

## Inspel gällande SLL:s ersättningsmodeller

LIF – de forskande läkemedelsföretagen har erbjudits möjlighet att lämna synpunkter på SLL:s ersättningsmodeller för att stödja utvecklingen av värdebaserad vård, användningen av nya läkemedel och förbättra innovationsklimatet för läkemedelsföretagen i SLL.

### Sammanfattning och förslag

SLL bör som det ledande landstinget i Sverige, ligga i framkant när det gäller ta till sig innovationer i form av nya läkemedel och kan i sina ersättningsmodeller för primärvård och i sjukhusavtal ta bort hinder som idag finns, eller i andra fall addera styrmekanismer som ger denna effekt.

#### *Sjukhusvård*

Sjukhusklinikerna har fullt kostnadsansvar för rekviderade läkemedel som betalas från klinikernas produktionsersättning. Det ställer krav på att ersättningsmodellerna kan anpassas när det sker stora innovationer inom ett område. Det är viktigt att ersättningsmodellerna inte motverkar sjukvårdens möjligheter att fatta beslut om åtgärder baserat på patienternas medicinska behov t.ex. genom olika kostnadsansvar för rekvisitionsläkemedel och receptförskrivna läkemedel.

Det finns en tydlig koppling mellan viktiga forskningsmiljöer och de incitament som ges genom landstingets ersättningsmodeller. LIF föreslår därför att:

- Den kvalitetsbaserade ersättning som i befintliga sjukhusavtal är två procent höjs till minst tre procent, dvs. samma nivå som i primärvården. Sjukhusen bör ha ett särskilt uppdrag att driva innovation inom landstinget i syfte att höja kvaliteten i hela sjukvården.
- Länken mellan de nationella rekommendationerna enligt SKL:s s.k. Samverkansmodell och sjukhusklinikernas budget behöver stärkas för att patienter snabbt ska få tillgång till de nya behandlingsmöjligheterna. Det kan vara en kvalitetsindikator som stimulerar till användning av dessa läkemedel.
- Ett Forsknings- och innovationsboksut bör ingå i uppföljningen av sjukhusavtal och kan ligga till grund för fördelning av några procent av ersättningen till sjukhusen för innovations- och förbättringsarbete. Forskning, innovation och kompetensförsörjning kan förstärkas genom en utvecklad samverkan mellan sjukvården och läkemedelsföretagen, vilket bör vara en del av redovisningen.

#### *Primärvård*

I nuvarande ersättningsmodell för läkemedel i primärvården finns en styrning som dels motverkar introduktion av nya läkemedel, dels fokuserar på processmått istället för kvalitetsmått.

LIF föreslår följande förändringar för att patienter snabbare ska få tillgång till nya läkemedel:

- Justera indikatorn ”Kloka listan” genom att förändra nivåerna i modellen på följande sätt:
  - lägsta kvalitetsnivån = 70 procent istället för 80 procent
  - högsta bonusnivån = 85 procent istället för 90 procent
  - ingen bonus över 95 procent
  - sänk nivåerna för vite och det totala vitesbeloppet
- Skapa en ny kvalitetsindikator som stimulerar användning av de primärvårdsläkemedel som hanterats inom SKL:s Samverkansmodell
- Utarbeta en plan för att:
  - ersätta processindikatorer med resultatindikatorer,
    - Mät förbättring av något av de resultatmått som finns i NDR, till exempel blodsocker, blodtryck eller blodfetter, – istället för enbart registrering
  - alla stora folksjukdomar ska omfattas av Kvalitetsbokslutet
- Öka betydelsen av indikatorn ”Kvalitetsbokslut” för läkemedel, vilken även bör omfatta uppföljning av patienternas behandlingsresultat och insatser för att säkerställa patientmedverkan och en god följsamhet till läkemedelsbehandlingen

LIF fortsätter gärna dialogen kring de synpunkter och förslag som framförs i detta dokument och ser dessutom gärna att SLL identifierar de personer som läkemedelsbranschen kan ha en fortsatt dialog med kring dessa frågor och kring utvecklingen av en värdebaserad hälso- och sjukvård som utgår från patientens behov.

