

YTTRANDE  
2025-07-31 S2023/02002

Socialdepartementet  
103 33 STOCKHOLM  
s.remissvar@regeringskansliet.se  
s.sl@regeringskansliet.se

## Yttrande på:

### **Omsättningslagring av vissa läkemedel för en stärkt försörjningsberedskap – rapport från TLV**

**Dnr S2023/02002**

Föreningen för Generiska Läkemedel och Biosimilarer har fått möjlighet att lämna ett yttrande på Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV):s rapport: Omsättningslagring av vissa läkemedel för en stärkt försörjningsberedskap.

FGL väljer att parallellt kommentera skillnaderna och likheterna med utredare Åsa Kullgrens förslag (SOU 2020:23 och SOU 2021:19). Detta eftersom TLV:s rapport bygger på Kullgrens förslag och eftersom regeringen 2025-06-26 gett i uppdrag till TLV och Socialstyrelsen att fortsätta utreda eventuell lagerhållning av parallellimporterade läkemedel och läkemedel inom periodens vara (S2025/01275).

## Sammanfattning

**Om många länder bygger nya läkemedelslager samtidigt så riskerar det att skapa bristsituationer som annars inte skulle ha uppstått. Läkemedel där efterfrågan överstiger produktionen kan komma att ligga på lager i stället för att användas av**

patienter. Läkemedelsindustrin har uppmanat EU att samordna i stället för att bygga nationella lager.

Med det sagt, och om Sverige ändå väljer att bygga ett nationellt läkemedelslager så är TLV:s förslag måttfullt och väl avvägt. Skillnaderna mot utredare Åsa Kullgrens förslag är ganska stora, både i omfattning av lagrens storlek och vilka läkemedel som ska inkluderas.

De huvudsakliga invändningarna på TLV:s förslag är att FGL anser att parallellimporterade läkemedel ska ha samma krav som direktimporterade läkemedel samt att beräkningen av kostnadsersättningen för lagerhållningen bör förenklas.

#### Sammanfattning av kommentarer

- **3 månaders minimilager (TLV:s förslag) av prioriterade läkemedel är mer rimligt än 6 månaders minimilager (Kullgrens förslag).**
- **Utbytbara läkemedel inom periodens vara (PV) systemet bör inte ha lagerkrav baserat på historisk försäljning (instämmer i både TLV:s och Kullgrens förslag)**
- **Utbytbara upphandlade sjukhusläkemedel har en liknande problembild. Lagstiftaren behöver tydliggöra vad som gäller för den som tappat avtal på utbytbara upphandlade sjukhusläkemedel. TLV (TLV har mer konkret lösning på problemet än vad Kullgrens utredning har)**
- **Parallellimport (PI) bör ha samma krav som andra läkemedel (FGL håller med Kullgren att PI bör ha samma krav. FGL håller inte med TLV om att PI bör undantas lagerkrav)**
- **Ekonomisk kompensation för lagerhållning är extra viktigt för generiska läkemedel med låg marginal. TLV:s förslag till metod är dock onödigt administrativt omständlig. FGL förespråkar en enklare schablonersättning.**
- **Använd i första hand befintliga distributionskanaler.**
- **Tillvarata läkemedel med kort utgångsdatum – Idag kasseras fullt tjänliga läkemedel med upp till sex månaders hållbarhet kvar.**
- **Öka lagring hemma hos patienten genom att uppmana kroniker att hämta ut läkemedel när denne fortfarande har en månads förbrukning kvar hemma.**
- **Använd begreppet ”just-in-time” med försiktighet – det är inte en korrekt beskrivning av svensk lagerhållning av läkemedel.**

## 1. Förslagets omfattning

Svenska totalförsvaret ska rustas upp. Läkemedel är en av många viktiga delar av totalförsvarets försörjningsberedskap. När det är många parallella behov som ska uppfyllas måste staten prioritera. Det kan ifrågasättas om det verkligen finns ett behov av att åtgärda hela läkemedelsmarknaden eller om det räcker att fokusera resurserna på att identifiera kritiska delmarknader och satsa förstärkningen där det behövs som mest. Ett generellt grundkrav på 6 månaders säkerhetslager (Kullgrens förslag) är ambitiöst men kostsamt. Ett minimilager på 6 månader innebär i praktiken ett medellager på över 8 månader. Om staten i stället kräver ett minimilager på 3 månader (TLV:s förslag) så innebär det att medellagret hamnar på 5 månader. Även det kan vara ambitiöst i överkant. FGL känner inte till något annat land som har den typen av krav på samtliga läkemedel. I Finland, som Kullgrens utredning haft som förebild, är det endast en mindre del, ca 15%, av samtliga läkemedel som har lagstadgat lagerkrav. TLV:s rapport föreslår betydligt mindre långtgående lagerhållning, både i antal månader (3 månader i stället för 6 månader) samt vilka grupper av läkemedel som omfattas. Kullgren föreslog att mer eller mindre alla läkemedel skulle omfattas medan TLV:s förslag omfattar:

- 35% av antalet produkter (NPLpackID:n) som finns till försäljning
- 29% av total volym av receptbelagda läkemedel
- 58% av totalt värde av receptbelagda läkemedel

Utredningen har fokus på svensk lagerhållning och svensk och nordisk tillverkning. FGL vill därför påpeka att den viktigaste faktorn för läkemedelsförsörjningen är internationell handel. Protektionism och stängda gränser har negativ inverkan på alla länder och därför är det viktigt att svenska regeringen aktivt försvarar det internationella flödet av läkemedel.

Den svenska läkemedelsmarknaden består av flera delmarknader med helt olika dynamik och förutsättningar.

Det är direkt olämpligt att införa lagerkrav baserat på historisk försäljning för delmarknaden: receptbelagda utbytbara läkemedel som hämtas ut på apotek. I den frågan är både Kullgrens utredning och TLV överens.

## 2. Ersättning för lagerhållning

Det är bra att både Kullgrens utredning och TLV:s rapport föreslår ekonomisk kompensation till läkemedelsbolagen för lagerhållningen. Detta är extra viktigt för generikamarknaden i och med att marginalerna är låga och höjda obligatoriska lagerkrav kan leda till att läkemedel med dålig lönsamhet försvinner från marknaden när extra pålagor införs.

FGL menar dock att TLV:s förslag till hur kompensationen ska beräknas är onödigt komplicerad. Metoden är administrativt tungrodd för både läkemedelsbolagen och för TLV. Det hade varit enklare med en standardmässig schablon. TLV resonerar kring att den mer komplicerade metoden rekommenderas eftersom ersättningen annars kan uppfattas som statsstöd. Ersättningen är ju en form av statsstöd oavsett hur metoden beräknas. Ersättningen ges dock till alla läkemedelsbolag oavsett nationalitet och alla läkemedelsbolag behandlas lika utan vare sig diskriminering eller favorisering av vissa kategorier eller ursprungsland av läkemedel eller läkemedelsbolag.

### 3. Utbytbara läkemedel på recept - som hämtas ut på apotek inom Periodens Vara

FGL stödjer utredningens förslag att läkemedel som ingår i Periodens Vara inte ska ha lagerkrav baserad på historisk försäljning. FGL anser dock att den frivilliga avtalslösningen på 6 månader som Kullgrens utredning föreslår är för långtgående. Sex månaders avtalslager, utöver de lager som finns idag, riskerar att bygga överlager med kort hållbarhet som leder till att läkemedel kasseras eftersom läkemedlen legat för länge på lager. Om avtalsbaserad lagerhållning inom PV-systemet ska införas så bör den i stället vara på 3 månader.

Generiska läkemedel motsvarar 24% av den svenska läkemedelsmarknaden i värde och 70% i volym (2024).<sup>1</sup> Majoriteten av de recept som hämtas ut på apotek ligger alltså i detta sortiment. På denna delmarknad är det direkt olämpligt att införa lagerkrav baserad på historisk försäljning och därför ger vi extra fokus på just denna punkt i utredningen. Medicinskt utbytbara läkemedel inom Periodens Vara (PV) finns som generiska läkemedel, originalläkemedel och parallellimporterade läkemedel. Företrädare för originalbolagen (Läkemedelsindustriföreningen) och företrädare för parallellimporterade läkemedel (Läkemedelshandlarna) har samma inställning som FGL i denna fråga. Även utredningen är inne på samma linje och kallar förslaget för "avtalsbaserad lösning".

