



Patienten eller landstinget –  
vem ska ha makten i svensk sjukvård?

Rapport från Kommissionen för jämlik vård

# Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	4
Inledning	6
Ojämlikhet i hälsa	7
Ojämlikhet i sjukvården	8
Geografisk ojämlikhet	8
Ojämlikhet mellan könen	10
Ojämlikhet mellan olika socioekonomiska grupper	11
Ojämlikhet i vården – internationella jämförelser	12
Prioriteringar	14
Ojämlik tillgång till information	15
Läkemedel	16
Patienten i centrum	16
Mer hälsa för skattepengarna	17
Framtidens utmaningar	18
Forskning och innovation	21
Slutsatser	24
Källor	28

# Förord

Frågan om ojämlikhet i vården är ett väl debatterat ämne. Ofta berättas om enskilda patienter som drabbas när de inte får tillgång till behandling som ges i andra landsting. De senaste åren har andra typer av ojämlikheter, till exempel mellan olika grupper inom landsting och mellan kvinnor och män tydligare lyfts upp på agendan.

En kartläggning som Socialstyrelsen gjorde 2011 visar att problemet med ojämlik vård är utbrett på flera områden. De regionala skillnaderna mellan landstingen, där man i många år visat på stora variationer i tillgången till läkemedel, är fortfarande ett problem. Det gäller t.ex. i överlevnaden i vissa former av cancer. När det gäller de sociala skillnaderna har Socialstyrelsen visat på att utlandsfödda och lågutbildade missgynnas i tillgången till vårdinsatser, t.ex. läkemedel.

Ett flertal internationella studier från såväl OECD, som IMS Health, WHO och det belgiska ordförandeskapet 2010, har också visat på en annan ojämlikhet, nämligen den mellan sjukvård i Sverige och i andra länder. Sverige anses ha halkat efter och svenska patienter har idag sämre tillgång till nya läkemedel och behandlingsmetoder, än patienter i andra länder.

Listan med frågor att analysera kan göras lång. Helhetsbilden är dock tydlig – vården i Sverige verkar inte vara jämlik och inte mycket tyder på att skillnaderna på ett avgörande sätt är på väg att utjämnas. Det är allvarligt eftersom frågan i grunden handlar om en helt central moralisk avvägning; ska Sverige tillhöra de länder i världen där var och en – på jämlika villkor – kan räkna med att få bästa och modernaste sjukvård när hon är sjuk?

LIF – de forskande läkemedelsbolagens branschorganisation – tillsatte därför i januari 2012 en självständig Kommission för jämlik vård, med Ilija Batljan som ordförande. Kommissionens uppdrag var att oberoende utreda, analysera och initiera debatt kring hur vi ska få jämlik tillgång till vård och omsorg av bästa möjliga kvalitet.

## Kommissionens ledamöter:

- Ilija Batljan (Ordförande), F.d. oppositionslandstingsråd och kommunalråd (S)
- Hans Bergström, Docent, journalist och fristående kolumnist
- Laura Hartman, Analys- och prognoschef Försäkringskassan
- Anders Milton, Läkare och tidigare regeringens psykiatrisamordnare
- Johnny Munkhammar, Riksdagsledamot (M)
- Annelie Nordström, Ordförande Kommunal
- Utredningssekreterare, Emma Ölmebäck, Utredare Kommunal

Kommissionen för jämlik vård har under våren 2012 hämtat in information och underlag till denna rapport bland annat genom en seminarierie som behandlat olika aspekter av ojämlikhet och genom kontakt med ett antal patientorganisationer- och företrädare, med forskare och myndighetsföreträdare. 15 personer har medverkat vid seminarierna samtidigt som cirka 350 personer varit med och deltagit. Rapporten har i huvudsak författats av Emma Ölmebäck och Ilija Batljan. Ann-Christin Tauberman, konsult på LoveOne Consulting, har bidragit med avsnittet om läkemedel. Kommissionen för jämlik vård står bakom slutsatserna i rapporten.

Kommissionen har arbetat självständigt och oberoende från LIF – de forskande läkemedelsföretagen. De slutsatser som presenteras i rapporten ska inte tolkas som ställningstaganden från LIF.

Ilija Batljan  
Hans Bergström  
Laura Hartman  
Anders Milton

Johnny Munkhammar  
Annelie Nordström  
Emma Ölmebäck

# Sammanfattning

Lagen säger att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Trots detta visar otaliga exempel på att en god hälsa och en vård på lika villkor inte är verklighet. Den här rapporten lyfter upp olika aspekter av ojämlikhet och inom vilka områden utmaningarna är störst. Kommissionen för jämlik vård har valt att lyfta fram fyra förutsättningslösa förslag för att bidra till debatten om hur vi ska uppnå en mer jämlik vård i Sverige.

- **Stärk patientens ställning i förhållande till**

**sjukvården.** Det är i mötet mellan läkare och patient som valet av behandling och läkemedel sker. Ju mer information och kunskap patienten har om sitt eget hälsotillstånd, desto lättare har patienten att hävda sina rättigheter och ställa krav gentemot sjukvården. I dag varierar kunskapsnivån hos olika patientgrupper beroende på utbildningsnivå och socioekonomisk grupp. Dessutom saknar patienterna idag information om köer och kvalitet på olika kliniker i landet. Till och med de lagstadgade rättigheterna är relativt okända och relativt litet görs från landstingens sida för att höja kunskapsnivån hos patienterna. Ett exempel är den lagliga rätten till "second opinion", som innebär att en patient i vissa fall har rätt till en andra medicinsk bedömning av en specialist. Enligt en nyligen genomförd opinionsundersökning, gjord av Novus Opinion, känner endast varannan svensk till patientens rätt till second opinion. Undersökningen visar också att ju kortare utbildning man har, desto mindre är sannolikheten att känna till denna rättighet. Att stärka patientens roll genom information och brukarmedverkan ger inte endast en positiv inverkan på jämlikheten. Vi är övertygade om att det även ger goda medicinska resultat och är därför ett bra sätt att effektivisera vården och borde därför vara en prioritet för landstingspolitiker i hela landet.

- **Stärk sjukvårdens organisation.** Det finns en motsättning i målet om att bostadsort inte ska ha betydelse för vilken medicinsk behandling och kvalitet patienten erbjuds och samtidigt organisera sjukvården utifrån 21 olika huvudmän med olika ekonomiska förutsättningar och politiska prioriteringar. Vi tror i ett första steg att mer av den högspecialiserade vården bör centreras till ett fåtal enheter för ökad kvalitet och patientsäkerhet. De regionala cancercentrum som är under uppbyggnad är

ett steg i rätt riktning och kan eventuellt bli en modell även för andra specialismråden. Vi tror att det är nödvändigt att omgående utreda om fler regionala centrum ska inrättas och för vilka diagnoser. En sådan utredning måste även analysera vilka konsekvenser det innebär för övrig hälso- och sjukvård i glesbygdsområden.

- **Jämlik tillgång till läkemedel** måste fortsätta ses som en viktig del av sjukvården. Ur jämlikhetssynpunkt finns det betydande brister med rådande system. Syftet med det statliga, värdebaserade subventionssystemet är att alla, oavsett var man bor i landet, ska få läkemedel efter behov. I Sverige har vi en myndighet, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), med uppgift att göra en helhetsbedömning av vilka läkemedel som ska subventioneras. Systemet fungerar dock inte då TLV:s beslut överprövas ute i landstingen och då utifrån helt andra kriterier än de som ligger till grund för det statliga subventionssystemet. Resultatet blir att tillgången till läkemedel skiljer sig åt i olika delar av landet. Det kan göra att chanserna att överleva en svår sjukdom är beroende av var man bor. Detsamma gäller möjligheterna att få ett nytt effektivt läkemedel som ger möjlighet att leva ett smärtfritt och aktivt liv. Ett decentraliserat kostnadsansvar på enhetsnivå inom landstingen innebär dessutom ytterligare en instans för prövning. Att organisera kostnadsansvaret på detta vis har visserligen visat sig effektivt ur ett strikt kostnadsperspektiv, men frågan är vilken inverkan systemet fått på förutsättningar för innovation och jämlikhet. Frågan är med andra ord hur samhällsekonomiskt effektiv nuvarande ordning är? Vi föreslår därför att konsekvenserna av denna decentralisering av kostnadsansvaret utreds. Fokus i en sådan utredning måste ligga på de stora målkonflikter som finns mellan de tre nivåerna för läkemedelsprövning: den nationella grundad på dels efficacy / risk (Läkemedelsverket), dels cost/benefit (TLV), den regionala (oftast föremål för hantering i landstingens läkemedelskommittéer och de budgetöverväganden som gäller för stunden) och den klinikbaserade (global budgetering som riskerar att missa patienternas individuella behov). Det är tveksamt om den nuvarande ordningen är samhällsekonomiskt effektivt. Att den inte gynnar den enskilda patienten borde dock stå klart.

- **Stärk positionen som ett forskningsintensivt och innovationsvänligt land.** En jämlik sjukvård kräver en bredare ansats och satsning på innovationer där idéer, forskning och utveckling blir till produkter och tjänster. Det behövs mer forskning både gällande att bota sjukdom och att förhindra ohälsa. Det är med nya metoder och behandlingar som vi löser framtidens utmaningar inom sjukvården. Då duger det inte att Sverige år efter år tappar mark som forskningsnation. Sverige ligger exempelvis dåligt till när det kommer till introduktion och spridning av nya läkemedel, behandlingar och medicinsk teknik. I en internationell jämförelse hamnar vi på plats 13 av 14 i upptag av nya behandlingar. Medeltalet kliniska prövningar under åren 2004-2008 minskade med 25 procent jämfört med medeltalet under 1995-1997. Och den negativa trenden har fortsatt. De forskande läkemedelsföretagens ansökningar till svenska Läkemedelsverket har nästan halverats från ca 300 till ca 160 under perioden 2004-2011.

Sverige behöver satsa på forskning och innovation som leder till effektivare behandlingsmetoder, ökad export av svenska produkter och till arbete och ökad tillväxt. Staten bör ta ett övergripande ansvar för att så sker. Den kliniska forskningen bör prioriteras med betoning på samverkan mellan akademien, sjukvården och industrin. Som en viktig led i detta bör regeringen förverkliga förslaget om Svensk behandlingsforskning genom att samfinansiera totalt 500 miljoner kronor med landstingen.

Under Kommissionens arbete har det framkommit att det finns behov av att förtydliga universitetssjukhusens roll. Detta gäller inte minst det unikt svenska sättet att ha ett aktivt samarbete mellan samhälle och näringsliv. Ett aktivt samarbete mellan akademien, sjukvården och industrin kräver att universitetssjukhusen ges en aktiv föregångsroll i

introduktion och test av nya avancerade metoder, och att universitetssjukhusen ska ha resurser för detta.

Jämlikhet kan aldrig uppnås genom att försöka hindra utvecklingen. Tvärtom behöver vi hitta sätt att främja utvecklingen av nya läkemedel, behandlingar och innovationer. Mer jämlik vård av hög kvalitet förutsätter att det finns en efterfrågan på innovativ medicinteknik inom svensk sjukvård. Den kliniska forskningen måste ses som en konkurrensfördel. Vi får inte betrakta forskning som något som stjäl tid och resurser från den "riktiga" vården, utan som något som bör vara en självklar del av dagens men framförallt morgondagens sjukvård. Statens roll bör stärkas i det här hänseendet. Också när det gäller den kliniska forskningen borde man förstärka patientens ställning, genom en rättighet för patienter med kroniska sjukdomar eller svåra sjukdomar att få vara aktiva och delaktiga i pågående forskning, att vänta sig att ett universitetssjukhus alltid har klinisk forskning att erbjuda som patienten kan involvera sig i. Patienternas stora förtroende för medicinsk forskning och stora vilja att medverka i kliniska studier är en stor tillgång för svensk forskning och utveckling, jämfört med andra länder. Vi har här valt att lyfta fram ett antal förutsättningslösa förslag för att bidra till debatten om hur vi ska uppnå en mer jämlik vård i Sverige. Det vi föreslår är att sätta patienten och dennes rättigheter i centrum, att kunna se helheten, där sjukvården och hur den är organiserad spelar en viktig roll, men inte existerar i ett vakuum. Att innovationer, forskning och utveckling måste ses som en integrerad del i en god och jämlik vård, inte som en utgiftspost och ett lovligt byte att skära ned på i landstingsbudgetar och i statliga anslag. Svenska folket prioriterar hälso- och sjukvården högt. Det är dags att flytta makten från landsting till patienten.

