



Vägen till en vård i världsklass

Rapportsammanställning
om Life Science



LIF

– de forskande
läkemedelsföretagen



Denna rapportsammanställning har tagits fram av LIF – de forskande läkemedelsföretagen.

Skribent: Kent Björkqvist

Denna skrift och även alla de rapporter som sammanfattas här kan laddas ned från LIFs hemsida www.lif.se

Tryckår: 2015

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Inledning: Vägen till världsklass går via samarbete | 4 |
| 1. Life Science-klimatet | 6 |
| Sveriges position inom Life Science måste stärkas | 7 |
| Europa behöver en gemensam Life Science-strategi för att klara sjukvårdens utmaningar | 10 |
| 14 förslag som stärker Sveriges innovationskraft | 12 |
| Starkare statligt grepp krävs om Life Science i Sverige ska klara konkurrensen | 14 |
| 25 åtgärder för att stärka Sveriges konkurrenskraft | 18 |
| 2. Näringslivsklimatet | 20 |
| Läkemedel – en svensk basnäring viktig för tillväxt och ekonomiskt välstånd | 21 |
| Framtiden finns i klustren – men Stockholm-Uppsala tappar snabbt mark | 25 |
| 3. Sjukvården | 27 |
| Internationella jämförelser ger spretig bild av svensk hälso- och sjukvård | 28 |
| Sverige fortfarande näst sist bland jämförbara länder i användning av nya läkemedel | 31 |
| Ojämlig vård ett hot mot Sveriges sjukvårdssystem | 34 |
| För diskussion | 38 |
| Samarbete, långsiktighet, ledarskap och tradition | 39 |

Vägen till världsklass går via samarbete

Sverige är ett av världens friskaste länder. Vi har generellt sett god hälsa och lever länge. Det har framför allt att göra med att Sverige är ett rikt land med förhållandevis liten skillnad mellan fattig och rik. Men vår självbild är att det i stället beror på att vi har världens bästa sjukvård. Vi tycker att vi redan är bäst, och därför behöver vi inte anstränga oss för att bli ännu bättre. Jag har under många år hört regeringar av olika kulörer säga att Sverige har en hälso- och sjukvård i världsklass och en forskning som är världsledande. Senast i regeringsförklaringen efter valet i höstas.

Vi vill alla att Sverige verkligen ska kunna leva upp till dessa påståenden. Och det finns en väg som leder oss till världsklass. Det är när alla delar i kedjan hänger ihop och samarbetar: utbildningssystemet, den akademiska grundforskningen, företagens förutsättningar att verka i Sverige och skapa innovation, hälso- och sjukvårdens medverkan i forskning och utveckling, samt när alla patienter får tillgång till bästa möjliga vård och behandling.



Men det ligger mycket jobb framför oss på denna resa, för i dag tappar Sverige obönhörligen inom alla delar i denna kedja gentemot vår omvärld. De senaste tio åren har ett stort antal utredningar, rapporter och analyser kommit fram till ungefär samma sak: Sverige tappar inom hela Life Science-kedjan, från grundforskningen till användning av nya läkemedelsbehandlingar som kan leda till bot eller bättre hälsa för den enskilde patienten.

Livsvetenskaperna – eller Life Science som det oftast kallas – är antagligen ett av de mest komplexa system som samhället har att hantera. De ingående delarna är starkt beroende av varandra: En stark akademisk grundforskning byggd på långsiktiga statliga och privata investeringar som attraherar de främsta forskarna är en nödvändig förutsättning för forskningsgenombrott som kan skapa nya medicinska rön och ge nya forskningsföretag.

En hälso- och sjukvård som medverkar i forskning och som vill befinna sig vid kunskapsfronten är en förutsättning för att kunna attrahera investeringar i klinisk forskning. Detta är i sin tur en förutsättning för att patienter ska kunna få ta del av nya läkemedel som är bättre än den tidigare generationens läkemedel. Till detta kommer den inneboende konflikten med att långsiktiga forskningsinvesteringar ska möta en hälso- och sjukvård som i huvudsak arbetar inom ramen för ettåriga budgetar.

Jag ser en stor utmaning i att få de här systemen att fungera ihop. Hälso- och sjukvården agerar idag inte som om man vore en del i Life Science-systemet. Jag upplever att hälso- och sjukvården framförallt jobbar med hur man ska kunna ge lika god vård som i dag till många flera, eftersom vi blir allt fler i Sverige och lever allt längre. Detta ger ett fokus på volymer och kostnads kontroll. Man försöker helt enkelt att göra allt lite billigare.

Jag ser tre problem som måste hanteras:

- **Vi måste ha en högre ambition:** Grundinställningen idag är att Sverige redan är bäst på hälso- och sjukvård. Därför inriktas insatserna på att framförallt hålla budgeten, medan mer långsiktiga perspektiv som klinisk forskning, medarbetarnas kontinuerliga kompetensutveckling och att göra vården mer innovativ kommer på undantag.
- **Koordineringen måste bli bättre:** I dag brister samordningen mellan olika departement inom Regeringskansliet, mellan de olika statliga myndigheterna och mellan den statliga nivån och landstingen. Denna oklara situation drabbar hälso- och sjukvårdens möjligheter att nå målet om en världsledande position.
- **Incitamentsstrukturen i vården måste korrigeras och bli tydligare:** Idag saknas i princip incitament för läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal att delta i klinisk forskning. Verksamhetschefer har ett stort fokus på att leverera vårdproduktion – medan kompetensutveckling och klinisk forskning inte är prioriterat.

Jag menar att staten måste ta ett större ansvar för att hela kedjan inom Life Science ska fungera bättre. Staten måste ta ett tydligare finansieringsansvar för innovation. I dag ger staten omfattande stöd till grundforskning, men däremot är stödet till implementering av resultaten från forskningen – dvs. innovationer i form av nya läkemedel och andra behandlingsmetoder – bristfälligt.

Staten bör ta finansieringsansvaret för nya läkemedel under den första tiden av implementering i hälso- och sjukvården, kanske de första tre åren. Staten måste också ta ett mer samlat grepp och ansvar för sina myndigheter. I dag är myndigheternas agerande inte alltid samordnat och innovationsperspektivet är ofta underordnat jämfört med andra delar i deras olika uppdrag. För landstingen finns en stor uppgift i att öppna sig mer mot omvärlden. Vi behöver landstingens aktiva deltagande som konstruktiv samarbetspartner.

Vägen går via ett nära samarbete mellan alla aktörer med en gemensam vision vid vägens slut: Världens bästa hälso- och sjukvård.



Anders Blanck
VD LIF



Många röster säger ofta samma saker

I denna skrift kan du läsa sammanfattningar av olika rapporter och utredningar, som vi har grupperat i tre avdelningar: Om Life Science-klimatet, om näringslivsklimatet och om sjukvården. Alla tre är lika viktiga, men det senaste året har det publicerats speciellt många utredningar och sammanställningar om situationen för svensk Life Science-industri.

Vi tyckte det var viktigt att ge en komplett bild av alla dessa rapporter, men för en läsare kan det verka som om rapporterna inom just området Life Science-klimatet är ganska likalydande i många av sina åtgärdsförslag. Vi tycker inte att det är en svaghet – tvärtom visar det att olika experter, utredare och organisationer har en i många stycken samstämmig bild både av problemen och nödvändiga åtgärder.

Life Science- klimatet

Många åtgärder krävs för att Sverige ska återta förlorad mark

Ett antal rapporter visar att Sverige på senare år tappat mark gentemot andra europeiska länder som gör betydande satsningar inom Life Science. Att Sverige länge varit ledande räcker inte för framtida framgångar i hård internationell konkurrens.

Nu behövs bland annat bättre samverkan mellan alla aktörer och ett tydligt ledarskap från regeringen. Hälso- och sjukvården måste bli mer delaktig i klinisk forskning och innovation.

Sveriges position inom Life Science måste stärkas

Två analyser från konsultföretaget Vasco Advisers granskar Sveriges position inom Life Science ur olika perspektiv:

- **Åtgärder i fem europeiska länder för att förbättra innovationsklimatet inom hälso- och sjukvården, samt Sveriges utmaningar inom Life Science.**
- **Analys av de pågående globala förändringarna inom läkemedelsindustrin och hur de påverkar Sveriges framtida möjligheter inom Life Science.**

Den inledande analysen, *Innovation in European health-care – what can Sweden learn?*, bygger bland annat på analys av strukturer och förändringsarbete i Tyskland, Frankrike, Danmark, Storbritannien och Holland. Analysen av de fem länderna fokuserar på tre områden: politik och reformer för att stödja innovation, infrastrukturen för innovation, samt subvention och ekonomiska incitament för innovativa läkemedel och medicintekniska produkter. Syftet är att identifiera vilka lärdomar Sverige kan dra utifrån de analyserade länderna. En intervjuundersökning bland ett stort antal aktörer inom sjukvårdssektorn kring det svenska innovationsklimatet visar att samtliga grupper hade uppfattningen att det fokus på ökad produktivitet som funnits inom sjukvården på senare år har trängt undan utrymme för innovation. Vanliga kommentarer i intervjuerna var:

- Det saknas ett förutsägbart ersättningssystem för innovativa produkter.
- Bristande intresse för klinisk utveckling inom sjukvården. Utveckling anses inte vara en del av uppdraget till sjukvården.
- Motvilja från sjukvården att delta i klinisk forskning.
- Höga barriärer försvårar kontakter mellan läkemedelsföretag och sjukvården på alla nivåer.
- Svårigheter för små och medelstora företag att hitta finansiering.

I grunden står sig innovationsklimatet i Sverige väl i jämförelse med de analyserade länderna. Enligt tidningen *The Economist* innovationsindex, som baseras på ett flertal kriterier, placerade sig Sverige 2012 på en global andraplats. Samtidigt finns flera utmaningar som måste adresseras och som i grunden handlar om att Sverige som en liten marknad måste konkurrera med kvalitet.

I Europa finns främst två system för organisering och finansiering av sjukvården: obligatoriska försäkringskassor eller skatt. Av de jämförda länderna har Tyskland, Frankrike och Holland det förstnämnda medan Sverige, Danmark och Storbritannien har skattefinansierade system. Vilket system som används påverkar ländernas strategier för hur innovation introduceras i sjukvården. De skattebaserade systemen förlitar sig i hög grad på en statlig infrastruktur och på nationella hälsoekonomiska myndigheter som utvärderar nya läkemedel. Sverige och Danmark har regionala strukturer, Storbritannien en nationell centraliserad modell. Men dessa länder har gemensamt att nationella rekommendationer för nya behandlingar har svårt att få genomslag i sjukvården. När nationella beslut ska föras ned i organisationen väger den lokala budgeten tyngre. I Frankrike och Tyskland där finansierarna inte själva bedriver vården är följsamheten till nationella riktlinjer högre. Patienterna ges i högre grad vård på lika villkor och de geografiska och socio-ekonomiska skillnaderna är mindre.

De fem analyserade länderna anstränger sig på olika sätt för att förbättra innovationsklimatet. Alla har genomfört reformer för att öka produktiviteten inom sjukvården, och alla har också sett samma effekt som i Sverige – att det minskar utrymmet för innovation. För att komma tillrätta med det har Tyskland etablerat ett nationellt ersättningssystem för innovativa lösningar inom sjukvården (NUB), som rapportförfattarna menar att även Sverige bör överväga. Frankrike har ett liknan-

de, dock mer komplext, system än Tyskland. Lärdomen från Danmark är framför allt att ett kraftfullt politiskt fokus på Life Science-sektorn och dess industriella och kommersiella framgångar gett goda resultat. Holland har genomfört en stor sjukvårdsreform som dock betecknas som misslyckad främst på grund av politisk detaljstyrning. Storbritannien genomför också en omfattande sjukvårdsreform som omfattar ökad användning av nya läkemedel och ny teknik.

Den andra analysen, *Sveriges globala konkurrenskraft inom Life Science*, fokuserar på de genomgripande förändringar som har skett de senaste åren inom den globala läkemedelsindustrin, och på de åtgärder som ett antal länder i Europa vidtar för att stärka innovationsklimatet. I Sverige blev AstraZenecas nedläggning av den neurovetenskapliga forskningen i Södertälje 2012 ett uppvaknande och en intensiv debatt följde. Men det var endast en enskild företeelse på en mycket turbulent global Life Science-marknad, som präglats av omfattande strukturrationaliseringar och företagsförvärv. Sedan 2008 har de stora globala företagen minskat antalet anställda med 200 000, och FoU och tillverkning har flyttats till lågkostnadsländer och tillväxtländer.

Industrins åtgärder är svaren på en förändrad omvärld, främst att de flesta länder agerar för att pressa ned läkemedelskostnaderna, och att effektiviteten sjunkit i antal nya läkemedel per satsad krona. Läkemedelspriserna har de senaste åren pressats ned i alla länder. Kraven för att nya läkemedel ska tillåtas ha högre priser än befintliga är att de måste visa signifikant bättre effekt, eller medföra sparade kostnader för sjukvården på annat sätt. Många länder har infört referensprissättning. De olika åtgärderna har sänkt kostnaderna, men samtidigt finns i Sverige liksom i många andra länder en debatt om att effekten har blivit svårigheter att introducera nya innovativa läkemedel.