---

<sup>1</sup> LIF/IQVIA <https://www.lif.se/statistik/>

Det svenska systemet för utbyte av generiska läkemedel är mycket effektivt på att skapa prispress och Sverige brukar räknas som ett av tre länder med Europas lägsta priser. Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV) har beräknat att byte till generiska läkemedel ger staten en besparing på 8 miljarder kronor per år jämfört läkemedlens ursprungliga priser.<sup>2</sup> Två statliga utredningar (SOU) har fått specifika direktiv att INTE röra utbytessystemet. Även denna utredning har uppmärksammat detta och konstaterar på sidan 434: *"Ett system som så effektivt pressar priserna ska behållas"*. Skruvar man på några delar i systemet kan prisdynamiken förändras och besparingarna bli mindre. Att tvinga leverantörerna inom PV-systemet att ha extra lager kan innebära att färre leverantörer vill vara med och konkurrera, vilket i sin tur kan leda till att prispressen avtar och kostnaderna för skattebetalarna ökar. Utredningen kommer till samma slutsats och konstaterar på sidan 442: *"Därmed anser utredningen att en avtalsbaserad lösning ändå är det som är minst riskfyllt vad avser läkemedel som ingår i PV-systemet."*

Vi vet inte exakt hur stora ackumulerade lager som finns inom PV-systemet idag, men det förefaller vara tillräckligt stora lager eftersom det inte finns någon kännedom då det blivit en faktisk brist på läkemedel inom PV-systemet. Vissa leverantörer har stora lager, andra har inget lager alls vid ett givet tillfälle. Några månader senare kan det vara omvända förhållanden.

Normalt finns det en högre leveranssäkerhet i ett system när det finns flera alternativa leverantörer. En långvarig driftsstörning hos en leverantör kan oftast kompenseras av alternativa leverantörer. Om till exempel en fabrik brinner ner så kan 6 månaders säkerhetslager vara otillräckligt om det endast finns en leverantör, medan 3 månaders säkerhetslager inte behöver vara ett problem om en fabrik brinner ner på en PV-produkt där det finns 15 utbytbara produkter (även om bara 3 av dem vid ett givet tillfälle har lager i Sverige).

Risken när man ska reovera en motor som spinner som en katt är att den inte fungerar alls lika bra när den modifierats. Om alla leverantörer skulle behöva ha 6 månaders lager inom PV-systemet blir det en tydlig marknadsbarriär som riskerar att leda till färre konkurrenter, potentiellt högre priser och kanske i slutändan lägre lagervolymer totalt sett, tvärt emot intentionen. Erfarenheter från den finska marknaden pekar på just detta. Ju mer man tar i, desto färre konkurrenter blir sannolikt intresserad av att delta i PV-systemet - speciellt eftersom marginalerna redan är låga.

---

<sup>2</sup> TLV: Översyn av 2011 års modell för utbyte av läkemedel på apotek, (dnr 2550/2011), sid 4

Det finns redan reglering för tillhandahållande i PV-systemet och sanktionsavgifter om man inte kan leverera i enlighet med dessa regler. Därmed finns både piska och morot för att hålla lager i Sverige. TLV har även en möjlighet till högre sanktioner för företag som till exempel upprepar gånger misslyckas med sina åtaganden.

TLV skriver 15 maj 2020 på sin hemsida angående situationen med Covid-19 att de inte anser att de behöver vidta några åtgärder inom PV-systemet trots krisläget: *"TLV ser i nuläget att periodens vara-systemet fungerar. Apotek genomför utbyten och läkemedelsföretag bekräftar tillhandahållande och levererar periodens vara i vanlig ordning, utifrån de förutsättningar som gäller för respektive läkemedel."*

### **Det är direkt olämpligt att införa lagerkrav baserat på historisk försäljning inom PV-systemet.**

En rad problem och frågeställningar skulle uppkomma. Försäljningen är mycket oförutsägbar för de enskilda läkemedelsbolagen och volymerna varierar kraftigt från en månad till en annan. Ett företag kan vara PV en månad och sälja 70 000 förpackningar för att nästa månad sälja mindre än 100 förpackningar. Sedan kanske det tar 7 månader innan samma företag blir PV igen och säljer 90 000 förpackningar. Hur mycket lager ska det bolaget ha nästa kvartal? Det kan finnas 15 registrerade konkurrenter men bara 4 har lager samtidigt (vilka 4 det är varierar över tid). Ett år är 3 företag aktiva ett annat år är 4 andra företag aktiva.