### **Läkemedelsbranschens utgångspunkter**

Läkemedelsbranschen i Sverige omsatte år 2012 drygt 66 miljarder kronor, och sysselsatte omkring 12 000 personer. Förädlingsvärdet uppgick till 41 miljarder kronor, motsvarande drygt 1 procent av BNP. Läkemedelsbranschen bidrog sålunda med 3,5 miljarder kronor / anställd – mer än fyra gånger mer än genomsnittet i hela ekonomin – till BNP. Var fjärde krona (24 %) av förädlingsvärdet återinvesterades i forskning och utveckling i Sverige. Motsvarande siffra för näringslivet som helhet är 4 procent. Under 2014 exporterades läkemedel för ca 59,5 miljarder kronor (5 procent av den totala exporten) och importen var ca 31 miljarder kronor. Detta ger ett överskott i handelsbalansen på 28,5 miljarder kronor, vilket motsvarar halva det totala svenska handelsöverskottet.

Sverige investerar fortfarande mer i forskning än de flesta länder och år 2011 satsades totalt ca 120 miljarder (3,4 procent av BNP). Privata aktörer stod för huvuddelen av investeringarna, cirka 81 miljarder kronor, varav läkemedelsbranschen stod för knappt 10 miljarder.

Företagens läkemedelsutveckling sker i samarbete med forskare på universitet och med personal och patienter i sjukvården. Syftet är att pröva läkemedel i svensk sjukvård innan godkännandet och att säkerställa att svenska patienter får tillgång till läkemedlen när de godkänts. Det är därmed helt avgörande för företagen att hälso- och sjukvården vill samarbeta med företagen under utvecklingen och har möjlighet att använda de produkter som samarbetet resul-

terar i. LIF ser även att landstingets forskning, innovation och kompetensförsörjning kan förstärkas genom en utvecklad samverkan mellan sjukvården och läkemedelsföretagen.

### **Sverige halkar efter**

Den kliniska forskningen och användningen av nya läkemedel är lågt prioriterat i svensk sjukvård. Sedan 2004 har ansökningarna till Läkemedelsverket om kliniska läkemedelsprövningar nästan halverats och jämförelser visar att Sverige halkar efter i användningen av nya läkemedel. En brittisk rapport visar att Sverige ligger näst sist när det gäller användning av de läkemedel som studerats. En annan undersökning visar att Sverige ligger under genomsnittet i Europa vad gäller användning av nya diabetesmedel och nya anti-koagulantia men något över den genomsnittliga användningen av nya ögonläkemedel. På regional nivå visar samma undersökning att SLL - jämfört med övriga Sverige - har låg användning av nya diabetesläkemedel, måttlig användning av nya ögonläkemedel och att användning av nya anti-koagulantia ligger något över riksgenomsnittet.

Deltagande i kliniska prövningar och användning av – och kunskapsgenerering kring - nya läkemedel är en viktig del av läkarnas fortbildning och en förutsättning för att befinna sig i en internationell framkant. Tidigare - när det var naturligt att svenska kliniker deltog i utvecklingen av nya läkemedel - fanns det en personlig erfarenhet och kännedom om nya läkemedel som sannolikt sänkte tröskeln att använda dem när de godkänts. Nu - när sjukvården inte deltar i kliniska prövningar på samma sätt – behövs andra insatser för att nya läkemedlen ska komma patienterna till del.

När patienter i förlängningen inte ges tillgång till nya behandlingar medför det att Sverige prioriteras ned vid företagens beslut om forskningsinvesteringar och introduktioner av nya läkemedel.

### **Stockholm ligger inte i framkant**

LIF:s uppföljning av de 40 läkemedel som vid årsskiftet 2014/2015 hanterats inom TLV:s klinikläkemedelsprojekt och/eller inom SKL:s Samverkansmodell visar att skillnaderna mellan landstingen är 124 procent. Stockholm placerar sig – med en sammanlagd kostnad för dessa läkemedel om ca 250 kronor per invånare - på en sjundeplats efter Västmanland, Dalarna, Uppsala, Västerbotten, Norrbotten och Värmland. Det är 31 procent lägre än Västmanland och något över riksgenomsnittet. Statistiken är förvånande, Stockholm borde - med det största och mest välrenommerade universitetssjukhuset - ligga längst fram när det gäller användning av just nya läkemedel.