De stora förändringarna inom läkemedelsindustrin väntas fortsätta. De globala forskningsinvesteringarna i förhållande till försäljningen väntas sjunka från 20,2 till 16,5 procent åren 2008-2018. Det blir också allt tydligare att forskning och utveckling koncentreras till några få kluster, framför allt Cambridge-Oxford-London "The Golden Triangle" i Storbritannien, samt Boston/Massachusetts och Silicon Valley/San Francisco i USA.

Samtidigt som de europeiska länderna pressar läkemedelspriserna agerar länderna kraftfullt för att på olika sätt förbättra innovationsklimatet. Det handlar framför allt om skattelättnader, både för investeringar i innovativa företag och för innovationer och patent som forskningen leder fram till. Starka Life Science-länder som Storbritannien, Frankrike, och Schweiz ger betydande skattelättnader. Storbritannien har exempelvis infört en så kallad *patent box*, vilket innebär att intäkter som är relaterade till patent som utvecklats i landet beskattas till 10 procent jämfört med tidigare 21 procent. Detta gynnar framför allt stora läkemedelsföretag med höga FoU-investeringar. Även Danmark och Norge erbjuder skattelättnader. För varje euro som ges i skattelättnad ökar företagets investeringar med tre euro i Storbritannien och med två euro i Norge.

De svenska skattevillkoren för Life Science-företag är betydligt mindre attraktiva för tunga FoU-bolag i förhållande till ett flertal andra länder i Europa. Sverige, Tyskland och Italien är några av de få länder som inte erbjuder skatteavdrag för forskningskostnader.

Slutsatser i analyserna från Vasco Advisers är att samverkan mellan sjukvården och Life Science-industrin i Sverige måste stärkas och att ett ersättningssystem behövs för innovativa läkemedel. Det finns också ett starkt behov av förbättrat företagsklimat inom Life Science för att Sverige ska kunna konkurrera med andra länder i Europa

Sveriges position inom Life Science måste stärkas

Svensk life science behöver:

- Akademisk forskning som kan konkurrera i en tid av global omstrukturering inom Life Science-branschen
- Bättre klimat för forskande Life Science-företag, framförallt avseende samverkan sjukvård – industri
- Förbättrat företagsklimat för innovativa bolag – i allmänhet och inom Life Science i synnerhet



Kritiska åtgärder



Rapporterna

Källor:

Innovation in European healthcare – what can Sweden learn?

Författare: Patric Källman, Vasco Advisers, 2013.

Sverige – ett konkurrenskraftigt land för life science?

Utdrag från rapporten Innovation in European Healthcare – what can Sweden learn?

Författare: Patric Källman, Vasco Advisers, 2014.

Undersökningen 2013 initierades av LIF, och LIF har bidragit ekonomiskt till båda.



Finns på LIF.se

Europa behöver en gemensam Life Science-strategi för att klara sjukvårdens utmaningar

Europa behöver en gemensam strategi för Life Science för att klara de stora utmaningarna inom hälso- och sjukvårdsområdet. Den måste tillgodose medborgarnas hälsobehov och samtidigt öka Europas globala konkurrenskraft.

Läkemedelsindustrins europeiska branschorganisation Efpia har utarbetat en strategi som bygger på tre mål som är nära knutna till varandra: Att förbättra resultaten på hälsoområdet, att stödja en hållbar finansiering av sjukvård och läkemedel, samt att skapa ett blomstrande ekosystem för innovation och investeringar.

Efpia beskriver i rapporten *Hälsa och tillväxt – Samarbete för ett friskt Europa* två utmaningar som är nära förbundna med varandra och som Europa måste hantera samtidigt. Den ena är att säkerställa hälsan i framtiden. Detta när en åldrande befolkning och ojämlikheter mellan och inom länder utmanar våra hälso- och sjukvårdssystem. Den andra utmaningen är att säkerställa en förstklassig läkemedelsindustri. Europas ekonomiska välfärd, och därmed dess förmåga att ha råd med hälso- och sjukvården, är beroende av om Europa kan behålla kunskapsbaserade industrier som kan konkurrera globalt.

Samtidigt menar Efpia att de utmaningar som måste hanteras inte kunde ha kommit vid en sämre tidpunkt. Den ekonomiska krisen och åtgärderna för att stabilisera ekonomin har inneburit svåra påfrestningar på de offentliga finanserna i en omfattning som inte setts sedan återuppbyggnaden efter andra världskriget. Hälso- och sjukvårdssektorn har drabbats särskilt hårt. OECD har varnat för att regeringar i Europa gått för långt i sina åtstramningar och att hälsoutsikterna för medborgare har äventyrats.

Förbättra vårdresultaten

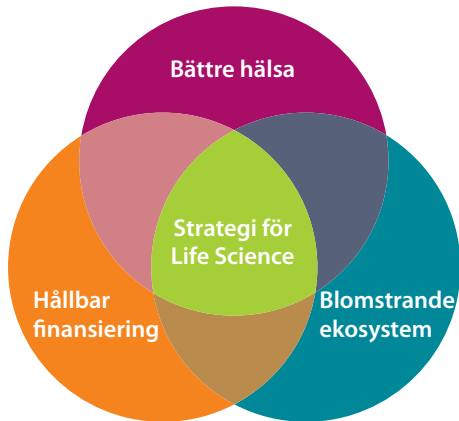
Europa har kommit långt när det gäller att uppnå bättre resultat på hälsoområdet. Men inom Europa är det i dag nästan tio års skillnad i förväntad livslängd mellan å ena sidan Spanien och Italien, och å den andra Rumänien och Lettland. Särskilt utvecklingen av kroniska sjukdomar är oroande. I dag lider över 100 miljoner medborgare, 40 procent av alla över 15 år, av minst en kronisk sjukdom. Kostnaderna för dessa utgör mer än 70 procent av de totala kostnaderna och de fortsätter öka. Med allt fler kroniskt sjuka undergrävs också den ekonomiska produktiviteten. Europa kan vara på väg in i en ond cirkel där kombinationen av sjukvårdskostnader, förändrad demografi och sjukdomsrelaterade produktionsförluster äventyrar hälso- och sjukvårdssystemens hållbarhet. Efpia konstaterar att det också finns stora ojämlikheter i tillgång till nya innovativa läkemedel i Europa.

Efpia föreslår bland annat att prisdifferentiering införs som ett sätt att förbättra patienternas tillgång till läkemedel. Det innebär att priser på läkemedel kan vara lägre i vissa länder utan att det påverkar priserna i andra. Ett pilotprojekt föreslås genomföras i länder där tillgången till läkemedel i dag är bristfällig.

Hållbar finansiering av läkemedel

Tidig och lämplig användning av läkemedel är en av de mest effektiva insatserna som kan göras för att kontrollera kostnaderna i hälso- och sjukvårdssystemet i stort, skriver Efpia i rapporten. Men skillnader i sjukvårdspolitik, utvärderingar och ersättningsprocesser innebär att tillgången till läkemedel fördröjs för många medborgare. Läkemedelskostnader är också en enkel måltavla för beslutsfattare som vill göra snabba besparingar. Efpia skriver att många aktörer, bland

Europeisk strategi för livsvetenskaper



Förbättra **RESULTATEN PÅ HÄLSOOMRÅDET** och minska ojämlikheterna i Europa

Stödja **HÅLLBAR FINANSIERING** av hälso- och sjukvård samt läkemedel

Skapa ett **BLOMSTRANDE EKOSYSTEM** för innovation inom hälso- och sjukvård i Europa

annat WHO, nu varnar för att minskade budgetar för hälso- och sjukvård och läkemedel riskerar att äventyra många av de hälsovinster som uppnåtts i Europa de senaste 30 åren.

Efpia menar att mycket skulle vara vunnet om bättre förutsägbarhet fanns för alla parter kring kostnader för läkemedel. I flera länder skulle stabilitets- och tillväxtavtal kunna tecknas. Sverige lyfts fram som ett exempel där industrin ingått ett sådant avtal med regeringen.

Blomstrande ekosystem

Europa har stolta traditioner inom medicinsk forskning och utveckling. På senare år har dock Europa hamnat på efterkälken i förhållande till USA. Att stärka grundforskning och tillämpad forskning och skapa världsledande kompetenscentrum i Europa är nödvändigt för att säkerställa att regionen behåller sin dragningskraft för investerare inom FoU, skriver Efpia. Av de 100

ledande forskningscentrumen inom medicinsk forskning är 56 amerikanska och endast 37 europeiska. Ett sätt att stärka konkurrenskraften är *Innovative Medicines Initiative*, IMI, ett samarbetsprojekt mellan EU och Efpia. Med en budget på 2 miljarder euro ska IMI främja samarbete mellan industri, akademi, tillsynsmyndigheter och patientorganisationer. Det nya samarbetsprojektet IMI 2 har också startats med inriktning på att utveckla nästa generations vacciner och läkemedel.

Efpia anser att skiftet mot alltmer biologiska läkemedel leder till mer komplexa processer och program för forskning. Man vill därför starta en diskussion om patentsystemet för den nya generationens läkemedel. Efpia vill att läkemedel som fortlöpande godkänns för nya indikationer under sin livslängd bör beviljas förlängt patent för att motivera den ytterligare investeringen i forskning och klinisk utveckling.

Rapporten

Hälsa och tillväxt – Samarbete för ett friskt Europa.

Efpia:s engelska originalrapport "*Health & Growth*", finns för nedladdning på www.efpia.eu. Den svenska versionen är en översättning av hela rapporten, utan ändringar eller tillägg, som LIF har låtit göra.



14 förslag som stärker Sveriges innovationskraft

Konkreta åtgärdsförslag för att stärka Sveriges position inom Life Science har tagits fram av samarbetsprojektet *Agenda för hälsa och välbefinnande*, som letts av Forska!Sverige, där 24 organisationer från sjukvården, universitet och akademier, företag, fackförbund, patientorganisationer och intresseorganisationer ingått.

Förslagen från samarbetsprojektet utgår från en tydlig problemformulering som accentuerats på senare år. Enligt aktörerna befinner sig Sverige i ett kritiskt läge inom medicinsk forskning och dess tillämpning. Samtidigt som vårdkostnaderna har ökat har Sverige halkat efter vad gäller forskningskvalitet, klinisk forskning och tillgång till nya behandlingar inom sjukvården. Antalet anställda inom Life Science har minskat kraftigt och en del företag väljer att lämna landet.

Forska!Sverige konstaterar i rapporten att en mängd faktorer som påverkar förutsättningarna för vård, forskning och företagande inom Life Science är av övergripande systemkaraktär, som inte ryms inom ramen för samarbetsprojektet. Detta gäller exempelvis utbildningssystemets kvalitet, de stora satsningar som krävs inom IT, samt skattesystemets utformning och frågor om sjukvårdens huvudmannaskap.

Förslagen till åtgärder är fördelade utifrån fyra önskade målbilder:

- Excellent forskning och utbildning
- En kvalitetsdriven vård med patienten i fokus
- En nationell struktur för forskning och kvalitetsutveckling
- Ett internationellt konkurrenskraftigt näringslivsklimat

Agenda för hälsa och välbefinnande – ett samarbete mellan

FORSKA SVERIGE och:
FÖR HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE



Förslagen inom området excellent forskning och utbildning riktas framför allt till regeringen. Den kommande forskningspropositionen bör betona innovation och ska bland annat stärka förutsättningarna för samverkan och innovationsprocesser. Regeringen bör också ändra meriteringssystemet så att kliniskt vårdarbete lättare kan kombineras med forskning. Ett tredje förslag är att landstingen bör skapa karriärtjänster för disputerad vårdpersonal. Vidare bör den nyinrättade nämndmyndigheten för kliniska studier få i uppdrag att marknadsföra Sverige som klinisk forskningsnation internationellt.

För att stärka en kvalitetsdriven sjukvård föreslås bland annat en tydlig definition och en ackreditering av universitetssjukvård. Vidare föreslås en särskild nationell fond för introduktion av nya innovativa läkemedel och medicintekniska produkter. Ett tredje förslag är en nationell harmonisering av de olika ersättningssystem till vårdgivare som finns i landsting och regioner.

En nationell infrastruktur behövs enligt rapporten för att patienter, forskare, företag och vårdgivare ska kunna samla in och dela data i ett etiskt, säkert och strukturerat system. Regeringen bör också ge ökat stöd till existerande nationella databanker, biobanker och kvalitetsregister.

För att stärka Sveriges internationella konkurrenskraft föreslås olika skattelättnader inom forskning och utveckling. Sverige bör också satsa på att skapa forsknings- och behandlingscentra inom några utvalda sjukdomsområden för att locka fler Life Science-företag att etablera sig. Ett statligt initiativ behövs också för att säkerställa kapital till små växande forskningsföretag som i dag har svårt att få tillgång till riskkapital. Vidare bör en nationell handlingsplan tas fram för att stärka innovationsupphandling inom vården.