Att just sätta patienten i centrum är det centrala för det fortsatta arbetet med att minska ojämlikheten i vården.

# Inledning

Rätten till jämlik sjukvård är fastslagen i svensk lag. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anger att målet för hälso- och sjukvården är en god vård på lika villkor för hela befolkningen och att den som har det största behovet ska ges företräde till vården. Diskrimineringslagen ger individen skydd mot eventuell diskriminering inom hälso- och sjukvården på grund av kön, könsöverskridande identitet och uttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattningen, funktionshinder samt ålder.

Det råder till synes konsensus bland politikiska partier om att sjukvården ska vara jämlik. Målet är att alla ska bemötas, vårdas och behandlas på lika villkor oberoende av vem man är. Trots detta verkar verkligheten i många fall vara en helt annan.

Den grundläggande frågan för Kommissionen för jämlik vård har varit frågan hur verkligheten kan skilja sig så mycket från det mål som politiker, profession och ansvariga myndigheter verkar vara eniga om. Hur kan de vackra orden skilja sig så mycket från verkligheten?

En anledning till gapet mellan vision och verklighet är att förutsättningarna för att åstadkomma en jämlik sjukvård i Sverige inte är alltför goda. Den första stora utmaningen är att hälsan är ojämnt fördelad mellan olika grupper i samhället, vissa grupper drabbas exempelvis i högre utsträckning av folkhälsosjukdomar än andra. Här krävs insatser för att förbättra folkhälsan i dessa grupper. Den andra stora utmaningen handlar om hälso- och sjukvårdens oförmåga att leva upp till hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf. Det är oacceptabelt att exempelvis individer med lägre utbildning och annan etnisk bakgrund än svensk får sämre bemötande och erbjuds mindre effektiva behandlingar när de drabbas av sjukdomar.

Kommissionen för jämlik vård anser att det är hög tid att ärligt ta itu med de utmaningar som står framför oss istället för att använda vackra men verklighetsfrånvända ord.

# Ojämlighet i hälsa

Vad är att ha hälsa? Det finns många definitioner och skilda åsikter kring vad hälsa är eller bör vara. WHO definierar hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysisk, psykisk och socialt välbefinnande. En definition som sträcker sig utöver hälso- och sjukvårdens ansvarsområde.

I Sverige har hälsan i befolkningen generellt förbättrats avsevärt över tid. Medellivslängden har ökat från 52 år 1900 till 82 år 2010. Tyvärr gäller det inte för alla. Den förbättrade hälsan är ojämnt fördelad mellan män och kvinnor, mellan olika åldersgrupper samt mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Medellivslängden och äldre har en bättre hälsoutveckling än yngre. Män har haft en bättre hälsoutveckling än kvinnor och skillnaderna är fortfarande stora mellan tjänstemän och arbetare samt mellan låg- och högutbildade. Bland kvinnor har hälsoklyftorna mellan låg- och högutbildade till och med ökat de senaste 30 åren.

Socialstyrelsens statistik över dödsorsaker visar stor variation mellan olika socioekonomiska befolkningsgrupper. Dödligheten i förebyggbara och behandlingsbara sjukdomar är betydligt högre hos personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med högskoleutbildade. Fler med grundskoleutbildning dör exempelvis i hjärt- och kärlsjukdomar än av de som har eftergymnasial utbildning.

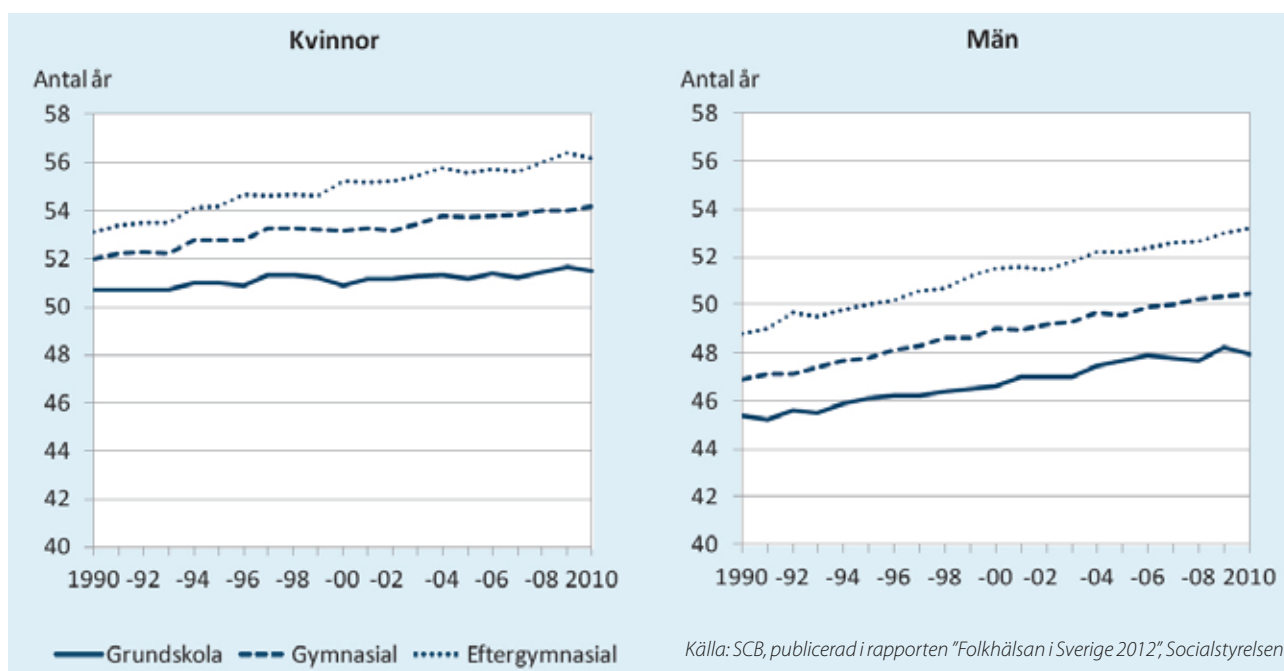
Den ojämlika hälsan har en mängd förklaringsvariabler. En orsak är att människor som flyttar hit från andra länder har sämre hälsostatus och att dessa skillnader är svåra att kom-

penjera i efterhand trots hälsofrämjande insatser. Andra orsaker är livsstilsrelaterade faktorer som kost, motion, och riskkonsumtion av alkohol och tobak. Även om befolkningens hälsa påverkas av många faktorer som ligger utanför hälso- och sjukvårdssystemets inflytande, fråntar det inte hälso- och sjukvården ansvaret att påverka det som går att påverka.

WHO tillsatte år 2008 en kommission under ledning av Sir Michael Marmot med uppdrag att kartlägga den ojämlika hälsan ur ett globalt perspektiv. Kommissionen identifierade så kallade sociala bestämningsfaktorer som definierades som de förhållanden under vilka människor växer upp, lever, arbetar, och åldras och de system som finns för att hantera ohälsa. Dessa förhållanden påverkar människor och gör att ojämlikhet i hälsa uppstår. I flera andra länder, bland annat England, har regeringar tagit initiativ till nationella kommissioner med samma uppdrag. I Sverige har inget sådant initiativ tagits av regeringen. Marmotkommissionens slutsats var att länder med ambition att bidra till jämlikhet bör utforma system enligt följande punkter:

- Solidariskt finansierad vård tillgänglig för alla
- Hög tillgänglighet för invånare oavsett var de bor och för särskilda grupper
- Förebyggande hälso- och sjukvård
- Uppmärksammande av särskilda behov hos utsatta grupper

**Diagram 1.** Skillnader i medellivslängd mellan grupper med olika utbildning. Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder fördelat efter högsta fullföljda utbildning. Kvinnor och män, perioden 1990–2010.



# Ojämlighet i sjukvården

Att hälsan är ojämnt fördelad i samhället innebär att vissa grupper i högre utsträckning än andra kommer i kontakt med hälso- och sjukvården. I kontakten med sjukvården har det visat sig att mindre privilegierade grupper får sämre behandling och bemötande. Var i landet du bor spelar också roll. Hälso- och sjukvården klarar alltså inte av att leva upp till portalparagrafen om att de med störst behov ska ges företräde till sjukvården. Vem patienten är, snarare än vad patienten behöver, påverkar vilken medicinsk kvalitet som erbjuds. Det betyder dock inte att alla ska få samma vård.

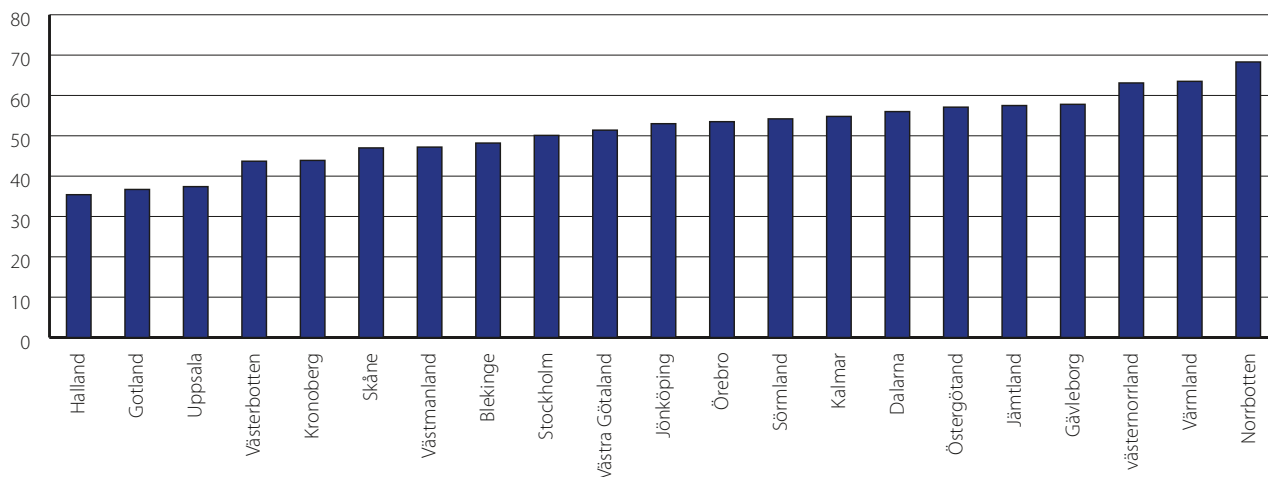
Jämlik sjukvård handlar både om att patienter ska få lika vård och olika vård. Alla ska behandlas på lika villkor i kontakt med sjukvården och få samma tillgång till sjukvården. Men individen ska få hjälp och behandling utifrån sina specifika behov. Detta kan alltså medföra att två patienter får olika vård utan att sjukvården är ojämlig.

## Geografisk ojämlikhet

Det finns betydande skillnader i vilken vård och behandling du får beroende på var i landet du bor. Öppna jämförelser mellan landsting och regioner har varit ett sätt att försöka åskådliggöra och minska dessa skillnader. Det har visat sig vara en relativt framgångsrik metod då skillnaderna den senaste femårsperioden har minskat. Trots det är skillnaderna inom vissa områden fortfarande stora.

- Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet mäts utifrån ett antal diagnoser där medicinska insatser som tidig upptäckt eller handling kan påverka utfallet. För män skiljer sig resultatet mellan olika landsting från 35,4 döda per 100 000 invånare till 68,3 döda per 100 000 invånare. Det är en skillnad på 32,9 procentenheter mellan bästa och sämsta landsting. För kvinnor är skillnaderna mindre, 16,5 procent.

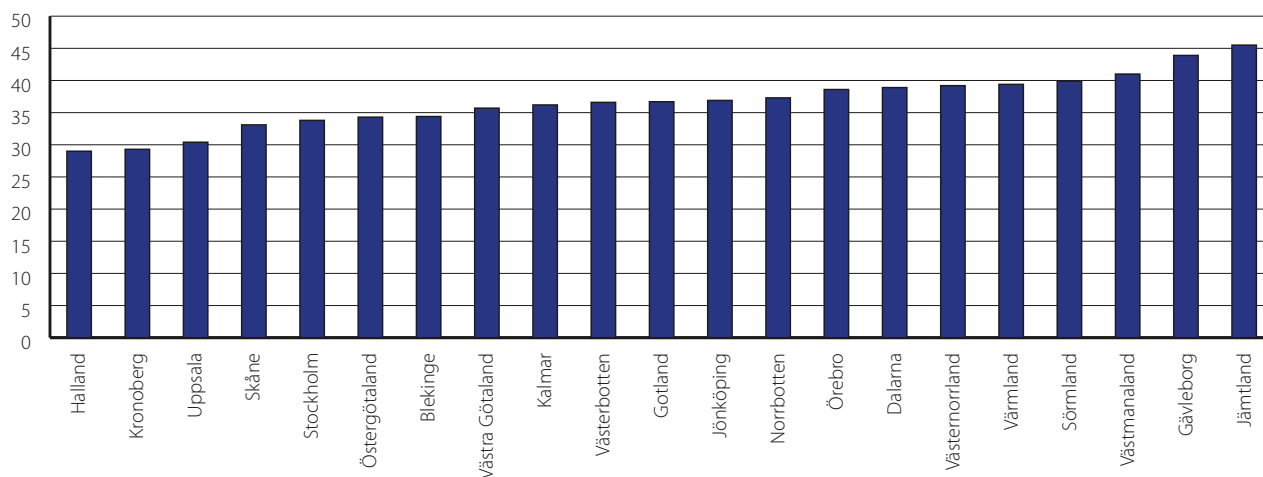
Diagram 2. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet bland män – dödsfall per 100 000 invånare 2007-2010.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



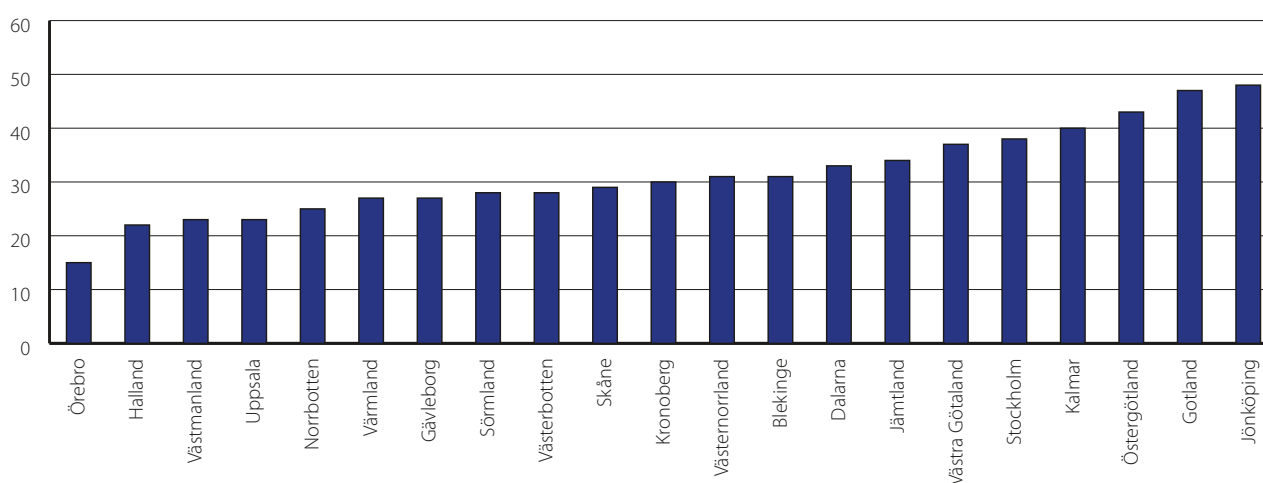
Diagram 3. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet bland kvinnor – dödsfall per 100 000 invånare 2007-2010.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

- Andelen patienter med vårdrelaterade infektioner skiljer sig från 6,8 procent till 12,1 procent mellan bästa och sämsta landsting.
- Hur länge patienter får vänta på vård skiljer sig också mycket mellan olika landsting. I Norrbotten fick 98 procent år 2011 behandling i specialiserad vård inom vårdgarantins 90 dagar medan endast 76,9 procent av medborgarna i Dalarna fick det.
- En viktig faktor i kampen mot lungcancer är att behandling sätts in snabbt. Den genomsnittliga väntetiden mellan remiss och behandling varierar mellan 15-48 dagar beroende på landsting. Hela 25 procent av patienterna fick vänta mer än 57 dagar trots att rekommendationen från Svenska lungcancergruppen är att behandling bör starta efter maximalt 28 dagar.

Diagram 4. Väntetid i antal dagar från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancerpatienter 2009.



Källa: Nationellt lungcancerregister

Socialstyrelsen pekar på tre prioriterade områden som ytterligare behöver harmoniseras gällande de geografiska skillnaderna; avgifter, kompetens och läkemedel. Kostnaden för ett besök i öppenvård kan t.ex. skilja sig från 65 kronor till 200 kronor beroende på landsting. Tillgången till specialistkompetens varierar kraftigt över landet vilket ställer höga krav på att landstingen remitterar patienter vidare när kompetens saknas i hemlandstinget. Tyvärr fungerar remitteringen mellan landsting dåligt, troligen på grund av kostnadsskäl och regionala prioriteringar. Landstingen väljer helt enkelt att erbjuda patienterna sämre vård till förmån för bättre ekonomiska resultat i den egna budgeten. Att läkemedelförskrivningen skiljer sig i så hög grad över landet tros också vara ett resultat av regionala ekonomiska begränsningar.

Frågan är hur långt det går att komma med nationella riktlinjer och öppna jämförelser. Socialstyrelsen föreslår i rapporten "Den jämlika vårdens väntrum" bland annat att riksdag och regering tar initiativ till en ny modell för samarbete med sjukvårdshuvudmännen i syfte att minska de geografiska skillnaderna.

En temporär ojämlikhet mellan olika landsting som uppstår för att någon går före med nyare och/eller bättre metoder – såväl organisatoriskt som medicinskt – kan vara positiv om andra sedan följer efter. Problemet är om några landsting tenderar att ständigt halka efter.

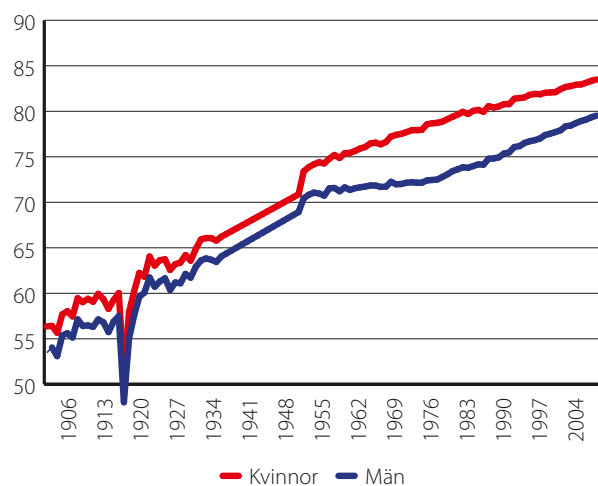
### Ojämlikhet mellan könen

Det är svårt att få en tydlig bild över hur jämställdheten inom hälso- och sjukvården utvecklats över tid då uppföljning uppdelat på kön endast tillämpats de senaste åren och då i begränsad omfattning.

- Skillnaden i medellivslängd mellan män och kvinnor har minskat de senaste 30 åren men fortfarande lever kvinnor i genomsnitt nästan fyra år längre än män. År 2010 nådde medellivslängden vid födelsen 79,52 år för män och 83,49 år för kvinnor
- Mäns högre dödlighet beror delvis på fler olycksfall men även på orsaker som kan behandlas inom sjukvården, så kallad åtgärdbar dödlighet.
- Kvinnor har högre självrapporterad sjuklighet och gör fler läkarbesök än män.
- Kvinnor har även fler rapporterade ohälsodagar per år än män.
- I alla åldersgrupper uppger kvinnor att de har mer oro och ångest än män.

- Enligt Socialstyrelsen ordinerar äldre kvinnor oftare läkemedel som kan orsaka förvirring och fall jämfört med män i samma ålder.
- Vårdinsatserna vid hjärt- och kärlsjukdom skiljer sig mellan män och kvinnor. Män får oftare än kvinnor högspecialiserade behandlingar, exempelvis inopererad hjärtdefibrillator vid ökad risk för plötslig död och pacemaker vid svår hjärtsvikt.

Diagram 5. Förväntad medellivslängd vid födsel för kvinnor och män 1900-2010.



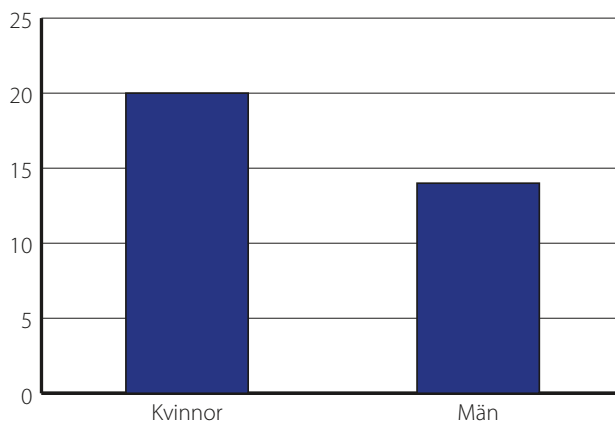
Källa: SCB

### Ojämlighet mellan olika socioekonomiska grupper

När skillnaderna i kvalitet mellan olika landsting minskar ökar istället skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper. Denna typ av ojämlikhet i sjukvården har fått ökad uppmärksamhet de senaste åren. Det finns flera exempel från uppföljningar som pekar på allvarliga problem.

- Äldre med endast grundskoleutbildning löper större risk att behandlas med riskfyllda kombinationer av läkemedel och välutbildade äldre får oftare nyare mediciner mot demens utskrivet.
- Enligt Cancerfonden dör 21 000 personer i cancer varje år vilket gör sjukdomen till den vanligaste dödsorsaken för personer under 75 år. Skillnaden i 5-årsöverlevnad mellan patienter i högsta respektive lägsta socioekonomiska gruppen är cirka 10 procent.
- Hörsamhet för kallelse till screeningprogram som mammografi skiljer sig mycket mellan olika socioekonomiska grupper.
- Även cancersjukdomar som drabbar högre socioekonomiska grupper i större utsträckning har större dödlighet bland lägre socioekonomiska grupper.
- Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskar men är fortfarande högre hos personer med lägre utbildning. Skillnaderna mellan utbildningsgrupper är större än de regionala skillnaderna – för både män och kvinnor.
- En nyligen publicerad studie om tarmcancerpatienter visade att lågutbildade i högre grad fick stomipåse än personer med längre utbildning. Därmed fick högutbildade patienter en behandling som innebär betydligt bättre livskvalitet.

Diagram 6. Andel i befolkningen, 16-84 år, med självskattad nedsatt psykiskt välbefinnande efter kön 2006-2009.