En genomgång av SLL:s läkemedelsprognoser under perioden 2008-2015 visar att läkemedelskostnaderna varit stabila mellan 7,0 och 7,8 miljarder kronor per år. Den prognostiserade ökningstakten har över tid minskat från 8,6 procent år 2008 till 1,8 procent 2015 och varje år har ökningstakten två år framåt i tiden överskattats. Det visar att SLL:s kostnadskontroll är ”100-procentig”. Det är förvånande att det trots detta uttrycks en oro för ökande läkemedelskostnader i ”Läkemedelsstrategin för Stockholms läns landsting för perioden 2013-2017”.

I SLL:s läkemedelsstrategi nämns underbehandling som ett problem för landstinget, t.ex. vad gäller blodfettssänkande behandling och förebyggande behandling vid benskörhet. Strategin lyfter även att läkemedel inom cancer, blodförtunnande behandling och MS har introducerats långsammare i SLL jämfört med andra landsting. Det återspeglas även i landstingets rap-

port ”Långsam introduktion av nya anti-koagulantia i Stockholms läns landsting”. En liknande bild ges i SKL:s rapport ”Framgångsfaktorer i diabetesvården” där SLL uppvisade en negativ trend avseende andelen diabetespatienter som uppnår behandlingsmålet för blodsocker och att landstinget hade den lägsta andelen diabetespatienter som fick blodfettssänkande behandling.

Denna verklighet motverkar det ömsesidiga intresse som finns för utvecklingen av forskningssamarbeten mellan läkemedelsföretag och den akademiska forskningen vid landstingets universitetssjukhus och som möjliggjorts genom flera stora samarbetsavtal. LIF ser en tydlig koppling mellan dessa viktiga forskningsmiljöer och de incitament som ges genom landstingets ersättningsmodeller. Forsknings- och innovationsboks slut kan vara ett sätt att knyta de två delarna närmare och några procent av ersättningen skulle kunna baseras på det innovations- och förbättringsarbete som de olika enheterna i landstinget bedriver.

### **Värdebaserad hälso- och sjukvård**

Läkemedelsbranschen ser att hälso- och sjukvården bör styras och ersättas utifrån patienternas medicinska resultat snarare än utifrån olika processmått. LIF följer därför med stort intresse den utveckling av värdebaserad vård som nu tagit fart, och där SLL är ett av de drivande landstingen.

I en värdebaserad styrning av sjukvården är det viktigt att framgångsrika enheter kan behålla en del av de resurser som frigörs när kvaliteten ökar. Med ett sådant incitament främjas nödvändiga förändringar i arbetssättet och det kan kombineras med krav på återinvestering i ytterligare innovation.

Sedan 2002 prissätts läkemedel utifrån det värde de tillför patienter, sjukvården och samhället i stort. LIF anser att även insatser i sjukvården och sjukvårdens egen produktion ska värderas och ersättas på samma sätt. Den värdebaserade prissättningen av läkemedel skapar dynamik och frigör resurser som kan återinvesteras i att fler patienter behandlas och nya läkemedel introduceras i syfte att förbättra sjukvårdens resultat genom innovation.

SKL:s Samverkansmodell för läkemedel – med sitt syfte att säkerställa en jämlik, kostnadseffektiv och ändamålsenlig användning av nya läkemedel över hela landet – och det ökade samarbetet mellan landstingen och den prissättande myndigheten Tandvårds- och läkemedelsförhållningsverket (TLV) skapar möjligheter att utveckla den värdebaserade användningen av läkemedel. Detta då landstingen ges möjlighet att i god tid planera och budgetera för de läkemedel som kommer att lanseras. Det finns skäl att se över landstingets ersättningsmodeller så att fördelarna med det ordnade införandet kan utnyttjas fullt ut.

### **Ersättningsmodeller för läkemedel på sjukhusen**

Det är svårt att förstå SLL:s sjukhusavtal och hur möjligheten att använda nya läkemedel påverkas. Intrycket är att enskilda kliniker bär ett stort ansvar för att säkerställa att resurser skjuts till när nya läkemedel blir tillgängliga. I de existerande sjukhusavtalen baseras ersättningen till 97,5 procent på prestation enligt DRG, 2 procent på kvalitet och 0,5 procent på miljö. Det är förvånande att andelen kvalitetsbaserad ersättning här är lägre än inom primärvården, eftersom sjukhusen bör ha ett särskilt uppdrag att driva landstingets innovation i syfte att höja kvaliteten i hela sjukvården.