Källa: Rapporten Agenda för hälsa och välbefinnande, Forska!Sverige 2015

Rapporten

Agenda för hälsa och välbefinnande

Redaktör: Anna Nilsson Vindefjärd, Forska!Sverige, 2015



Finns på LIF.se

Starkare statligt grepp krävs om Life Science i Sverige ska klara konkurrensen

Sverige har goda traditioner av bra forskning och ledande företag inom Life Science. Men det räcker inte för framtida framgång i hård internationell konkurrens. Nu krävs samordning mellan alla aktörer och ett tydligt politiskt ledarskap från regeringen. Universitetens forskning måste vara världsledande, mindre företag måste få tillgång till riskkapital, företagens villkor behöver förbättras, Sverige måste växa som produktionsland, och hälso- och sjukvården måste fungera som beställare, testmiljö och som kund för nya produkter och tjänster.

Det är några huvuddrag i rapporten *Ett konkurrenskraftigt ekosystem för Life Science* som samordnaren Susanne Ås Sivborg, generaldirektör för Patent och Registreringsverket, tagit fram på den tidigare regeringens uppdrag. Förutsättningen var att utifrån Sveriges konkurrensfördelar och möjligheter identifiera utvecklingspotentialen inom Life Science i Sverige. De förslag till åtgärder som läggs fram bygger på dialog med omkring 80 olika aktörer inom området. Rapporten ska ligga till grund för en nationell Life Science-strategi.

Skapa ett effektivt ekosystem

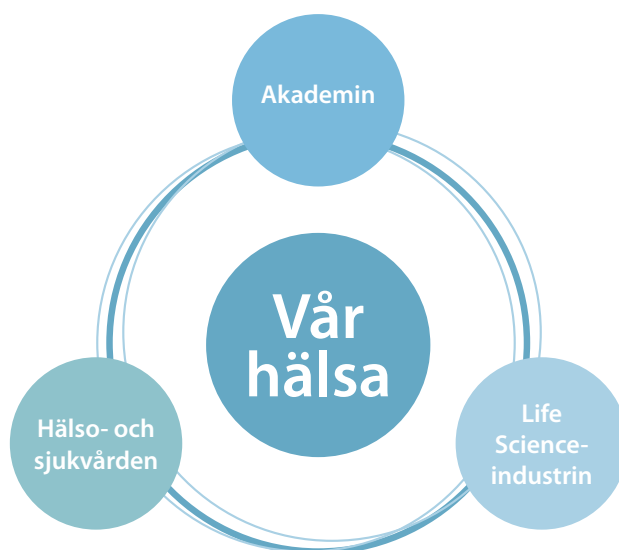
I rapporten konstateras att Life Science-sektorn har stora möjligheter att bidra till Sveriges framtida tillväxt. Lång tradition, erfarenhet, och kompetens finns både inom forskningen och i företagen. Sverige har av tradition också en effektiv, kompetent och välorganiserad sjukvård.

Den utmaning som i princip alla aktörer lyfter fram är bristen på ledarskap och samordning inom den offentliga sektorn såväl på nationell som regional nivå. Aktörerna efterfrågar att regeringen tar på sig ett

tydligt ledarskap och vidtar åtgärder för att stimulera tillväxt. Man efterfrågar tydliga mål, en vision och en handlingsplan för svensk Life Science, och många påpekar att fler utredningar inte behövs – utan att framtagna åtgärdsförslag behöver genomföras.

Samordnaren lyfter fram att Sverige behöver ett effektivt ekosystem för Life Science. Grunden för detta är ett tydligt politiskt ledarskap från regeringen. Forskningsklimatet behöver bli bättre och investeringar i forskningsinfrastruktur behövs. Riktade insatser som stimulerar tillväxt, utveckling och innovation behövs också. Dessutom måste sjukvården ha bättre förutsättningar att implementera innovationer, och mer styras mot bättre hälsa och inte som i dag mot produktion och tillgänglighet.

Sverige måste också bli bättre på att mer samordnat internationellt marknadsföra de satsningar som görs, i syfte att locka hit fler forskande företag och investeringar.



Life Science-företagens framtid i Sverige

Den globala konkurrensen om företagets forskningsinvesteringar ställer krav på att Sverige har ett attraktivt företagsklimat. Läkemedelsföretagen har oftast flera olika alternativ för sina investeringar och det gäller att Sveriges samlade fördelar överväger.

Life Science-sektorn har minskat sett till antalet anställda de senaste tio åren. Förändringarna inom AstraZeneca har i stor utsträckning påverkat detta. Statistik över antalet inlämnade patentansökningar visar dels att antalet har minskat, vilket tyder på att innovation och forskning i Sverige varit mindre omfattande, men också hur stor del av det totala antalet som AstraZeneca stått för.

Den genomgripande strukturomvandling som pågår inom den globala läkemedelsindustrin – där egna forskningsverksamheter minskas kraftigt och ersätts av uppköp eller samarbeten med mindre forskningsföretag och med samarbeten med universitet och andra akademier – har stor påverkan på Sveriges framtida möjligheter. Susanne Ås Sivborg lyfter fram att det dels är av yttersta vikt att Sverige gör investeringar i världsledande forskning på universiteten för att attrahera investeringar från företag, dels satsar på forskningsinstitut, samt att forskningsfinansiärernas program utformas för att stödja den utveckling som pågår.

För små och medelstora företag är finansiering av forskning och utveckling en betydande utmaning. Eftersom utvecklingstiderna inom Life Science är betydligt längre än inom andra branscher är problemet större. Ofta startas företag i ett för tidigt skede, i idéstadiet. Detta är ofta nödvändigt för att kunna få ta del av offentliga stödsystem. I rapporten föreslås därför att regeringen ser över universitetens strukturer för att göra det möjligt att arbeta med olika forskningsresultat under längre tid inom universitetens ram.

Sverige har av tradition världsledande kunskap inom produktion av läkemedel och medicintekniska produkter. Produktion står för en stor del av Life Science-sektorns exportvärde. Här är Sverige i högsta grad konkurrenskraftigt med god kompetens inom produktion och logistik. För att säkerställa tillgången till spets-

kompetens inom produktion för framtiden gör KTH och AstraZeneca, Scania, Länsstyrelsen i Stockholm, Södertälje kommun, Acturum och Wallenbergstiftelsen en gemensam satsning på KTH i Södertälje.

Flera länder inom EU har infört system med så kallade patentboxar. Det är en form av indirekt FoU-stöd i form av skattelättnader för företag. Vinster som kan härledas till patent eller immateriella rättigheter beskattas lägre än vanlig bolagsskatt. Tanken är att företagen ska stimuleras till investeringar i FoU. Ett annat syfte är att locka företag att placera patent i det egna landet så att vinster från patentet ger skatteintäkter. I rapporten föreslås att regeringen ser över frågan med patentboxar.

Stimulera hälso- och sjukvårdens innovationsförmåga

Hälso- och sjukvårdens roll att fungera som beställare, testmiljö för nya produkter och tjänster, samt som första kund är avgörande för företagets möjligheter till utveckling och tillväxt. Att det offentliga har en så avgörande roll för företagen behöver tydliggöras. Vården behöver i större utsträckning än i dag vara plattform för både forskare och företag. Många aktörer lyfter fram att det i dag finns en beröringsskräck som är direkt hämmande för utvecklingen. Rapporten föreslår att sjukvården ska ha ett tydligt innovationsuppdrag.

Samordnaren konstaterar att sjukvårdens styrsystem huvudsakligen är inställt på sjukvårdsproduktion och tillgänglighet. Det är ett synsätt som endast gör det möjligt för den enskilda sjukvårdsenheten att visa på resultat, men det säger inget om den vårdbehövandes hälsa. Här finns ett viktigt förändringsområde. Patientens hälsa och värdebaserad vård bör i större omfattning användas som mål för vården. Ett minskat antal huvudmän i hälso- och sjukvården och möjligheten att göra universitetssjukhusen till noder för utveckling inom vården bör utredas.

Det är viktigt att innovation beaktas när det gäller nya läkemedel och behandlingsmetoder, och viktigt att innovativa läkemedel faktiskt används. I rapporten konstateras att internationella bolag inte kunnat genomföra kliniska prövningar i Sverige eftersom det läkemedel som prövningen ska ske emot inte används

här. Det leder inte bara till stagnation av vården och hela branschens utveckling, utan också till att patienter inte får tillgång till den senaste och mest effektiva sjukvården. Andra effekter är att företag blir mindre benägna att investera i forskning när innovativa läkemedel eller produkter inte används inom den svenska vården. Rapporten föreslår att sjukvården ges klara mål och indikatorer som stimulerar användning av nya innovativa läkemedel, medicinska produkter och diagnos- och behandlingsmetoder och att krav på återrapportering skapas.

Kliniska studier är en absolut förutsättning för att förnya vården, för forskningen och för företagens utveckling och tillväxt. Antalet kommersiella läkemedelsprövningar i Sverige har på fem år sjunkit med 30 procent, och det är viktigt att den negativa trenden bryts. Rapporten föreslår att tydliga krav ställs på sjukvården att delta i klinisk forskning. Strukturer för att underlätta klinisk forskning måste skapas, liksom tid och resurser inom vården för att genomföra prövningarna. I rapporten lyfts att ALF-avtalet kan användas mer styrande mot ökad forskning och innovation.

Innovationsupphandling har stor potential att både stärka hälso- och sjukvårdens förnyelse, kvalitet och effektivitet, samtidigt som den också har positiv påverkan på företags innovationskraft. För att innovationsupphandling ska få genomslag måste hälso- och samhällsekonomiska utvärderingskriterier införas, och kompetensen inom upphandling behöver höjas.

När det gäller de regulatoriska myndigheterna på området, Läkemedelsverket och TLV, föreslår samordnaren att det utreds hur de regulatoriska processerna kan bli enklare och snabbare. Regeringen bör också styra statsbidraget för läkemedelsförmånen till landstingen mot innovation och förnyelse.

Kompetensförsörjning och forskning

Rörligheten inom Life Science både mellan olika aktörer och rent geografiskt inom Sverige och internationellt behöver öka, för att stimulera utveckling och innovation både inom forskning och sjukvård. Sverige behöver också bli bättre på att locka utländska toppforskare. Samordnaren anser att man bör överväga om den så kallade expertskatten för utländsk arbetskraft

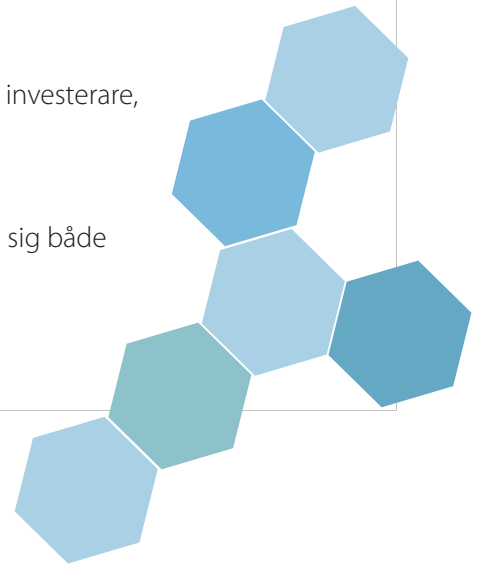
kan förlängas, eftersom forskning inom Life Science är långsiktigt med långa utvecklingstider. En mer attraktiv beskattning av optioner bör också övervägas, liksom avdragsmöjligheterna för privatpersoner och företag för investeringar i FoU. Samordnaren vill också ha en ny utredning kring om lärarundantaget försämrar universitetens konkurrenskraft i den globaliserade värld som de verkar inom i dag. Vidare behöver kunskaperna om affärsutveckling och om immaterialrättsliga tillgångar öka inom akademien.

De svenska kvalitetsregistren som i många avseenden är unika och öppnar upp för affärs- och forskningsmöjligheter skulle kunna utgöra en ännu större konkurrensfördel för Sverige än vad de gör idag. Ofta finns ett regionalt perspektiv i arbetet med kvalitetsregister och inte ett nationellt. Rapporten lyfter att en nationell samordning behövs av både ramverk runt informationsskapandet och i uppbyggnaden av register, biobanker och patientdatabaser.

Sverige behöver också investera i infrastruktur för forskning. Avsevärda resurser har satsats på att bygga upp de världsunika SciLifeLab, MAX IV och ESS. Nu krävs kraftfulla insatser för att marknadsföra dem internationellt. Fler samordnade satsningar på infrastruktur för att stötta Life Science behövs. Samordnaren lyfter fram AstraZenecas biohub i Mölndal som ett bra exempel. Där kan små företag få tillgång till det stora företagets lokaler och kompetens. Men för att vidareutveckla biohuben krävs offentliga investeringar.

Rapporten tar bland annat upp vikten av:

- Samordning och ledarskap för ett effektivt ekosystem av företag, investerare, akademi och hälso- och sjukvård.
- Bättre tillgång till långsiktigt kapital.
- Att Sverige måste bli bättre på att marknadsföra sig för att dra till sig både toppforskare och kapital och behålla viktig produktion.
- Att stimulera hälso- och sjukvårdens innovationsförmåga.



Rapporten

”Ett konkurrenskraftigt ekosystem för Life Science”

Susanne Ås Sivborg tillsattes 2014 som samordnare för Life Science av den dåvarande regeringen. Rapporten överlämnades i november 2014, och bygger på dialog med närmare 80 olika aktörer inom svensk Life Science.