Källa: Statens folkhälsoinstitut

# Ojämlighet i vården – internationella jämförelser

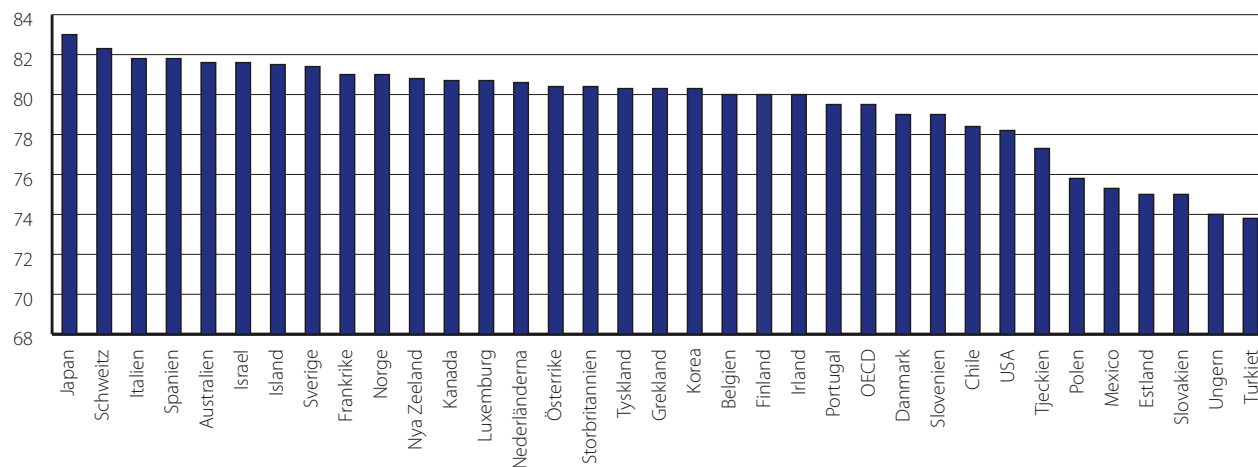
Sverige lyfts ofta upp som ett föregångsland för hälso- och sjukvård, men de facto har vi dessvärre halkat efter i internationella jämförelser. Internationellt har det sedan 1960-talet varit tre trender som präglat utvecklingen inom hälso- och sjukvården; den kraftigt ökade medellivslängden, förändrade riskfaktorer för ohälsa och sjukvårdens stadiga kostnadsökningstakt.

OECD började jämföra kostnaden för hälso- och sjukvård i olika länder redan under 1980-talet. Under den senaste

10-årsperioden har arbetet breddats till att även inkludera analys av de utmaningar som beslutsfattare står inför gällande sjukvårdssystemens utformning.

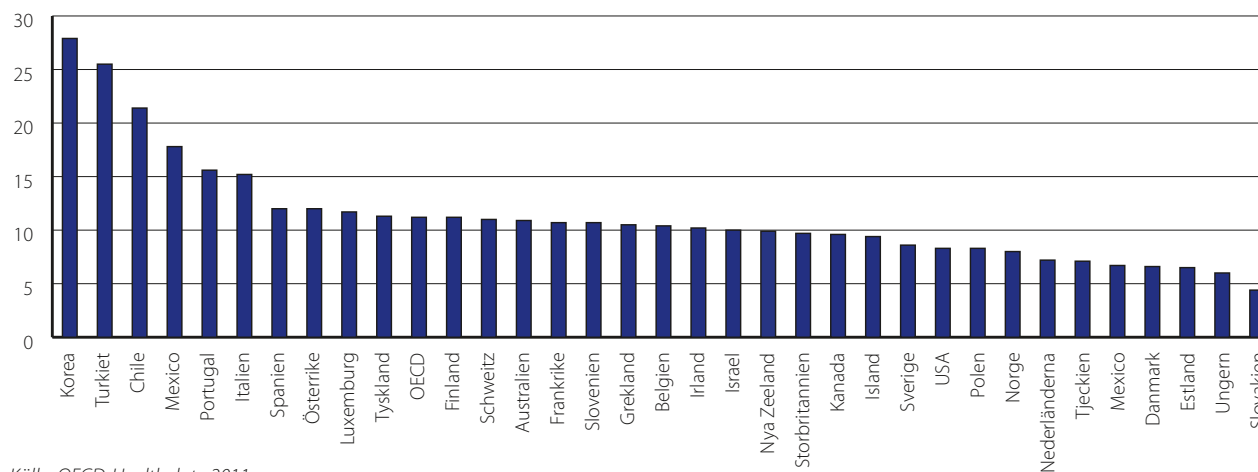
Den förväntade medellivslängden var 2009 högst i Japan. Sverige hamnade på en åttonde plats. Japan har sedan 1960-talet förbättrat den förväntade medellivslängden med hela 15,2 år medan Sveriges resultat för samma period är 8,3 år.

Diagram 7. Förväntad medellivslängd vid födsel, 2009.



Källa: OECD, Health data 2011

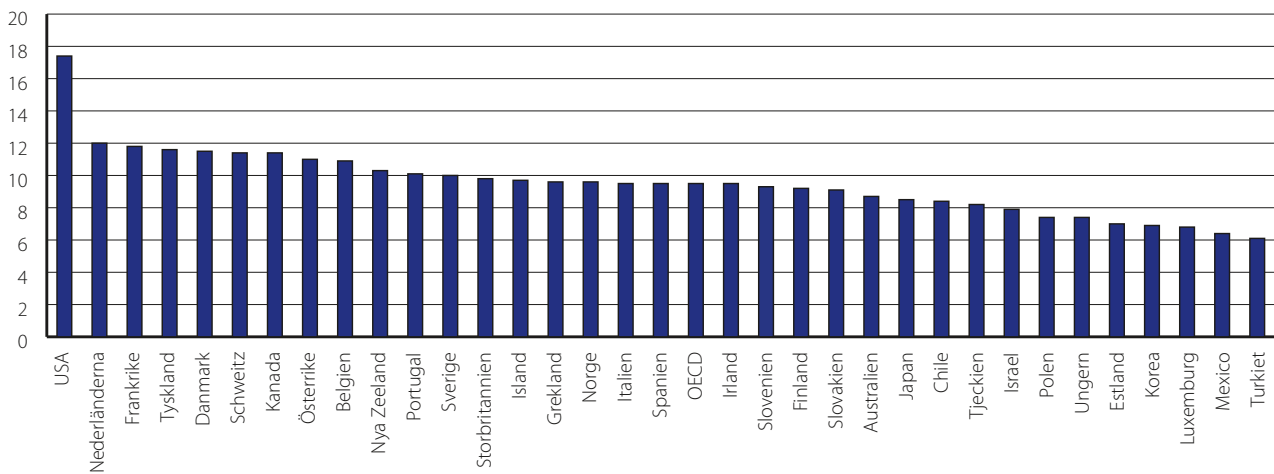
Diagram 8. Antal år i förbättrad medellivslängd sedan 1960.



Källa: OECD, Health data 2011

Det förbättrade resultatet i medellivslängd är intressant nog inte relaterat till landets kostnad för sjukvården räknat som andel av BNP. Vid en genomgång av sjukvårdskostnaderna spenderar USA mest som andel av BNP. Japan kommer på plats 24.

**Diagram 9.** Kostnad för hälso- och sjukvård som andel av BNP 2009.



Källa: OECD Health Data 2011

Pengar är alltså inte enda nyckeln till förbättrat resultat i förväntad medellivslängd. OECD menar istället att offentligt finansierad sjukvård, låga avgifter och generella system är faktorer som är avgörande.

# Prioriteringar

Framtidens finansiering av hälso- och sjukvården har varit ett diskussionsämne i många år. Klyftan växer mellan å ena sidan vad som efterfrågas och som det finns medicinska och tekniska möjligheter att göra och å andra sidan vad resurserna räcker till för. Frågan om att hälso- och sjukvården måste prioritera inom sitt uppdrag sätter press på beslutsfattare och sjukvårdspersonal. Redan 1997 fattade riksdagen beslut om vilka insatser som skulle prioriteras inom sjukvården. Beslutet motiverades främst av etiska skäl men även utifrån behovet av ökad kostnadskontroll. Enligt riksdagsbeslutet ska följande prioriteringsordning gälla:

## Prioriteringsgrupp I

- Vård av livshotande akuta sjukdomar
- Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död
- Vård av svåra kroniska sjukdomar
- Palliativ vård och vård i livets slutskede
- Vård av människor med nedsatt autonomi

## Prioriteringsgrupp II

- Prevention
- Habilitering/rehabilitering

## Prioriteringsgrupp III

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar

## Prioriteringsgrupp IV

- Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

Detta beslut har haft marginell inverkan på vilka prioriteringar som faktiskt sker ute i verksamheterna. Prioriteringar görs hela tiden men ofta utifrån andra hänsyn än riksdagsbeslutet om prioriteringsordningen. Resursstarka patientgrupper är otrevligt för landstingspolitiker att komma i konflikt med och tillgodoses därför i sina krav i större utsträckning än andra grupper.

En grupp som inte prioriterats särskilt högt den senaste 10-årsperioden är den arbetande befolkningen. Den arbetande befolkning är ofta inte den grupp som har störst behov ur ett medicinskt perspektiv men det finns många anledningar till varför sjukvården bör utformas på ett sätt som ändå tillgodoser denna grupps behov av sjukvårdsinsatser. Det senaste decenniets dramatiska ökning av antalet sjukskrivna med t.ex. försäringsskador har kostat samhället och skattebetalarna onödigt stora summor. Ur det perspektivet går det i efterhand att ifrågasätta nedmonteringen av företagshälsovården. Företagshälsovården hade kontakt med både individ och arbetsgivare - det handlar inte endast om att behandla en söndersliten rygg utan även om att säkerställa att det finns redskap och hjälpmedel på arbetsplatsen efter behandling för att patienten inte ska återgå till sjukskrivning.

# Ojämlig tillgång till information

Tillgänglighet har under lång tid varit en av de största utmaningarna för den svenska sjukvården, särskilt i jämförelse med andra länder. De senaste årens förändringar med syfte att förbättra tillgänglighet med olika typ av vårdval och vårdgarantin som flaggskep verkar inte lyckats med att anpassa information så att den ska nå hela befolkningen. Personer med längre utbildning och hög inkomst är enligt Socialstyrelsen mer benägna att använda tillgänglig information för att aktivt välja utförare medan de som har störst vårdbehov avstår från att aktivt välja.

Patienter har enligt lag också rätt att få information om den vård som finns att tillgå. Om patientens hemlandsting inte erbjuder en viss behandling ska patienten ges möjlighet att få vård i annat landsting. Denna information ges allt för sällan till patienterna. Då sannolikheten är låg att kvaliteten i sjukvården kommer att uppnå samma höga nivå inom alla specialistområden över hela landet bör fokus istället vara att förse patienten med information om alternativ gällande utförande av behandlingar.

Uppföljningar av vårdgarantin gjorda av Socialstyrelsen visar att det är få som vet vad garantin innebär och lägst kännedom återfinns bland befolkningen med omfattande vårdbehov som de allra äldsta, personer med enbart grundskoleutbildning samt personer födda utanför Sverige och Norden.

Ytterligare ett exempel på låg kännedom om patientens lagstadgade rättigheter är kännedomen om "second opinion". Lagen innebär att en patient i vissa fall har rätt till en andra medicinsk bedömning av en specialist. Enligt en nyligen genomförd opinionsundersökning, gjord av Novus

Opinion, känner endast varannan svensk, 49 procent, till patientens rätt till second opinion. Undersökningen visar också att ju kortare utbildning man har, desto mindre är sannolikheten att känna till denna rättighet. Att stärka patientens roll genom information och brukarmedverkan ger inte endast en positiv inverkan på jämlikheten.

Information riktad till patienterna måste i större utsträckning än idag målgruppsanpassas. Det finns enligt Cancerfonden exempelvis stora skillnader i hörsamhet för screeningprogrammen inom cancervården vilket resulterat i överdödlighet bland vissa grupper. Kvinnor dör varje år i bröstcancer på grund av att de inte deltagit i mammografiundersökning. Mer resurser bör läggas på att rikta information om vikten av screening till underrepresenterade grupper.

