till och med 2024, uppgifter om vilka volymer regioner köpt in av varje läkemedelsprodukt genom rekvisition från apotek respektive genom inköp från partihandlare.⁶⁴ Vi har slagit ihop dessa två datamaterial och rensat för dubletter och sedan lagt in information från det tredje datamaterialet.

Det tredje datamaterialet innehåller, för varje läkemedelsprodukt, information om aktiv substans (klassificerat enligt ATC-systemet), läkemedelsform, styrka, förpackningsstorlek, säljande företag, samt (vad som är speciellt viktigt för denna rapport) om läkemedelsprodukten är parallellimporterad eller inte. Vi har vidare kopplat detta datamaterial med information från Läkemedelsverket om godkända läkemedel, samt från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) om det har sålts generiska läkemedel för de olika aktiva substanserna. Slutligen har vi matchat ihop detta datamaterial med vårt upphandlingsmaterial, vilket gör det möjligt att analysera hur upphandlingsvillkoren påverkar sannolikheten att parallellimporterade läkemedel upphandlas.

Tabell 7 visar deskriptiv statistik som tagits fram genom denna kombination av datamaterialen.⁶⁵ De första två variablerna visar procentandelen parallellimporterade läkemedel per delupphandling, dels uttryckt i andel av försäljningsvärdet om läkemedlen varje månad som kontraktet gäller hade sålts till apotekets försäljningspris (AUP), dels uttryckt i andelen sålda

⁶⁴ För vissa regioner med slutenvårdsapotek i egen regi blir det enligt E-hälsomyndigheten dubletter när dessa datamaterial samkörs, eftersom samma volym kan synas som ett inköp från en partihandlare samt en rekvisition från apotek, och vi har därför rensat bort sådana dubletter för att undvika dubbelräkning.

⁶⁵ Vi har lyckats matcha 5 375 av de totalt 5 693 delupphandlingarna med försäljningsdata. Resterande 336 inkluderar exempelvis spolvätskor och desinfektionsmedel som E-hälsomyndigheten inte räknat som läkemedel och läkemedel som vi inte klarat matcha eftersom styrkorna beskrivits olika i de olika datamaterialen.

förpackningar.⁶⁶ De två variablerna har en korrelation på 0,95 vilket är högt. Att korrelationen inte är 1 beror på att delupphandlingar kan inkludera flera olika förpackningsstorlekar och ibland även olika styrkor som kan ha olika pris per förpackning. Vi fokuserar på variabeln som mäter andelen i AUP eftersom det är rimligt att ge större och dyrare förpackningar mer vikt.

Tabell 7 visar även att andelen parallellimport i den genomsnittliga delupphandlingen var 3,95 procent mätt i AUP samt 3,53 procent mätt i antal förpackningar. Dessa siffror är högre än de 1,2 procent som parallellimportens andel inom slutenvården var 2023 enligt Läke-medelshandlarna.⁶⁷ Skillnaden beror främst på att alla delupphandlingar har samma vikt i Tabell 7.⁶⁸

Andelen parallellimport är 100 procent för enbart 0,25 procent (eller 8) av delupphandlingarna, men över 90 procent i 0,95 procent av delupphandlingarna, och över 50 procent för 2,99 procent av delupphandlingarna. Samtidigt är andelen noll för 74,26 procent av delupphandlingarna. Det finns flera möjliga delförklaringar till varför andelen varken är 0 eller 100 procent. En kan vara att lite försäljning har hamnat på fel månad i försäljningsstatistiken och därmed ibland på fel delupphandling, exempelvis att lite försäljning av direktimport som skedde när en direktimportör hade avtal med en region istället bokförts på första månaden i nästa upphandling som vunnits av en parallellimportör. En annan förklaring kan vara att vi av misstag inkluderat försäljningen av någon förpackningsstorlek eller styrka som inte ingick i respektive delupphandling. Att förpackningsstorlekar och styrkor kan skrivas på en mängd olika sätt innebär att en sådan risk inte kan elimineras när datamaterial från olika källor kombineras. En tredje förklaring är att en del delupphandlingar inkluderar flera vinnare. En fjärde delförklaring är att regionerna kan köpa in läkemedel utan avtal om de inte fått några giltiga bud för en delupphandling. Slutligen är det troligt att en delförklaring är att det vinnande företaget för delupphandlingar med endast en vinnare inte alltid kunnat leverera hela den efterfrågade kvantiteten.

För många läkemedel finns det inga förutsättningar för parallellimport eftersom priserna på de direktimporterade motsvarigheterna är förhållandevis låga i ett europeiskt perspektiv. För att kontrollera för detta har vi skapat variabeln *Del av tid PI finns*. Variabeln visar hur stor andel av de månader kontraktet för delupphandlingen gäller som det sålts åtminstone en parallellimporterad förpackning med samma verksamma substans till någon svensk region. Genomsnittet är 35,34 procent och för 47,15 procent av delupphandlingarna antar denna variabel värdet noll. Detta indikerar att det för knappt hälften av delupphandlingarna knappast skulle vara möjligt att få konkurrensmässiga bud från parallellimportörer även om upphandlaren utformade upphandlingsvillkoren som den upphandlare som är bäst på att få

⁶⁶ Variablerna baseras som längst på data till och med december 2024 eftersom vi inte har tillgång till nyare data. Vi har i kontraktstiden inkluderat optionerna för förlängning om detta nyttjats. I praktiken har vi satt slutdatum för upphandlingarna som det tidigaste datumet av följande två: a) avtalsstart + avtalets längd + längden av möjliga optioner; b) avtalsstart för en ny upphandling av samma region för samma ATC-kod och styrka. Detta eftersom en ny avtalsstart före optionerna löpt ut indikerar att optionerna inte nyttjats fullt ut. Värdena på variablerna kan påverkas av retur, och för en observation för *Andel parallellimport AUP* respektive åtta för *Andel parallellimport Förpackningar* har initiala negativa värden ersatts med värdet noll.

⁶⁷ Läke-medelshandlarna .(2024). Branschrapport 2023.

⁶⁸ Inkluderar vi all försäljning till regionerna, även den som inte är en del av en upphandling, och begränsar oss till 2023 så visar även vår data att Parallellimporterade läkemedel står för 1,2 procent av försäljningsvärdet (mätt i AUP) till regionerna. Efter omregleringen av apoteksmarknaden 2009–2010 är AUP för parallellimporterade läkemedel i snitt 99,2 procent av AUP för motsvarande direktimporterade läkemedel (Granlund, 2022a), vilket implicerar att de 3,95 procent som nämns i Table 7 svarar mot att parallellimportens andel mätt i mängd aktiv substans är 3,98 procent [= 3,95 procent/0,992] för den genomsnittliga delupphandlingen.

konkurrensmässiga bud från parallellhandlare. Vi kommer därför begränsa regressionsanalyserna till den andra hälften av delupphandlingarna.

Nästkommade två variabler beskriver förekomsten av generiska kopior. *Del av tid generika är godkänt* visar andelen av kontraktstiden som är samma månad eller efter ett generiskt läkemedel med samma aktiva substans (dvs. ATC-kod) blev godkänt för försäljning enligt data från Läkemedelsverket. Detta datamaterial visar godkännande datum för alla läkemedel som är eller har varit godkända för försäljning i Sverige och vi har matchat det med data från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) för att identifiera vilka läkemedel som är generiska kopior. Datamaterialet från TLV sträcker sig dock bara till läkemedel godkända till och med april 2020. För senare år har vi därför antagit att om antalet företag som innehar försäljningstillstånd för direktimporterade läkemedel av en viss substans stiger, så säljer de nya företagen generiska kopior. Från TLV har vi även fått ett datamaterial som för varje aktiv substans visar först dagen ett generiskt läkemedel började säljas. Vi har nyttjat detta datamaterial tillsammans med variabeln *Del av tid generika är godkänt* för att skapa variabeln *Del av tid generika är godkänt eller säljs*. Dessa två variabler har en korrelation på 0,97, men de är på grund av brister i datamaterialen inte identiska. Möjliga förklaringar till att den senare har ett högre medelvärde, 54,60 procent jämfört med 52,46 procent är att originalläkemedelstillverkare själva börjar sälja generika (vilket vi inte fångar i variabeln *Del av tid generika är godkänt* om godkännandet skedde efter april 2020), samt att vissa ATC-klassificeringar ändrats, vilket kan orsaka fel i den senare variabeln.

På de kommande två raderna redovisas andel parallellimport för de delupphandlingar för vilka generika inte funnits i Sverige. Notervärt är att medelvärdena för dessa delupphandlingar inte skiljer sig nämnvärt från medelvärdena över alla delupphandlingar, vilka redovisas överst i Tabell 7. Vi hade förväntat oss högre andelar av parallellimport för delupphandlingar när parallellimportörer inte behöver konkurrera med billiga generiska läkemedel. En delförklaring till att vi inte ser det kan vara att även parallellimport av generiska läkemedel förekommer.

Variabeln *Värde AUP inkl. optioner* och *Värde AUP avtal* är mått på delupphandlingens försäljningsvärde under hela den möjliga avtalsperioden, inklusive förlängningsoptionerna, respektive under den ordinarie avtalsperioden. Båda variablerna är med hjälp av konsumentprisindex uttryckta i miljoner kronor i 2024 års priser. Variablerna är beräknade genom att multiplicera den genomsnittliga försäljningen de första sex månaderna från avtalsstart (respektive från januari 2019 om avtalsstarten var före det) med avtalslängden inklusive respektive exklusive förlängningsoptionerna.⁶⁹

⁶⁹ Vi nyttjar genomsnittet de första sex månaderna sedan avtalsstart eftersom vi för vissa upphandlingar bara observerar sex månaders försäljning inom ordinarie avtalsperiod. För 173 delupphandlingar observerar vi dock ingen försäljning under dessa månader, kanske pga. att en överprövning begärts, och vi använder då genomsnittet de första 12 månaderna i de 109 fall där det finns försäljning under denna period och i resterande 64 fall använder vi genomsnittlig försäljning under hela avtalsperioden.

Tabell 7 **Deskriptiv statistik för försäljningsdata med delupphandling som observationsenhet**

Variabel	Medel	Std.av.	Min	Max	N
Andel parallellimport AUP (%)	3,95	14,85	0	100	5 357
Andel parallellimport Förpackningar (%)	3,53	14,37	0	100	5 357
Del av tid PI finns (%)	35,34	42,81	0	100	5 357
Del av tid generika är godkänt (%)	52,46	45,09	0	100	5 357
Del av tid generika är godkänt eller säljs (%)	54,60	45,72	0	100	5 357
Andel parallellimport AUP (%) om Del av tid generika är godkänt eller säljs = 0	3,88	14,80	0	100	1 967
Andel parallellimport Förpackningar (%) om Del av tid generika är godkänt eller säljs = 0	3,59	14,47	0	100	1 967
Värde AUP inkl. optioner (mnkr)	41,47	526,78	0,0016	31 333,24	5 357
Värde AUP avtal (mnkr)	16,88	161,79	0,0008	5 833,31	5 357

5.3 Analys av upphandlings- och försäljningsdata

Genom parallellimport av läkemedel från andra EU/EES-länder kan regionerna minska sina läkemedelskostnader utan att kompromissa med kvaliteten. Parallellimport (PI) av rekvisitionsläkemedel utgör därmed ett potentiellt verktyg för att främja prispress inom hälso- och sjukvården. PI-andelens storlek kan dock påverkas av flera faktorer, inte minst hur upphandlingar utformas. I detta avsnitt beskriver vi hur PI-andelar och upphandlingsvillkor varierar mellan upphandlingstyper, regioner och över tid.

5.3.1 Skillnader mellan upphandlande myndigheter

Myndigheter kan och bör forma sina upphandlingar efter sina behov, vilket kan ge upphov till vissa regionala skillnader. I samordnade upphandlingar krävs därtill enighet mellan regioner, medan enskilda regioner kan utforma sina upphandlingar efter sina egna behov. Dessa skillnader kan i sin tur påverka konkurrensen. Om läkemedlet som upphandlas dessutom är patenterat kan dessa skillnader ha en inverkan på andelen parallellimport, då parallellimportörer är den enda konkurrenten som patentägaren kan möta under patentets giltighetstid.

Samordnade upphandlingar och enskilda regioners upphandlingar

Totalt är 76 av de 116 insamlade ramavtalen (66 procent) så kallade samordnade upphandlingar, där flera regioner gemensamt upphandlar ett ramavtal från vilket respektive region får avropa efter behov. I regel sker dessa samordnade upphandlingar genom att en region erhåller fullmakt att genomföra upphandlingen för samtliga involverade regioner.⁷⁰

Vi identifierar flera återkommande samarbetskonstellationer. Bland de vanligaste finns de fyra nordligaste regionerna (Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland, Jämtland Härjedalen), Fyrbäck-regionerna (Dalarna, Gävleborg, Västmanland och Uppsala), Mellansverige (Södermanland, Värmland och Örebro), samt Sydöstra Regionerna (Jönköping, Kalmar och Östergötland). Stockholm och Gotland respektive Blekinge och Skåne samarbetar dessutom emellanåt, se figur B1 i bilaga B. Sammantaget finns det således sex grupper av regioner som samordnar sina upphandlingar vid åtminstone ett tillfälle under den studerade perioden. Vissa av dessa grupper samordnar samtliga sina upphandlingar av läkemedel, medan andra regioner upphandlar tillsammans med andra likväl som enskilt.

Analysen av upphandlings- och försäljningsdatamaterialen visar tydliga skillnader i andelen parallellimporterade läkemedel mellan regioner. Denna skillnad kvarstår även när hänsyn tas till den typ av läkemedel som upphandlas (ATC-grupper). Detta innebär att skillnaderna inte enbart kan förklaras av skillnader i produktmix, utan tyder på att det finns en utvecklingspotential bland regioner. När vi kontrollerar för produktmix finner vi att Fyrbäck-regionerna, Region Skåne och Region Blekinge har den högsta andelen parallellimporterade läkemedel, se figur B2 i bilaga B.

Resultaten visar också att andelen parallellimport inte bara varierar mellan regioner utan även mellan samordnade och enskilt genomförda upphandlingar, se Tabell B1 i bilaga B. Tester visar att samordnade upphandlingar i genomsnitt har längre ordinarie avtalstider, medan möjligheten att förlänga avtalstiden genom optioner är något vanligare i upphandlingar som genomförs av enskilda regioner. Den genomsnittliga avtalstiden uppgår till drygt 19 månader, och 90 procent av upphandlingarna erbjuder möjligheten att förlänga avtalet, i genomsnitt med knappt 2 år.

Tabell B2 i bilaga B visar att det även finns skillnad mellan samordningsgrupper gällande avtalstid, optioner och andel parallellimport. Fyrbäck-regionerna samt Stockholm/Gotland uppvisar de högsta andelarna parallellimport, medan Mellansverige och de sydöstra regionerna har de lägsta. Tabell B2 skildrar också att samordningsgrupper skiljer sig åt gällande avtalstid och användning av optioner, vilket tyder på varierande kontraktstrategier. Exempelvis har Sydöstra längst genomsnittlig avtalstid men färre optioner, medan Mellansverige har kortare avtal men konsekvent inkluderar förlängningsoptioner, vilket antyder olika grader av flexibilitet i upphandlingsstrategin.