25 åtgärder för att stärka Sveriges konkurrenskraft

De tre branschorganisationerna inom Life Science-sektorn, LIF, Swedish Medtech och SwedenBIO, har kommit överens om en åtgärdslista med 25 förslag för att stärka Sveriges position genom bättre strukturer och smartare användning av befintliga resurser.

Organisationerna menar i rapporten *25 åtgärder för att stärka Sveriges konkurrenskraft* att det nu behövs en bred och koordinerad satsning för att lyfta svensk Life Science. Man påpekar också att sektorns status och innovationspolitiken är välutredd. Det som nu måste till är konkreta åtgärder.

Inom området tidig forskning och utveckling måste forskningsanslag fortsätta prioritera de biomedicinska och tekniska områdena så att de håller en internationellt konkurrenskraftig nivå. Vidare behöver rörligheten för forskare öka mellan akademi, vård och industri, bland annat genom fler delade forskartjänster.

En rad åtgärder behövs för att skapa tillväxt i Life Science-företag, menar organisationerna. De offentliga innovationsstödsystemen behöver bli effektivare och mer samordnade. Det statliga riskkapitalet behöver fungera för företagens hela utvecklingskedja. En del av kapitalet kan placeras i befintliga och nystartade privata riskkapitalfonder. Man föreslår också att skatteincitament införs, både för investerare i Life Science och för företag som satsar på FoU.

Professionerna inom sjukvården behöver ges större möjligheter att delta i forskning och utveckling. Här vill organisationerna att förslagen i betänkandet *Starka tillsammans (SOU 2013:87)* genomförs, som regionala noder för klinisk forskning och hur dessa noder ska samarbeta med varandra och med det nationella centret för läkemedelsprövningar i Göteborg. Inom e-hälsa behöver journaler, register, patientdatabaser och biobanker utvecklas så de blir nationellt täckande.

Data behöver också göras tillgängliga för forskande företag. Vidare kan staten använda ALF-avtalet för att ytterligare stärka samarbete mellan näringsliv, vård och akademi.

Ett annat åtgärdsområde är att vården i högre grad måste använda nya behandlingar och tekniker. För svenska medicinteknikföretag är det viktigt att ha en hemmamarknad, och för globala Life Science-företag är världens intresse för innovationer en viktig faktor för investeringsbeslut. Här måste pris- och subventions-system utformas så att de premierar innovation. Staten kan också stimulera genom öronmärkta pengar till landsting som använder nya läkemedel och ny teknik. Innovationsupphandling där ett önskat vårdutfall upphandlas i stället för en specificerad teknik behöver också utvecklas.

Det är viktigt att Sverige kan behålla etableringar av huvudkontor, marknadsbolag, FoU- och produktionsanläggningar, och helst locka hit fler. Då måste vi bland annat kunna matcha andra länders erbjudanden och ha internationellt konkurrenskraftiga företagsskatter.

För att säkra tillgång på kompetens inom sektorn behövs ett samarbete mellan akademi, vård och näringsliv för att utveckla universitetsutbildningar där en tillräcklig mängd studenter examineras för forskning, utveckling och produktion. Expertskatten bör förlängas från tre till fem år. Inom vården bör en modell för kontinuerlig vidareutbildning, så kallad CPD, införas som obligatorisk för specialistläkare.

Branschorganisationerna vill även se en tydlig politisk vilja att satsa på Life Science på regeringsnivå, med en särskild ansvarig minister på näringsdepartementet med ansvar för att samordna och driva på insatser. Sverige måste också satsa mer på internationell marknadsföring.

25 förslag för att:

- stärka tidig forskning och utveckling
- skapa tillväxt i företag
- underlätta för vården att delta i utvecklandet av nya innovativa behandlingsalternativ
- ge vården utrymme att använda nya innovativa behandlingsalternativ
- behålla och attrahera etableringar till Sverige
- säkra tillgången på kompetens
- samordna och marknadsföra svensk Life Science



Rapporten

25 åtgärder för att stärka Sveriges konkurrenskraft

En handlingsplan för svensk Life Science

Utarbetad gemensamt av de tre organisationerna LIF, Swedish Medtech och SwedenBIO, 2014.



Näringslivs- klimatet

Läkemedel en svensk basnäring trots omfattande tillbakagång

Antalet anställda inom läkemedelsindustrin har minskat, forskningsenheter har flyttats utomlands och den kliniska forskningen inom sjukvården har minskat. Läkemedelsbranschen befinner sig i ett svårt och avgörande läge. Men trots detta bidrar branschen till vår export och tillväxt, och med avancerade arbetstillfällen med högt förädlingsvärde. För att Sverige ska kunna konkurrera internationellt behövs bland annat bättre näringslivsvillkor och starkare Life Science-kluster.

Läkemedel – en svensk basnäring viktig för tillväxt och ekonomiskt välstånd

Läkemedelsbranschen i Sverige är i ett svårt och avgörande läge. Det senaste årtiondet har branschen gått tillbaka: färre anställda, nedlagda forskningsavdelningar och lägre produktion. Men trots detta har branschen fortsatt stor betydelse för hela den svenska ekonomin, med export- och skatteintäkter och högkvalificerade arbetstillfällen. Läkemedelsbranschen har en avgörande roll för Sveriges ställning som kunskaps- och forskningsnation.

Vetsam, Institutet för vetenskap och samhälle, går i rapporten *Vinst för Sverige* igenom läkemedelsindustrins betydelse för hela samhället. Rapportförfattarna menar att läkemedel måste ses som en svensk basnäring, och att en rationell läkemedelspolitik måste bygga på en helhetssyn där näringslivspolitiska aspekter ingår som en viktig del. Den svenska läkemedelsbranschen har på senare år tappat mark gentemot andra länder. Det finns alltså goda möjligheter att den forskande läkemedelsindustrin kan fortsätta leverera både hälsovinster och ekonomiskt välstånd.

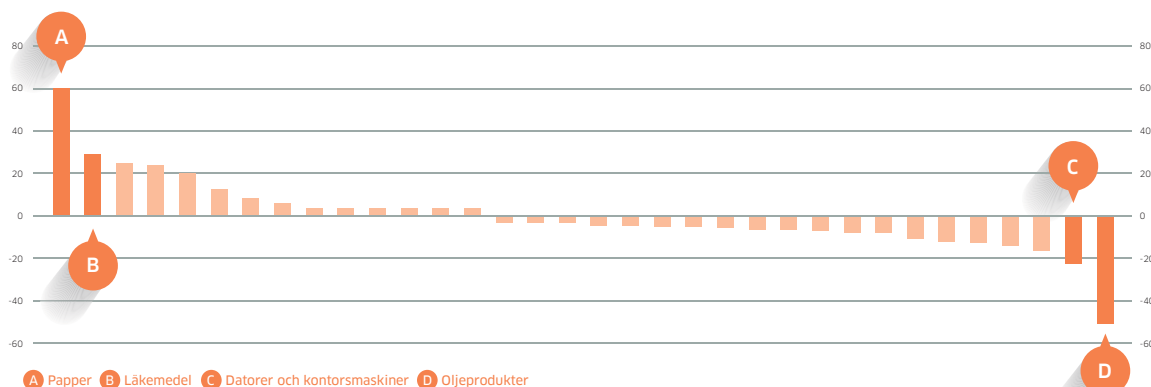
Men det kräver att industrin, vården, akademien och politiken bestämmer sig för att skapa rätt förutsättningar.

Jobb och ekonomiskt välstånd

Läkemedelsbranschen omsatte 2013 ungefär 60 miljarder kronor. Förädlingsvärdet, det mervärde som företagen skapar genom egna insatser, uppgick samma år till 35 miljarder. Det innebär att varje anställd bidrog med i genomsnitt 3 miljoner kronor till Sveriges BNP, nästan fyra gånger högre än genomsnittet i hela den svenska ekonomin och högre än i någon annan bransch. Läkemedelsföretagen sysselsätter cirka 11 000 personer. Lika många indirekta arbetstillfällen finns hos svenska underleverantörer.

Läkemedelsföretagen genererar stora skatteintäkter för stat, kommuner och landsting. Bolagsskatter och skatt på personalkostnader ger cirka 14 miljarder kronor per år. AstraZeneca har under en lång följd av år varit det svenska företag som legat i topp vad gäller skattebetalningar.

Handelsnetto (export minus import) i olika produktgrupper 2014, miljarder kronor^a



Läkemedel svarar för drygt 5 procent av den totala svenska exporten. 2014 uppgick exporten till 59 miljarder kronor. Importen var drygt 30 miljarder, vilket ger ett positivt bidrag till den svenska handelsbalansen med 29 miljarder kronor. Efter pappersindustrin är läkemedel den produktgrupp som bidrar mest till handelsbalansen.

Forskning och innovationssystem

Läkemedelsbranschen är en av de mest forskningsintensiva sektorerna. Under 2013 återinvesterade svenska läkemedelsföretag 12 procent av omsättningen i forskning och utveckling i Sverige, jämfört med 1 procent i näringslivet i sin helhet. Drygt 20 procent av de anställda arbetade med FoU jämfört med 2 procent i övriga näringslivet. Sammanlagt investerade läkemedelsföretagen 7 miljarder kronor i FoU i Sverige 2013.

Utöver egen forskning bidrar läkemedelsföretagen till det svenska forsknings- och innovationssystemet genom att dels finansiera preklinisk grundforskning inom akademien, dels genom klinisk forskning inom sjukvården. Den internationella konkurrensen om dessa investeringar blir allt hårdare, vilket ställer högre krav på ett gynnsamt innovationsklimat med attraktiva klusterbildningar. Det finns också ett tydligt samband mellan ett lands samlade läkemedelsinvesteringar i förhållande till landets BNP och dess innovationsklimat, mätt med olika innovationsindex. Här ligger Sverige än så länge bra till jämfört med de flesta andra länder.

Värdet av förbättrad hälsa

När ett lands välbefinnande mäts via BNP inkluderas inte de positiva effekterna av bättre hälsa i befolkningen. Bättre hälsa ökade den förväntade livslängden i Sverige med 8 år mellan 1960 och 2010. En starkt bidragande orsak är nya läkemedel. En svensk studie visar att ungefär en tredjedel av den ökade livslängden kan förklaras av nya läkemedel som introducerats efter 1992.

Att läkemedel kostar alltmer är en felaktig föreställning. Tvärtom ökar läkemedelskostnaderna betydligt långsammare än övriga sjukvårdskostnader. Under den senaste tioårsperioden har kostnaderna för läkemedel minskat i relation till BNP, det vill säga hela samhälls-ekonomien. Under 2014 var kostnaderna 13 procent lägre än tio år tidigare. Under åren 2002-2012 ökade läkemedelskostnaderna mätt i fasta priser med drygt 3,5 miljarder kronor. Under samma period ökade hälso- och sjukvårdskostnaderna med 76 miljarder kronor. Beräkningar av den totala ohälsan, inklusive kostnader för sjukpenning och sjukersättning, visar att läkemedel utgör omkring 5 procent av de totala kostnaderna.

Besparingspotentialen om nya läkemedel används är stor eftersom läkemedel utgör en mycket liten andel av kostnaderna. En svensk studie visar att läkemedel som lanserades 1992-2001 ledde till att antalet sjukhusdagar minskade med 12 procent. Besparingen var större än kostnaderna för de nya läkemedlen. Bättre läkemedelsbehandlingar är en del av förklaringen till att de genomsnittliga vårdtiderna i Sverige kontinuerligt minskar. Inom cancersjukdomar ökade antalet diagnostiserade fall med omkring 25 procent åren 2000-2012. Under samma period minskade det totala antalet vård dagar på sjukhus för dessa cancerpatienter. Samtidigt har överlevnadschanserna ökat kraftigt.

Oroande trender

Rapportförfattarna lyfter fram ett antal oroande trender inom den svenska läkemedelsindustrin:

- **Färre anställda:** Sysselsättningen inom läkemedelsindustrin har minskat med 44 procent under den senaste tioårsperioden. Minskningen har framför allt skett i de stora bolagen med fler än 500 anställda. I mindre företag har antalet anställda ökat något.
- **Stagnerad export:** Samtidigt som den globala läkemedelsmarknaden ökat har den svenska exporten stagnerat den senaste tioårsperioden. 2006 genererades ett överskott i utrikeshandeln med läkemedel på över 40 miljarder kronor. Detta hade 2013 krympt till drygt 25 miljarder. Under 2014 vände dock trenden uppåt igen.
- **Mindre forskning:** Företagens satsningar på FoU minskade med 35 procent mellan 2003 och 2013. Särskilt antalet kliniska läkemedelsprövningar har minskat i Sverige. Sedan 2004 har antalet ansökningar om prövningar till läkemedelsverket halverats och antalet patienter i prövningarna har minskat med 80 procent.

Utvecklingen i Sverige hänger nära samman med en förändrad global struktur i branschen. Men det är samtidigt tydligt att det är Sverige som tappar mark i den globala konkurrensen om forskningsinvesteringar. De samlade globala utgifterna för FoU inom läkemedelsområdet ökade mellan 2005 och 2011 med drygt 40 procent, från 96 till 137 miljarder dollar. I Sverige

minskade utgifterna under samma period med nästan 35 procent.