Vikten av nytänkande och målgruppsanpassad kommunikation blir än viktigare i och med valfrihetssystemens införande. Att säkerställa kvaliteten i sjukvårdens genom patientens förmåga att välja bort alternativ med lägre kvalitet förutsätter att samtliga patienter tagit del av information och har förmåga att värdera alternativen. Annars är risken stor att ojämlikheten kommer att öka.

Den stora utmaningen är inte att lägga ut information om olika vårdgivare och behandlingsmetoder via olika kommunikationskanaler utan hur vi säkerställer att vi når samtliga patientgrupper med informationen. Jämlik vård handlar i många fall om att göra olika utifrån individens behov. Genom att anpassa kommunikationen till patienten utifrån patientens förutsättningar, och inte standardiserat för att passa alla, kan jämlikheten öka.

# Läkemedel

Läkemedel är den vanligaste behandlingsmetoden inom hälso- och sjukvården. Att alla får det läkemedel som ger bäst resultat är grundläggande för en jämlik vård. Få har råd att själva stå för kostnaderna för läkemedel. Därför finns ett högkostnadsskydd, som innebär att man aldrig behöver betala mer för receptbelagda läkemedel än 2 200 kronor under en 12-månaders period för de läkemedel som hämtas ut med recept. Det utgör en viktig grund för att ingen av ekonomiska skäl ska behöva avstå från nödvändig läkemedelsbehandling. Men det räcker inte. Ytterligare en förutsättning för att alla ska kunna få den behandling de behöver är att de receptbelagda läkemedlen är subventionerade. Annars får man betala det ur egen ficka. Det kan vara befogat ibland, men för att vi ska få lika vård för alla behöver läkemedel subventioneras. Idag betalar svenska patienter ca 2 miljarder kronor för receptförskrivna läkemedel som inte är subventionerade. För snart tio år sedan fick Sverige ett nytt subventionssystem för läkemedel. Det bygger på tre grundprinciper som har stor betydelse för en jämlik vård: människovärde, kostnadseffektivitet och behov/solidaritet och .

## Patienten i centrum

Människovärdesprincipen innebär att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde. Det ska inte spela någon roll om en patient är man eller kvinna, högavlönad eller lågavlönad eller vilken ställning man har i samhället. Främst understryker dock människovärdesprincipen att vi inte får negligera de som är svaga. Och med svaga menas i detta sammanhang alla de som inte kan tala för sig, som t.ex. barn och dementa. Och med denna princip som grund ska det självklart inte spela någon roll var i landet man bor. Det är behovet som ska styra vilka läkemedel man får. Detta är en oerhört viktig princip. Vi vet att högutbildade och svenskfödda oftare ordineras den bästa läkemedelsbehandlingen vid t.ex. hjärtinfarkt och stroke, jämfört med personer med grundskoleutbildning eller utlandsfödda. Och att högutbildade oftare använder läkemedel mot demens än lågutbildade, trots att demens är vanligare bland personer med kort utbildning. Enligt Socialstyrelsen är skillnaderna mellan landstingen större än vad som kan förklaras av variationen av förekomsten av sjukdomar, och skillnader finns också mellan kvinnor och män.

Den andra principen för subvention fastslår att ett läkemedel ska vara kostnadseffektivt ur ett samhällsekono-

miskt perspektiv. Det innebär att i Sverige ska samhället subventionera de bästa och mest effektiva läkemedlen. Kostnaden ska ställas i relation till den nytta läkemedlet gör för såväl den patient som får läkemedlet som för samhället i stort. På plussidan när ett läkemedel bedöms från ett kostnadseffektivitetsperspektiv finns främst den medicinska effekten. I vilken utsträckning ett läkemedel botar, lindrar, förlänger livet och ger en förhöjd livskvalitet hos patienten är avgörande. Men dessa positiva effekter påverkar inte bara patienten utan hela samhällsekonomin. När en patient blir friskare sparar samhället utgifter. Vissa besparingar hamnar inom sjukvården. Ett läkemedel som innebär att patienten inte behöver genomgå en dyr operation eller inte besöka sjukvården lika ofta spar pengar för vården. Men de stora besparingarna hamnar ofta inom andra samhällssektorer. En lyckosam behandling mot reumatism kan göra att en tidigare sjukskriven reumatiker kan återgå till arbete. Då blir utgifterna för sjukförsäkringen lägre. Om vi får ett effektivt läkemedel mot demens skulle stora besparingar uppstå inom kommunerna, eftersom betydligt fler äldre skulle klara sig utan äldrevård och kunna leva ett mer självständigt liv.

Hur mäter man då om ett läkemedel är kostnadseffektivt? Man jämför det läkemedel som prövas med ett annat läkemedel, en annan behandling eller ingen behandling alls. Ger det nya läkemedlet ett bättre resultat för patienten, och därmed också en fördel ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, är det värt ett högre pris. Ger däremot det nya läkemedlet inga fördelar ska det inte ha ett högre pris än de preparat som redan finns att tillgå. Till grund för bedömningarna ligger ett mått som kallas kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). Måttet tar hänsyn både till hur många fler levnadsår en behandling ger och hur mycket bättre patientens livskvalitet blir. Man kan säga att kostnaden per QALY är det pris för vilket samhället köper ett levnadsår som fullt frisk för en av sina medborgare – ett levnadsår som medborgaren annars inte fått uppleva.

Den tredje principen som ska styra om ett läkemedel ska få subvention är behovs- och solidaritetsprincipen. Den innebär att de personer som har de största behoven ska ges företräde till vården. I praktiken betyder det att mer pengar ska läggas på läkemedel mot svåra sjukdomar än mot lindrigare åkommor. Om en sjukdom är svår ska vi vara beredda att betala ett högre pris. Däremot bör inte vissa läkemedel för lindrigare åkommor subventioneras, alterna-



tivt inte ges ett högt pris. Denna princip frigör resurser som vi kan satsa på innovativa, nya läkemedel på områden där behoven är stora.

Hur mycket är då ett vunnet levnadsår eller förhöjd livskvalitet värt? I Sverige har vi inte fastlagt någon summa. Enligt Läkemedelsförmånslagen ska en rimlig relation råda mellan kostnader och effekter. Men det står inte tydligt vad en acceptabel kostnad per QALY är. I en rapport från OECD 2007 (Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Sweden) kommenterar författarna att Sverige inte har någon definierad gräns för vad ett kostnadseffektivt läkemedel får kosta. Genom att kostnadseffektivitetsprincipen och behovs- solidaritetsprincipen ska vägas samman, så har vårt system flera trösklar för hur mycket vi är beredda att betala för en QALY. Fördelen med ett sådant system är att hänsyn också kan tas till sjukdomens svårighetsgrad, vilket i sin tur innebär att patientens behov av vård vägs in. Betalningsviljan kan skifta beroende på hur svår den sjukdom är som läkemedlet är avsett för.

Syftet med ett statligt, värdebaserat subventionssystem är att alla, oavsett var man bor i landet, ska få läkemedel efter behov. I Sverige har vi ett regelverk för vilka läkemedel som är subventionerade, men regelverket fungerar inte fullt ut. De beslut som fattas om vilka läkemedel som ska komma alla behövande till del överprövas tyvärr ute i landstingen och då utifrån helt andra kriterier än de som ligger till grund för det statliga subventionssystemet. Resultatet blir att tillgången till läkemedel skiljer sig åt i olika delar av landet. Det innebär i praktiken att chanserna att överleva en svår sjukdom är beroende av var man bor. Likaså är möjligheterna att få ett nytt effektivt läkemedel som ger möjlighet att leva ett smärtfritt och aktivt liv olika. Ur jämlikhetssynpunkt är det därför helt avgörande att när ett läkemedel beviljats subvention så ska det också ordinerar till dem som behöver det, oavsett bostadsort.

En annan viktig del av det svenska subventionssystemet är det generiska utbytet. Generiskt utbyte innebär att apoteken kan byta ut det läkemedel som står angivet på receptet till ett annat läkemedel med samma aktiva innehåll (substans). Vilka läkemedel som är utbytbara bestäms av Läkemedelsverket. Det innebär att när patenttiden löpt ut för ett originalläkemedel är det tillåtet för andra företag att tillverka och sälja nya läkemedel med samma verksamma ämne. Härigenom uppstår en priskonkurrens. Läkemedelsnotan skulle ha varit åtta miljarder högre utan gene-

rikautbytet, enligt uppgifter från TLV 2011. Det är en stor summa som kan användas till andra angelägna områden inom hälso- och sjukvården, t.ex. till att finansiera nya läkemedel för angelägna medicinska behov.

### **Mer hälsa för skattepengarna**

Det finns flera anledningar till att kostnaderna för läkemedel har ökat. Under 1990-talet steg kostnaderna kraftigt, främst därför att ett antal nya, effektiva läkemedel för behandling av stora folksjukdomar, som höga blodfetter, högt blodtryck, magsår och depression introducerades på marknaden och blev storsäljare. Att nya, effektiva läkemedel forskas fram leder till kostnadsökningar, men det ger också mer hälsa.

Under 2000-talet har kostnadsutvecklingen varit mer dämpad. Enligt Socialstyrelsens rapport "Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos" från maj 2012 var kostnaderna för läkemedelsförmånen 20,9 miljarder kronor 2011, vilket innebär att kostnaderna för läkemedelsförmånerna endast ökade med 0,8 procent under detta år. Anledningarna till den måttliga kostnadsökningen är flera. Många läkemedel har förlorat sina patent, vilket kombinerat med att generikautbytet införts lett till billigare priser. Även genomgångar av läkemedel som fortfarande är subventionerade enligt de gamla reglerna (före 2002) har lett till att kostnaderna har hållits nere. En annan, betydligt mer oroande anledning är att andelen nya läkemedel som är avsedda för breda patientgrupper är lägre än tidigare. Den totala kostnaden för läkemedel i både öppen- och slutenvård uppgick till 36,2 miljarder kronor 2011.

Socialstyrelsens prognos för de närmaste åren är att kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånerna blir fortsatt låg. De främsta anledningarna är att flera patentutgångar inträffar de kommande två åren, att TLV:s genomgångar förväntas bli omfattande och att landstingens egna insatser för att uppnå en effektivare läkemedelsförskrivning kommer att bidra till kostnadsminskningar. Prognosen för 2012 är en minskning med 2,5 procent och för 2013 en liten ökning på 1 procent. Åren 2014-2016 förväntas kostnadsutvecklingen återgå till en mer normal ökningstakt på mellan 1,5 och 4 procent. En tydlig kostnadsökande faktor de närmaste åren blir troligtvis Socialstyrelsen riktlinjer för vård av rörelseorganens sjukdomar. I riktlinjerna föreslås en kraftig satsning på ökad läkemedelsbehandling med s.k. biologiska läkemedel. Socialstyrelsen menar dock att vin-

sterna för patienter och samhället överväger. För de närmaste åren verkar alltså utvecklingen vara hanterbar. Men hur ser det ut på lite längre sikt?

Den mängd läkemedel som konsumeras årligen har ökat med 3-4 procent de senaste åren. Volymökningen beror till stor del på en ökande andel äldre i befolkningen. Och här ligger den stora, framtida utmaningen. Fram till 2030 kommer pensionärerna, personer över 65 år, att bli 600 000 fler och de förväntas också leva längre. De under 20 år blir 200 000 fler, medan de förvärvsarbetande bara ökar med 150 000. (Ekonomifakta 2012-02-07). Och en studie från Umeå universitet (Gerda-studien) visar att andelen demenssjuka kommer att öka med 40 procent de närmaste åren. Även depressioner kommer att öka kraftigt i gruppen 85 år och äldre.