För mer omfattande deskriptiv statistik om skillnader mellan regioner och samordningsgrupper, se Bilaga B.

⁷⁰ Regionernas samverkansmodell för läkemedel. (N/A). <https://samverkanlakemedel.se/process---ordnat-inforande/forhandling-och-upphandling>

Skillnader över tid

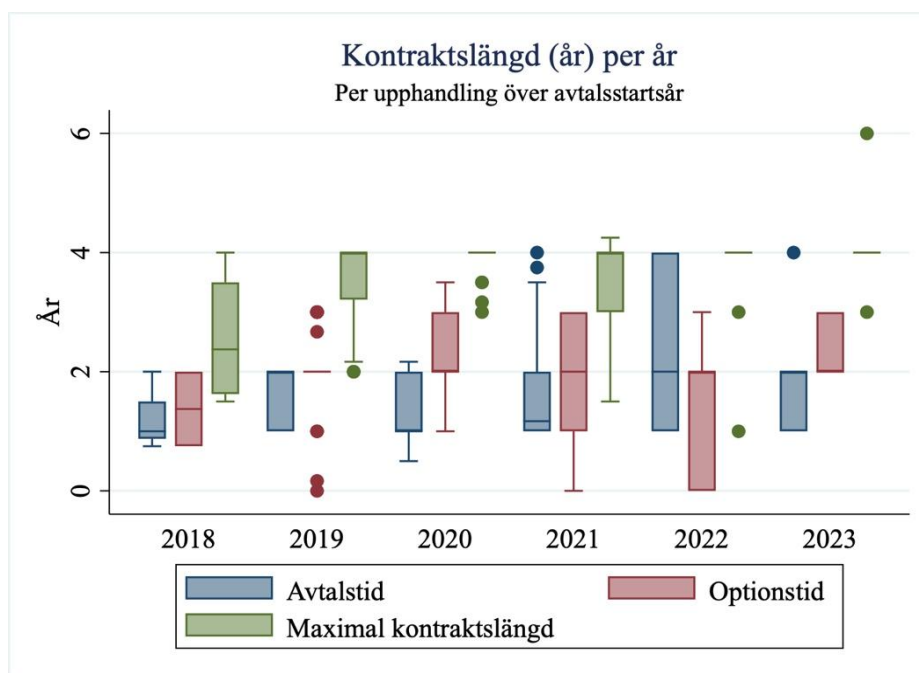
Skillnader återfinns inte bara mellan regioner, utan också över tid. Figur 3 nedan visar avtalstid, optionstid och kontraktets maximala längd (i år) för samtliga upphandlingar i datamaterialet, uppdelat efter avtalsstartsår. Motsvarande deskriptiv statistik återfinns i bilaga A, tabell A2.

Den genomsnittliga avtalstiden ligger genomgående mellan ett och två år, även om viss variation förekommer över tid. Under perioden 2018–2020 tenderade avtalstiderna att vara kortare, medan 2022 utmärker sig med ett högre genomsnitt (2,2 år) och större spridning (standardavvikelse 1,21), vilket antyder att vissa upphandlingar hade avsevärt längre löptid det året. Den kortaste avtalstiden som observerats är 6 månader (2020), medan det längsta avtalet sträcker sig till 4 år.

Samtliga avtalstider är därmed betydligt längre än den månad som priser måste hållas konstant på apoteksmarknaden. Under denna period måste läkemedelsbolagen också garantera tillgänglighet för att deras produkter ska kunna bli periodens vara, det vill säga den medicinskt likvärdiga produkt som rekommenderas på apoteken. Regionernas avtal är även i allmänhet längre än de rabattavtal parallellimportörer har med apotekskedjorna, som enligt intervjuerna är mellan en och sex månader långa. I genomsnitt är avtalstiderna även längre än i Danmark, där de alltid är ett år, men ungefär lika långa som i Finland där de vanligen är två år men ibland ett år.⁷¹ Det finns flera praktiska skäl till att en upphandlande region kan föredra längre avtalstider framför längre optionstider, exempelvis ökad säkerhet och minskad administrativ belastning. Långa avtalstider kan dock leda till att parallellimportörer avstår från att lämna anbud eller lägger högre bud eftersom de kan ha svårt att garantera tillgång till läkemedel till låga priser över lång tid. Längre avtalstider kan därmed innebära högre priser för regionerna.

⁷¹ Läkemedelshandlarna. (2025). Regionernas upphandlingar i Danmark och Finland.

Figur 3 Kontraktslängd per år, per upphandling över avtalsstartsår



Not: Figuren visar avtalstid, optionstid och maximal kontraktslängd (avtalstid inklusive optionstid) per avtalsstartsår. Grafen visar respektive måtts spridning, där boxen visar den mittersta hälften av observationerna (mellan första och tredje kvartilen) medan linjen i boxen motsvarar medianen. När den första och tredje kvartilen tar samma värde, vilket är fallet för maximal kontraktslängd de sista åren, blir boxen bara en linje. Punkter motsvarar avvikande observationer som ligger utanför 1,5 gånger interkvartilavståndet.

Avtalens maximala längd tenderar att bli både längre och mer förutsägbara över tid. Den maximala kontraktslängden är i genomsnitt drygt 3,5 år, där hela 80 upphandlingar uppgår till 4 års maximal kontraktslängd.⁷²

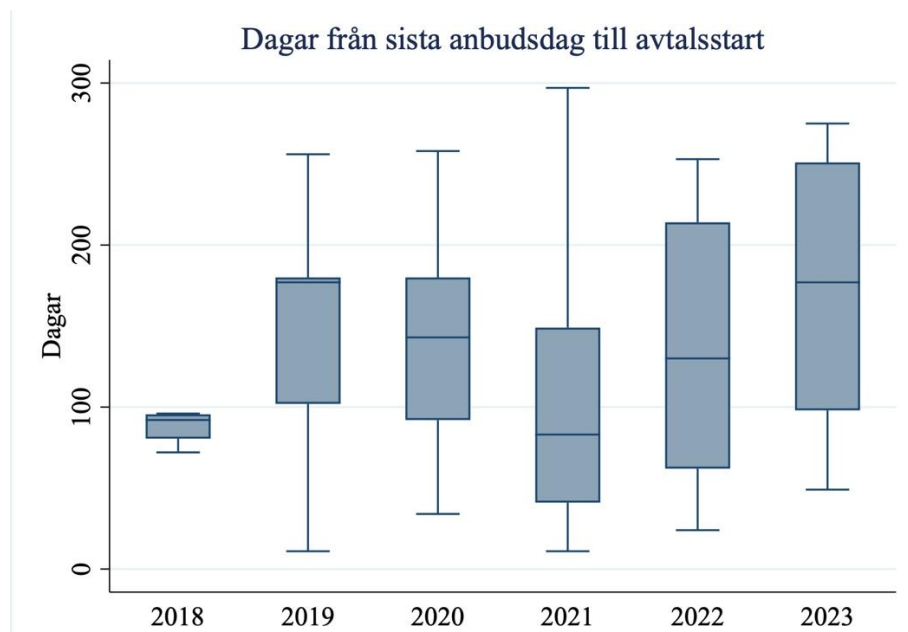
Upphandlande myndigheter verkar i allt större utsträckning välja att maximera den totala tillåtna längden för avtalen, inklusive optioner, för att skapa långsiktiga leverantörsrelationer. Detta kan ge fördelar som minskade administrativa kostnader genom färre upphandlingar och ökad förutsägbarhet i planering och budgetering. Det kan även minska konkurrensen från parallellimporterade läkemedel och därmed leda till högre priser. Skillnader mellan år kan bero på flera faktorer, såsom förändringar i regelverk, marknadsförhållanden, eller politiska prioriteringar. Till exempel kan osäkra marknadsförhållanden eller förväntade patentutgångar göra att myndigheter föredrar kortare fasta avtal med fler optioner för flexibilitet. I stabila perioder kan myndigheter föredra längre fasta avtal för att minimera administrativa kostnader. Även erfarenheter från tidigare upphandlingar och strategiska val i olika regioner eller sektorer kan bidra till variationen i avtalens struktur över tid.

Genom att analysera avtalstider och optionstider per region finner man skillnader i hur de upphandlande regionerna väljer att strukturera sina avtal, se Tabell A3 i bilaga A. Vissa

⁷² Två upphandlingar överstiger 4 år, vilket endast får ske vid särskilda tillfällen. För 78 av 116 upphandlingar är den maximala totala kontraktslängden 4 år, för de två med längre maximal kontraktslängd uppgår denna istället till 4 år och 3 månader, respektive 6 år.

regioner, såsom Region Östergötland, Jönköping och Kalmar, har i genomsnitt längre avtals-tider med medelvärden runt 3 år. Andra regioner, exempelvis Region Stockholm, Söderman-land och Gotland, tenderar att ha kortare avtals-tider nära 1 år. På samma sätt ser vi preferen-ser gentemot optioner, då Region Stockholm, Södermanland och Gotland lägger stor vikt vid optioner med medelvärden kring 2 till nästan 3 år, medan Region Östergötland, Jönköping och Kalmar har betydligt kortare eller inga optionstider alls. Detta kan tolkas som att vissa regioner föredrar flexibilitet genom kortare grundavtal med möjligheter till förlängningar, medan andra föredrar längre fasta avtal utan optioner.

Figur 4 Dagar mellan sista anbudsdag och avtalsstart



Not: Figuren visar antalet dagar mellan sista anbudsdag och avtalsstart som angivet i förfrågningsunderlagen, baserat på avtalsstartår.

Figur 4 ovan visar antalet dagar från sista anbudsdag till anbudsstart för upphandlingar på upphandlingsnivå per år. Medianvärdet ligger ofta runt 80–180 dagar, med relativt hög standardavvikelse (>69 dagar) 2019–2023, vilket indikerar en bred spridning av tiden mellan sista anbudsdag och start. Den längsta väntetiden är 297 dagar (nästan 10 månader). År 2018 är observationerna få (4) men visar en relativt kort och stabil tidsperiod (medel 88 dagar). Detta beskrivs även i tabell A2 i bilaga A.

5.3.2 Förfrågningsunderlagen och avtalsvillkor

Takvolym

Takvolym anges ofta i procent av tidigare års inköp, exempelvis genom att uttrycka att takvolymen för delupphandlingen är "140 procent av förra avtalsperiodens inköp". Att en takvolym angivits framkommer i 21 procent av upphandlingarna i datamaterialet. Den angivna takvolymen motsvarar inte en planerad inköpsmängd, utan fungerar istället som ett övre gränsvärde som leverantörerna måste kunna garantera leverans av. Kan en leverantör inte möta regionens faktiska efterfrågan, upp till takvolymen, så måste företaget ofta betala en mellanskillnadsersättning som för varje förpackning de inte kan leverera är skillnaden

mellan det avtalade priset och det pris regionen betalar för ersättningsprodukten. Leverantörerna vet inte på förhand hur högt priset på ersättningsprodukten kommer att vara under kontraktets löptid.

När takvolym inte anges innebär det att det inte finns någon formell övre gräns för avrop, vilket kan skapa osäkerhet för leverantörer, särskilt för parallellimportörer, som kan ha svårare att säkerställa leverans av obegränsade volymer. Takvolymen kan med andra ord fungera som ett skydd för leverantören då leverantören inte kan hållas ansvarig för uteblivna leveranser av beställningar som överskrider takvolymen, och vite eller mellan-skillnadsersättning kan därmed inte utgå. Takvolymen skulle dock också kunna fungera avskräckande om nivån på takvolymen är väldigt hög.

Krav, kvalitet och utvärderingsmetoder

Krav

Skallkrav, det vill säga krav som ställs i förfrågningsunderlaget som måste uppfyllas för att en anbudsgivare ska kvalificeras, kan variera mellan upphandlingar då den upphandlande myndigheten har stor frihet i att utforma dem utifrån egna behov och strategier. Tabell 8 visar att det finns vissa skillnader i ställda skallkrav mellan samordnade upphandlingar jämfört med upphandlingar som initieras av enskilda regioner. Exempelvis ställer regioner som samordnar sina upphandlingar oftare krav på bevis om systematiskt kvalitetsarbete bland leverantörerna, medan de mer sällan ställer krav på utsläpp kopplade till tillverkning av API samt att leverantören ska ha ansvarsförsäkring utöver läkemedelsförsäkringen. Det är möjligt att dessa skillnader beror på andra faktorer än samordning, bland annat tidpunkten för upphandlingen och vilken utvärderingsmetod som används.

Tabell 8 Skillnader i kravställning mellan samordnade och enskilda upphandlingar, per upphandling.

Krav	Samordnade	Ej samordnade	Skillnad	T-test, p-värde
Ekonomi	0,882	0,850	-0,032	0,683
Kvalitetsarbete	0,868	0,750	-0,118*	0,945
Kapacitet	0,513	0,500	-0,013	0,553
Utsläpp av API	0,197	0,325	0,128*	0,065
Information om land	0,039	0,075	0,036	0,208
Ansvarsförsäkring	0,197	0,600	0,403***	0,000
Sanktioner	0,079	0,125	0,046	0,213

Not: Tabellen presenterar andelen upphandlingar där respektive skallkrav ställts, separerat mellan samordnade upphandlingar och upphandlingar initierade av enskilda regioner. Av upphandlingarna är 76 samordnade och 40 initierade av enskilda regioner.

Tabell 9 visar att flera skallkrav är relativt stabila över tid, särskilt krav kopplade till leverantörens ekonomi, deras kvalitetsarbete och ansvarsförsäkringar. Däremot finner vi att de miljörelaterade kraven (vilket inkluderar rutiner för att minska utsläpp vid tillverkning av aktiv läkemedelssubstans samt information om land) blivit betydligt vanligare under de två senaste åren.

Tabell 9 Skillnader i kravställning över tid, per upphandling

Krav	2018–2019 (N=48)	2020–2021 (N=42)	2022–2023 (N=26)
Ekonomisk ställning	0,917 (0,279)	0,810 (0,397)	0,885 (0,326)
Kvalitetsarbete	0,833 (0,377)	0,810 (0,397)	0,846 (0,368)
Kapacitet	0,625 (489)	0,405 (0,497)	0,462 (0,508)
Utsläpp av API	0,000 (0,000)	0,190 (0,397)	0,769 (0,430)
Information om land	0,042 (0,202)	0,000 (0,000)	0,154 (0,368)
Ansvarsförsäkring	0,333 (0,476)	0,333 (0,477)	0,346 (0,485)
Sanktioner	0,000 (0,000)	0,000 (0,000)	0,423 (0,504)

Not: Tabellen presenterar andelen upphandlingar där respektive skallkrav ställts, separerat mellan 2018–2019, 2020–2021 och 2022–2023.