En jämförelse med Danmark visar att år 2000 hade den svenska industrin dubbelt så många anställda som den danska. År 2012 hade antalet anställda i Danmark ökat med 50 procent, medan antalet anställda i Sverige nästan halverades. Så sent som 2009 var den svenska läkemedelsexporten större än den danska. Sedan dess har dansk export ökat stadigt, medan den svenska gått tillbaka. I dag är den danska exporten 50 procent större än den svenska.

De negativa förändringarna i Sverige leder till vad Vetsam kallar "strukturuomvandling neråt". De senaste 150 åren har Sverige utvecklats i en uppåtgående spiral genom ständiga förändringar i ekonomin, där stora företag eller hela branscher försvinner men ersätts med mer avancerade branscher med högre förädlingsvärde. Sverige har gått från arbete inom jordbruk till industri och därefter till högteknologi och forskning, som inom elektronik och läkemedel. Nu riskerar arbeten inom läkemedelsbranschen att ersättas med arbeten i mindre avancerade branscher, vilket är en utveckling som Sverige aldrig sett tidigare.

Utmaningar och möjligheter

Den pågående strukturuomvandlingen inom läkemedelsindustrin innebär dels fusioner och uppköp, dels att de stora företagen minskar sina egna forskningsavdelningar och istället köper upp innovativa idéer eller samverkar med akademien. För Sverige har det inneburit tappad sysselsättning och minskade forskningsinvesteringar, men också att antalet forskande läkemedelsföretag ökat. Mellan år 2000 och 2013 ökade antalet forskande företag från 101 till 131.

Lönsamheten i branschen är alltmer pressad. Utvecklingskostnaden för att ta fram ett nytt läkemedel har ökat kraftigt. En studie uppskattade 2012 att den genomsnittliga kostnaden var ungefär 12 miljarder kronor. Samtidigt arbetar nationella myndigheter i många länder för att hålla nere läkemedelspriserna, och introduktionen av nya läkemedel är ofta långsam. En europeisk undersökning visade 2013 att Sverige hamnade på mellan tionde och sjuttonde plats bland 27 länder när det gällde användning av nya läkemedel inom fyra terapiområden. Hur snabbt och i vilken grad nya läkemedel används är också en faktor som kan påverka Sveriges långsiktiga attraktionskraft för investeringar.

Mer positivt är att nedgången i industrin inte motsvaras av någon nedgång i Sveriges innovationsförmåga. Antalet innovationer i mindre företag ökar och står i dag för en större andel än tidigare. Samtidigt är det många innovationer som inte lyckas ta sig igenom den tidskrävande och kostsamma processen att utveckla och kommersialisera ett nytt läkemedel.

Tidigare fanns ett nära samarbete utan inskränkande byråkrati och styrning mellan företagen, akademien och sjukvården. I dag är situationen mer komplicerad och nya organisationsformer behövs för den samverkan som är helt nödvändig. Ett exempel är AstraZenecas och Karolinska Institutets samarbete kring det nya forskningscentrat ICMC (Integrerat center för kardiovaskulära och metabola sjukdomar). AstraZeneca bidrar med 100 miljoner dollar under fem år för att bygga upp centret.

Fakta om läkemedelsbranschen i Sverige

- Läkemedelsindustrin bidrar med drygt 35 miljarder kronor per år till Sveriges BNP.
- Läkemedelsbranschen är den industrigren som har högst förädlingsvärde per anställd, nästan fyra gånger högre än genomsnittet i hela ekonomin.
- Läkemedelsindustrin och dess underleverantörer skapar sysselsättning åt omkring 20 000 personer runt om i Sverige.
- Läkemedel är den sjätte största svenska exportprodukten och svarar för 5 procent av de samlade svenska exportintäkterna. Exporten överstiger importen med 29 miljarder kronor.
- Var femte anställd inom svensk läkemedelsindustri arbetar med forskning och utveckling. Ingen annan bransch har lika hög andel anställda med forskarutbildning.
- Forskningsintensiteten i läkemedelsindustrin är mellan fem och tio gånger högre än i näringslivet i övrigt.
- Nya läkemedelsbehandlingar har minskat dödligheten dramatiskt i en rad svåra sjukdomar, såsom cancer, hjärtinfarkt och HIV.
- Den förväntade livslängden i Sverige ökar med ett år vart sjätte år. En tredjedel av denna ökning kan enligt forskare hänföras till nya läkemedelsbehandlingar.
- Samhällets totala utgifter för läkemedelsanvändning har under de senaste tio åren ökat betydligt långsammare än vårdkostnaderna i övrigt. Mätt som andel av BNP har läkemedelskostnaderna minskat under de senaste tio åren.

Rapporten

Vinst för Sverige – Den forskande läkemedelsindustrins betydelse för samhället

Rapporten är skriven av Vetsam – Institutet för vetenskap och samhälle, på uppdrag av LIF – de forskande läkemedelsföretagen,.

Huvudförfattare: Magnus Jiborn. Medförfattare: Håkan Pihl, Karolin Sjöo, och Erik Wengström.

Rapporten gavs ut i sin första version 2014, och har uppdaterats 2015.



Framtiden finns i klustren – men Stockholm-Uppsala tappar snabbt mark

Starka kluster där många stora och små forskande företag, akademi, sjukvård, investerare och institutioner skapar dynamik tillsammans är en huvudnyckel till en starkare Life Science-sektor i Sverige. Men i dag tappar Stockholm-Uppsalaklustret snabbt mark gentemot andra Life Science-kluster i Europa.

Cambridge i Storbritannien är ett av världens främsta och största biomedicinska kluster. Utöver sin närhet till akademi, sjukvård och kapital präglas Cambridge av en positiv attityd till samverkan, och generositet att dela med sig av kunskap och tid.

Rapporten *Konkurrenskraften inom svenska Life Science-kluster* från Forum for Health Policy visar att den svenska Life Science-sektorn på senare år tappat i konkurrenskraft gentemot andra länder i Europa. Antalet anställda sjönk med omkring 5 000 mellan 2005 och 2012, då antalet anställda inom Life Science var omkring 25 000 personer. När det gäller Sveriges andel av den totala europeiska Life Science-sektorn är trenden på senare år tydligt nedåtgående, framför allt inom läkemedelsindustri, men också inom bioteknik- och medikinteknikbranscherna.

Den globala forskande läkemedelsindustrin förändras i snabb takt med fusioner och förvärv, och genom att söka samarbete med innovativa mindre företag. Forskning och utveckling koncentreras alltmer till ett fåtal centra i världen. Alltmer samlas i regionala kluster. Nya läkemedel tas fram i miljöer med närhet till och i samarbete med andra aktörer som mindre företag, universitet och kliniska provare inom sjukvården. Rapporten lyfter fram att kluster spelar en alltmer central roll som noder för forskning och innovatio-

ner i världsklass. Runt om i världen tas också politiska initiativ till satsningar för att öka konkurrenskraften exempelvis genom skatteincitament till företag och genom att öka attraktionskraften för att locka forskare, studenter och doktorander.

Svensk Life Science är framför allt samlat i klustret Stockholm-Uppsala, samt i Sydsverige med Malmö-Lund. Omkring hälften av Life Science-sektorn finns i Stockholm-Uppsala. Med europeiska mått är det dock i dag ett mindre kluster. På bara sju år har Stockholm-Uppsala tappat i Europarankingen från sjätte till tjugofjärde plats. Malmö-Lund drar nytta av att ingå i klustret Medicon Valley som omfattar Sydsverige och Köpenhamnsregionen. Medicon Valley är i dag Europas fjärde största Life Science-kluster. Det skulle behövas ca 17 000 nya jobb inom Life Science om Stockholm-Uppsala ska komma ikapp Medicon Valley.

Sverige behöver starkare kluster för att kunna konkurrera. Då handlar det om infrastruktur, skatteincitament och olika regleringar, men också om en mer aktiv närings- och innovationspolitik för att stärka Life Science. Samverkan mellan företag och universiteten behöver också stärkas, och ett gott tecken är att det ledande universitetet Karolinska Institutet nu tillsatt en vicerektor för innovationer och samverkan med näringslivet. Ett kvarstående problem är dock "berörings-skräcken" som finns inom sjukvården till samarbete med företag. Det är i dag svårt för företag att skapa samarbetet med kliniskt verksamma forskare. Rapporten lyfter fram att det var just nära samarbeten mellan företaget AstraZeneca och sjukvården som ledde fram till såväl magsårsmedicin som astmamedicin.

Vasco Advisers har i rapporten *Cambridge – vinnaren på krisen inom Life Science* granskat vilka framgångsfaktorer som ligger bakom att klustret i dag är ett av världens främsta och största biomedicinska kluster. Inom Cambridge-klustret – som domineras av bioteknik och läkemedel, samt mjukvara och elektronik – finns i dag över 1 600 företag som omsätter 13 miljarder pund och har 57 000 anställda.

En grundförutsättning för klustret är University of Cambridge som funnits i snart 750 år och som alltjämt räknas som ett av världens fem främsta universitet. Det ger löpande tillgång till högutbildad arbetskraft. Ett universitet som genom åren producerat omkring 65 Nobelpristagare ger också en betydande attraktionskraft till hela regionen.

Det första viktiga steget till klustret var öppnandet av Cambridge Science Park 1970, som den första i sitt slag i Europa. Den första inkubatorn för bioteknologi startade under 1990-talet. I dag består klustret av ett tiotal Science Parks, varav en del drivs på strikt kommersiell basis, och andra i nära anslutning till universitetets forskningslaboratorier. Cambridge Biomedical Campus är ett av de senare tillskotten, vilket utvecklas kring universitetssjukhuset Adenbrooke. När det är färdigbyggt kommer det att utgöra ett av Europas största medicin- och bioteknologicampus. Här har AstraZeneca byggt företagets globala forsknings- och utvecklingscenter. Campuset huserar också Laboratory of Molecular Biology (LMB), Cancer Research UK Cambridge Research Institute och Hutchinson/MRC Research Center.

Det finns utöver närheten till akademi, arbetskraft och sjukvård, samt det faktum att klustret byggts upp under lång tid, en rad framgångsfaktorer som gjort Cambridge ledande. En är entreprenörsandan, med en kultur av att olika aktörer hjälper varandra utan förväntan på motprestation – en anda där misslyckanden tolereras. En annan är den goda tillgången på kapital och investerare. En tredje utgörs av Storbritanniens satsning på skattelättnader för FoU, vilket haft stor betydelse för var globala Life Science-företag väljer att förlägga sina centra. Av stor betydelse är också de olika affärs- och teknologinätverken som binder samman olika aktörer och branscher. I dag finns ett 50-tal sådana nätverk.

Cambridge

Nationella initiativ spelar en viktig roll för tillväxten i Cambridge.



Rapporterna

Konkurrenskraften inom svenska Life Science-kluster

Studien har sammanställts av Professor Örjan Sölvell vid Handelshögskolan i Stockholm 2014.

Rapporten har tillkommit på initiativ av Forum för Health Policy i samarbete med LIF – de forskande läkemedelsföretagen.

Cambridge – vinnaren på krisen inom Life Science

Författare: Patric Källman, Vasco Advisers 2015.

Rapporten har tagits fram på uppdrag av LIF.



Finns på LIF.se

Sjukvården

Sjukvården håller ännu god kvalitet – men präglas av omfattande ojämlikheter

Internationella jämförelser, främst av OECD, ger en spretig bild av hur svensk hälso- och sjukvård står sig internationellt. Vården levererar fortfarande bra medicinska resultat, medan Sverige är betydligt sämre inom patientsäkerhet och patientcentrering. Samtidigt visar andra jämförelser att svenska patienter i större utsträckning får hålla tillgodo med äldre läkemedel. Sjukvården präglas också av att vården är ojämlik, såväl geografiskt som socioekonomiskt.

Internationella jämförelser ger spretig bild av svensk hälso- och sjukvård

OECD:s internationella jämförelser ger en ganska spretig bild av svensk hälso- och sjukvård och omsorg. Vården håller överlag god kvalitet när det gäller medicinska resultat i förhållande till andra länder. Däremot är resultaten betydligt sämre när det gäller områden som vårdens effektivitet, patientsäkerhet och vårdens bemötande av patienter.

Det visar en djupare analys från Forum for Health Policy av OECD-jämförelserna, där en slutsats är att internationella jämförelser av hälso- och sjukvården bör bli lika självklara som våra nationella öppna jämförelser. Genom att jämföra oss internationellt förstår vi vad Sverige är bra på – och vad som behöver förbättras.

Titeln på rapporten – *Varför jämföra oss när vi vet att vi är bäst?* – säger en del om den svenska sjukvårdens självbild och om hur internationella jämförelser brukar betraktas. De positiva resultaten gläds vi åt, men de negativa tenderar vi att bortförklara genom att se dem som isolerade fenomen eller genom att spekulera i orsaks-samband, skriver rapportförfattarna.