Hur hanterar vi det ur ett patient- och samhällsekonomiskt perspektiv? Hur frigör vi resurser som leder till att förlängd medellivslängd inte samtidigt leder till att gamla får leva sina sista år förvirrade utan möjlighet att sköta sig själva och ofta djupt deprimerade och olyckliga?

### Framtidens utmaningar

Den befolkningsutveckling som förutspås, med en stor andel äldre och en mindre ökning av de som är i förvärvsarbetande ålder, kommer att ställa stora krav på effektivitet inom hälso- och sjukvården. OECD beräknar att de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP kommer att öka med mellan 3,5–6,0 procentenheter fram till 2050 i OECD-området. I detta perspektiv är det nödvändigt att kunna använda resurserna mer effektivt för att inte underminera de offentliga finanserna. Hur väl svarar då dagens svenska system för subvention av läkemedel upp mot den utmaningen? Och hur ser vi till att vården blir mer jämlik i ett sådant perspektiv?

Ur ett jämlikhetsperspektiv bör det vara självklart att människovärdesprincipen även i framtiden utgör en grund för vilka läkemedel som ska vara subventionerade och därmed allmänt tillgängliga, oberoende av vem som behöver dem. Behovs- och solidaritetsprincipen har också stor betydelse. Resurser är alltid begränsade. Därför måste det ske prioriteringar och att ge förtur till de som har de svåraste sjukdomarna är lämpligt, också ut ett jämlikhetsperspektiv. När det gäller den tredje principen som ligger till grund för dagens subventionssystem, kostnadseffektivitet i ett samhällsekonomiskt perspektiv, finns det både skäl och möjlig-

heter att ytterligare stärka grunden för denna princip.

För att kunna göra en kostnadseffektivitetsbedömning måste det nya läkemedlet jämföras med ett annat läkemedel, en annan behandling eller med ingen behandling alls. Denna jämförelse kan ibland vara komplicerad om jämförelsealternativet inte genomgått kostnadseffektivitetsbedömning. I takt med att TLV gör allt fler genomgångar av läkemedel som fått subvention innan det nya subventionssystemet infördes, och bedömer deras kostnadseffektivitet, blir jämförelserna med dessa läkemedel mer säkra. Därför är en hög takt i genomgångsarbetet viktig.

Ett receptläkemedel är oftast subventionerat för hela sitt godkända användningsområde, men vissa läkemedel är bara subventionerade för ett visst användningsområde eller för en viss patientgrupp. Det finns flera anledningar till att ett läkemedel får begränsad subvention. Ett exempel är att läkemedlet bara är kostnadseffektivt för en viss begränsad, lätt urskiljbar grupp patienter eller för ett visst användningsområde. Det är förskrivaren som ansvarar för att kontrollera att patienten uppfyller de krav som ställs för subvention. Ur ett kostnadsperspektiv är det därför viktigt att sådana begränsningar följs. Därför borde det finnas data som möjliggör uppföljning av faktisk förskrivning och följsamhet till begränsningar och villkor. Ett grundläggande motiv bakom att införa ett nytt subventionssystem var att styra förskrivare och patienter mot en mer rationell och kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning och användning.

Att även läkemedel som används inom slutenvården genomgår en kostnadseffektivitetskontroll har stor betydelse. Att läkemedel hanteras olika, och att receptläkemedel har ett bättre kunskapsunderlag än de läkemedel som används och rekvireras på sjukhus, är svårt att motivera. Rekvisitionsläkemedel har den största kostnadsökningstakten bland läkemedel. Dessutom är situationen inom slutenvården mer komplex med ofta sjukare patienter. Även här sker nu en utveckling, där TLV fått möjlighet att bedöma kostnadseffektiviteten även på dessa läkemedel. Verksamheten bedrivs som en försöksverksamhet under två år.

Det är värdefullt att även rekvisitionsläkemedel blir bedömda efter hur mycket hälsa de ger för pengarna. Men modellen med värdebaserad prissättning ur ett samhällsperspektiv borde spridas även till andra behandlingsformer än läkemedel. Först då kan olika behandlingsmetoder ställas mot varandra och utvärderas gemensamt. I dag är det inte alltid de bästa metoderna som används i vården.

Många rutinmetoder för att upptäcka och behandla sjukdom är föråldrade och ineffektiva. Andra, nya metoder får ibland snabb spridning utan att vare sig nytta, risker eller kostnader har granskats kritiskt. Samtidigt finns det metoder som snabbt borde få större användning än de har idag, eftersom forskningen kan visa att de är bra och kostnadseffektiva.

I en rapport från Linköpings universitet "Nationellt system för utvärdering, prioritering och införandebeslut av icke-farmakologiska sjukvårdsteknologier: en förstudie" från 2010 bedömer författarna det som realistiskt och motiverat att införa ett nationellt system för detta ändamål. Det finns inga principiella skäl som motiverar de stora skillnader som finns mellan införande av läkemedel och övriga behandlingsmetoder. Det borde vara lika viktigt att säkerställa att även dessa teknologier är kostnadseffektiva och att patienter får tillgång till nya behandlingar på samma villkor oavsett var man bor. I förstudien presenteras ett antal orsaker till att läkemedel och icke-farmakologiska sjukvårdsteknologier behandlas olika. Det finns inte kliniska studier i samma utsträckning för dessa behandlingsmetoder. Kraven har hittills varit större på dokumenterad säkerhet och effekt för läkemedel. Även finansiering skiljer sig åt mellan läkemedel och andra teknologier och beslut om att införa dessa metoder är i dag uppdelade på ett flertal aktörer, vilket leder till att granskningen av kunskapsunderlaget försvåras.

Ett steg i rätt riktning är dock uppdateringen av EU-direktivet för CE-märkning av medicintekniska produkter som infördes 2010 och som ställer högre krav på dokumentation av klinisk effekt. Förstudien från Linköpings universitet redovisar för- och nackdelar med olika lösningar på hur ett nationellt system för den här typen av prioriteringar skulle organiseras och fungera. I arbetet med att åstadkomma en mer jämlik vård vore det värdefullt om förstudien nu leder till att en utredning tillsätts för att ta denna fråga vidare.

I ett skede där vi blir fler och äldre är satsningar på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser självfallet mycket viktiga. Men vad vet vi om effekterna av dessa insatser? Ger de mer hälsa för de pengar som satsas? I en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting från 2011, Hälsoekonomi och Folkhälsoarbete, konstateras att den svenska folkhälsopolitiken syftar till att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela

befolkningen. I rapporten lämnas förslag med innebörden att hälsoekonomiska bedömningar bör göras även av förebyggande insatser:

- Det måste till en systematisk satsning på att bygga upp en kunskap om kostnadseffektivitet i sjukdomsförebyggande insatser och verksamheter.
- Det måste till en systematisk kunskapsbildning kring hur man kan öka mätbarheten i hälsofrämjande insatser, i synnerhet insatser och verksamheter som syftar till att påverka fördelningen av bestämningsfaktorer för hälsa.
- Vi behöver bli bättre på att mäta effektiviteten i insatser som syftar till att minska ojämlikhet i hälsa mellan olika befolkningsgrupper.
- Utbildningen i hälsoekonomi bör utvidgas betydligt.
- Högre utbildning och forskning i hälsoekonomi bör utvidgas mot folkhälsovetenskapliga frågeställningar, i synnerhet kring insatser och verksamheter med syfte att motverka ojämlikhet i hälsa.

Här finns ett tydligt fokus på att bättre kunna avgöra om de metoder som används verkligen ger resultat och om de är kostnadseffektiva, vilket i sin tur kommer att leda till att vi kan motverka ojämlikhet i hälsa mellan olika befolkningsgrupper.

De senaste tio åren har kostnaderna ökat för så kallade sär-läkemedel. Den totala försäljningen av sär-läkemedel i Sverige under 2011 uppgick till drygt en miljard kronor. 15 sär-läkemedel stod för 82 procent av försäljningsvolymen. Ett sär-läkemedel är ett läkemedel för behandling av mycket ovanliga, livshotande eller kroniskt funktionshinderande tillstånd, där det inte redan finns ett etablerat behandlingsalternativ och som högst 5 av 10 000 individer inom EU lider av. Det innebär för Sveriges del maximalt 900 personer. För sär-läkemedel finns ett särskilt EU-regelverk, som syftar till att göra det attraktivt för företagen att forska fram och utveckla dessa läkemedel. Man får bland annat vissa stimulansåtgärder och en viss marknadsexklusivitet som ger dessa läkemedel en särställning när det gäller konkurrensituationen i relation till andra företag.

Sär-läkemedel har stor betydelse för de patienter som behöver dem. Sällsynta sjukdomar är till 80 procent genetiskt betingade och en majoritet drabbar barn och ungdom. (NEPI-rapport 2011: Sär-läkemedel i Sverige). Det är

mycket viktigt att sådana läkemedel forskas fram för att den som drabbas av en ovanlig sjukdom ska ha samma rätt till vård som den som drabbas av en mer vanlig sjukdom.

Små patientgrupper innebär att skillnaden i fördelningen av patienter – och därmed av kostnaderna för dessa läkemedel – kan bli betydande mellan olika landsting. Och skillnaderna i utnyttjandet av säräkemedel är stora mellan landstingen. En jämförelse visar att kostnaderna år 2011 var dubbelt så stora i Västerbotten som i Jämtland. I förlängningen kan detta leda till att tillgången till vård blir beroende av var man bor och därmed ojämlig. Ett sätt att komma tillrätta med sådana skillnader är att införa så kallad solidarisk finansiering av säräkemedel. Den typen av finansiering finns i dag för bl.a. HIV-preparat och läkemedel för blödarsjuka. Staten ger ett bidrag som justerar stora ojämligheter när det gäller landstingens kostnader för dessa läkemedel. Om säräkemedel fick motsvarande solidariska finansiering skulle riskerna för ojämlighet beroende på var man bor påtagligt minska. De krav som ställs på de läkemedel som i dag omfattas av den solidariska finansieringen uppfylls också av säräkemedel. Det ska föreligga en mycket ojämn fördelning av patienter mellan landstingen med en viss sjukdom som kräver läkemedelsbehandling, läkemedelsbehandlingen ska vara kostsam och behandlingen av patienter med sällsynta sjukdomar skulle också kunna samlas inom nationella centrer. Det skulle också förbättra möjligheterna att utvärdera säräkemedel och deras användning i klinisk praxis.

Säräkemedel godkänns oftast med omfattande krav på fortsatt uppföljning och dokumentation av effekt och säkerhet. För att läkemedelsföretagen ska kunna uppfylla dessa krav, måste den svenska sjukvården vara organiserad på ett sätt som gör sådan forskning möjlig. Det är också svårare att följa upp ett säräkemedel i klinisk vardag, eftersom patienterna i flertalet länder är så få. Därför borde EU-länderna samverka kring detta. Under Sveriges senaste EU-ordförandeskap 2009 anordnades ett seminarium med syftet att finna former för ett systematiskt, europeiskt samarbete kring uppföljning av läkemedels effekt i klinisk vardag. Detta initiativ bör följas upp, inte minst när det gäller säräkemedel.

Ett värdebaserat subventionssystem skickar rätt signal:

Ta bara fram nya läkemedel som skapar ett mervärde. Men det förutsätter också att vi inser och accepterar att när ett läkemedel är nytt finns inte all den information som behövs för att göra en säker bedömning av kostnadseffektiviteten. Därför bygger dessa beräkningar på ett osäkert underlag. Den kunskap som främst saknas är hur läkemedlet fungerar ute i den kliniska vardagen bland vanliga patienter. Därför måste förutsättningar skapas som radikalt förbättrar uppföljningen av läkemedels användning och effekt i den kliniska vardagen. Det skulle också göra det möjligt att vara något mer generös och ge fler nya läkemedel subvention. Därmed skulle svenska patienter tidigare få tillgång till fler nya läkemedel. Om uppföljningen sedan visar att läkemedlet inte är så kostnadseffektivt som de data som fanns vid introduktionen gav en bild av finns då möjlighet att lyfta ut det ur subventionen, alternativt fatta ett nytt subventionsbeslut som innebär att priset måste sänkas eller användningen begränsas.