Sjukhusklinikerna betalar inget för basläkemedel i "Kloka listan" men hälften av kostnaderna för övriga receptförskrivna läkemedel, och hela kostnaden för läkemedel som rekvideras för användning på klinikerna. Här uppstår en obalans som kan påverka valet av läkemedelsbehandling. När valet står mellan att använda ett läkemedel där kostnaden fullt ut eller till hälften bärs av HSF (receptförskrivning) eller ett där kliniken bär hela läkemedelskostnaden (rekvisition) ställs en "säker" extern finansiering mot en mer "osäker" intern finansiering. Slutenvården i synnerhet bör fatta beslut om åtgärder baserat på patienternas medicinska behov och inte på basis av ersättningsmodellen.

När klinikerna har fullt kostnadsansvar för läkemedel ställs vardagsproduktion mot innovation när sjukhusläkare vill använda nya läkemedel. Nu sker en snabb läkemedelsutveckling inom flera olika terapiområden, vilket ger helt nya behandlingsmöjligheter riktade till patientgrupper som tidigare haft dålig prognos. För att sjukvården ska kunna erbjuda patienter dessa nya behandlingar behöver det finnas processer för att skjuta till resurser för läkemedel till berörda kliniker. Genom dynamiken på läkemedelsmarknaden frigörs dessa resurser inom områden där ökad konkurrens uppstått efter patentutgångar och där andra prisjusteringar skett.

Många av de läkemedel som introduceras genom SKL:s Samverkansmodell för läkemedel används på sjukhusen. Därför behöver länken mellan de nationella rekommendationerna och klinikernas budget stärkas för att patienter snabbt ska få tillgång till de nya behandlingsmöjligheterna. Samma beredskap behövs hos klinikerna för de läkemedel som introduceras genom landstingets egna processer.

För att understödja forskning och introduktion av nya läkemedel är det viktigt att det framgår av avtalen att sjukhusen årligen ska redovisa sitt utvecklingsarbete. LIF ser att samverkan mellan sjukvården och läkemedelsföretagen skulle förstärkas om detta ingick i redovisningen. Ökat utrymme och resurser för industrisamverkan kan ytterligare främja möjligheten till innovation.

## **Ersättningsmodeller för läkemedel inom primärvården**

Kostnaden för receptförskrivna läkemedel tas av förvaltningen centralt och den kvalitetsbaserade ersättningen anses ge utrymme för att pröva nya läkemedel. I praktiken begränsar dock systemet användningen av läkemedel utanför "Kloka listan".

### *Kvalitetsrelaterad ersättning*

Det är positivt att SLL avsätter tre procent av den totala ersättningen till en kvalitetsbaserad ersättning i primärvården. Det innebär att en enhet som har en total ersättning (listningsersättning och rörlig ersättning) på 20 miljoner kronor (uppskattningsvis ca 8 000 listade patienter) kan få en kvalitetsbaserad bonus om 600 000 kronor. I diskussioner som läkemedelsföretagen har med verksamhetsansvariga framgår tydligt att drivkraften att uppnå den maximala bonusen är stark eftersom det ger möjlighet att anställa ytterligare personal i verksamheten. Modellen har därmed en tydligt styrande effekt.

Fyra av de 13 indikatorer som utgör grunden för den kvalitetsbaserade ersättningen är kopplade till läkemedel och de svarar för en tredjedel av den kvalitetsbaserade ersättningen. Indikatoren "Följsamhet till Kloka Listan" står för mer än hälften av den maximala läkemedelsrelaterade bonusen. Generellt ges ingen ersättning för den lägsta definierade kvalitetsnivån vilket kan vara sunt eftersom det sporrar till högre kvalitet. Utformning ställer dock höga krav på

rätt fördelning av ersättningen mellan indikatorerna och de kvalitetsnivåer som ersätts. Ett exempel på ett tveksamt signalvärde är att den maximala bonusen för ”Följsamhet till Kloka listan” är fyra gånger större än bonusen för indikatorn ”Kvalitetsbokslut för läkemedel”.