I rapporten lyfts fram att internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdssystem måste utvecklas till ett tydligare kunskapsområde i Sverige. Nationell benchmarking har utvecklats påtagligt på senare år. Det har generellt inneburit att många vårdresultat förbättrats. Den självklara roll som Öppna jämförelser och kvalitetsregister har bland beslutsfattare borde även internationella jämförelser ha. Svenska beslutsfattare får då en lång rad av framgångsexempel att studera och inspireras av.

Rapportförfattarna skriver att redovisningen av resultaten för alla mått i de internationella jämförelserna ger var för sig ett begränsat värde för att förklara hur vården löser sina utmaningar. Men mer omfattande analys kan inspirera till att utveckla ledning och styrning av sjukvården till ännu bättre vård till rimlig kostnad. Rapporten från Forum for Health Policy analyserar OECD-jämförelserna utifrån områdena vårdkvalitet, aktivitetsmått, personalförsörjning, väntetider, äldreomsorg och långtidsvård, samt finansiering.

Vårdkvalitet

Ett antal av de medicinska resultaten är till svensk fördel, medan det finns behov av tydliga förbättringar inom patientsäkerhet och bemötande av patienterna. Sverige faller väl ut inom astma och relativt väl inom diabetes och KOL. Detsamma gäller dödlighet inom 30 dagar efter hjärtinfarkt eller stroke. Sverige ligger ännu också i toppskiktet när det gäller överlevnads-mått inom bröst-, kolorektal- och livmoderhalscancer, även om ett antal andra länder kommit ikapp.

Sveriges resultat inom psykiatri, oplanerade återinläggningar för patienter med schizofreni respektive bipolär sjukdom, är dock klart sämre än de flesta andra länder.

Detsamma gäller OECD:s fem olika

mått för patientsäkerhet. Här menar rapportförfattarna att Sverige i ett första steg behöver fördjupa kunskaperna för att klargöra varför vi exempelvis uppvisar en högre andel patienter som drabbas av vårdrelaterade infektioner.

Fyra mått gäller patienternas tillfredsställelse med läkarens insats inom öppenvården. Här finns endast

“Varför jämföra oss när vi vet att vi är bäst?”

resultat från 13 respektive 14 av OECD-länderna, men i samtliga fyra variabler placerar sig Sverige sist. En del av förklaringen är enligt OECD att olika länder arbetat på olika sätt och olika länge med att värdera patientens upplevelse. Forum for Health Policy menar att sista-platsen inte bör ses isolerad, utan i stället som en helhet av resurser och indikationer på ineffektiva administrativa processer i den svenska hälso- och sjukvården.

Aktivitetsmått

Sverige utmärker sig i OECD-statistiken med att vi har relativt få slutenvårdsplatser och korta vårdtider. Samtidigt är antalet läkarbesök inom öppenvården, såväl per person som konsultationer per läkare, färre i Sverige än i nästan alla andra länder. Det är delvis motsägelsefullt eftersom få vårdplatser och korta vårdtider borde indikera ett behov av ökat antal konsultationer inom öppenvården.

Andelen kataraktkirurgi som utförs som dagkirurgi är hög i Sverige och i övriga nordiska länder. Det kan sägas vara ett mått som tyder på ett framgångsrikt processarbete. Antalet kejsarsnitt inom förlossningsvården är låg i samtliga nordiska länder. Medan många andra OECD-länder sett en ökning den senaste tioårsperioden har andelen kejsarsnitt i de nordiska länderna i stället minskat.

Personalförsörjning

Sverige har förhållandevis många läkare. De mått som redovisas för läkare och sjuksköterskor visar att Sverige har en personalförsörjning som ligger över eller mycket över genomsnittet bland OECD-länderna. Samtidigt vet vi att den nationella diskussionen präglas av bristen på läkare och sjuksköterskor inom flera discipliner och geografiska områden. Noterbart är att flera av de OECD-länder med lägre bemanningstal än Sverige inte påtalar någon brist.

Inom hela OECD finns en ojämn fördelning av läkare, dels till glesbefolkade områden, dels till områden med sämre socioekonomisk situation. Den svenska läkarfördelningen, uttryckt som en kvot mellan läkare i glesbygd och läkare i tätorter, är lägre än för våra nordiska grannländer. Många OECD-länder har brist på sjuksköterskor, och variationen mellan länderna är större än

för läkare. Jämförelserna försvåras bland annat för att många länder utvecklar alltmer kvalificerade roller för sjuksköterskor i förhållande till läkare och andra vårdprofessioner.

Sverige ligger i toppskiktet inom OECD främst när det gäller antalet läkare och sjuksköterskor per invånare, samt även när det gäller antalet barnmorskor, psykiatriker och mentalsjuksköterskor.

Väntetider

I Sverige har mycket hänt efter 2005 med redovisning av väntetider inom vården, genom vårdgarantin, införandet av Öppna jämförelser, kömiljarden och en rad projekt inom regioner och landsting. Internationella jämförelser av väntetider försvåras av att länderna rapporterar olika mått och har olika grad av fullständighet. Det finns också stora geografiska skillnader inom ett land, och länderna prioriterar dessutom de olika diagnoserna olika högt.

För Sverige redovisas endast data för operationerna knäprotes, höftprotes, katarakt, samt bypass-operation, och dessa resultat är bland de bästa. Att de svenska väntetiderna endast i begränsad utsträckning finns med i den internationella redovisningen är förvånande med tanke på de stora satsningar Sverige gjort på området.

Äldreomsorg och långtidsvård

Inom detta område står de flesta av OECD-länderna inför liknande och stora utmaningar nu och under många år framöver, vilket ökar vikten av internationella jämförelser. Den åldrande befolkningen är ett fenomen som i betydande utsträckning kommer att påverka de flesta länder. Sverige har i dag en relativt stor andel av äldre över 80 år, men andra länder kommer att komma ikapp de närmaste decennierna.

Sverige placerar sig högt när det gäller hälsostatus för personer över 65 år, liksom beräknat antal friska år efter 65. Jämförelsen visar tydligt på olika kulturer och traditioner mellan OECD-länderna. En relativt stor andel av befolkningen i Sverige över 65 år får äldreomsorg, medan andelen informella vårdgivare är relativt låg.

Finansiering

Den globala ekonomiska krisen slår igenom i alla internationella jämförelser och analyser över sjukvårdens ekonomi. I flera länder fortsatte utgifterna öka under de första åren efter krisens början, men därefter har utgifterna minskat i de flesta OECD-länderna. En lång rad olika politiska åtgärder har vidtagits i de olika länderna för att mildra krisens effekter inom hälso- och sjukvården. Det innebär att det är svårt att få en entydig bild av framgångsfaktorer i länderna.

Sverige ligger strax över genomsnittet avseende sjukvårdskostnader i förhållande till befolkningen, men hade en generellt sett bättre tillväxt under

decenniet före krisen. De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården i förhållande till BNP ligger i stort på genomsnittet inom OECD, men andelen som utgörs av öppenvård, slutenvård och långtidsvård (exklusive exempelvis medicinsk utrustning) är högre i Sverige än i de flesta andra länder.

Läkemedelskostnaderna i Sverige ligger under genomsnittet, oavsett om det mäts som andel av BNP eller utslaget som kostnad per person.

”Jämförelser kan inspirera till att utveckla ledningen och styrningen av den svenska hälso- och sjukvården mot ännu bättre vård till rimlig kostnad.”

Rapporterna

Varför jämföra oss när vi vet att vi är bäst?

Svensk hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv.

Denna rapport är en debattskrift som har tillkommit på initiativ av Forum för Health Policy i samarbete med LIF – de forskande läkemedelsföretagen.

Arbetet har letts av Peter Daneryd, MD PhD, och inledningsvis har Josefin Lundgren, PhD, varit koordinator.



Sverige fortfarande näst sist bland jämförbara länder i användning av nya läkemedel

Sverige placerar sig näst sist i en jämförelse mellan 13 jämförbara länder av hälso- och sjukvårdens användning av nya läkemedel. Av 18 undersökta läkemedelsgrupper är användningen i Sverige lägre än genomsnittet för övriga länder i 10 grupper.

Den brittiska rapporten från analysföretaget Office of Health Economics (OHE) publicerades i slutet av förra året. Den är en uppdatering av den så kallade Richards-rapporten från 2010, som skrevs på uppdrag av det brittiska hälsoministeriet. I båda dessa undersökningar placerar sig Sverige näst sist bland länderna när det gäller användning av nya läkemedel. LIF – de forskande läkemedelsföretagen har därefter av OHE beställt en specialrapport som djupare analyserar Sverige: *Internationell jämförelse av läkemedelsanvändning: Kvantitativ analys ur ett svenskt perspektiv*. Den visar hur mycket den svenska användningen avviker från medelvärdet bland de andra 12 länderna.

OHE har studerat samma länder som i Richards-rapporten. Det är fem stora europeiska länder: Frankrike, Tyskland, Italien, Spanien och Storbritannien, de mindre länderna Österrike, Norge, Sverige och Schweiz, samt Australien, Kanada, Nya Zeeland och USA. I den

första rapporten ingick även Danmark, som dock inte kunde inkluderas i den nya rapporten på grund av brist på jämförbara data. Bakom urvalet av läkemedelsgrupper fanns en rad faktorer som att sjukdomsområdena har hög incidens, prevalens och/eller dödlighet, att de orsakar långvarig sjuklighet och leder till stora utgifter. Läkemedel inom cancer, hjärt-kärlsjukdomar och psykiatri ingick, liksom läkemedel inom vissa kroniska sjukdomar och barnsjukdomar. Även läkemedel mot hepatit C, HIV, och diabetes ingick.

De övergripande resultaten visar att användningen i Sverige är lägre än det internationella genomsnittet i 10 av 18 undersökta läkemedelsgrupper. I övriga grupper ligger användningen i Sverige på samma nivå eller högre än genomsnittet. Sammantaget placerar sig Sverige på plats 12 av 13 länder. Endast Nya Zeeland har lägre läkemedelsanvändning. Men bilden är inte entydig. Sverige har förbättrat sin position inom vissa områden, som inom cancersjukdomar. Inom andra områden ligger användningen långt under genomsnittet. Inom nya diabetesläkemedel är användningen i Sverige endast 18 procent av det internationella genomsnittet.

Resultat per område:

Cancer: Här har fyra grupper av läkemedel undersökts: cancerläkemedel som funnits i mindre än 5 år, 6-10 år, över 10 år, samt hormonella läkemedel. Inom cancer har Sverige generellt sett förbättrat sin position. Användningen är högre än genomsnittet i tre grupper. I gruppen läkemedel som funnits i 6-10 år är användningen 83 procent av genomsnittet.

Hjärt-kärl: Sverige har lägst användning av gruppen statiner av samtliga länder, 57 procent av genomsnittet. Även läkemedel mot akut myokardinfarkt används i låg utsträckning. Sverige placerar sig på plats 11 med 44 procents användning av genomsnittet. Användningen är hög när det gäller det äldre läkemedlet alteplas vid stroke, plats 2 och 161 procent av genomsnitt. Däremot används nya blodproppsläkemedel i liten omfattning, plats 9 och 34 procent av genomsnittet i övriga länder.

Psykiatri: Sverige använder andra generationens anti-psykotiska läkemedel i betydligt lägre utsträckning än övriga länder, plats 12 och 63 procent av genomsnittet. När det gäller demensläkemedel är användningen i nivå med andra länder.

Kroniska sjukdomar: Användning av läkemedel mot MS är ganska hög, plats 4 och 127 procent av genomsnittet. Detsamma gäller TNF-hämmare inom främst reumatism. Där är placeringen 5 och 147 procent av genomsnittet. Däremot är användning av läkemedel mot osteoporos mycket låg, plats 12 och 68 procent av genomsnittet.

Hepatit c: Den äldre generationens läkemedel, peginterferon, används i nivå med andra länder. Däremot är användningen lägre av de nya proteashämmare, plats 9 och 80 procent av genomsnittet.

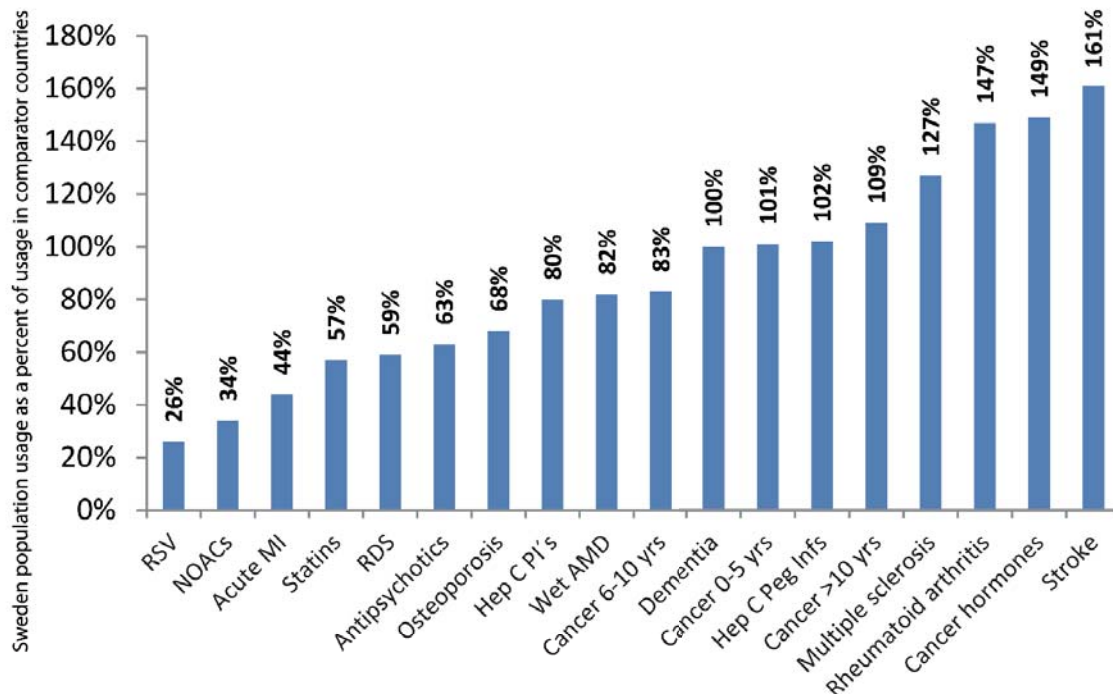
Barnsjukdomar: Läkemedel mot andnödssyndrom används i betydligt lägre grad i Sverige än i andra länder. Här är placeringen 10, och 59 procent av genomsnittet. Detsamma gäller läkemedel mot respiratoriskt syncytialvirus, plats 8 och 62 procent av genomsnittet.