Även om det finns riktlinjer för vilka skallkrav som kan ställas på internationell, nationell och regional nivå, är det i praktiken de lokala tjänstemännen som utformar förfrågningsunderlagen. Det är därför viktigt att krav inte ställs slentrianmässigt eller blir resultatet av en ”copy-paste-fälla”, utan att det finns ett tydligt syfte med respektive krav som ställs. För patentskyddade läkemedel så är kvalitén helt identisk, inklusive produktionsrelaterade externaliteter. Det som kan skilja sig åt är utsläpp från transporter. Därmed är många krav inte alltid relevanta att ställa i upphandlingar, speciellt inte för patentskyddade läkemedel.

Utvärderingsmetoder

Anbud kan utvärderas på flera sätt, antingen enbart utifrån lägsta pris eller genom modeller som även beaktar kvalitativa egenskaper. I dessa modeller används ofta fiktiva prispåslag eller prisavdrag på det lämnade anbudspriset. Justeringen kan anges i absoluta termer (SEK), som en procentandel av anbudet eller som en procentandel av ett medel- eller medianvärde av de inkomna anbudena.

I datamaterialet har 1 119 delupphandlingar utvärderats med procentuella påslag eller avdrag. Det genomsnittliga prispåslaget för dessa är knappt 48 procent. Detta innebär att ungefär hälften av utvärderingen i dessa fall avser andra faktorer än pris. Vid samverkansupphandlingar är det genomsnittliga prispåslaget något lägre, 44 procent, medan motsvarande siffra för upphandlingar som genomförs av enskilda upphandlande myndigheter är 49 procent.⁷³ Modeller som viktar anbudet mot kvalitativa egenskaper används betydligt

⁷³ Ett t-test visar att skillnaden är statistiskt signifikant (4,4 procentenheter, $p < 0,001$).

mer sällan vid samverkansupphandlingar (6,7 procent av delupphandlingarna) än vid upphandlingar som initieras av enskilda regioner (46 procent). Det innebär att det är närmare 7 gånger vanligare för enskilda regioner att använda sådana modeller.

Av naturliga skäl kan skallkraven variera beroende på vilken utvärderingsmetod som används vid tilldelning av kontraktet. Teoretiskt sett kan lägst pris ge incitament att ställa fler och mer detaljerade skallkrav för att säkerställa kvalitet, medan viktade utvärderingsmodeller i större utsträckning kan låta kvalitetsaspekterna hanteras inom själva utvärderingen. Den deskriptiva statistiken i Tabell 10 visar dock ett motsatt mönster, där skallkraven ställs i högre utsträckning för viktade delupphandlingar.

Tabell 10 Skillnad i kravställning beroende på utvärderingsmodell

Krav	Lägst pris (N=4 510)	Viktade (N=1 119)	Skillnad (p-värde)
Ekonomi	0,644	0,895	-0,250*** (0,000)
Kvalitetsarbete	0,730	0,573	0,158*** (0,000)
Kapacitet	0,447	0,635	-0,188*** (0,000)
Tillverkning API	0,173	0,630	-0,458*** (0,000)
Land	0,044	0,031	0,013** (0,025)
Ansvarsförsäkring	0,218	0,346	-0,128*** (0,000)
Sanktioner	0,150	0,060	0,090*** (0,000)

Not: Tabellen jämför andelen delupphandlingar med respektive skallkrav beroende på utvärderingsmetod. Metoden lägsta pris baseras enbart på det pris som leverantören lämnat, medan den viktade metoden innebär att anbudet bedöms utifrån flera kriterier än enbart pris. Asteriskerna motsvarar signifikansnivån på t-tester.

Eftersom skallkrav måste uppfyllas av samtliga anbudsgivare, medan börkrav används som en del av utvärderingsmetoden, kan deras inbördes relation indikera om de upphandlande regionerna ser dem som komplement eller substitut. Korrelationsmatrisen i Tabell 11 visar att vissa skall- och börkrav ofta förekommer tillsammans, vilket tyder på ett komplementärt förhållande. Detta gäller särskilt skallkraven för utsläpp av API och sanktioner som båda uppvisar positiva samband med börkraven om miljörelaterad information⁷⁴. En förklaring till dessa korrelationer är temporala samband, vilket vi även ser i Tabell 11. Även kvalitetsarbete visar positiv korrelation med flera börkrav. Samtidigt framträder tydliga negativa samband, vilket kan tyda på ett substitutförhållande. Till exempel är ekonomiska skallkrav negativt korrelerade med produktion av API (-0,301) och krav på kapacitet uppvisar negativa korrelationer med vissa börkrav, såsom formulering av läkemedel (-0,205) och produktion av API (-0,178).

⁷⁴ Det vill säga formulering av läkemedel, tillverkning av API, produktion av läkemedel och produktion av API.

Sammantaget tyder resultaten på att relationen mellan skall- och börkrav inte är entydig: vissa kravtyper kombineras för att förstärka kvalitets- och säkerhetsaspekter, medan andra tycks ersätta varandra i upphandlingsstrategin.

Tabell 11 Samband mellan skallkrav och börkrav vid viktad anbudsutvärdering

Skall\Bör	Hållbarhet	Ändamålsenlighet	Formulering av läkemedel	Tillverkning av API	Produktion av läkemedel	Produktion av API
Ekonomi	-0,028	0,015	0,06	0,140*	0,104*	-0,301*
Kvalitetsarbete	-0,069*	-0,231*	0,265*	0,136*	0,177*	0,048
Kapacitet	-0,079*	0,148*	-0,205*	-0,067*	-0,005	-0,178*
Utläpp av API	-0,078*	-0,086*	0,170*	0,091*	0,119*	0,074*
Info. om land	-0,011	0,054	-0,073*	-0,059*	-0,054	-0,054
Ansvarsförsäkring	0,051	-0,127*	-0,045	-0,007	0,098*	0,206*
Sanktioner	-0,015	-0,462*	0,500*	0,478*	0,548*	0,542*

Not: Asterisk motsvarar en signifikansnivå om minst 5 procent, för parvisa Pearson-korrelationer.

Utöver skillnader i skallkrav mellan de olika utvärderingsmetoderna finner vi skillnader i andelen parallellimporterade läkemedel. Andelen parallellimport är 1,8 procent högre ($p=0,000$) för delupphandlingar som utvärderas genom lägst pris (4,3 procent) jämfört med delupphandlingar som utvärderas genom viktning (2,5 procent).

6. Hur påverkar upphandlingsvillkoren andelen parallellimport och läkemedelskostnader

6.1 Empirisk metod och specifikationer

I den empiriska analysen undersöks vilka faktorer som påverkar andelen parallellimport som upphandlas av regionerna. Den beroende variabeln är den logaritmerade andelen parallellimport för upphandling u , i delområde d och ATC-kod a . Som beskrivits i avsnitt 5.3.3 avser denna andel hela kontraktperioden inklusive eventuella optionsperioder som verkar ha utnyttjats i praktiken.

$$\ln(sPI_{uda}) = \beta_0 + \sum_s \gamma_s Skall_{uda}^s + \sum_b \delta_b Bör_{uda}^b + \mu_a + \beta_x U_{uda} + \varepsilon_{uda}$$

De huvudsakliga förklarande variablerna av intresse för att beskriva andelen parallellimporterade läkemedel är börkrav och skallkrav samt andra upphandlingsvariabler, exempelvis angående delupphandlingens storlek. I analysen inkluderas dels indikatorvariabler som fångar upp om respektive skallkrav är ställt, dels variabler som beskriver den relativa viktningen för respektive börkrav som ställts. Dessa variabler fångar upp upphandlande myndigheters strategiska val gällande minimikrav på leverantörer likväl som strategier i utvärderingsprocessen.

I den deskriptiva statistiken nämns sju skallkrav och sex börkrav. Skallkraven är ekonomisk ställning, systematiskt kvalitetsarbete, leverantörens yrkesmässiga kapacitet, rutiner för att minska utsläpp av API vid tillverkning av läkemedel, information om land där tillverkning sker, ansvarsförsäkring, samt sanktioner mot Ryssland. På grund av den temporala kopplingen till sanktioner mot Ryssland (samtliga observerade sanktioner inföll 2022–2023) och den begränsade mängden observationer kopplade till information om produktionsland exkluderas dessa från analysen. För att minska antalet variabler har vi även slagit samman börkrav kopplade till produktion och formulering av läkemedel respektive börkrav kopplade till tillverkning och produktion av API. Samtidigt exkluderas läkemedlets hållbarhet från analysen eftersom detta börkrav, likt skallkravet om information om produktionsland, angivits i mycket få delupphandlingar. Detta innebär att de börkrav, och därmed viktningskriterier, som inkluderas i den empiriska analysen är ändamålsenlighet hos läkemedlet, information om tillverkning och produktion av API samt information om läkemedlets formulering och produktion.

Vi inkluderar indikatoreffekter på ATC-nivå för att kontrollera för att förutsättningarna för parallellimport till Sverige skiljer sig åt mellan olika läkemedelsgrupper, exempelvis eftersom priserna på vissa läkemedel är betydligt högre i andra EES-länder vilket minskar förutsättningarna för parallellimport av dessa till Sverige. Vidare inkluderas kontraktstorlek (mätt i termer av kontraktsvärde baserat på AUP) som kan antas påverka möjligheterna för parallellimportörer att delta. Vi testar även avtalslängden och längden på potentiella optioner som ett substitut till kontraktstorleken i termer av värde. Vi inkluderar även antal dagar mellan sista anbudsdag och avtalsstart samt en variabel som indikerar huruvida upphandlingen är en samordnad upphandling mellan regioner eller inte.

Vissa potentiella kontrollvariabler exkluderas däremot från analysen. Detta gäller bland annat valutakurser. Även om tidigare studier visat att valutakursförändringar kan påverka parallellimportens omfattning, bedöms denna effekt inte vara central i denna analys eftersom anbudsgivarnas förväntningar om valutakurser under avtalsperioden bör ha likvärdiga effekter på priserna på parallellimporterade och direktimporterade läkemedel.

Vi inkluderar även indikatorvariabler som fångar upp respektive år som avtalet gäller, exklusive optioner, för att kontrollera för prisändringar i andra EES-länder och andra faktorer som förändrats över tiden. I bilaga A visar vi resultat av känslighetsanalyser där vi istället inkluderar specifika effekter för avtalsstartsår.

För att bättre spegla upphandlingens ekonomiska betydelse viktas varje observation med delupphandlingens uppskattade värde baserat på de första sex månadernas inköp. Vidare begränsar vi analysen till ATC-grupper där parallellimport faktiskt förekommit någonstans i Sverige under de år upphandlingen gäller, för att säkerställa att potentiella parallellimportörer fanns närvarande på marknaden. Vi redovisar även separata skattningar för de delupphandlingar där generiska läkemedel inte är ett alternativ. Robusta standardfel appliceras i samtliga specifikationer.

Vid tolkningen av skattningarna bör läsare ha i åtanke att variablerna för skall- och börkrav är kategorivariabler som samlar olika krav ställda i olika upphandlingar. Exempelvis antar variabeln Ekonomisk ställning värdet ett när upphandlaren ställt något skallkrav om stabil ekonomi eller ekonomisk ställning, även om de krav upphandlarna ställer kan vara olika strikta. Detta minskar sannolikheten att finna statistiskt signifikanta resultat i de fall kraven har ett faktiskt samband med andelen parallellimport.

Specifikation (1) och (2) i Tabell 12 är skattade på ett urval som inkluderar samtliga delupphandlingar där parallellimport förekommer någonstans i Sverige under avtalsperioden. Dessa motsvarar med andra ord ett bredare urval (2831 observationer), där parallellimportörer konkurrerar med originalläkemedel och eventuella generika. Specifikation (3) och (4) begränsas till delupphandlingar utan tillgänglig generika, varvid konkurrensen endast sker mellan parallellimport och originalläkemedel (706 observationer). Vidare inkluderar specifikation (2) och (4) årsummies för de år som ordinarie avtalstid för delupphandlingen avser.⁷⁵

⁷⁵ Ett kontrakt löper ofta över flera år. Dessa indikatorvariabler tar värdet 1 för alla år som ordinarie avtal gäller och värdet 0 för andra år.

Tabell 12 Andel parallellimporterade (PI) rekvisitionsläkemedel

Variabel	(1) ln(Andel PI)	(2) ln(Andel PI)	(3) ln(Andel PI)	(4) ln(Andel PI)
Ekonomisk ställning	0,236 (0,360)	-0,749* (0,438)	2,168** (0,944)	-0,109 (1,005)
Kvalitetsarbete	-0,233 (0,314)	0,463 (0,401)	-1,895* (1,112)	-0,966 (1,084)
Ansvarsförsäkring	0,146 (0,261)	-0,046 (0,297)	1,529** (0,609)	-0,139 (0,877)
Kapacitet	-0,435 (0,297)	-0,432 (0,313)	-0,499 (0,558)	-0,874 (0,619)
Utsläpp av API	0,351 (0,257)	1,178*** (0,411)	-0,288 (0,915)	0,423 (0,933)
Ändamålsenlighet	0,845 (0,909)	0,999 (0,994)	4,740*** (1,414)	4,943*** (1,564)
API	-6,103 (6,319)	-5,123 (6,398)	-25,97 (21,01)	-14,94 (26,39)
Läkemedel	-11,46 (8,761)	-8,793 (8,812)	74,87 (98,35)	52,52 (99,72)
Ln(Avtalsvärde)	-0,342*** (0,0663)	-0,231*** (0,0687)	-0,625*** (0,180)	-0,577*** (0,188)
Ln(Optionsvärde)	0,017 (0,031)	-0,037 (0,041)	0,0695 (0,053)	-0,0820 (0,088)
Ln(Dagar till avtalsstart)	1,009*** (0,261)	1,062*** (0,292)	0,579 (0,464)	0,983* (0,537)
Samordnad upphandling	0,387 (0,281)	0,009 (0,318)	3,529*** (0,816)	3,298*** (0,858)
Konstant	-15,69*** (1,226)	-15,66*** (1,419)	-13,60*** (2,503)	-15,09*** (2,685)
Årsdummies	Nej	Ja	Nej	Ja
Justerat R ²	0,619	0,632	0,659	0,682
R ²	0,659	0,672	0,720	0,742
F-värde	4,36	3,70	4,22	3,74
N	2831	2831	706	706

Not: i) Tabellen rapporterar skattningar från OLS-regressioner med logaritmen av andelen parallellimport (ln(Andel PI)) som beroende variabel. ii) Samtliga specifikationer inkluderar fasta effekter för ATC-nivå. iii) Robusta standardfel anges inom parentes. iv) Viktning görs med upphandlingens AUP-värde. v) Kolumn (1) och (3) exkluderar årsdummies för aktiva avtalsår, exklusive optioner, medan kolumn (2) och (4) inkluderar dessa årsdummies. vi) Kolumn (3) och (4) är begränsade till upphandlingar utan generika sålda inom Sverige. vii) *, ** och *** indikerar signifikans på 10-, 5- respektive 1-procentsnivån.