### *Kloka listan*

”Följsamhet till Kloka listan” mäts med ”DU90” och den lägsta kvalitetsnivån för indikatorn är 80 procent. Maximal bonus ges när 90 procent av DU 90 uppnåtts, vilket motsvarar att 81 procent av de förskrivna läkemedlen finns på ”Kloka listan” och 19 procent är nya eller andra läkemedel. Eftersom DU90 mäts i dygnsdoser påverkar stora läkemedelsgrupper följsamheten mer vilket ytterligare höjer tröskeln för att prova nya läkemedel inom de stora folksjukdomarna. Omvänt ger en följsamhet till ”Kloka listan” på 70 procent ett vite som är lika stort som den maximala bonusen och en lägre följsamhet ger ett större vite. Enligt janusinfo.se innehåller ”Kloka Listan” läkemedel som rekommenderas för behandling av vanliga sjukdomar, och få läkemedel tillkommer till eller försvinner från listan varje år. LIF skulle beskriva ”Kloka listan” som konservativ varför det bör diskuteras om den lägsta kvalitetsnivå som inte ger vite verkligen ska vara 80 procent?

Användningen av nya läkemedel styrs av enheternas incitament att använda det utrymme för nya läkemedel som finns kopplat till den kvalitetsbaserade ersättningen och till förvaltningens incitament att begränsa kostnadsutvecklingen. Många verksamhetschefer vittnar om att de omgående får besök av förvaltningen som uppmanar dem att sluta använda (nya) läkemedel som inte finns på ”Kloka listan”. För- och nackdelar med centralisering och decentralisering kan diskuteras men den centralisering som SLL valt förefaller inte ge enheterna speciellt stor frihet vad gäller att använda nya läkemedel.

### *Övriga kvalitetsindikatorer i Kvalitetsbokslutet*

Läkemedelsföretagen drivs av att kontinuerligt förbättra läkemedelsbehandlingen för de patienter som inte når behandlingsmålen med befintliga läkemedel i ”Kloka listan”. Ibland sker utvecklingen i små steg och ibland sker stora genombrott. Oavsett vilket är det LIF:s bestämda uppfattning att alla nya läkemedel som godkänns och som ingår i läkemedelsförmånen tillför ett värde för patienter, sjukvård och samhället i stort om de används på rätt sätt. Incitamenten för att använda nya läkemedel måste därför utgå från en önskan att kontinuerlig förbättra behandlingsresultaten för alla patienter.

Ingen av de 13 kvalitetsindikatorerna i Kvalitetsbokslutet är resultatbaserad. Fem av indikatorerna är sjukdomsspecifika men de täcker bara in diabetes och urinvägsinfektioner. De fyra diabetesindikatorerna mäter bara olika former av registrering i kvalitetsregistret för diabetes - NDR. LIF finner denna skeva fördelning anmärkningsvärd.

### *Förslag till utveckling av Kvalitetsbokslutet*

LIF ser att det finns starka skäl att överväga förändringar i SLL:s kvalitetsbaserade ersättning i primärvården i syfte att öka möjligheten att använda nya läkemedel. Det bör övervägas att:

- justera indikatorn ”Kloka listan” för att skapa utrymme för nya läkemedel genom att:
  - förändra nivåerna i modellen på följande sätt
    - lägsta kvalitetsnivån = 70 procent istället för 80 procent
    - högsta bonusnivån = 85 procent istället för 90 procent

- ingen bonus över 95 procent
  - sänka nivåerna för vite och det totala vitesbeloppet
- skapa en ny kvalitetsindikator som stimulerar användning av de primärvårdsläkemedel som hanterats inom SKL:s Samverkansmodell
- utarbeta en plan för att:
  - ersätta processindikatorer med resultatindikatorer, t.ex. att mäta något av de resultatmått som finns i NDR - blodsocker, blodtryck eller blodfetter – istället för registrering
  - alla stora folksjukdomar ska omfattas av kvalitetsbaserad ersättning
- öka betydelsen av indikatorn ”Kvalitetsbokslut för läkemedel” vilken även bör omfatta patienternas behandlingsresultat och insatser för att säkerställa en god följsamhet till läkemedelsbehandlingen.

### Oönskade effekter av ersättningsmodellerna

Sjukvården ska fatta beslut om åtgärder baserat på patienternas medicinska behov. Det är därför viktigt att ersättningsmodellerna inte motverkar det. Det finns dock komponenter i ersättningsmodellerna som inte stöder ett patientcentrerat arbetssätt eller innovation och introduktion av nya läkemedel. Ett sätt att motverka detta vore att regelmässigt utvärdera om introduktionen av de läkemedel som hanterats inom SKL:s Samverkansmodell för nya läkemedel påverkas av befintliga incitamentsstrukturer i landstinget.