Det händer ofta att ett företag lämnar marknaden helt eller för något år p.g.a. bristande lönsamhet på en viss produkt. Om det skulle finnas ett krav på att den som blir PV måste hålla till exempel 6 månaders extra lager så måste alla företag alltså ha minst 7 månaders lager för att bli PV. Den som lämnar marknaden skulle då stå kvar med minst 6 månaders lager som blir omöjligt att sälja och därför måste kasseras. Vad händer när ett företag markerar sin produkt som Icke Marknadsförd, behöver den ändå lagerföras? Eller måste varje registrerad artikel lagerföras?

Om staten ändå vill införa åtgärder utan att påverka marknadsdynamiken negativt går det att överväga att staten upphandlar omsättningslager mot ersättning - så som utredningen föreslår. FGL:s uppmaning är då att hålla sig till 3 månaders lager i stället för de 6 månader som Åsa Kullgren föreslår.



Det är positivt att utredningen föreslår att TLV ska utarbeta detaljerna i systemet. Lagstiftningen bör ange huvudprincipen men detaljerna regleras hellre i föreskrifter som är enklare att ändra när och om så behövs.

#### 4. Utbytbara läkemedel som upphandlas för slutenvården

FGL menar att Kullgrens förslag till lösning är oklar för denna delmarknad. TLV:s förslag är tydligare men FGL skulle gärna se att lagstiftaren påtalar att avslutade slutenvårdsupphandlingar är skäl till att få dispens från lagerkrav.

Upphandlade utbytbara sjukhusläkemedel (kallas också slutenvårdsläkemedel eller rekvisitionsläkemedel) behandlas i utredningen lika som andra läkemedel och ska enligt utredningen lagerhållas baserat på historisk försäljning. Denna marknad är volymmässigt betydligt mindre än PV-marknaden. Marknaden har dock ungefär samma problem som PV-marknaden när det gäller efterfrågesvängningar, även om den som har avtal levererar ungefär samma volym under en längre tid (ca 2 år). Sjukhusmarknaden regleras redan via avtal och det finns redan sanktioner/böter för den leverantör som inte kan leverera. Här är det alltså redan möjligt för upphandlande region att ställa volymkrav. Det gäller dock att tänka till när en region (eller kluster av regioner) gör en ny upphandling så inte kravet gäller den som tappat upphandlingen (baserat på historiska försäljningsdata).

Om lagret baseras på historiska data (som utredningen och TLV föreslår) kan den som just tappat en upphandling tvingas ha stora lager, medan den som just vunnit en upphandling inte har några skyldigheter alls. Detta är orimligt. Om den som tappat avtal (och därmed försäljningen) ska tvingas hålla lager baserat på förra årets försäljning finns risken att leverantörer avstår från att ge anbud, alternativt tvingas att höja priset eftersom man måste räkna med att destruera ett stort lager ett år efter att avtalsperioden är slut. Erfarenheten från Finland visar också att höga krav på

säkerhetslager på upphandlade produkter har lett till att färre konkurrenter vågar lämna anbud eftersom marknadsrisken blir för hög.

Nuvarande ordning med 10 upphandlingsområden är att föredra, eftersom det möjliggör att olika leverantörer kan vinna olika regioner jämfört med en modell med nationell upphandlad modell där endast en leverantör lagerför upphandlat läkemedel. Eftersom det redan finns flera alternativa leverantörer av samma substans så är det i sig en säkerhet jämfört med den patenterade marknaden där det som regel bara finns en leverantör till slutenvården. Om en leverantör får problem kan alltså flera andra hoppa in för att lösa problemet vilket inte är lika lätt när det bara finns en leverantör. Därmed är behovet av lagstiftat säkerhetslager mindre.

FGL menar att utredningen är otydlig vad som ska gälla för denna delmarknad. FGL ser tre alternativa lösningar:

1. Avtal i stället för lagstiftning.  
På denna delmarknad finns redan ett upphandlingsavtal mellan företagen och regioner på ett sätt som inte finns för läkemedel som hämtas ut på recept. Regionerna kan ställa volymkrav och lagerkrav om regionerna anser att det är motiverat. Lagstiftningen kan undantas hela slutenvårdsmarknaden alternativt enbart den patentfria marknaden där utbytbara läkemedel upphandlas.
2. Dispenser.  
Utredningen föreslår dispenser från lagerkrav (stycke 9.6). Det skulle kunna vara lösningen för denna delmarknad. Utredningen anför att dispens från lagerhållning kan ges om *"annan händelse som medför förändringar av försäljningen"*. Det kan tolkas som att nya upphandlingsavtal är tillämpliga. Men å andra sidan skriver utredningen också att beviskravet ska ligga på den som vill ha dispens och att *"...beviskravet för att få en dispens beviljad bör sättas relativt högt."*
3. Undantag om försäljningen ökar eller minskar kraftigt.  
Utredningen föreslår undantag (9.4.1) om den genomsnittliga förbrukningen minskar med 20 procent eller ökar med 25% under perioden 1 oktober till 31 mars. Detta undantag tycks vid en första anblick vara tillämpligt när någon förlorar ett befintligt avtal. Undantaget tycks dock vara skrivet för oförutsedda ändringar av försäljningsvolymerna och ska bevisas i efterhand. Den som har tappat upphandlingsavtal vet i förväg att försäljningen kommer att upphöra. Det är inte rimligt att den som har tappat avtal ska behöva köpa nya lager för att lagervård ett säkerhetslager fram till 31 mars, för att därefter destruera lagret som inte går att sälja utan avtal.

Oavsett om lagstiftaren väljer något av alternativen ovan, eller en helt annan lösning, bör det vara tydligt vilka lagerhållningsregler som gäller för den som tappat avtal på utbytbara upphandlade sjukhusläkemedel.

## 5. Övriga delmarknader för generiska läkemedel

Generikamarknaden är inte bara PV-marknaden. Generiska läkemedel kan vara ensam med en substans eller beredningsform. Generika kan också vara unika icke utbytbara läkemedel även om det finns flera som levererar samma substans. Då är läget ett annat och då är det möjligt att ställa samma krav som på övriga delmarknader. Volymerna skiljer sig inte dramatiskt månad från månad. Generiska läkemedel ska alltså inte ha undantag om det inte är motiverat med undantag.

## 6. Anpassning till patentutgång

Utredningen och TLV:s rapport har förslag som torde vara tillämpligt men det vore önskvärt att det i så fall specificeras i lag och föreskrift.

Vid patentutgången har originalföretaget 100% av volymen. Finns det parallellimport så delar originalet och PI på marknaden. Efter patentutgång brukar originalet ha mindre än 10% av volymen kvar. När patentet går ut så sitter originalbolaget (och eventuella parallellimportörer) med 6 (alternativt 3) månaders lager som blir omöjligt att sälja inom PV-systemet. Innan patentutgång gäller grundregeln på 6/3 månaders lager baserat på historisk försäljning. Efter patentutgång gäller andra regler förutsatt att läkemedlet blir utbytbar. Men det behövs övergångsregler för originalbolagen. Just vid patentutgång brukar lagren redan vara stora bland utmanande generikaaktörer eftersom de räknar med att ta över marknaden. Om inte anpassning sker kommer marknaden att svämma över av lager som i slutändan kommer att behöva kasseras. FGL föreslår en avtrappningseffekt där originalbolagen har 6/3 månaders lager fram till ett halvår före patentutgång och därefter minskar kravet med en månad i taget fram till patentutgången då originalbolaget (och PI) inte har någon lagerhållningsskyldighet alls.

Utredningen nämner dispenser från lagerkrav (stycke 9.6). Det skulle kunna vara lösningen för denna situation. Utredningen anför att dispens från lagerhållning kan ges om *"annan händelse som medför förändringar av försäljningen"*. För att undvika eventuella tvister kring tolkningen vore det bra om *"patentutgång"* nämns som exempel så det är tydligt att det är lagstiftarens intentioner.

## 7. Parallelimporterade läkemedel

FGL stödjer utredningens förslag att parallelimportörer ska ha samma skyldigheter som övriga läkemedelsbolag. FGL håller inte med TLV om att parallelimporterade läkemedel ska slippa lagerkrav.

Inom PV-systemet är det redan samma krav på den som har status som periodens vara. Där konkurrerar parallelimporterade läkemedel på samma villkor som generika och originalläkemedel. Det är samma krav på att klara leveranserna under PV-månaden och samma sanktioner för den som inte klarar av att leverera hela PV-månaden. PI har inga undantag enbart för att de är PI.

FGL har full förståelse för att PI fungerar på en spotmarknad och därmed har svårare att planera sina varuflöden. Men om lagstiftaren ska ställa krav på direktimportören och helt undantar PI missar man helt intentionen med säkerhetslager.