Gällande skullkrav om ekonomisk ställning och ansvarsförsäkring finner vi blandade resultat med positiva koefficienter i specifikationerna utan årsdummies och negativa koefficienter i specifikationerna med årsdummies. Sammantaget finner vi inga starka tecken på att krav angående ekonomisk ställning eller ansvarsförsäkring påverkar andelen parallellimport. Vi finner dock visst stöd för att krav på systematiskt kvalitetsarbete minskar andelen parallell-

importerade läkemedel men denna effekt är signifikant endast i specifikation (3). Koefficienterna för krav på yrkesmässig kapacitet är genomgående negativa, men de är inte signifikant skilda från noll (förutom i specifikationer (3) och (4) i tabell A6 om fixa effekter för upphandlare). Angående krav på rutiner för att minska utsläpp vid tillverkning av API finner vi en signifikant positiv samvariation i specifikation (2), medan tecknen är blandade och ej signifikant skilda från noll i övriga specifikationer.

Gällande börkraven finner vi en positiv koppling mellan ändamålsenlighet och ökad parallellimport. Resultatet är dock endast signifikant för läkemedel där generika inte finns tillgängligt på marknaden under avtalsperioden. Koefficienterna för börkravet angående utsläpp vid tillverkning av API är genomgående negativa men ej signifikanta och börkraven angående information om var läkemedlet tillverkas visar olika tecken i olika specifikationer och är inte heller de signifikant skilda från noll.

Det tydligast resultatet i Tabell 12 är att avtalsvärdet har en signifikant negativ effekt på andelen parallellimport. Om avtalsvärdet stiger med en procent faller andelen parallellimport med 0,6 procent för delupphandlingar där generika inte är ett alternativ, medan effekten är ungefär hälften så stor i specifikationerna som inkluderar alla delupphandlingar. Optionsvärde har dock ingen signifikant effekt på andelen parallellimport. Möjliga förklaringar till detta är att den maximala optionstiden endast är svagt korrelerad med hur länge potentiella budgivare tror att avtalen ska förlängas, samt att endast en del upphandlare förlänger avtalen mot leverantörers vilja. Tiden mellan sista anbudsdag och avtalsstart pekar mot att längre tid till start ökar parallellimportens andel. Sambandet försvagas dock när analysen begränsas till marknader där generika inte finns tillgängligt. Dessa resultat gäller även när andelen parallellimport beräknas i termer av andel förpackningar istället för andel av försäljningsvärdet, se Tabell A4 i bilaga A. Vi har även estimerat specifikationer med avtalstid och optionstid som alternativa mått på kontraktsstorlek. Dessa resultat redovisas i regressionstabell A5 i bilaga A och visar att avtalsvärde och optionsvärde förklarar mer av variationen i datamaterialet samt att avtalstid endast har en signifikant negativ effekt i en specifikation.

Vidare visar resultatet på att samordnade upphandlingar har en positiv och signifikant effekt på andelen parallellimporterade läkemedel för delupphandlingar där generika ej finns tillgängligt, se specifikation (3) och (4) i Tabell 12. I specifikation (4) i Tabell 12 förklarar indikatorvariabler kopplade till de år som avtalet avser (exklusive optioner) en del av den variationen som fångades upp av skallkraven i specifikation (3). Vidare känslighetsanalyser, där olika typer av tidseffekter beaktas, ger resultatet med liknande koefficienter, men ej längre signifikanta samband i flera fall. Specifikation (3) och (4) i Tabell A7 i bilaga A visar att inget av de analyserade skallkraven signifikant påverkar andelen parallellimporterade rekvisitionsläkemedel. Dessa resultat stämmer överens med de för specifikation (4) i Tabell 12 där vi inkluderar indikationsvariabler för aktiva kontraktsår. Vidare visar resultatet att andelen parallellimport minskar med senare avtalsstart, se specifikation (2) och (4) i Tabell A7 i bilaga A. Observera att de tidsaspekter som tas hänsyn till i Tabell A7 i bilaga A avser avtalsstartsåret, medan de tidsaspekter som kontrolleras för i Tabell 12 tar hänsyn till de år som ordinarie avtalstid avser.

Övergripande visar resultaten på att effekten av skallkrav och börkrav på andelen parallellimport är svagare när generika är tillgängligt, vilket skulle kunna förklaras av att generika utgör en stark konkurrensfaktor på marknaden. När generika istället saknas får kravspecifikationerna en större betydelse för andelen parallellimport. Det visar sig vidare

vara viktigt att kontrollera för tidsaspekter likväl som kontraktstorlek och huruvida upphandlingen är en samordnad upphandling mellan regioner eller inte.

Börkraven har hittills analyserats utifrån den relativa vikten av de enskilda börkraven inom respektive delupphandling. Detta tillvägagångssätt fångar dock inte fullt ut effekten av att använda en viktad utvärderingsmetod jämfört med en ren lägst pris-utvärdering. För att undersöka betydelsen av utvärderingsmodellen närmare modifieras därför de specifikationer som presenteras i Tabell 12, så att de tar hänsyn till (i) huruvida en viktad modell används och (ii) prisets relativa vikt i utvärderingsmodellen, givet att modellen väger in andra aspekter än enbart pris. Dessa resultat presenteras i Tabell 13.

Tabell 13 Vikten av utvärderingsmodell

Variabel	(1) ln(Andel PI)	(2) ln(Andel PI)	(3) ln(Andel PI)	(4) ln(Andel PI)
Ekonomisk ställning	0,249 (0,362)	-0,729* (0,438)	2,204** (0,946)	-0,0498 (1,007)
Kvalitetsarbete	-0,275 (0,312)	0,407 (0,398)	-1,887* (1,117)	-0,906 (1,070)
Ansvarsförsäkring	0,133 (0,262)	-0,0676 (0,297)	1,482** (0,609)	-0,241 (0,870)
Kapacitet	-0,442 (0,295)	-0,427 (0,310)	-0,509 (0,555)	-0,915 (0,620)
Utsläpp API	0,363 (0,256)	1,197*** (0,409)	-0,363 (0,908)	0,310 (0,932)
Viktad modell	7,138** (3,336)	6,219** (3,158)	10,52*** (2,766)	13,90*** (3,334)
Viktad modell #	-13,64** (6,499)	-11,66* (6,092)	-16,49*** (5,197)	-22,96*** (6,116)
Relativ prisvikt	-0,336*** (0,0660)	-0,225*** (0,0685)	-0,618*** (0,179)	-0,573*** (0,187)
Ln(Avtalsvärde)	0,0174 (0,0305)	-0,0351 (0,0409)	0,0722 (0,0523)	-0,0780 (0,0875)
Ln(Optionsvärde)	1,028*** (0,260)	1,082*** (0,291)	0,596 (0,462)	0,997* (0,534)
Ln(Dagar till avtalsstart)	0,343 (0,283)	-0,0309 (0,319)	3,389*** (0,804)	3,216*** (0,856)
Samordnad upphandling	-15,73*** (1,228)	-15,77*** (1,417)	-13,59*** (2,494)	-15,17*** (2,668)
Konstant				
Årsdummies	Nej	Ja	Nej	Ja
Justerat R ²	0,620	0,633	0,658	0,683
R ²	0,660	0,672	0,720	0,742
F-värde	4,89	4,00	5,74	4,73
N	2831	2831	706	706

Not: i) Tabellen rapporterar skattningar från OLS-regressioner med logaritmen av andelen parallellimport (ln(Andel PI)) som beroende variabel. ii) Samtliga specifikationer inkluderar fasta effekter för ATC-nivå. iii) Robusta standardfel anges inom parentes. iv) Viktning görs med upphandlingens AUP-värde. v) Kolumn (1) och (3) exkluderar årsdummies för aktiva avtalsår, exklusive optioner, medan kolumn (2) och (4) inkluderar dessa årsdummies. vi) Kolumn (3) och (4) är begränsade till upphandlingar utan generika sålda inom Sverige. vii) *, ** och *** indikerar signifikans på 10-, 5- respektive 1-procentsnivån.

Tabell 13 visar en positiv koefficient för dummyvariabeln för Viktad modell men en negativ koefficient för interaktionen mellan denna variabel och den relativa prisvikten. Sammantaget innebär detta att en viktad modell samvarierar med en större andel parallellimport, men endast om prisvikten är liten, det vill säga om stor vikt läggs på börkraven. Tabell 14 visar att det endast är när prisvikten är som lägst, vid 50 procent, som det finns ett signifikant positivt samband mellan att ha en viktad utvärderingsmetod och andelen parallellimport.⁷⁶ Är den relativa prisvikten över 70 procent är istället samvariationen mellan att ha en viktad utvärderingsmetod och andelen parallellimport negativ. En möjlig tolkning av dessa resultat är det faktum att börkrav ställs ofta är till nackdel för parallellimportörer eftersom de kan ha svårare att skaffa dokumentation som visar att de uppfyller kraven, men att det finns fall när börkrav är i parallellimportörernas intresse om tillräckligt lite vikt läggs vid priset. Sammantaget visar dessa resultat att valet av utvärderingsmodell inte är neutralt gentemot olika typer av leverantörer, utan att det i hög grad kan forma marknadsutfallet.

Tabell 14 Effekt av viktad utvärderingsmodell vid olika relativa prisvikter

Relativ prisvikt i procent	Koefficient (Standardfel)	Signifikans
50	2,413*** (0,785)	p=0,002
55	1,265 (0,772)	p=0,101
60	0,117 (0,873)	p=0,894
65	-1,031 (1,055)	p=0,329
70	-2,180* (1,286)	p=0,091
75	-3,328** (1,543)	p=0,031
80	-4,476** (1,815)	p=0,014
85	-5,624*** (2,097)	p=0,008
90	-6,773*** (2,384)	p=0,005

Not: De linjära kombinationerna av parameterestimaterna vid olika relativa vikter baseras på modellspecifikation (4) i Tabell 13. Olika relativa prisvikter presenteras, varav 50 procent är den lägsta relativa prisvikten som återfinns i datamaterialet, och 90 procent den högsta. *, ** och *** indikerar signifikans på 10-, 5- respektive 1-procentnivån.

Vi har även undersökt hur angiven takvolym i förfrågningsunderlaget påverkar andelen parallellimport. Takvolymen kan vara viktig för leverantören, eftersom den ger en signal om den maximala mängden som kan komma att behöva levereras. För de delupphandlingar där det finns en angiven takvolym finner vi att högre takvolym signifikant minskar andelen parallellimporterade läkemedel. Detta är i linje med förväntningarna eftersom det kan vara svårare för parallellimportörer att garantera att de kan leverera stora volymer. Detta resultat måste dock tolkas med försiktighet eftersom det finns betydande multikollinearitetsproblem för de relativt få delupphandlingar där volymbegränsningen är angiven. Exempelvis är korrelationen mellan volymbegränsningen och skullkravet för ekonomisk ställning -0,996. Av denna anledning redovisar vi inte resultaten från dessa skattningar i tabellform.

Vi har även studerat effekten av takvolym för alla delupphandlingar där parallellimport är ett alternativ. Detta har vi gjort genom att inkludera en dummyvariabel för om takvolym är

⁷⁶ Notera att den relativa prisvikten är beräknad genom att ta hänsyn till det maximala prispåslaget eller prisavdraget som kan tilldelas en leverantör, baserat på hur väl de uppfyller börkravets kriterier. Det är möjligt att en leverantör inom samma upphandling kan få 100 procent prispåslag på anbudspriset om börkraven inte är uppfyllda, men att en annan leverantör som uppfyller delar av börkraven endast möter ett fiktivt procentuellt prispåslag om 50 procent.

angivet samt en interaktionsvariabel mellan denna dummyvariabel och takvolymen i procent. Även här möts vi dock av svårigheter att identifiera robusta resultat. Detta visar sig genom att koefficienterna för dessa två variabler byter tecken om vi exkluderar den procent av delupphandlingarna som har högst angivna takvolym. Av denna anledning redovisar vi inte heller dessa resultat i tabellform. Vi kan dock nämna att det är när vi utesluter de med högst angivna takvolym (på 477 procent) som vi får förväntade resultat, nämligen att förekomsten av takvolym ökar andelen parallellimport, men att andelen parallellimport sedan minskar ju högre takvolymen är.

6.2 Intervjuer med parallellimportörer och upphandlande regioner

För att komplettera den kvantitativa analysen har vi även intervjuat representanter för parallellimportörer och regioner. Intervjuerna syftar till att fånga upp erfarenheter och upplevda hinder som inte alltid framgår i statistiska analyser. Intervjuerna kan bidra till den övergripande analysen genom att belysa vilka barriärer regionerna och parallellimportörerna själva uppfattar.

6.2.1 Respondenter och genomförande

Vi har via e-post efterfrågat intervjuer med representanter för de fem största parallellimportörerna i Sverige, deras branschorganisation Läkemedelshandlarna⁷⁷ samt de 11 regioner som varit huvudansvarig för minst en av de upphandlingarna vi studerat. Övriga tio regioner har i de upphandlingar vi studerat endast deltagit i samverkansupphandlingar där en annan region varit huvudansvarig. Representanter från fyra regioner, fyra parallellimportörer och Läkemedelshandlarna har ställt upp på intervjuer. Nedan kallas representanterna för regionerna för upphandlare, även om vissa hade andra yrkestitlar.

Intervjuerna gjordes via telefon, Zoom eller Teams och utförliga anteckningar fördes under intervjuerna. Huvudfrågorna, som listas nedan, bifogades till respondenterna när de tillfrågades om att ställa upp på en intervju. Dessutom ställdes kompletteringsfrågor beroende på vad respondenterna tog upp.

Intervjufrågor till parallellimportörer

1. Finns det något specifikt skallkrav, börkrav eller avtalsvillkor som ni tror hindrar parallellimportörer att lägga konkurrenskraftiga bud i regioners upphandlingar av läkemedel?
2. Hur långa avtal har ni som parallellimportörer vanligen med apoteken?
3. Köper ni först in läkemedel och kontaktar sen apoteken för att sälja de redan inköpta, eller sluts avtal med apoteken först?
4. Angående regionernas upphandlingar, i vilken utsträckning importerar ni läkemedel innan ni vet om de vinner upphandlingen för att kunna leverera från avtalsstart?

⁷⁷ Till en representant för Läkemedelshandlarna ställdes samma frågor som till parallellimportörerna. Denna intervju gjordes först och gav en god grund inför de andra intervjuerna. Representantens svar var konsistenta med de som representanterna för parallellimportörerna gav och dessa svar sammanfattas därför inte nedan.

5. Vilken möjlighet har ni som parallellimportör att säkra tillgången på läkemedel till givna priser två år framåt, exempelvis med hjälp av avtal med säljare i de länder ni parallellimporterar från?
6. Vad ser ni för möjligheter och utmaningar med om regionerna skulle använda icke rangordnade ramavtal med förnyad konkurrensutsättning vid upphandling av läkemedel?
7. Är det något annat ni tycker är viktigt att lyfta fram kring parallellimport i upphandlingar av rekvisitionsläkemedel?