Ögonsjukdom: Läkemedel mot våt åldersrelaterad makuladegeneration används i lägre grad än i andra länder, plats 7 och 82 procent av genomsnittet.

HIV: Användningen av nya HIV-läkemedel är låg. Sverige placerar sig på plats 12 och användningen är 56 procent av genomsnittet.

Diabetes: Användningen av diabetesläkemedel skiljer sig i hög grad i Sverige jämfört med andra länder. Nya diabetesläkemedel, grupperna DPP-4-hämmare och GLP-1, används i mycket låg utsträckning. Här placerar sig Sverige på plats 12 och användningen är endast 18 procent av genomsnittet. Detsamma gäller gruppen andra diabetesläkemedel, där placeringen är 13 och 40 procent av genomsnittet. Däremot använder Sverige insulin i betydligt högre utsträckning än de flesta andra länder, med placering 2 och 136 procent av genomsnittet.

Svensk användning som procent av genomsnittet av alla länder



Källa: Internationell jämförelse av läkemedelsanvändning: Kvantitativ analys ur ett svenskt perspektiv

Rapporterna

Internationell jämförelse av läkemedelsanvändning: Kvantitativ analys ur ett svenskt perspektiv

Författare: Phill O'Neill och Jon Sussex, Office of Health Economics (OHE). 2015

Denna specialanalys av datamaterialet ur OHE:s originalrapport från januari 2015 är beställd och bekostad av LIF. Originalrapporten och det engelska originalet till den svenska specialkörningen kan läsas på OHE:s hemsida www.ohe.org.



Ojämlig vård ett hot mot Sveriges sjukvårdssystem

Den svenska hälso- och sjukvården är ojämlig. Den vård och behandling som erbjuds befolkningen är beroende av bostadsort, kön, utbildningsnivå, inkomst, etnicitet, ålder, samt om den enskilde även har en psykiatrisk diagnos eller en funktionsnedsättning. Ojämligheterna är stora och bestående. På sikt utgör den ojämlika vården ett hot mot hela vårt sjukvårdssystem.

Det konstaterar Kommissionen för jämlik vård i sin slutrapport. Bland de 17 förslag som läggs fram till åtgärder för en mer jämlik vård finns en nollvision mot dödsfall på grund av ojämlig vård, samt skarpare och tydligare rättigheter för patienten gentemot sjukvården.

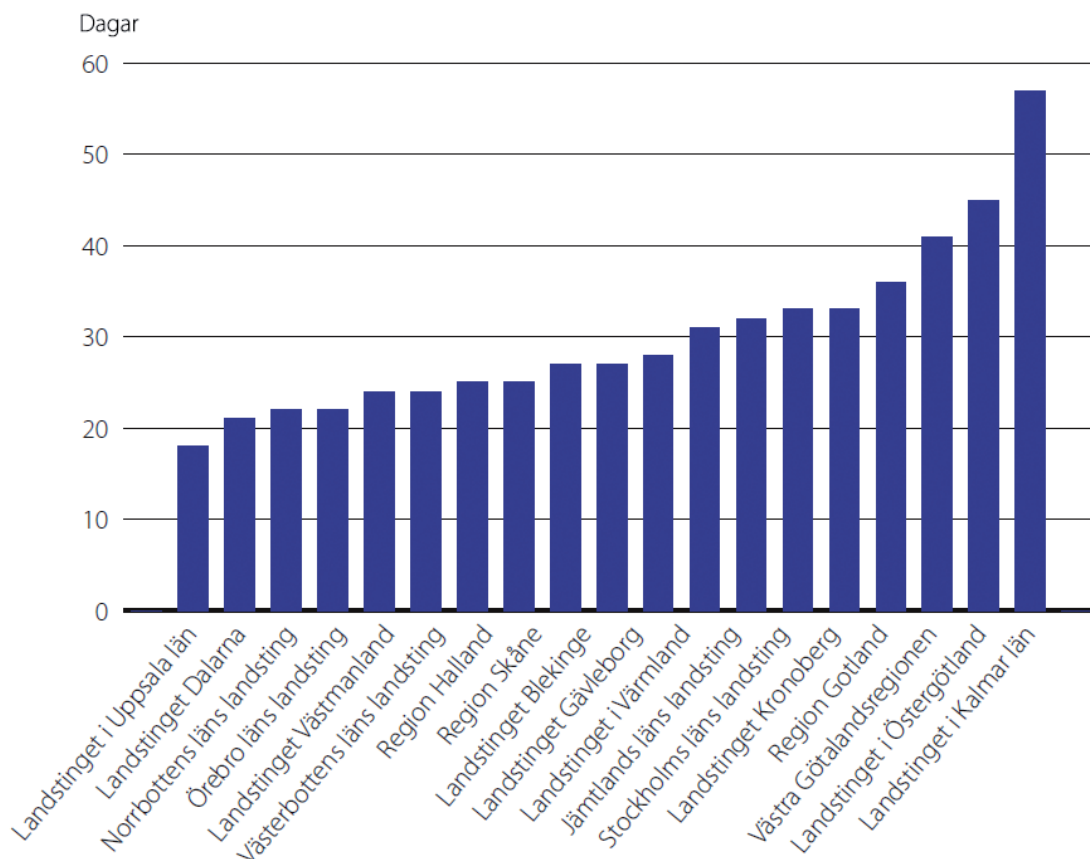
Kommissionen konstaterar i sin slutrapport, Ojämlig vård – ett hot mot vår sjukvård, att trots mångårig intensiv diskussion om den ojämlika vården har kraftfulla åtgärder uteblivit. Den ojämlika vården är särskilt allvarlig för ett land som Sverige med en solidariskt finansie-

rad vård via skattsedeln som bygger på att vården ska finnas på plats när medborgarna behöver den. Löftet till befolkningen är inte heller enbart enkel bassjukvård. Ledande politiker oavsett partifärg har ständigt återkommit till att sjukvården ska vara världsledande, menar Kommissionen.

I slutrapporten ges en rad exempel på olika ojämlikheter inom sjukvården, som geografiska, socioekonomiska och könsmässiga. En analys av begreppet "sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet" – som mäts utifrån ett antal diagnoser där medicinska insatser som tidig upptäckt eller behandling kan påverka utfallet – visar på stora skillnader mellan landstingen. I Halland dör 34,5 män per 100 000 invånare i sjukdomar som sjukvården hade kunnat åtgärda, jämfört med 57,5 bland män i Norrbotten. Det är en skillnad på hela 23 procentenheter.



Medianväntetid (antal dagar) från remiss till beslut om behandling av lungcancer per lansting



Källa: Socialstyrelsen och SKL, Öppna jämförelser 2013.

Ett tydligt exempel på skillnader i väntetider inom vården gäller lungcancer, den cancerform i vilken flest avlider. Cirka 70 procent av patienterna har långt framskriden sjukdom redan vid diagnostillfället, och tre fjärdedelar avlider inom ett år efter diagnos. För dessa patienter utgör väntan på behandlingsbeslut en fråga om liv och död. Läkarexpertisen har satt gränsen till högst 21 dagars väntan från remiss till diagnos och startad behandling. Men Socialstyrelsens Öppna jämförelser visar att skillnaden mellan landstingen är mycket stor. Från under 20 dagar i Uppsala till närmare 60 dagar i Kalmar.

Det finns väldokumenterade socioekonomiska skillnader i den vård som erbjuds patienterna. Cancerfondens undersökningar kring femårsöverlevnaden för all cancer visar en tydlig skillnad i överlevnad mellan den högsta och den lägsta socioekonomiska gruppen. Överlevnaden har ökat i alla grupper, men skillnaden mellan dem är konstant. Personer med lägre utbildning

med tjock- och ändtarmscancer får exempelvis inte i samma utsträckning den diagnostik och behandling som Socialstyrelsen rekommenderar. Dessutom är komplikationerna och antalet omoperationer fler i denna grupp.

Kommissionen anser att en viktig förklaring till att ojämlikheterna är bestående ligger i att sjukvården fortfarande inte utgår från varje enskild patient och dennes behov. Patientlagen som trädde i kraft 2015 är otillräcklig. Den förtydligar patientens rättigheter och samlar ihop lagregler som redan tidigare fanns upptagna i hälso- och sjukvårdslagen, men patientlagen förändrar inte den rådande maktordningen. Det är fortfarande landstingen som var för sig avgör vilken vård medborgarna ska erbjudas. Kommissionen anser därför att en mer jämlik vård är möjlig endast om den enskilde får verklig makt över sjukvården. Perspektivet måste förskjutas. Den enskildes vårdbehov ska vägleda sjukvården och i varje given vårdssituation ska endast

hänsyn tas till det aktuella vårdbehovet. Ekonomiska, personella eller administrativa konsekvenser för sjukvården måste komma i andra hand.

Kommissionen lägger fram 17 förslag för en mer jämlik vård som utgår från patientperspektivet. Ett förslag är en nollvision för dödsfall på grund av ojämlik vård. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kartlägga och redovisa hur många människor som bedöms förlora sina liv på grund av ojämlik vård. En nationell nollvision har enligt Kommissionen ett betydande signalvärde och den bör beslutas av riksdagen som en tydlig markering om att onödiga dödsfall inte är acceptabelt.

Flera förslag tar upp starkare patienträttigheter, som en generell rätt till ny medicinsk bedömning, second opinion, och inte som i dag en rätt som endast ges vid livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom. Patienter ska också ha rätt att få information om relevanta forskningsstudier. Landstingen måste även lägga betydligt större resurser på att informera om patienternas rättigheter. Vidare ska alla landsting inrätta regionala samordnare för jämlik vård med uppdrag att kartlägga och föreslå åtgärder.

Patienters tillgång till läkemedel präglas av betydande regionala skillnader. Kommissionen menar att Sverige som ett litet land inte kan ha olika system för läkemedel i olika landsting. Läkemedel som är godkända av EU och som ingår i det nationella förmånssystemet ska kunna förskrivas av läkare och nå patienter oavsett bostadsort. Överprövning på landstingsnivå måste upphöra. För att stimulera ökad användning av nya innovativa läkemedel, där Sverige i dag halkar efter, föreslås att staten tar fullt ekonomiskt ansvar för nya läkemedel under de första tre åren efter godkännande och beslut om subvention.

Kommissionen anser att det nuvarande systemet med 21 landsting och regioner är dysfunktionellt när det gäller att erbjuda medborgare jämlik vård. Regionala cancercentrum, RCC, är ett första steg mot sjukvård i större regioner och en önskvärd fortsättning är regionaliserad vård även för andra sjukdomsområden. Regeringen föreslås förutsättningslöst utreda sjukvårdens framtida organisation.

Kommissionen för jämlik vård

I januari 2012 tillsatte LIF – de forskande läkemedelsföretagen Kommissionen för jämlik vård. Uppdraget var att från ett oberoende perspektiv granska, utreda, analysera och initiera debatt kring hur patienter i Sverige ska få jämlik tillgång till vård och omsorg av bästa möjliga kvalitet. Efter ett gemensamt initiativ mellan Cancerfonden och LIF förlängdes uppdraget till den 31 december 2014.