- Grunden i landstingets ersättningsmodell är en volymbaserad ersättning utifrån antalet faktiska besök. Nedan ges två exempel på när detta är direkt innovationshämmande:
  - Insättning av waranbehandling kan kräva upp till 30 vårdbesök under det första året, vilka ersätts som läkarbesök oavsett om patienten träffar en läkare eller ej. Nya orala antikoagulantia (NOAK) förespråkas i ”Kloka Listan 2015” som alternativ till waran och dessa kräver bara ett par läkarbesök under det första året. Det medför att valet mellan waran eller NOAK påverkas mer av de incitament som ersättningsmodellen ger upphov till, istället för patientens behov och önskemål. Nya incitament behövs därför som utgår från patientens bästa och samhällets totala kostnader t.ex. genom att premiera hög behandlingsgrad eller ökad patientnytta och livskvalitet.
  - I budgeten för 2015 satsar SLL mer på e-tjänster och distansvård eftersom digitalisering är en förutsättning för att utveckla resursanvändningen och arbetsprocesserna. Utvecklingen försvåras av att ersättningsystemen fortfarande baseras på fysiska besök vilket t.ex. kan få konsekvensen att svårt sjuka patienter regelbundet måste ta sig in till sjukhuset för sin injektion istället för att få den hemma. För att stödja utvecklingen av framtidens värdebaserade hälso- och sjukvård bör enheter med utvecklade e-hälsotjänster ges incitament – och inte missgynnas - i ersättningsystemet. Det finns en stark koppling mellan en utvecklad e-hälsa och ett starkt innovationsklimat för läkemedel. Centralt är sjukvårdens förmåga att dokumentera läkemedelsanvändning i klinisk praxis på ett sätt som möjliggör forskning och uppföljning.

- Spirometri används för att diagnostisera KOL och utrustningen finns på det flesta vårdcentraler i SLSO, men ersättningen för undersökningen - 200 kronor - står inte i relation till arbetsinsatsen. SLSO:s Kvalitetsbokslut visar också att antal utförda spirometri understiger den förväntade prevalensen. Patienterna skickas istället till t.ex. fysiologilaboratorier för undersökning vilket fördröjer diagnos och behandling. Det har visats att antalet försämringsperioder är färre för patienter som är listade på mottagningar som har rätt kunskap. I andra landsting har certifierade Astma/KOL-mottagningar varit framgångsrika. Det finns därför skäl att se över ersättningsnivå för spirometriundersökningar och att överväga införande av särskilda mottagningar för Astma/KOL-patienter
- En av de stora folksjukdomarna är typ 2-diabetes. Genom det s.k. 4D-projektet finns ett ökat fokus på typ 2-diabetes i SLL. Sedan 2007 har forskning - i bl.a. Stockholm - skapat flera nya patientvänliga läkemedelsbehandlingar vid typ 2-diabetes (GLP1-receptor antagonist, DPP4-hämmare och SGLT2-hämmare) som bedömts kostnadseffektiva som andrahandsmedel. På "Kloka listan" rekommenderas dock enbart gamla läkemedel (insulin och sulfonylurea) vilka ofta förknippas med biverkningar som hypoglykemi (blodsockerfall) och viktuppgång. Kombinationen av bonus/vite kopplat till "Kloka listans" rekommendationer gör att doktorer uppmanas att inte använda de nya läkemedlen och patienterna undanhålls därmed modern behandling för sin typ 2-diabetes.
- Flera nya läkemedel för kastrationsresistent prostatacancer har introducerats. Det har satt fokus på vikten av ett samlat ansvar för patientens behandling genom behandlingen eftersom flera specialiteter är involverade. Otydligheten leder till att varken urologi eller onkologi skapar ekonomiskt utrymme för att ge rätt patient rätt behandling i rätt tid. En lösning kan vara att upprätta mottagningar där urologer och onkologer arbetar tillsammans utifrån en gemensam budget.

LIF fortsätter gärna dialogen kring de synpunkter och förslag som framförts ovan och ser dessutom gärna att SLL identifierar de personer som läkemedelsbranschen kan ha en fortsatt dialog med kring dessa frågor och kring utvecklingen av en värdebaserad hälso- och sjukvård.

LIF Stockholm på uppdrag av LIF.

Stockholm maj 2015