Intervjufrågor till upphandlare

1. Finns det något eller några specifika skallkrav, börkrav eller avtalsvillkor som ni tror hindrar parallellimportörer att lägga konkurrenskraftiga bud i regioners upphandlingar av läkemedel?
2. När ni utformar upphandlingar för läkemedel, tänker ni då specifikt på hur olika villkor påverkar parallellimportörernas möjlighet att lägga konkurrensmässiga bud, och gör ni i så fall detta i lika stor utsträckning oavsett om upphandlingen gäller patentskyddade läkemedel eller läkemedel med generiska alternativ?
3. Anser ni att det är viktigt att öka förutsättningarna för leverantörer av parallellimporterade läkemedel att lämna konkurrensmässiga bud i upphandlingarna framöver?
4. Vad ser ni för möjligheter och utmaningar med att använda icke rangordnade ramavtal med förnyad konkurrensutsättning vid upphandling av patentskyddade läkemedel där patentinnehavaren och parallellimportörer är de enda potentiella budgivarna?
5. Vi ser tecken i data från upphandlare och försäljningsdata från E-hälsomyndigheten att andelen parallellimporterade läkemedel är större när flera regioner upphandlat tillsammans. Stämmer detta med er bild? Vad kan detta i så fall bero på?
6. Är det något annat ni tycker är viktigt att lyfta fram kring parallellimport i upphandlingar av rekvisitionsläkemedel?

Genom att ställa semistrukturerade intervjufrågor till upphandlare likväl som parallellimportörer kunde vi beröra tre huvudteman från två distinkta perspektiv. Det första temat rörde deltagande, det vill säga hur ofta parallellimportörer deltar i regionernas upphandlingar. Det andra temat fokuserade på hinder, det vill säga vilka krav, utvärderingskriterier eller avtalsvillkor som upphandlarna uppfattar som särskilt avskräckande för parallellimportörer, eller som parallellimportörer upplever som särskilt avskräckande. Det tredje temat behandlade betydelsen av parallellimport, där de upphandlande respondenterna fick bedöma hur viktigt det är att öka andelen parallellimport i framtida upphandlingar.

6.2.2 Respondenternas svar

Parallellimportörer säger unisont att ett betydande hinder för parallellimportörer att lägga konkurrenskraftiga bud är kombinationen av långa avtalstider, krav på att leverera det regionerna beställer, samt höga och oförutsägbara mellanskillnadsersättningar när de inte kan leverera. De flesta upphandlare identifierar även detta som ett problem för parallellimportörer.

Parallellimportörerna föredrar avtalstider som är ett år eller kortare. Några framhåller att inte endast avtalstiden utan även optionstiden är ett problem eftersom flera regioner har avtalsvillkor som tillåter dem att ensidigt förlänga avtalen även när parallellimportörer inte kan leverera. Vår tolkning av varför avtalstiden snarare än förväntat avtalsvärde lyfts som ett problem är att de flesta respondenterna tar det som givet att leverantörerna ska möta hela efterfrågan i regionerna. Flera parallellimportörer säger även att de väljer att lägga bud i mindre regioners upphandlingar när de bedömer att kvantiteten de kan leverera är begränsad. Detta indikerar att de från deras perspektiv kan undvika problemet med stora volymer per tidsenhet genom att välja att fokusera på mindre regioner. För de stora regionerna/upphandlingsgrupperna medför dock parallellimportörernas svårigheter att garantera stora volymer att de ofta går miste om den prispress parallellimport kan ge.

Parallellimportörerna betonar att mellanskillnadsersättningen som de måste betala är både hög och osäker. Ersättningen består i att de, för varje förpackning upphandlaren beställer och som de inte kan leverera, måste betala skillnaden mellan priset på den förpackning regionerna köper in istället och det avtalade priset. Regionerna har på kort sikt inget incitament att förhandla om priset på ersättningsvaran eller leta efter den billigaste ersättningsvaran, eftersom notan skickas vidare till parallellimportörerna. Enligt flera parallellimportörer köper därför regionerna nästan alltid in ersättningsvaran från direktimportören. Denne kan genom att begära ett högt pris inte bara göra en direkt vinst utan kan även straffa parallellimportörer som slutit avtal med regionerna och därmed minska konkurrensen. Det förekommer att direktimportörer i sådana fall tar ett pris som är tiofalt högre än avtalspriser de samtidigt har med andra köpare. Ett exempel som nämndes är för Thiamine 50 mg/ml injektionsvätska för vilken företaget hade avtalspris på nedåt 315 kr men ett AIP på 3188 kr, där det senare priset användes vid försäljning utanför avtal och därmed påverkade en parallellimportörs mellanskillnadsersättning. En upphandlare lyfte att konstruktionen med mellanskillnadsersättningen även är olycklig i de fall regionen inte lyckas få tag på en ersättningsprodukt eftersom ingen mellanskillnadsersättning då utgår trots att detta är det sämsta utfallet ur regionens perspektiv.

Parallellimportörerna och upphandlarna lyfter även krav på miljörelaterad information som ett hinder för parallellimportörerna. Skallkrav gällande information som parallellimportörerna inte kan få tillgång till kan helt förhindra dem att lägga ett giltigt anbud, medan börkrav om information kan leda till att deras bud blir mindre konkurrenskraftiga. Tabell 11 visar att skallkraven på miljörelaterad information har blivit mycket vanligare de senaste åren och detta gäller även börkraven på miljörelaterad information. Flera upphandlare anger att Upphandlingsmyndighetens kriterier är styrande för vilka miljörelaterade krav deras region ställer och två upphandlare sa att vägledningen från Regionernas kansli för hållbar upphandling är styrande. Den senare vägledningen är i sin tur baserat på Upphandlingsmyndighetens kriterier.

Anmärkningsvärt är att Upphandlingsmyndigheten har samma kriterier för patentskyddade läkemedel och läkemedel med generiska alternativ, trots att de leverantörer som regionerna väljer mellan för patentskyddade läkemedel säljer produkter tillverkade i samma fabriker och med samma utsläpp. De upphandlare som uttalat sig i frågan är medvetna om detta och en upphandlare uppgav att besluten att ställa dessa miljörelaterade krav även för patent-skyddade läkemedel fattas på högre nivå än på upphandlingsenheten. Utåt sett kan det framstå som att regionen inte prioriterar miljön om de inte ställer dessa krav, även om kraven de facto inte innebär någon miljönytta för patentskyddade läkemedel. En upphandlare lyfte att det skulle underlätta om Upphandlingsmyndigheten angav olika kriterier för patentskyddade respektive icke patentskyddade läkemedel. En annan sa att det vore bättre

om miljökraven ställdes redan vid godkännande av läkemedel av den europeiska läkemedelsmyndigheten.

Flera upphandlare och en parallellimportör framhöll som ett hinder att parallellimportörerna, utöver produktresumé, inte kan uppfylla krav på medicinsk/farmaceutisk information. Upphandlare nämnde att de speciellt för nya läkemedel har behov av en kontakt från vilka de kan få sådan information, och sa att parallellimportörer istället kan spela en roll för etablerade läkemedel.

Parallellimportörerna uppger att deras rabattavtal med apoteken är mellan en och sex månader och att de inte behöver betala några viten om de inte kan leverera så mycket som det var tänkt. Oftast har de avtal med apoteken innan de köper in läkemedel, men det förekommer att de först köper in lite på risk och sedan sluter avtal. Även gällande regionerna anger parallellimportörerna att de oftast köper in efter tilldelningsbeslut. De flesta sa att de endast lägger bud i upphandlingar med kort förväntad tid mellan tilldelningsbeslut och avtalsstart om de har flera andra köpare av läkemedlet. Parallellimportörerna uppgav att de ofta behöver tre till sex månader från tilldelningsbeslut till avtalsstart om de ska kunna vänta med inköpen till efter tilldelningsbeslutet. Tiden från beställning till leverans är kortare, en till tre månader, men det kan ta ett tag att hitta en säljare till de kvantiteter de efterfrågar. En parallellimportör uppgav att tiden från beställning till leverans är längre för generikaföretag.⁷⁸ Parallellimportörerna svarade vidare att de aldrig, eller normalt inte, kan säkra tillgången på läkemedel till givna priser två år framåt.

Parallellimportörernas svar angående förnyad konkurrensutsättning varierar mellan att se detta som en spännande tanke till ett lysande förslag ur deras perspektiv. Mest positiv reaktion fick vi när vi beskrev att den förnyade konkurrensutsättningen kunde gälla försäljningen för tre till sex månader och tilldelningsbeslut kunde meddelas i god tid. En parallellimportör sa att de däremot inte var intresserade av förnyad konkurrensutsättning inför varje beställning eftersom de behöver framförhållning. Regionerna framhöll liknande problem med förnyad konkurrensutsättning som de framhöll angående korta upphandlingar. En är att de vill undvika att byta produkter så ofta, men när vi ställde följdfrågor om detta till en region framkom att detta inte direkt gäller patentskyddade läkemedel eftersom de olika leverantörerna då säljer samma produkt. Det andra problemet upphandlarna lyfte är att förnyad konkurrensutsättning eller korta avtalsperioder medför högre administrativa kostnader och att de i så fall måste kunna räkna hem det. Vissa regioner såg förnyad konkurrensutsättning som en intressant möjlighet, medan en upphandlare befarade att detta skulle kunna göra det svårare att få in anbud.

Hälften av regionerna svarade att de tänker på hur olika villkor påverkar förutsättningarna för parallellimportörerna att lägga konkurrensmässiga bud, medan en svarade inte direkt och en uppgav att kravställandet kommer inifrån organisationen. Alla intervjuade upphandlare svarade dock att det är viktigt att öka förutsättningarna för parallellimportörer att lämna konkurrensmässiga bud eftersom de vill ha mer konkurrens. Upphandlarna har ingen tydlig teori om varför andelen parallellimport samvarierar med att upphandlingen är samordnad, men en upphandlare nämnde att det kan korrelera med i vilket utsträckning mellan-skillnadsersättningar krävs in vid utebliven leverans. Andra nämnde att det kanske korrelerar med varierande förutsättningar för parallellimport över åren respektive med miljökrav, eftersom det oftast är mindre regioner som upphandlar tillsammans medan större regioner

⁷⁸ Bland generikaföretag finns dels företag som tillverkar allt från aktiv ingrediens själva, de som köper in aktiv ingrediens men gör formuleringen själv, och företag utan egen produktion.

har varit drivande angående miljökrav. Även om vi kontrollerat för dessa saker efter bästa förmåga, så kan det finnas kvarvarande heterogenitet som vi inte kontrollerat för.

Flera parallellimportörer lyfte upphandlingarna i Danmark som en förebild. Bland annat eftersom de danska avtalen, som alltid är ett år, är kortare än genomsnittet i de svenska regionernas upphandlingar, och att Danmark har en plattform för upphandlingarna i vilken leverantörerna kan följa sjukhusens lager. Företagen betonar dock att de inte vill ha nationella upphandlingar i Sverige, eftersom det skulle resultera i för stora volymer.

Parallellimportörer efterfrågade även mer harmonisering om vilka krav som ställs, vilken information som krävs, och vid vilka tidpunkter upphandlingar görs. De betonade också att det är vanligt att regionerna inte får några bud alls på delupphandlingar. Parallellimportörer lyfter även att ett problem är att hemliga priser och kickbacks blivit vanligare. Detta sker bland annat efter förhandlat förfarande för nya produkter där parallellimportörerna inte kan delta. Parallellimportörerna ser det som problematiskt att produkter blir kvar länge i hemliga prisavtal.

Slutligen uttryckte en region en önskan att även parallellimportörer ska rapportera rest-situationer till Läkemedelsverket och betonade att parallellimportörer är en god resurs vid bristsituationer.

7. Diskussion och förslag

I denna rapport har vi analyserat varför andelen parallellimport skiljer sig åt mellan olika upphandlingar och varför andelen parallellimport totalt sett är så låg i de svenska regionernas upphandlingar av läkemedel. Våra kvantitativa analyser visar tydligt att andelen parallellimport är mindre ju större det förväntade avtalsvärdet är och ju längre tiden från sista anbudsdag till avtalsstart är. Det senare beror sannolikt på att parallellimportörer är mer benägna att lägga konkurrensmässiga bud om de har tillräcklig tid mellan tilldelsbeslut och avtalsstart för att köpa in läkemedel och packa om dem till svenska förpackningar. Baserat på dessa kvantitativa resultat, den informationen vi fått genom intervjuer, samt övrig kunskap om upphandlingar och läkemedelsmarknader redogör vi nedan för våra policyförslag.

Alla förslag syftar till att sänka regionernas kostnader för läkemedel genom att öka förutsättningarna för parallellimportörer att delta och lägga konkurrensmässiga bud. Förslagen kan sänka kostnaderna dels direkt, genom att direktimporterade läkemedel ersätts med billigare parallellimporterade läkemedel, dels indirekt genom att ökad konkurrensen från parallellimporterade läkemedel pressar direktimportörernas priser. Som vi beskriver i avsnitt 2.1.1 bedömer vi att bättre utformade upphandlings- och avtalsvillkor kan sänka regionernas årliga kostnader för läkemedel utan generiska alternativ med hundratals miljoner kronor. Det finns därför anledning att även överväga de förslag som innebär ökade administrativa kostnader för regionerna eller andra oönskade effekter. Flera av förslagen kan dock, utöver att sänka priserna på läkemedlen, även sänka regionernas administrativa kostnader.

Flera av förslagen innebär att upphandlings- och avtalsvillkor bör skilja sig åt beroende på om det finns generiska versioner av läkemedlet. För receptbelagda läkemedel som säljs på apotek har regering och riksdag behandlat läkemedel med respektive utan generiska alternativ olika. Exempelvis har regeringen initierat en miljöpremie inom periodens varusystemet⁷⁹ och riksdagen tillåter genom lagstiftning leverantörer att ge apoteken rabatter på direkt- och parallellimporterade läkemedel för vilka generiska alternativ saknas, medan detta är förbjudet för övriga läkemedel.⁸⁰ Eftersom konkurrenssituationen skiljer sig så kraftigt åt beroende på om det finns en eller flera tillverkare bör även regionerna i sina upphandlingar differentiera mellan läkemedel med respektive utan generiska alternativ.

Våra förslag är:

Upphandlare bör differentiera krav på miljörelaterad information baserat på om det finns en eller flera tillverkare. För att underlätta detta bör Upphandlingsmyndigheten rekommendera att miljörelaterade krav endast ska ställas i upphandlingar av läkemedel med flera alternativa tillverkare. Utöver att sänka läkemedelskostnaderna kan detta minska regionernas administrativa kostnader för upphandling.

För att en köpare ska kunna nyttja sin köparmakt för att minska miljöbelastning i produktionen krävs att tillverkare riskerar att förlora intäkter om de inte lever upp till köparnas förväntningar. Villkoret uppfylls i regel inte för patentskyddade läkemedel med endast en

⁷⁹ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. (2022). Försöksverksamhet för en miljöpremie i förmånssystemet, Slutrapport.