Exempel:

Det finns exempel där originalprodukten har en marginell försäljning (15%) och parallelimporten står för majoriteten (85%) av volymen. Om den totala försäljningen är 10 000 enheter per månad (120 000/år) så står alltså originalets försäljning för 1500 enheter per månad (18 000/år). Om man undantar PI från krav på säkerhetslager och låta originalbolaget ha krav på 6 (alt 3) månaders säkerhetslager på den egna försäljningen. Det blir då hanterbart för både originalföretaget och för parallelimportören. Men nackdelen är att då faller hela syftet med säkerhetslager eftersom originalbolagets 6/3 månader (dvs 9000 enheter) inte ens räcker en månad om parallelimportören får slut och inte har något lager.

Utredningen föreslår att bolag som har mindre än 2% marknadsandel ska slippa lagerkrav. Siffran 2% motiveras inte och den låter låg. Kanske vore 5 eller 10% en mer rimlig nivå.

## 8. Använd befintliga distributionskanaler

Det är önskvärt att så långt som möjligt upprätthålla befintliga distributionskedjor och varuflöden snarare än att bygga nya. Erfarenheten från Covid-19 visar att det befintliga varuförsörjningssystemet fungerade väl. Det finns en risk med att bygga

nya läkemedelsförråd centralt eller regionalt om dessa inte är integrerade i den befintliga distributionskedjan eller befintliga beställningssystem. För att kunna skapa ett effektivt omsättningslager (lager som automatiskt omsätts inom ramen för det normala läkemedelsflödet) underlättas av att volymerna ägs av en och samma aktör. Detta kan dock kombineras med att regionerna, alternativt staten, samtidigt har förfoganderätt över dessa läkemedel.

## 9. Lagring hemma hos patienten

De flesta länder i Europa har recept som gäller 1 månad. Sverige har upp till 3 månader. Detta innebär att svenska patienter har mer läkemedel lagrat hemma jämfört med patienter i många andra länder. Men dessa hemmalager är ojämnt fördelade. En patient som just har varit på apoteket har 3 månader medan en annan patient som börjar få slut har nästan inget lager alls. Om man ändrar systemet så patienten uppmanas att hämta ut nya läkemedel när denne har 1 månads förbrukning kvar så ökar hemmalagret från i snitt 1,5 månader till 2,5 månader samtidigt som längstanivån höjs från 0 till 1 månad. Om myndigheter och apotek aktivt uppmanar till överlappning byggs det in ett ytterligare säkerhetslager av läkemedel i hemmen.

## 10. Utgångsdatum – Idag kasseras fullt tjänliga läkemedel

Idag bränns läkemedel som har utgången hållbarhet. För att kunna bli Periodens Vara på en tremånaderspackning (98/100 pack) så krävs att läkemedlet har minst 6 månaders hållbarhet kvar. Om läkemedlet har "bara" 5 månader och 4 veckor kvar så kasseras läkemedlet. Detta kan också betraktas som ett säkerhetslager då dessa läkemedel inte finns i systemet men finns att användas vid en krissituation om man skapar ett system för detta. Att samla in läkemedel som idag går till förbränning och lagra dessa i en mellanstation (administrerad av Socialstyrelsen, MSB eller försvarsmakten) i X månader innan förbränning torde vara en kostnadseffektiv åtgärd. Dessa läkemedel finns redan i systemet.

Man ska också ta i beaktande att det även finns betydande säkerhetsmarginaler på utgångsdatum. Om det står att ett läkemedel har 18 månaders hållbarhet så innebär det inte att all effekt är borta när det gått 19 månader. Effekten kan vara godtagbar även många år efter utgången hållbarhet. Även om systemet inte tillåter användande av dessa läkemedel efter utgången hållbarhet i fredstid så är det trots allt bättre att använda ett läkemedel med "bara" 90% effekt kvar flera år efter utgången hållbarhet

än att inte stå helt utan eftersom man kasserat alla läkemedel som inte har 100% effekt.

## 11. Just-in-time – ett misstolkat begrepp

FGL vill uppmana till försiktighet till begreppet "just-in-time". Det uppfattas som om att läkemedlen levereras till svensk marknad "just-in-time". Och det är ju långt ifrån sant. Läkemedelsbolagen har som regel 3-4 månaders (normalförbrukning) lager hos distributörerna, och apoteken har ytterligare cirka en månad. Hade det varit "just in time" så hade dessa lager inte funnits i Sverige.

Med vänliga hälsningar,



Kenneth Nyblom  
vd FGL