Satsningen på öppna jämförelser har bidragit till att synliggöra ojämligheter i vården på ett nytt sätt. Öppna jämförelser är en bra metod för att få en mer jämlik vård. Och den nationella läkemedelsstrategi som staten och Sveriges Kommuner och Landsting gemensamt tagit fram är också viktig i sammanhanget. I strategin tas ett helhetsgrepp med fem långsiktiga mål:

- Medicinska resultat och patientsäkerhet i världsklass
- Jämlik vård
- Kostnadseffektiv läkemedelsanvändning
- Attraktivitet för innovation av produkter och tjänster
- Minimal miljöpåverkan.

Samtliga mål har ett stort värde. Med en växande befolkning, som till mycket stor del kommer att bestå av äldre människor, är ett effektivt utnyttjande av resurserna inom vården nödvändigt. Medicinska resultat och patientsäkerhet bidrar till effektiviteten. Felaktig läkemedelsanvändning orsakar uppemot 3000 dödsfall varje år, vilket förutom att det skapar ett stort lidande också innebär kostnader i mångmiljardklassen för sjukvården. Men det viktigaste långsiktiga målet är: attraktivitet för innovation av produkter och tjänster.

# Forskning och innovation

Genom ett nära samarbete mellan akademi, sjukvård och industri har Sverige varit framgångsrikt och många världsledande innovationer har svenskt ursprung, som t.ex. magsårsmicin, strålkanon och pacemakern. För att attrahera forskande företag att etableras i Sverige, och förmå andra att stanna här, måste svensk hälso- och sjukvård visa framfötterna i att samarbeta och implementera nya metoder och läkemedel.

Medeltalet för kliniska prövningar under åren 2004-2008 minskade med 25 procent jämfört med medeltalet under 1995-1997. De forskande läkemedelsföretagens ansökningar till läkemedelsverket i Sverige har minskat med 45 procent mellan åren 2004-2012. Sedan 2004 har dessutom antalet kliniska prövningar minskat med 48 procent i Sverige och antalet deltagande kliniker har halverats. En lika stor nedgång har skett när det gäller antalet patienter som deltar i industrins kliniska prövningar. När patienter deltar i kliniska prövningar får de möjligheter att prova nya, lovande behandlingar långt tidigare än som annars vore fallet. Om den negativa utvecklingen fortsätter innebär det att svenska patienter får vänta längre på att få nya, effektiva läkemedel.

De regionala skillnaderna i användning av nya läkemedel är också mycket stora. Reformerna med decentraliserat kostnadsansvar har varit effektivt med avseende på kostnadskontroll men frågan är vilken effekt det fått gällande innovationer. Chefer inom hälso- och sjukvården har starka incitament att tänka kortsiktigt för att få ihop budgeten. Det är enklare att säga nej till nya dyrare läkemedel och nya behandlingsmetoder än att tvingas skära i den egna verksamheten.

Det är i dag en öppen fråga hur väl Sverige kommer att kunna hävda sig i framtiden. Konkurrensen har ökat. Innovation står högt upp på flertalet politiska agendor i världen och många länder gör stora satsningar inom läkemedel, bioteknik och medicinteknik. Flera folkrika utvecklingsländer ökar kraftigt både i utbud och efterfrågan på kunskap och innovation. Kina, Indien och Brasilien präglas tydligt av en sådan inriktning. Men även i västvärlden sker satsningar. OECD har tagit fram en innovationsstrategi. EU har ambitionen att skapa en Innovation Union och det nya ramprogrammet, Horizon 2020, kommer att fokusera betydligt mer på innovation och konkurrenskraft än tidigare ramprogram. (Vinnova: Utveckling av Sveriges kunskapsintensiva innovationssystem. Huvudrapport 2011).

Uppgiften för den forskande läkemedelsindustrin i Sverige är att tillsammans med sjukvården ständigt sträva mot förbättrade behandlingsresultat för att möjliggöra längre och bättre liv, och förbättrad livskvalitet. För att industrin ska kunna fullgöra uppgiften även framgent behöver styrnings- och ersättningsystemen i hälso- och sjukvården utformas så att de stimulerar framtagning och användning av moderna och effektiva behandlingar. I den mening sammanfaller industrins intressen med ett bredare allmänintresse om jämlik tillgång till innovativa behandlingar.

Det är genom att satsa på forskning och innovation som vi kan bevara och utveckla en jämlik vård. Det skapar nya och effektivare behandlingar, vilket gör att fler kan få en bättre behandling och till och med botas för sjukdomar som i dag inte kan behandlas. Den svenska vården använder inte innovativa produkter i samma utsträckning som jämförbara länder visar en brittisk studie av Professor Sir Mike Richards. I studien presenteras en internationell jämförelse mellan 14 olika länder där läkemedel inom 14 olika diagnoser analyserades och där rankas Sverige näst sist när det gäller introduktion av nya läkemedel. Vilken nivå som är optimal gällande läkemedelsanvändning går naturligtvis att diskutera och detta analyseras inte vidare i rapporten. Men det är ingen tvekan om att ett land med Sveriges ambitioner ska ligga mycket högre upp på listan än det gör. Plats 13 av 14 i upptag av nya behandlingar är allvarligt och ställer krav på att åtgärder bör vidtas nu.

## Länder enligt ranking

- USA
- Spanien
- Frankrike
- Danmark
- Australien
- Schweiz
- Kanada
- Storbritannien
- Österrike
- Norge
- Italien
- Tyskland
- Sverige
- Nya Zeeland

Källa: Richards 2010

Enligt Vetenskapsrådet visar mätningar av forskningskvaliteten i Sverige en nedåtgående trend samtidigt som andra länder avancerar. Det verkar som att patienter i Sverige idag inte alltid har tillgång till de mest effektiva och säkra metoderna.

Samtidigt går utvecklingen inom sjukvårdsområdet mycket snabbt. Ekvationen nya och bättre men ofta dyrare behandlingsmetoder i samband med en allt äldre befolkning är en viktig fråga för alla regeringar. En farlig utveckling är om Sverige halkar efter i medicinsk forskning istället för att se att innovation och forskning är lösningen på utmaningen med en åldrande befolkning. Utan innovationer riskerar ansträngningar för en jämlik hälso- och sjukvård att snarare handla om att befolkningen får lika dålig vård istället för lika bra vård.

En hel del av det framtida vårdbehovet är direkt kopplat till demografin. En befolkningsökning de kommande 20 åren som innebär att gruppen ålderspensionärer förväntas öka med 600 000 ställer stora krav på våra välfärdssystem. Det innebär att vi måste använda de resurser som står till förfogande för vård och omsorg på ett effektivare sätt än i dag. Sverige är inte ensamt om att ha en stigande andel äldre. Inom OECD beräknas vårdbehoven öka med 80 procent fram till 2050. Den viktigaste åtgärden för att åstadkomma en effektiv vård är därför att satsa på forskning och innovationer, som leder till effektivare behandlingsmetoder. Det skulle också ge stora möjligheter till export av svenska produkter inom hälsa och sjukvård och därmed tillväxt och fler arbetstillfällen.

Ett land som det är relevant att jämföra Sverige med i detta sammanhang är Danmark. Där står life science industrin för en stor del av BNP och sysselsätter även en större andel av befolkningen än i Sverige. I Köpenhamnsregionen har antalet anställda i industrin ökat med 10 procent under samma period som sysselsättningen inom den svenska industrin stagnerade. I Danmark investerar man redan i dag mer offentliga medel i FoU i relation till BNP än Sverige och planerar dessutom att öka sin FoU-budget rejält de närmaste åren. Och i Storbritannien har regeringen genom en mångmiljardsatsning stärkt life science i hela kedjan från forskning till tillverkning och ökade behandlingsmöjligheter. Den brittiska storsatsningen bekräftar att life science är ett av framtidens viktigaste områden för att generera tillväxt och ökad konkurrenskraft. De satsningar som nu görs på forskning och innovation i en rad länder kommer att

leda till att det blir ett hårdare omvandlingstryck i Sverige på företag, universitet och högskolor samt andra kunskapsproducenter.

I en rapport från Vinnova och Vetenskapsrådet (Svensk behandlingsforskning, SBF, 2011) lämnas ett antal konkreta förslag till vad som bör göras för att den svenska kliniska forskningen ska stärka sin ställning och återigen hamna i världsklass och därmed bidra till såväl en effektiv och högkvalitativ hälso- och sjukvård som till att innovativa produkter, tjänster och processer för behandling utvecklas. Det finns, enligt rapporten, en förväntan och stark insikt bland forskare, hälso- och sjukvården och näringslivet att det är "nu eller aldrig". Därför gäller det att visa handlingskraft från politiskt håll och tydligt markera att stat och landsting vill att hälso- och sjukvården ska vara en ledande, kunskapsintensiv framtidssektor med öppenhet för svenskt och internationellt näringsliv. I dag är den samverkan som krävs mellan hälso- och sjukvården, akademien och näringslivet otillräcklig. För att optimera förutsättningarna krävs nationell samverkan och samordning samt, inte minst, en finansiering som understöder detta.

Vetenskapsrådet och Vinnova föreslår därför att staten och landstingen tillför nya medel för klinisk behandlingsforskning under en särskild struktur med namnet Svensk behandlingsforskning (SBF). SBF ska vara en finansjär som ställer höga krav på kvalitet och leverans. De effekter som rapporten lyfter fram, utöver hälsovinster, av detta upplägg är bl.a:

- Bättre förutsättningar för samverkan mellan akademi, sjukvård och industri
- Bättre utveckling av läkemedel, medicinteknik och biomedicin
- Fler evidensbaserade metoder i vården
- Fler kostnadseffektiva behandlingar
- Ökade förutsättningar för externa och internationella forskningssamarbeten
- Förbättrat beslutsunderlag för statliga myndigheter som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, European Medicines Agency (EMA), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) m.fl.

Enligt förslaget bör SBF finansieras till hälften av staten och till hälften av landstingen med totalt 500 miljoner kronor,

när finansieringsstrukturen är fullt utbyggd inom fem år. Att förverkliga förslaget till en Svensk behandlingsforskning skulle bli en nystart.

De Nationella Kvalitetsregistren utgör en unik resurs inom den svenska sjukvården. Och den satsning som nu görs under 2012 – 2016, och som finansieras av staten och landstingen/regionerna, kommer ytterligare att öka dessa registers användbarhet och värde. I den överenskommelse som slutits mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting slås också fast att det ingår i kvalitetsregistrens uppdrag att öka deras användbarhet för forskning och innovation. På nationell nivå finns en styrgrupp med representanter från kommuner, landsting, regioner och från staten. En särskild referensgrupp kommer särskilt att bevaka forskningsperspektivet och i den referensgruppen ingår även experter från industrin för att bidra med kompetens och erfarenhet inom registerforskning och hälsoekonomi.

Det tar lång tid för en stark forsknings- och innovationsmiljö att utvecklas. Vi måste starta nu om vi vill vi återta en tätposition som innovationsskapande land inom hälso- och sjukvården, och möta de utmaningar vi står inför de kommande decennierna. Vi måste vända de negativa tendenserna snabbt för att inte förlora de fördelar vi redan har. Sverige har fortfarande en omfattande life science industri. Trots nedgången de senaste åren var den totala läkemedelsexporten från Sverige 66,6 miljarder kronor 2010. Det motsvarar 6 procent av den totala svenska varuexporten. Industrin investerar inte bara i egen utan också i offentlig forskning. År 2010 gav de forskande läkemedelsföretagen 71,9 miljoner kronor i bidrag till oberoende forskning vid universitet och inom hälso- och sjukvården.