⁸⁰ 7§ Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

tillverkare, eftersom köpare sällan låter patienter stå utan ordinerad behandling även om läkemedlet medför stor miljöbelastning. Trots detta har det i de upphandlingar vi studerat över tid blivit allt vanligare att krav på miljörelaterad information ställs även för läkemedel med endast en tillverkare. Upphandlare anger att rekommendationer från Upphandlingsmyndigheten är styrande angående detta.

När generiska alternativ finns kan olika producenter av läkemedel med samma aktiva substans ha skilda produktions- och reningstekniker. Exempelvis kan europeiska tillverkare som måste möta högt ställda miljökrav konkurrera med tillverkare verksamma i Indien och Kina där miljö- och reningskraven kan vara väsentligt lägre. Det finns därmed skäl att ställa miljörelaterade krav och premiera mer miljövänlig produktion när generiska alternativ finns. När generiska alternativ saknas finns det dock lite⁸¹ eller inget att vinna på att ställa miljörelaterade krav, eftersom de direkt- och parallellimporterade läkemedlen har tillverkats av samma producent, i samma fabrik, och med samma miljöbelastning.⁸² Samtidigt beskriver parallellimportörernas branschorganisation⁸³ krav på miljöinformation som ett hinder och detta bekräftas av de upphandlare och parallellimportörer vi intervjuat.

Tillverkning av läkemedel är ofta mycket miljöbelastande. Det finns därmed anledning att överväga hur tillverkning och reningsprocesser kan påverkas även för läkemedel som tillverkas utomlands av endast en tillverkare. Som en upphandlare föreslog så vore ett sätt att ställa miljökraven redan vid godkännande av läkemedel av den europeiska läkemedelsmyndigheten. Europa är en så stor marknad att det sannolikt skulle leda till att tillverkare anpassar produktion och reningsprocesser om detta krävs för att få sälja läkemedel här, förutsatt att miljökraven är rimliga. Det är dessutom administrativt mer effektivt att en central europeisk enhet bedömer miljörelaterad information, istället för att detta görs av enskilda inköpare i olika länder. Är inte detta politiskt möjligt är ett alternativ att Rådet för nya terapier (NT-rådet) beaktar miljökostnader när de ger råd till regionerna om nya läkemedel ska användas i Sverige. Ännu bättre vore det om rådet även kunde ge rekommendationer om vilka läkemedel som inte längre bör användas och även då väga in miljökostnader.

Standardiserade upphandlingar och avtal. Om regionerna ställer samma krav och har samma avtalsvillkor vid upphandling av samma läkemedel kan de administrativa kostnaderna minskas både för leverantörer och regioner. Lägre kostnader för leverantörerna kan i sin tur leda till fler bud och lägre priser, både för läkemedel med och utan generiska alternativ. Olika upphandlings- och avtalsvillkor bör dock gälla för olika läkemedel där det är motiverat och, som diskuteras ovan, är det viktigt att differentiera kraven baserat på om det finns en eller flera tillverkare.

Upphandlare bör sträva efter att minska avtalsvärdena för upphandlingar av patent-skyddade läkemedel. Detta kan exempelvis ske genom kortare avtalstider eller ramavtal med flera leverantörer. Förutom att sänka kostnaderna för läkemedel kan detta öka regionernas administrativa upphandlingskostnader. Regionerna kan ha störst

⁸¹ En miljönytta kan finnas när upphandlingen inte specificerar endast en ATC-kod utan tillverkare av läkemedel med olika aktiva substanser men liknande medicinsk effekt kan konkurrera mot varandra i upphandlingen. Sådana upphandlingar är dock ovanliga i Sverige.

⁸² Den skillnad som i miljöbelastning som kan förekomma gäller den transport och omförpackning som parallellimportörerna ombesörjer, men denna miljöbelastning sker inom Europa är därmed i stor utsträckning redan internaliserad av europeiska miljöskatter. Att tvinga parallellimportörer att betala dubbelt för utsläpp vid transporter, både genom drivmedelsskatter och påslag på utvärderingspriset vore en ineffektiv miljöpolitik.

⁸³ Läkemedelshandlarna. (2024). och Läkemedelshandlarna. (2025).

förutsättningar att räkna hem dessa administrativa kostnader för läkemedel som köps i stora volymer och till höga priser.

Parallellimportörer föredrar avtalstider på ett år eller kortare. Ur deras perspektiv är det inte endast den ordinarie avtalstiden som är relevant, utan även optionstiden i de fall regionerna mot deras vilja ensidigt kan förlänga avtalen. Hur långa avtalstiderna, inklusive optioner med ensidiga förlängningar, bör vara kan variera mellan olika läkemedel och även bero på hur upphandlings- och avtalsvillkoren är utformade i övrigt. Exempelvis beror den optimala avtalslängden på storleken på upphandlande region/regiongrupp, ersättningskraven vid utebliven leverans, samt i vilken utsträckning upphandlingarna är standardiserade. Med standardiserade upphandlingar kan nämligen de administrativa merkostnader som korta avtal innebär begränsas, eftersom leverantörerna då kan återanvända sina anbudsunderlag.

Ett annat sätt att minska avtalsvärdena är att frånga principen om att enbart tilldela en vinnare och istället kontraktera flera leverantörer inom samma upphandling, vilket även kan öka försörjningssäkerheten.⁸⁴ Detta kan ske på flera sätt. Ett är att, liksom Danmark, upphandla flera leverantörer som rangordnas utifrån pris och köpa från den med näst lägst pris när den med lägst pris inte kan leverera, och så vidare. Ett mer sofistikerat sätt är att ge anbudsgivarna en möjlighet att lägga olika bud för olika kvantiteter. Exempelvis skulle då ett företag kunna erbjuda 100 förpackningar till pris A, 500 till pris B och begära pris C per förpackning om regionen vill köpa ännu mer från företaget. Sådan kombinatorisk budgivning svarar väl mot parallellimportörernas kostnadsfunktioner och kan därmed ge lägre priser än om varje leverantör endast tillåts sätta ett pris. Båda dessa upphandlingsformer kan göra det möjligt för leverantörer att sälja ut begränsade kvantiteter med kort datum till låga priser. Även för generiska läkemedel finns det anledning att ge leverantörer en sådan möjlighet.

Ett annat alternativ är att använda icke rangordnade ramavtal med förnyad konkurrensutsättning. Ramavtalen skulle då kunna gälla flera år samtidigt som parallellimportörerna skulle kunna anpassa sina priser till rådande marknadsförhållanden och minimera risken att behöva betala ersättningar för utebliven leverans. Exempelvis skulle den förnyade konkurrensutsättningen kunna ske halvårsvis.

Meddela tilldelningsbeslut i god tid före avtalsstart. Regionerna kan få fler anbud och lägre priser om anbudsgivarna vet att tilldelningsbeslutet kommer att meddelas i så god tid att de kan göra sina inköp och beställningar när de vet utfallet av upphandlingen.

Begränsa leverantörernas risk vid leveransproblem och minska förutsättningarna för konkurrensbegränsande beteenden. Regionerna kan få fler anbud och lägre priser om nuvarande konstruktion med mellanskillnadsersättning ersätts. Den nuvarande konstruktionen har tre nackdelar: 1) hela kostnaden för leveransproblem läggs på leverantörerna när regionerna får tag i en ersättningsprodukt; 2) ingen mellanskillnadsersättning drabbar leverantören när regionerna inte lyckas få tag i en ersättningsprodukt; 3) konstruktionen gör det möjligt för företag att – med regioner som mellanhand – straffa de leverantörer som lagt låga bud och därför vunnit upphandlingar.

För givna avtalspriser är konstruktionen med mellanskillnadsersättning i regionernas intresse eftersom det innebär att regionens kostnad per förpackning är känd för hela avtalsperioden. Konstruktionen innebär dock att avtalspriserna blir högre eftersom

⁸⁴ Vogler, S., m.fl. (2022). Centralised Pharmaceutical Procurement: Learnings from Six European Countries.

parallellimportörer måste ta höjd för mellanskillnadsersättningen, vilket även gör det möjligt för direktimportörerna att vinna upphandlingar med högre prisbud. Enligt ekonomisk teori är det i köparens intresse att dela risker med leverantörer för projekt/upphandlingar eftersom det i snitt sänker köparens totala kostnader. Ett sätt att göra detta är att fastställa ett visst belopp per förpackning som leverantören ska betala vid utebliven leverans. Detta eliminerar även de två andra nackdelarna med dagens konstruktion. För regionerna innebär detta dock en mer osäker kostnad för läkemedlen under avtalsperioden, men det bör enligt ekonomisk teori ge lägre genomsnittliga priser, dels eftersom det innebär en riskdelning, dels eftersom det försvårar för konkurrenshämmande beteenden. Regionerna bör även överväga att sätta ett tak för den totala ersättningen per delupphandling som leverantörerna måste betala vid leveransproblem. Detta bör särskilt övervägas om någon region behåller avtalsvillkoret som ger dem rätt att ensidigt förlänga avtal, eftersom taket i dessa fall kraftigt kan begränsa leverantörers risk. Dessutom får regionerna incitament att göra en ny upphandling istället för att behålla avtalet med en leverantör som inte kan leverera.

Ett annat sätt att minska risken för leverantörer är att upphandla flera rangordnade leverantörer och, likt i Danmark, sätta mellanskillnadsersättningen per förpackning till skillnaden i anbudspris med nästa i rangordningen.

Slutligen vill vi betona att revidering av upphandlings- och avtalsvillkor innebär ett betydande merarbete för regionernas upphandlingsenheter jämfört med att återanvända tidigare villkor. Vi bedömer dock att detta bör ses som engångskostnader som regionerna snabbt kan tjäna in genom den ökade priskonkurrens som det kan leda till.

Referenser

- Allende, C., Atal, J. P., Carril, R., & Cuesta, J. I. (2024). Drivers of public procurement prices: Evidence from pharmaceutical markets. *International Journal of Industrial Organization* 96 (2024) 103086. <https://doi.org/10.1016/j.ijindorg.2024.103086>
- Bergman, M. (2013). Upphandling och kundval av välfärdstjänster – en teoribakgrund. Örebro, Uppdrag välfärd, ISBN : 9189301463
- Bergman, M. A., Granlund, D., & Rudholm, N. (2017). Squeezing the last drop out of your suppliers: an empirical study of market-based purchasing policies for generic pharmaceuticals. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 79(6), 969-996.
- Bergman, M., Indén, T., Lundberg, S., & Madell, T. (2011). Offentlig upphandling: På rätt sätt och till rätt pris. Lund, Studentlitteratur AB, ISBN : 978-91-44-06840-4
- Berndt, E. R. & Aitken, M. L. (2011). Brand loyalty, generic entry and price competition in pharmaceuticals in the quarter century after the 1984 Waxman-Hatch legislation, *International Journal of the Economics of Business*, Vol. 18, pp. 177–201.
- Brekke, K R., Holmas, T H., & Straume, O R. (2011). Reference Pricing, Competition, and Pharmaceutical Expenditures: Theory and Evidence from a Natural Experiment. *Journal of Public Economics*, vol 95, s 624–638.
- Byrne, D.P. & de Roos, N. (2019). Learning to coordinate: A study in retail gasoline. *American Economic Review* 109(2), 591–619.
- Caves, R E., Whinston, M D., & Hurwitz, M A. (1991). Patent Expiration, Entry and Competition in the US Pharmaceutical Industry: An Exploratory Analysis. *Brookings Papers on Economic Activity: Microeconomics*, vol 1, s 1–66.
- Ching, A., Granlund, D & Sundström, D. (2022). Quantifying the Zero-Price Effect in the Field: Evidence from Swedish Prescription Drug Choices. *Journal of the Association for Consumer Research* 7(2), 175–185 <https://doi.org/10.1086/718460>.
- Cletus, J. (2016). Investigation of bid collusion within the Swedish generic drugs market. Master thesis, University of Gothenburg.
- Decarolis, F., Giuffrida, L.M., Iossa, E., Mollisi, V., & Spagnolo, G. (2020). Bureaucratic competence and procurement outcomes. *J. Law Econ. Organ.* 36 (3), 537–597.
- Drake, S., Lundberg, J., & Lundberg, S. (2024). Market response to environmental policy via public procurement: an empirical analysis of bids and prices. *Journal of Environmental Management* 365.
- Drake, S., & Xu, F. (2025). Contractual Requirements and Bidding Behavior in Public Procurement With Entry. *Journal of Public Economic Theory*, 27

- EU-kommissionen. (2020). Communication From the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions, Pharmaceutical Strategy for Europe. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52020DC0761.d> Hämtad 8 juli 2025.
- Frank, R G., & Salkever, D S. (1997). Generic Entry and Pricing of Pharmaceuticals. *Journal of Economics and Management Strategy*, vol 6, s 75–90.
- Granlund, D. (2015). The effect of pharmacies' right to negotiate discounts on the market share of parallel imported pharmaceuticals. *The B.E. Journal of Economic Analysis and Policy* 15, 1197–1235.
- Granlund, D., & Bergman, M A. (2018). Price competition in pharmaceuticals – evidence from 1303 Swedish markets, *Journal of Health Economics* 61, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.06.009>
- Granlund, D. (2022a). Direct and indirect savings from parallel imports in Sweden, *Health Economics Review* 12, article number 46, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13561-022-00391-x>.
- Granlund, D. (2022b). Konkurrens mellan patentskyddade läkemedel. Konkurrensverkets uppdragsforskningsrapport 2022:2. <https://www.konkurrensverket.se/informationsmaterial/nyhetsarkiv/forskningsrapport-om-konkurrens-mellan-patentskyddade-lakemedel/>
- Granlund, D. (2022c). The price effects of competition from parallel imports and therapeutic alternatives: Using dynamic models to estimate the causal effect on the extensive and intensive margins, *Review of Industrial Organization* 60, 63–92. <https://doi.org/10.1007/s11151-021-09834-x>
- Granlund, D., & Rudholm, N. (2023). A method for calculating the probability of collusion based on observed price patterns. Available at SSRN 4605725.
- Hyytinen, A., Lundberg S., & Toivanen, O. (2018). Design of public procurement auctions: Evidence from cleaning contracts. *Rand Journal of Economics* 49, 398–426.
- Jahre, M., van Oorschot, K., Årdal, C., Sverrisson, E., Pettersen, M. S., & Wangen, A. (2025). Sustainable pharmaceutical procurement: Environmental tendering criteria for better or worse? *Journal of Purchasing and Supply Management*, 101081.
- Konkurrensverket. (2024). Upphandlingsreglerna – en introduktion. <https://www.konkurrensverket.se/globalassets/dokument/informationsmaterial/rapporter-och-broschyrer/informationsmaterial/upphandlingsreglerna-en-introduktion.pdf>, 25 juni 2025.
- Li, T., & Cheng, X. (2009). Entry and competition effects in first-price auctions: theory and evidence from procurement auctions. *Review of Economic Studies*, 76(4), 1397–1429.
- Lundberg, S., Arve, M., Bergman, M. A., & Henriksson, L. (2022). Konjunkturrådets rapport 2022: Offentlig upphandling – i gränslandet mellan ekonomi och juridik.
- Läkemedelshandlarna. (2024). Branschrappport 2023, tillgänglig på <https://lakemedelshandlarna.se/category/rapporter/>