Ledamöter i Kommissionen för jämlik vård

Ilija Batljan, vice vd på Rikshem, f.d. landstingspolitiker (S) (kommissionens ordförande)

Cristina Husmark-Pehrsson, riksdagsledmot (M), (kommissionens vice ordförande)

Klas Kärre, professor samt ordförande för Cancerfondens forskningsnämnd

Ingrid Burman, ordförande för Handikappförbunden

Curt Persson, ordförande i PRO

Anders Milton, läkare och tidigare regeringens psykiatrisamordnare



Fakta: Kommissionens 17 förslag i korthet

- Inför en nollvision för dödsfall på grund av ojämlik vård.
- Alla ska ha rätt till en ny medicinsk bedömning, en second opinion.
- Alla ska få tydlig information om sina rättigheter som patient.
- Alla har rätt att ta del av sjukvårdens resultat.
- Landstingen måste med kraft agera mot ojämlik vård i olika befolkningsgrupper.
- Alla landsting bör inrätta en fristående regional samordnare för jämlik vård.
- I läkar- och sjuksköterskeutbildningarna bör införas examensmål om kunskaper kring samhällsförhållanden som påverkar hälsan för enskilda och befolkningsgrupper.
- Ersättning till vårdgivare måste i högre grad ta hänsyn till vårdbehov och enskilda patienters förutsättningar och egenskaper.
- Regionala cancercentrum är ett första steg mot större regioner.
- På sikt kan sjukvården organiseras i större sjukvårdsregioner. Alternativet är förstatligade universitets- och regionsjukhus. Sjukvårdens framtida organisation där jämlik och personcentrerad vård är ett tydligt nationellt mål bör utredas.
- Staten bör ta hela kostnadsansvaret för alla nya innovativa läkemedel de tre första åren efter godkännande och fastställt pris.
- När ett läkemedel godkänts inom förmånsystemet ska det omedelbart kunna förskrivs av läkare och nå alla patienter oavsett bostadsort. Landstingens överprövning av läkemedel leder till ojämlik vård och ska upphöra.
- Patienter ska få information om relevanta forskningsstudier. En nationell forskningsportal inrättas där patienter kan kontakta forskare oavsett var i landet studien bedrivs.
- Regeringen bör anslå medel för forskningsmedverkan riktad till patientorganisationer.
- IT-stöd, journalsystem och blodbanker och annan infrastruktur ska stödja en nationellt samordnad diagnostik, behandling och forskning.
- Sjukvårdshuvudmännens uppdrag till vården måste innehålla ett tydligt krav på och ökade resurser till forskning.
- Alla specialistläkare garanteras fortbildning. Genomgången kontinuerlig fortbildning ska vara ett krav för att få behålla specialistbevis.

Rapporten

Ojämlik vård – ett hot mot vår sjukvård

Kommissionen för jämlik vård, slutrapport 2015.

Kommissionen för jämlik vård initierades vid årsskiftet 2011/2012 av LIF. Genom ett gemensamt initiativ av LIF och Cancerfonden förlängdes uppdraget t.o.m. årsskiftet 2014/15.



För diskussion

Sverige vid ett vägskäl



Samarbete

Långsiktighet Ledarskap

Tradition

Den här skriften har ambitionen att ge en samlad bild av det läge som Sverige befinner sig i inom Life Science-sektorn. Under de senaste åren har ett antal aktörer, som exempelvis statliga utredare, bransch- och intresseorganisationer och analysföretag, beskrivit den svenska Life Science-sektorn, dess förutsättningar och utmaningar ur ett antal olika perspektiv. Tillvägagångssättet för skriften har varit att redogöra för och sammanföra ett antal av dessa rapporter. Var och en för sig tar rapporterna upp viktiga problemställningar och lägger fram förslag till åtgärder. Sammanförda visar rapporterna tydligt på de problem Sverige har och vad som behöver göras för att lösa dem.

Till den övergripande problembilden hör att Sverige tappar mark inom Life Science gentemot andra jämförbara europeiska länder. Läkemedelsbranschen har gått tillbaka, med färre anställda och lägre investeringar i klinisk forskning. Life Science-klustret Stockholm-Uppsala har snabbt fallit på Europaranking. Det svenska näringslivsklimatet har svårt att konkurrera med de omfattande skatteincitament som många andra europeiska länder infört för att attrahera investeringar och forskning. Hälso- och sjukvårdens vårdkvalitet är generellt sett inte längre bättre än andra länder, och användningen av nya läkemedel är inom vissa vårdområden anmärkningsvärt mycket lägre i Sverige. Sjukvårdens deltagande i klinisk forskning har

minskat kraftigt, liksom fortbildningen av vårdpersonal. Universitetens grundforskning står sig dock bra i internationell jämförelse sett till antalet publicerade vetenskapliga artiklar, enligt Vetenskapsrådet senaste citationsundersökning¹.

”Det finns ingen som bestämmer. Ingen som är ansvarig för läget inom sektorn. Ingen har pekat med hela handen och talat om vad som ska göras. Ingen har slagit fast vad målet är.”

Till problembilden kan läggas ett övergripande konstaterande: Det finns ingen som bestämmer. Ingen som är ansvarig för läget inom sektorn. Ingen som har pekat med hela handen och talat om vad som ska göras. Ingen har slagit fast vad det gemensamma målet är. Är det kanske att Sverige ska vara särskilt duktiga på grundforskning, att fler forskningsföretag ska startas, att vi ska locka hit fler företag från andra länder, att vi ska satsa mer på högre utbildning, eller kanske att alla patienter ska ges bästa möjliga sjukvård? Eller allt på en gång? Ingen vet.

Att vi står vid ett vägskäl är tydligt. Andra länder har hunnit ikapp och i många fall sprungit om Sverige

¹ Vetenskapsrådet 2015. Forskningens framtid! Svensk vetenskaplig produktion och publiceringsmönster i ett internationellt perspektiv.

även när det gäller det faktiska utfallet i form av vårdresultat och folkhälsa. Dessutom präglas vården av omfattande ojämlikheter, såväl geografiska som socioekonomiska. Kommissionen för jämlik vård konstaterar i sin slutrapport att Sverige med vår gemensamt finansierade hälso- och sjukvård gett ett löfte till befolkningen: Bästa möjliga sjukvård ska finnas på plats när vi behöver den. Att fortsätta på den inslagna vägen är därför otänkbart med bibehållen solidaritet från skattebetalarna gentemot systemet.

Samarbete

En första slutsats är att en förutsättning för att vi ska klara de utmaningar som Sverige och Life Science-sektorn står inför är avhängigt av om vi kan skapa ett nära samarbete som omfattar alla aktörer: regeringen och departementen, myndigheter, forskningsfinansiärer, universitet och akademier, Life Science-företag, hälso- och sjukvården, bransch-, patient- och intresseorganisationer, klusterorganisationer, landsting och regioner. Här finns stora brister i dag. Det beror bland annat på aktörernas helt olika perspektiv, där den egna organisationens mål är rationella för den egna verksamheten, samtidigt som de ofta kan stå i motsats till andra aktörers drivkrafter. Tidsperspektiven är också olika där långsiktiga investeringar och inriktningar inom utbildningsväsende och forskning ska möta korta affärsplaner inom företag eller årsbudgetar inom sjukvården. Förra Life Science-samordnaren Susanne Ås Sivborg skriver i sin rapport till regeringen om behovet av ett effektivt ekosystem inom Life Science. Det är ett väl valt uttryck. Ett ekosystem är en avgränsad miljö där de organismer som ingår påverkar varandras betingelser och är beroende av varandra.

Vem har då ansvar för att detta ekosystem ska fungera och vara livskraftigt? I Sivborgs rapport, liksom i andra rapporter, lyfts bristen på ledarskap och samordning inom den offentliga sektorn fram, såväl på nationell som på regional nivå. Regeringen har nyligen tillsatt en ny samordnare för Life Science, Anders Lönnberg. Det är en mycket positiv start att samordnarens uppdrag utgår från alla tre departement som hanterar Life Science: närings-, social- och utbildningsdepartementen. Med det parlamentariska läge Sverige har just nu vore det ännu bättre om samverkan redan från början

fanns med allianspartierna i Riksdagen. Huruvida de åtgärdsförslag som samordnaren så småningom lägger fram kan förverkligas avgörs dock inte endast av rikspolitiker, utan av samtliga aktörers vilja och förmåga att se bortom sin egen agenda.

Ledarskap

I de flesta branscher brukar det heta att politiken inte ska gå in och styra för mycket. Marknadskrafterna bör få verka och om det finns förutsättningar i form av kunskap, arbetskraft och kapital för att en bransch ska vara framgångsrik i Sverige, så blir den också det. Så är det dock inte inom Life Science. Här har verkligen politiken en mycket viktig roll att spela. Och det är bråttom. I Sverige pågår det som analysföretaget Vetsam i sin rapport kallar "strukturomvandling neråt". De senaste 150 åren har Sverige utvecklats i en uppåtgående spiral, där branscher som försvinner ersätts med mer avancerade branscher med högre förädlingsvärde. Sverige har gått från jordbruk till industri och därefter till högteknologi och forskning. Nu riskerar arbeten inom läkemedelsbranschen att ersättas med mindre avancerade arbeten, vilket är en utveckling som Sverige aldrig sett tidigare.

"Regeringen måste ta en tydlig ledarroll för Life Science-sektorns utveckling. Framför allt behövs en samsyn över blockgränserna att Life Science är ett högprioriterat område för Sverige som kunskaps- och välfärdsnation."

En andra slutsats är att regeringen måste ta en tydlig ledarroll för Life Science-sektorns utveckling. Staten har det direkta ansvaret för närings-, utbildnings- och forskningspolitiken, samt har via ramlagar, statsbidrag och överenskommelser betydande styrmedel över hälso- och sjukvården i landsting och regioner. Det behövs nu tydliga nationella mål, en vision och en handlingsplan för Life Science-sektorns framtid. Framförallt behövs en samsyn över blockgränserna att Life Science är ett högprioriterat område för Sverige som kunskaps- och

välfärdsnation. Med detta följer ett betydande ekonomiskt åtagande. Om vi vill vara en ledande nation för forskning och utveckling och ett land som ligger i topp vad gäller vårdkvalitet och hälsa, måste konkreta åtgärder sättas in. Regeringen behöver bland mycket annat hitta sätt att möta andra länders metoder att stimulera investeringar med hjälp av olika skattesubventioner. Åtgärder som stimulerar forskningsmedverkan och intresse för innovation inom landsting och regioner måste också ges hög prioritet. Ett tredje viktigt område är åtgärder som säkrar att svenska patienter åter får tillgång till nya innovativa behandlingar inom läkemedel och medicinteknik. Det är samtidigt investeringar som kan ge Sverige mångfaldigt tillbaka i form av ekonomisk tillväxt och friskare befolkning.

Långsiktighet

En tredje slutsats är att Sverige måste ha ett både tydligt och långsiktigt hållbart regelverk för Life Science-sektorns utveckling. Bred politisk samsyn måste finnas om inriktningen för betydligt längre tid än fyraåriga mandatperioder. Här är regeringens ambition om ett tioårigt perspektiv i den kommande forskningspropositionen mycket lovvärd. Life Science bygger på långsiktighet, och ett attraktivt forsknings- och utvecklingsklimat kan inte kommenderas fram. I grunden måste det i samhället finnas ett brett intresse för naturvetenskaper, och universitet och andra utbildningscentra som kan stimulera och vidareutveckla begåvningar och goda idéer. Forskningsinvesteringar, såväl statliga som privata, måste också ses på mycket lång sikt. Att forska fram och utveckla ett nytt läkemedel kan ofta ta decennier. Företagen behöver veta vad som gäller. Längre perspektiv än ettåriga budgetar måste också ges prioritet i landsting och regioner. Dagens produktionsinriktade hälso- och sjukvård måste ha förmåga att lyfta blicken mot långsiktigt bättre hälsa i befolkningen.

”Life Science kan bli området som definierar Sverige som kunskapsnation. Det som både bygger nationell stolthet och som gör oss till en ännu friskare nation.”

Tradition

En fjärde slutsats är att vi måste bygga vidare på våra styrkor. Sverige har en grundläggande stark ställning inom medicinsk forskning och har med Karolinska Institutet ett av Europas ledande medicinska universitet. De pågående och var för sig unika infrastrukturinvesteringarna SciLifeLab i Stockholm och Uppsala, samt ESS och MAX IV i Lund, förstärker detta ytterligare. Sverige har också världsledande produktionsanläggningar som genererar såväl unik kompetens inom tillverkning och logistik som betydande exportintäkter. Vi har också sedan länge en välorganiserad och effektiv hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Vi har utvecklat ett antal nationella kvalitetsregister som i vissa fall anses världsledande. Sverige har också starka traditioner inom klinisk forskning i sjukvården. Det har gett patienter företräde till nya behandlingar, samtidigt som professionen kunnat befinna sig vid den absoluta kunskapsfronten. Den positionen kan vi återta. Life Science kan bli området som definierar Sverige som kunskapsnation. Det som bygger nationell stolthet, gör oss attraktiva för omvärlden, och som gör oss till en ännu friskare nation.

Det är vägen till världsklass.



Det sammanfattande temat för LIFs alla seminarier i Almedalen 2015 knyter an till "Vägen till en vård i världsklass". I denna skrift ges en sammanfattning av ett stort antal aktuella rapporter och utredningar som på olika sätt ger en bakgrund till eller en analys av problem som måste åtgärdas för att Sverige verkligen ska kunna få en vård i världsklass.

Denna skrift och även alla de rapporter som sammanfattas här kan laddas ned från LIFs hemsida www.lif.se. Tillsammans utgör de en bred genomlysning av viktiga problem och möjligheter för svensk sjukvård och den svenska Life Science-sektorn. Vi hoppas att de kan fungera som en inspirationskälla och idébank för fortsatt debatt.