- Läkemedelshandlarna. (2025). Regionernas upphandlingar i Danmark och Finland.
- Marmer, V., Shneyerov, A., & Xu, P. (2013). What model for entry in first-price auctions? A nonparametric approach. *Journal of Econometrics*, 176(1), 46-58.
- Onur, İ., Özcan, B., & Taş, S. (2012). Public Procurement Auctions and Competition in Turkey. 20(1) *Review of Industrial Organization* 33–50.
- Regan, T L. (2008). Generic Entry, Price Competition, and Market Segmentation in the Prescription Drug Market. *International Journal of Industrial Organization*, vol 26, s 930–948.
- Regionernas samverkansmodell för läkemedel. (N/A).
<https://samverkanlakemedel.se/process---ordnat-inforande/forhandling-och-upphandling>
- Reiffen, D., & Ward, M R. (2005). Generic Drug Industry Dynamics. *Review of Economics and Statistics*, vol 87, s 37–49.
- Socialstyrelsen. (2024). Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2024–2027, Artikelnummer: 2024-5-9054.
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. (2022). Försöksverksamhet för en miljöpremie i förmånssystemet, Slutrapport. Diarienummer: 1505/2021
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. (2025). Uppföljning av läkemedelskostnaderna – Analys av kostnadsutvecklingen för förmåns- och smittskyddsläkemedel under år 2024. Diarienummer: 01850/2025.
- Tukiainen, J., & Halonen, K-M. (2020). Competition and Litigation in Public Procurement. Konkurrensverkets uppdragsforskningsrapport 2020:1.
- Wiggins, S N., & Maness, R. (2004). Price Competition in Pharmaceuticals: The Case of Anti-infectives. *Economic Inquiry*, vol 42, s 247–263.
- Vogler, S., Bauer, E. & Habimana, K. (2022). Centralised Pharmaceutical Procurement: Learnings from Six European Countries. *Appl Health Econ Health Policy* 20, 637–650.
<https://doi.org/10.1007/s40258-022-00729-w>
- World Health Organization, Regional Office for Europe. (2016). Challenges and opportunities in improving access to medicines through efficient public procurement in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe.
<https://iris.who.int/handle/10665/344000>. Hämtad 8 juli 2025.

Bilaga A: Tabeller

Tabell A1 Variabelbeskrivning, upphandlingsdata

Variabel	Beskrivning	Typ
Upphandlingsnivå		
Upphandlande myndighet	Identifierar vilken region som ansvarar för upphandlingen. I vissa fall förekommer samordnade upphandlingar där flera regioner deltar.	Kategorisk
Samordnad upphandling	Indikerar om flera myndigheter gemensamt genomfört upphandlingen.	Binär (0/1)
Avtalsstart	Datum för avtalets ikraftträdande.	Datum
Avtalstid	Längd på avtalet, uttryckt i antal år.	Numerisk
Antal optioner	Antal möjliga förlängningar av kontraktet.	Numerisk
Antal år, optioner	Maximal kontraktsförlängning uttryckt i antal år.	Numerisk
Förfarande	Upphandlingsförfarande (t.ex. öppet, förenklat).	Kategorisk
Vite	Anger om vite tillämpas vid till exempel leveransförsening, och i sådana fall dess storlek.	Numerisk
Enhet för vite	Enhet för vitet (t.ex. SEK/vecka, SEK/tillfälle eller procent av ordervärde).	Text
Takvolym	Maximal volym (I SEK eller procent) som upphandlingen omfattar.	Numerisk
Enhet för takvolym	Exempelvis SEK (total kontraktssumma) eller procent (av historisk eller förväntad volym).	Text
Totalt antal anbudsgivare	Antal anbudsgivare i hela upphandlingen.	Numerisk
Totalt tilldelade anbudsgivare	Antal tilldelade leverantörer i upphandlingen.	Numerisk
Delupphandlingsnivå		
Delområde	Avser ett upphandlingskontrakt som kan innefatta ett eller flera läkemedel inom samma ATC-kod.	Numerisk
Avtal	Indikerar om ett avtal tecknats med anbudsgivaren.	Binär (0/1)
ATC-kod	Läkemedlets klassificering enligt ATC-systemet (t.ex. N01BB02).	Text
Substans	Den aktiva läkemedelssubstansen (t.ex. adrenalin, tocilizumab).	Text

Variabel	Beskrivning	Typ
Styrka	Styrka på läkemedlet, exempelvis 10 mg/ml.	Text
Förpackningsstorlek	Exempelvis "5 vialer" eller "10x5 ml".	Text
Anbudspris	Angivet pris i SEK från respektive anbudsgivare, om angivet.	Numerisk
Utvärderingspris	Justerat pris utifrån viktning, påslag/avdrag etc.	Numerisk
Anbudsprisets enhet	Enhet för prisangivelse, t.ex. per förpackning, DDD eller årsförbrukning.	Text
Varunummer	Läkemedlets produktnummer.	Numerisk
Flera vinnare	Anger om flera anbudsgivare vunnit inom samma delområde.	Binär (0/1)
Antal anbudsgivare	Antal anbud för ett visst läkemedel.	Numerisk
Avdrag/påslag	Anger om påslag eller avdrag används vid utvärdering.	Text
Mängd, avdrag/påslag	Storleken på påslaget/avdraget (i SEK eller procent).	Text
Mängd, enhet	Enhet för påslag/avdrag (t.ex. procent eller SEK).	Text

Tabell A2 Avtalstid, optioner, kontraktstid och dagar till avtalsstart över tid, per upphandling

År	Avtalstid		Optionstid		Maximal kontraktstid		Dagar till avtalsstart	
	Medel	S.avv.	Medel	S.avv	Medel	S.avv	Medel	S.avv.
2018	1,19	0,55	1,38	0,72	2,56	1,16	88,0	11,11
2019	1,55	0,49	2,09	0,66	3,64	0,63	152,1	69,02
2020	1,38	0,54	2,45	0,67	3,83	0,33	146,1	75,60
2021	1,68	0,94	1,72	1,14	3,40	0,82	103,6	76,42
2022	2,20	1,21	1,53	1,19	3,73	0,80	132,8	74,60
2023	1,82	0,87	2,27	0,47	4,09	0,70	169,2	78,46
Totalt	1,65	0,79	1,98	0,89	3,63	0,73	137,7	74,42

Not: S.avv. står för standardavvikelse. Antal upphandlingar i vårt datamaterial är för respektive år från 2018 till 2023 4, 44, 17, 25, 15 samt 11.

Tabell A3 Avtalstid (år) och optionstid (år) per region och delupphandling

Region	N	Avtalstid (år)		Optionstid (år)	
		Medel	Std. avv.	Medel	Std. avv.
Stockholm	915	1,00	0,04	2,36	0,49
Uppsala	502	1,80	0,40	1,64	0,60
Södermanland	1211	1,02	0,09	2,97	0,18
Östergötland	571	3,10	1,28	0,77	1,31
Jönköping	568	3,11	1,28	0,77	1,31
Kronoberg	436	1,54	0,50	2,00	0,05
Kalmar	567	3,11	1,28	0,77	1,31
Gotland	805	1,00	0,01	2,41	0,51
Blekinge	21	1,00	0	3,00	0
Skåne	281	1,50	0,50	2,31	0,53
Halland	145	1,83	0,35	2,19	0,40
Västra Götaland	861	1,77	0,42	1,77	0,42
Värmland	1211	1,02	0,09	2,97	0,18
Örebro	1211	1,02	0,09	2,97	0,18
Västmanland	502	1,80	0,40	1,64	0,60
Dalarna	502	1,80	0,40	1,64	0,60
Gävleborg	502	1,80	0,40	1,64	0,60
Västernorrland	706	1,94	0,25	1,25	0,99
Jämtland Härjedalen	706	1,94	0,25	1,25	0,99
Västerbotten	706	1,94	0,25	1,25	0,99
Norrbottn	706	1,94	0,25	1,25	0,99

Tabell A4 Andel parallellimporterade rekvisitionsläkemedel, förpackningar

Variabel	(1) ln(Andel PI, förpackning)	(2) ln(Andel PI, förpackning)	(3) ln(Andel PI, förpackning)	(4) ln(Andel PI, förpackning)
Ekonomisk ställning	0,228 (0,328)	-0,683* (0,413)	1,894** (0,840)	-0,0855 (0,980)
Kvalitetsarbete	-0,250 (0,287)	0,416 (0,369)	-1,412 (0,930)	-0,831 (1,033)
Ansvarsförsäkring	0,145 (0,234)	-0,0281 (0,265)	1,338** (0,576)	-0,0727 (0,837)
Kapacitet	-0,328 (0,264)	-0,337 (0,280)	-0,334 (0,501)	-0,510 (0,567)
Utsläpp API	0,289 (0,238)	1,009*** (0,370)	-0,435 (0,831)	0,314 (0,911)
Ändamålsenlighet	0,768 (0,785)	0,935 (0,850)	4,136*** (1,245)	4,156*** (1,337)
API	-5,195 (5,796)	-4,365 (5,804)	-19,52 (22,48)	-10,66 (26,92)
Läkemedel	-11,06 (8,074)	-8,660 (8,110)	82,29 (92,81)	62,42 (93,42)
Ln(Avtalsvärde)	-0,330*** (0,0610)	-0,232*** (0,0623)	-0,650*** (0,169)	-0,610*** (0,175)
Ln(Optionsvärde)	0,0161 (0,0281)	-0,0363 (0,0381)	0,0637 (0,0463)	-0,0578 (0,0818)
Ln(Dagar till avtalsstart)	0,897*** (0,235)	0,926*** (0,264)	0,476 (0,429)	0,744 (0,481)
Samordnad upphandling	0,439* (0,259)	0,0523 (0,288)	3,188*** (0,745)	2,989*** (0,777)
Konstant	-15,39*** (1,114)	-15,21*** (1,262)	-13,38*** (2,269)	-14,27*** (2,270)
Årsdummies	Nej	Ja	Nej	Ja
Justerat R ²	0,612	0,625	0,669	0,686
R ²	0,653	0,665	0,729	0,744
F-värde	4,33	3,63	5,00	4,48
N	2 831	2 831	706	706

Tabell A5 Andel parallellimport, avtalstid som proxy för kontraktstorlek

Variabel	(1) ln(Andel PI)	(2) ln(Andel PI)	(3) ln(Andel PI)	(4) ln(Andel PI)
Ekonomisk ställning	0,185 (0,456)	-0,684 (0,487)	2,349** (0,933)	1,462 (1,217)
Kvalitetsarbete	-0,231 (0,350)	0,387 (0,418)	-2,365** (1,066)	-1,601 (1,157)
Ansvarsförsäkring	-0,196 (0,248)	-0,418 (0,270)	1,584** (0,670)	-0,118 (0,938)
Kapacitet	-0,510* (0,310)	-0,396 (0,345)	-0,872 (0,601)	-0,972 (0,637)
Utsläpp API	0,465 (0,310)	1,422*** (0,453)	-0,768 (0,981)	-0,352 (0,999)
Ändamålsenlighet	-0,468 (1,033)	-0,130 (1,103)	3,387** (1,475)	3,425** (1,652)
API	-3,358 (6,185)	-2,124 (6,248)	-23,41 (23,66)	-3,545 (30,35)
Läkemedel	-9,421 (8,459)	-7,484 (8,520)	75,33 (100,9)	55,64 (102,7)
Ln(Avtalstid)	-0,815* (0,454)	-0,781 (0,551)	0,358 (0,783)	-1,310 (1,451)
Ln(Optionstid)	-0,058 (0,074)	-0,122 (0,084)	0,198* (0,112)	-0,014 (0,148)
Ln(Dagar till avtalsstart)	0,735*** (0,260)	0,794*** (0,255)	0,479 (0,534)	0,421 (0,559)
Samordnad upphandling	-0,092 (0,285)	-0,373 (0,331)	3,064*** (0,841)	3,177*** (0,888)
Konstant	-15,00*** (1,264)	-15,63*** (1,479)	-14,52*** (2,941)	-17,46*** (3,106)
Årsdummies	Nej	Ja	Nej	Ja
Justerat R ²	0,609	0,626	0,647	0,669
R ²	0,650	0,667	0,711	0,731
F-värde	2,34	2,90	3,01	3,32
N	2 831	2 831	706	706

Tabell A6 Andel parallellimport, samverkansgrupper

Variabel	(1) ln(Andel PI)	(2) ln(Andel PI)	(3) ln(Andel PI)	(4) ln(Andel PI)
Ekonomisk ställning	0,154 (0,621)	-0,753* (0,415)	4,770*** (1,709)	-0,884 (0,967)
Kvalitetsarbete	0,474 (0,544)	0,463 (0,398)	-0,292 (1,042)	-1,035 (1,204)
Ansvarsförsäkring	-0,589 (0,379)	-0,047 (0,293)	-2,552*** (0,987)	-0,670 (0,994)
Kapacitet	-0,644 (0,428)	-0,432 (0,311)	-3,302*** (0,921)	-1,106* (0,661)
Utsläpp API	1,231*** (0,450)	1,178*** (0,411)	1,659* (0,879)	0,007 (1,052)
Ändamålsenlighet	0,517 (1,206)	0,989 (1,004)	4,004*** (1,431)	2,074 (1,775)
API	-4,177 (6,502)	-5,119 (6,388)	-4,488 (31,64)	-6,703 (30,69)
Läkemedel	-9,928 (8,962)	-8,780 (8,830)	-11,02 (107,1)	7,387 (103,5)
Ln(Avtalsvärde)	-0,221** (0,104)	-0,231*** (0,065)	-0,337* (0,177)	-0,417** (0,180)
Ln(Optionsvärde)	-0,095 (0,064)	-0,037 (0,039)	-0,474*** (0,125)	-0,214** (0,094)
Ln(Dagar till avtalsstart)	0,514* (0,303)	1,062*** (0,293)	-0,217 (0,781)	1,680*** (0,569)
Konstant	-12,38*** (1,742)	-15,66*** (1,370)	-6,103* (3,620)	-13,17*** (2,441)
Region/grupp dummy	Ja	Nej	Ja	Nej
Årsdummies	Ja	Ja	Ja	Ja
Justerat R ²	0,637	0,632	0,716	0,662
R ²	0,677	0,672	0,773	0,725
F-värde	2,79	3,91	6,84	3,33
N	2 831	2 831	706	706

Tabell A7 Andel parallellimport, tidsaspekter

Variabel	(1) ln(Andel PI)	(2) ln(Andel PI)	(3) ln(Andel PI)	(4) ln(Andel PI)
Ekonomisk ställning	-0,617 (0,433)	-0,182 (0,376)	-0,301 (1,074)	0,288 (0,925)
Kvalitetsarbete	0,233 (0,381)	-0,085 (0,335)	-0,234 (0,883)	-0,403 (0,917)
Ansvarsförsäkring	-0,296 (0,255)	-0,252 (0,256)	1,035 (0,693)	0,620 (0,666)
Kapacitet	-0,285 (0,332)	-0,201 (0,306)	-0,506 (0,554)	-0,772 (0,544)
Utsläpp API	1,160*** (0,348)	1,122*** (0,325)	0,273 (0,880)	0,821 (0,926)
Ändamålsenlighet	0,542 (0,965)	0,406 (0,926)	4,616*** (1,338)	4,915*** (1,485)
API	-3,511 (6,351)	-3,657 (6,474)	-8,510 (31,80)	-16,85 (23,38)
Läkemedel	-9,843 (8,855)	-10,93 (8,844)	38,33 (105,3)	65,54 (104,2)
Ln(Avtalsvärde)	-0,242*** (0,064)	-0,256*** (0,065)	-0,721*** (0,188)	-0,513*** (0,195)
Ln(Optionsvärde)	-0,028 (0,036)	-0,003 (0,031)	-0,014 (0,063)	-0,065 (0,064)
Ln(Dagar till avtalsstart)	1,153*** (0,299)	1,095*** (0,271)	0,555 (0,457)	0,467 (0,500)
Samordnad upphandling	-0,077 (0,318)	0,078 (0,284)	2,917*** (0,854)	3,196*** (0,800)
Ln(avtalsstart)	-	-724,9*** (187,4)	-	-1 878,2*** (616,3)
Konstant	-15,54*** (1,402)	5 501,5*** (1425,9)	-10,64*** (2,284)	14 282,3*** (4691,5)
Avtalsstartsår, dummy	Ja	Nej	Ja	Nej
Justerat R ²	0,628	0,626	0,696	0,678
R ²	0,668	0,666	0,753	0,737
F-värde	3,87	4,41	6,89	4,61
N	2 831	2 831	706	706

Bilaga B: Detaljerad deskriptiv statistik

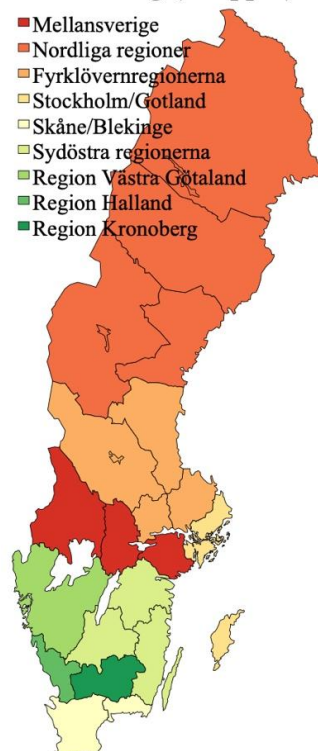
Skillnader mellan upphandlande myndigheter

Upphandlande myndigheter besitter stor frihet att utforma sina upphandlingar, vilket kan ge upphov till regionala skillnader i kravspecifikationer likväl som avtalsvillkor. Sådana skillnader kan påverka konkurrenssituationen och därmed andelen parallellimport, samtidigt som andra regionala faktorer, som inte framgår av upphandlingsdokumenten, också kan påverka företagens benägenhet att lämna anbud. I samordnade upphandlingar måste flera regioner enas om gemensamma krav, medan enskilda regioner kan anpassa upphandlingen efter sina egna behov. I följande delavsnitt kommer skillnader mellan upphandlande myndigheter, deras geografiska plats och deras konstellationer att belysas mer ingående än i huvudtexten.

Samordnade upphandlingar och enskilda regioners upphandlingar

Figur B1 Grupper av regioner som samordnar läkemedelsupphandlingar

Samordning (Grupper)



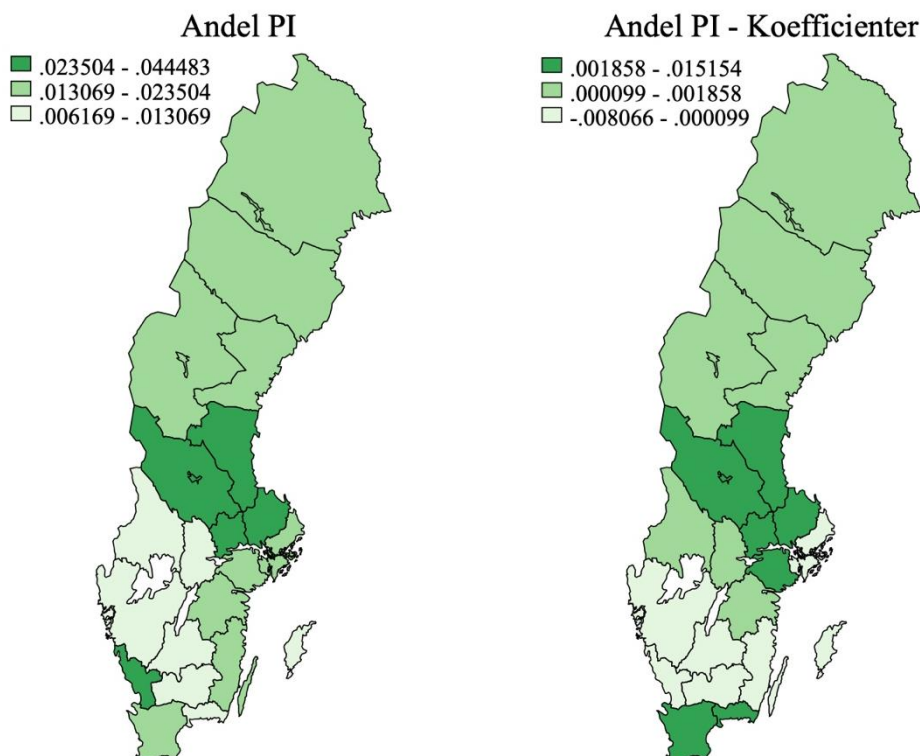
Not: I datamaterialet återfinns sex grupper av regioner som samordnar sina upphandlingar vid åtminstone ett tillfälle.

Kartorna i figur B2 nedan visar andelen parallellimport för Sveriges regioner. Den vänstra kartan visar andelen av försäljningsvärdet som är parallellimport beräknat över alla delupphandlingar där variabeln *Del av tid PI finns* är större än noll, dvs. för vilka parallellimport kan vara en möjlighet. För regioner som alltid upphandlar tillsammans, exempelvis de fyra nordligaste, visar figuren den genomsnittliga andelen. Den högra kartan är baserad på regressionskoefficienter från en enkel regression där andelen av försäljningsvärdet som är parallellimport i respektive delupphandling och region/regiongrupp är den beroende variabeln och dummyvariabler för regioner respektive regiongrupp för de som alltid upphandlar tillsammans samt för ATC-kod är de förklarande variablerna. Regressionen begränsas till delupphandlingar där *Del av tid PI finns* är större än noll och delupphandlingarna viktas med försäljningsvärdet. De huvudsakliga skillnaderna mellan de två figurerna är därmed att vi kontrollerar bort skillnader som beror på att regionerna upphandlat läkemedel med olika ATC-kod i olika omfattning i den högra figuren samt att den högra figuren visar avvikelse gentemot den utelämnade regionen (Stockholm) medan den vänstra visar faktiska andelar.

Den vänstra kartan visar att Fyrbäck-regionerna (Dalarna, Gävleborg, Västmanland och Uppsala) har högst andel parallellimport och den högra kartan visar att detta gäller även när vi kontrollerar för vilka typer av läkemedel (ATC-grupper) upphandlingarna gäller. Regionerna med de lägsta värden i den högra kartan, Kronoberg och Västra Götaland, har även bland de lägsta värden i den vänstra kartan. För andra regioner spelar dock kontrollerna för typ av läkemedel större roll. Exempelvis har Halland näst högst PI-andel, men den högra figuren visar att de har låg andel parallellimport givet att typ av läkemedel som upphandlas beaktas. Stockholm och Gotland upphandlar ofta, men inte alltid, tillsammans. Kartorna illustrerar därför olika värden för dessa två. Vi ser att deras värden skiljer sig markant åt i den vänstra figuren, men skillnaden är liten (och inte statistiskt signifikant i den högra). Detta indikerar att skillnaderna mellan dessa regioner främst förklaras av olika konsumtionsmönster av läkemedel och inte av skillnader i upphandlingsförfarande i de fall de upphandlar själva.

Kartorna indikerar inget tydligt samband mellan total mängd läkemedel respektive region eller regiongrupp upphandlar och andelen parallellimporterade läkemedel. Exempelvis ligger den största upphandlaren, region Stockholm, i mitten av fördelningen över andel parallellimport när vi kontrollerar för vilka ATC-grupper som upphandlas. Samtidigt har Västra Götalandsregionen näst lägst värde i den högra kartan medan region Skåne, som också är en stor upphandlare, har det tredje högsta värdet.

Figur B2 Andel parallellimport (PI) per region



Not: Andelen parallellimport (PI) i faktiska andelar presenteras i figuren till vänster, medan den högra figuren presenterar regressionskoefficienter baserat på en enkel regression av parallellimportens andel när hänsyn tagits till regions- och ATC-effekter. Mörkare färg indikerar högre andel PI.

Tester visar därtill att andelen parallellimport skiljer sig åt mellan samordnade upphandlingar och upphandlingar som initieras av enskilda regioner, se Tabell B1. Vidare visar deskriptiv statistik att andra aspekter, utöver andelen parallellimport, skiljer sig åt mellan samordnade upphandlingar och enskilda regioners upphandlingar.

Testerna i Tabell B1 indikerar statistiskt signifikanta skillnader mellan samordnade upphandlingar och upphandlingar initierade av enskilda regioner vad gäller avtalstiden och optioner att förlänga upphandlingskontrakten. Testerna visar att den ordinarie avtalstiden (exklusive optioner) i genomsnitt är drygt tre månader längre för upphandlingar som samordnas mellan regioner än upphandlingar som görs av en enskild region, samtidigt som option att förlänga avtalstiden förekommer i samtliga upphandlingar som genomförs av enskilda regioner, jämfört med 84 procent av samordnade upphandlingarna. Endast 12 upphandlingar, samtliga samordnade, i datamaterialet saknar option om att förlänga avtalet. Däremot finns ingen signifikant skillnad gällande den sammanlagda längden på optionerna, givet att avtalet tillåter optioner, mellan enskilda regioners upphandlingar och samordnade upphandlingar.

Tabell B1 Enskilda regioners upphandlingar och samordnade upphandlingar

Variabel	Samordnade upphandlingar (76)	Enskilda regioners upphandlingar (40)	Test	p-värde
Genomsnittlig avtalstid	21 månader	18 månader	t-test	0,048
Andel med option	84,2 procent	100 procent	Chi2	0,008
Genomsnittlig optionstid	27 månader	26 månader	t-test	0,804
Andel parallellimport	4,29 procent	3,25 procent	t-test	0,008

Not: Antalet observationer för testet av genomsnittlig optionstid avser upphandlingar med optioner (64 samordnade upphandlingar och 40 enskilda upphandlingar). Testet för andelen parallellimport baseras på observationer på delupphandlingsnivå, varvid 3 583 observationer för samordnade upphandlingar och 1 774 observationer för enskilda upphandlingar inkluderats. Begränsas observationerna till sådana där någon parallellimport skett för läkemedlet inom landet återfinns fortfarande ett signifikant samband, där andelen parallellimport är högre i samordnade upphandlingar.

Den genomsnittliga avtalstiden är drygt 19 månader, och 90 procent av upphandlingarna inkluderar optioner för att förlänga kontraktet. Den genomsnittliga optionstiden uppgår till knappt 2 år.

Tabell B2 visar skillnader mellan samordnade grupper av regioner i termer av avtalstid, andel upphandlingar med optioner att förlänga avtalet, total optionstid samt andel parallellimport, mätt i andel av försäljningsvärdet. Regionerna som tillhör gruppen Mellansverige och Sydöstra regionerna visar sig ha de lägsta andelarna parallellimport av samordningsgrupperna, medan Fycklöverregionerna och Stockholm/Gotland har den högsta andelen parallellimporterade läkemedel (om vi bortser från den enda observationen som finns tillgänglig från samordningen mellan Skåne och Blekinge, som visar på en ännu högre andel parallellimporterade läkemedel).

Vidare visar Tabell B2 på variationer mellan olika samordningsgrupper vad gäller avtalstid, andel optioner och total optionstid. Gruppen "Sydöstra" har den längsta genomsnittliga avtalstiden på drygt 2 år men en relativt låg andel upphandlingar där optioner om förlängning förekommer (62 procent), medan "Mellansverige" uppvisar kortare avtalstid (1 år och 2 månader) där samtliga upphandlingar har optioner om förlängning av avtal, vilket antyder en annan kontraktsstrategi. Andelen optioner skiljer sig markant mellan grupper, där vissa som "Mellansverige" och "Stockholm/Gotland" konsekvent använder optioner i sina upphandlingar, vilket kan spegla ett större behov av flexibilitet eller möjlighet att förlänga kontrakt. Optionstiden är också längre i grupper som "Sydöstra" och "Mellansverige" med drygt 2 år och 7 månader till 3 år. Sammantaget indikerar dessa skillnader att det kan finnas skillnader i regionala upphandlingsstrategier, vilket kan påverka hur konkurrens och kontraktsvillkor utformas.

Tabell B2 Samordningsgrupper: avtalstid, optioner och optionstid

Samordningsgrupp	Obs	Avtalstid (år)	Andel option (%)	Optionstid (år)	Andel PI
Fyrklövern	25	1,9 (0,293)	0,88 (0,332)	1,826 (0,473)	0,059 (0,177)
Mellansverige	8	1,178 (0,246)	1 (0)	2,625 (0,518)	0,033 (0,129)
Fyra nordligaste	11	1,834 (0,859)	0,909 (0,302)	2,1 (0,316)	0,044 (0,158)
Skåne/Blekinge	1	1 (.)	1 (.)	3 (.)	0,079 (0,172)
Stockholm/Gotland	10	0,975 (0,079)	1 (0)	2,05 (0,823)	0,056 (0,186)
Sydöstra	21	2,083 (1,404)	0,619 (0,498)	2,962 (0,302)	0,029 (0,140)
Totalt	76	1,731 (0,905)	0,842 (0,367)	2,253 (0,663)	0,043 (0,156)

Not: Standardavvikelser presenteras inom parentes. Notera att optionstid endast presenteras för upphandlingar där optioner finnes, varvid antalet observationer per samordningsgrupp är 22, 8, 10, 1, 10 och 13, medan andel parallellimport (PI) presenteras på delupphandlingsnivå, varvid antalet observationer per samordningsgrupp är 437, 1176, 614, 21, 781, och 554.



Ringvägen 100

118 60 Stockholm

08-700 16 00

konkurrensverket@kkv.se

www.konkurrensverket.se