Det finns ungefär 480 etablerade medicintekniska företag i Sverige, varav 190 bedriver någon form av forskning och utveckling (IMS Health Rapport, 2010). En viktig del i en satsning på forskning och innovation är därför att skapa goda förutsättningar för innovativa medicintekniska företag att uppstå och växa. Det kräver bland annat att det finns en efterfrågan på innovativ medicinteknik inom svensk sjukvård. Industrin måste, tillsammans med vården, ha möjlighet att utveckla former för att enkelt kunna utvärdera och implementera nya produkter.

Den kliniska forskningen måste ses som en konkurrensfördel. Det förutsätter att den ges utrymme inom sjukvården. Vi får inte betrakta forskning som något som stjäl tid och resurser från den "riktiga" vården. Forskning är vård på lång sikt. Och det kräver även att de regelverk som styr användningen av läkemedel och andra behandlingsmetoder stimulerar framtagning av nya effektiva produkter. Det är ytterligare ett skäl till att behålla den värdebaserade läkemedelssubventionen. Då vet de forskande läkemedelsföretagen att om de tar fram nya läkemedel som inte ger något utöver de som redan finns, kommer priset att bli lågt. Men lika viktigt, de som tar fram nya, effektiva läkemedel på angelägna områden kommer att kunna få ett pris som speglar läkemedlets värde för patienterna och för samhälls ekonomin. Det värdebaserade subventionssystemet stimulerar en sådan utveckling.

Staten, akademien, sjukvården och industrin måste arbeta tillsammans mot gemensamma mål: att skapa en effektiv och jämlik vård som motsvarar befolkningens förändrade behov, utveckla förbättrade tjänster, processer och produkter. På så sättå kan vi möta framtiden som en stark och innovativ forsknings- och utvecklingsnation som har råd att ge sina medborgare den högkvalitativa vård de behöver. Innovation är grundläggande för hållbar tillväxt, sysselsättning och välfärd. Likaså är innovation nödvändig för att kunna leverera offentliga tjänster med kvalitet när efterfrågan ökar. I Sverige har vi byggt upp starka aktörer inom sjukvård, forskning, industri och myndigheter som kan föra den framgångsrika traditionen vidare. Och vi har värdefulla tillgångar i form av bland annat personregister, blodbanker och patientdata. Den senaste satsningen på att utveckla kvalitetsregistren är också en positiv del av det som borde kunna bli en framgångsrik satsning, där organiserad samverkan mellan akademi, sjukvård och näringsliv är det viktigaste ledordet. Sverige har historiskt varit bra på att få fram viktiga grundupptäckter, men ännu bättre på att ta steget fullt ut och se till att forskning leder till innovation som sedan ger nya produkter.

# Slutsatser

Kommissionen för jämlik vård har primärt velat bidra till en mer realistisk diskussion kring jämlikhet och svara på frågan om jämlik sjukvård är möjligt att uppnå. Utifrån att vare sig organiseringen av sjukvården eller den senaste tioårsperiodens politiska prioriteringar haft som huvudsyfte att bidra till en mer jämlik vård är det inte konstigt att verkligheten ser ut som den gör. Lägg till att Sverige tappar mark gällande forskning och innovationer och Socialstyrelsens definition av jämlik vård känns ännu längre bort. Det är hög tid att ärligt och rakryggt möta patienterna med de utmaningar som står framför oss istället för att använda vackra men verklighetsfrånvända ord. Vi har valt att lyfta fram ett antal förutsättningslösa förslag för att på det sättet bidra till en mer jämlik vård i Sverige. Vi är väl medvetna att vissa av våra förslag behöver utredas vidare. Icke desto mindre ser vi det som angeläget att den tomma retoriken där alla är överens om vackra formuleringar samtidigt som ojämlikheten växer och Sverige halkar efter, ersätts med åtminstone ett frö av tankar som kan bidra till mer jämlik vård.

Kommissionen för jämlik vård vill därför särskilt lyfta fram fyra områden där åtgärder snarast bör vidtas för att bidra till en mer jämlik sjukvård av god kvalitet i praktiken, inte endast i ord. Möjligheterna att bota svåra sjukdomar förbättras hela tiden. Denna positiva utveckling måste användas för att skapa förutsättningar för en mer jämlik tillgång till vård. Ökad jämlikhet innebär att de som har för dålig tillgång ska få bättre, inte att de som har bra vård ska få det sämre.

För det första måste patientens ställning stärkas i förhållande till sjukvården. Det är i mötet mellan läkare och patient som valet av behandling och läkemedel sker. Ju mer information och kunskap patienten har om sitt eget hälsotillstånd, desto lättare har patienten att hävda sina rättigheter och ställa krav gentemot sjukvården. I dag varierar kunskapsnivån hos olika patientgrupper beroende på utbildningsnivå och socioekonomisk grupp. Dessutom saknar patienterna idag information om köer och kvalitet på olika kliniker i landet. Till och med de lagstadgade rättigheterna är relativt okända och relativt litet görs från landstingens sida för att höja kunskapsnivån hos patienterna. Ett exempel är den lagliga rätten till "second opinion", som innebär att en patient i vissa fall har rätt till en andra medicinsk bedömning av en specialist. Enligt en nyligen genomförd opinionsundersökning, gjord av Novus Opinion, känner endast varannan svensk till patientens rätt till

second opinion. Undersökningen visar också att ju kortare utbildning man har, desto mindre är sannolikheten att känna till denna rättighet. Att stärka patientens roll genom information och brukarmedverkan ger inte endast en positiv inverkan på jämlikheten. Vi är övertygade om att det även ger goda medicinska resultat och det därför är ett bra sätt att effektivisera vården. Det borde därför vara en prioritet för landstingspolitiker i hela landet.

En patientfokuserad sjukvårdsorganisation måste innebära en vård som håller ihop runt patienten. Bristande vårdkedjor och patienter som hamnar mellan stolarna hör till vardagen i dagens hälso- och sjukvård. Kommissionen för jämlik vård menar att vårdval kan vara ett alldeles utmärkt sätt att organisera verksamheter på, men att riskerna för att fragmentera sjukvården har underskattats. En idé som borde utvärderas är att lägga ut hela vårdkedjor på vårdval, då skulle vårdvalens positiva effekter i form av konkurrens kombineras med en bättre sammanhållen sjukvård för patienten.

För det andra bör sjukvårdens organisation stärkas. Det finns en motsättning i målet om att bostadsort inte ska ha betydelse för vilken medicinsk behandling och kvalitet patienten erbjuds och samtidigt organisera sjukvården utifrån 21 olika huvudmän med olika ekonomiska förutsättningar och politiska prioriteringar. Vi tror i ett första steg att mer av den högspecialiserade vården bör centreras till ett fåtal enheter för ökad kvalitet och patientsäkerhet. De regionala cancercentrum som är under uppbyggnad är ett steg i rätt riktning och kan eventuellt bli en modell även för andra specialitetsområden. Vi tror att det är nödvändigt att omgående utreda om fler regionala centrum ska inrättas och för vilka diagnoser.

För det tredje måste tillgången till läkemedel fortsatt ses som en viktig del av sjukvården. Ur jämlikhetssynpunkt finns det betydande brister med rådande system. Syftet med det statliga, värdebaserade subventionssystemet är att alla, oavsett var man bor i landet, ska få läkemedel efter behov. I Sverige har vi en myndighet, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), med uppgift att göra en helhetsbedömning av vilka läkemedel som ska subventioneras. Systemet fungerar dock inte då TLV:s beslut överprövas ute i landstingen och då utifrån helt andra kriterier än de som ligger till grund för det statliga subventionssystemet. Resultatet blir att tillgången till läkemedel skiljer sig åt i olika delar av landet. Det kan göra att chanserna att över-



leva en svår sjukdom är beroende av var man bor. Det samma gäller möjligheterna att få ett nytt effektivt läkemedel som ger möjlighet att leva ett smärtfritt och aktivt liv. Ett decentraliserat kostnadsansvar på enhetsnivå inom landstingen innebär dessutom ytterligare en instans för prövning. Att organisera kostnadsansvaret på detta vis har visserligen visat sig effektivt ur ett strikt kostnadsperspektiv, men frågan är vilken inverkan systemet fått på förutsättningar för innovation och jämlikhet. Frågan är med andra ord hur samhällsekonomiskt effektiv nuvarande ordning är. Vi föreslår därför att konsekvenserna av denna decentralisering av kostnadsansvaret utreds. Fokus i en sådan utredning måste ligga på de stora målkonflikter som finns mellan de tre nivåerna för läkemedelsprövning: den nationella grundad på dels efficacy/risk (Läkemedelsverket), dels cost/benefit (TLV), den regionala (oftast föremål för hantering i landstingens läkemedelskommittéer och de budgetöverväganden som gäller för stunden) och den klinikbase-erade (global budgetering som riskerar att missa patienternas individuella behov). Det är tveksamt om den nuvarande ordningen är samhällsekonomiskt effektivt. Att den inte gynnar den enskilda patienten borde dock stå klart.

Utöver de strukturella förändringarna krävs dessutom ett antal specifika insatser på läkemedelsområdet för att skapa möjligheter till en jämlik vård av hög kvalitet som vi har råd med även i framtiden:

- Behåll nuvarande värdebaserade subventionssystem för läkemedel. De tre principerna: människors lika värde, behov/solidaritet och kostnadseffektivitet skapar en bra balans mellan effektivitet och jämlik vård.
- Gör det möjligt att följa upp den faktiska förskrivningen av läkemedel för att säkra att subventionsbesluten följs och rätt läkemedel ges till rätt patient.
- Inrätta ett nationellt system för att bedöma alla behandlingsformer – läkemedel, medicintekniska produkter och övriga teknologier – ur ett kostnadseffektivitetsperspektiv. En utredning bör tillsättas på basis av Linköpings Universitets förstudie.
- Även effekterna av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser bör mätas ur ett kostnadseffektivitetsperspektiv. Framför allt bör vi bli bättre på att mäta effektiviteten i insatser som syftar till att minska ojämlikhet i hälsa mellan olika befolkningsgrupper.
- Inför solidarisk, nationell, finansiering av särskilda läkemedel.

- Skapa förutsättningar för att följa upp läkemedels användning i den kliniska vardagen bland vanliga patienter.
- Fortsätt satsningarna på Nationella Kvalitetsregister, öppna jämförelser och läkemedelsstrategin. Det skapar goda förutsättningar för en effektivare och mer rättvis vård.
- Och framför allt: Satsa på forskning och innovation som leder till effektivare behandlingsmetoder, ökad export av svenska produkter och till arbete och ökad tillväxt. Staten bör ta ett övergripande ansvar för att så sker. Den kliniska forskningen bör prioriteras med betoning på samverkan mellan akademien, sjukvården och industrin. Som en viktig led i detta bör regeringen förverkliga förslaget till en Svensk behandlingsforskning (se ovan) genom att samfinansiera totalt 500 miljoner kronor med landstingen.

Ovan har vi diskuterat frågan om målkonflikter på läkemedelsområdet. Men under Kommissionens arbete har det framkommit att det finns behov att förtydliga universitetssjukhusens roll. Detta gäller inte minst det unikt svenska sättet att ha ett aktivt samarbete mellan samhälle och näringsliv. Ett aktivt samarbete mellan akademien, sjukvården och industrin kräver att universitetssjukhusen borde ges en aktiv föregångsroll i introduktion och test av nya avancerade metoder, och att universitetssjukhusen ska ha resurser för detta. Kommissionen har under den begränsade tid vi haft till vårt förfogande inte haft möjligheter till en vidare fördjupning kring universitetssjukhusens ställning.

För det fjärde måste Sverige stärka positionen som ett forskningsintensivt och innovationsvänligt land. En jämlik sjukvård kräver en bredare ansats och satsning på innovationer där idéer, forskning och utveckling blir till produkter och tjänster. Det är med nya metoder och behandlingar som vi löser framtidens utmaningar inom sjukvården. Då duger det inte att Sverige år efter år tappar mark som forskningsnation. Sverige ligger exempelvis dåligt till när det kommer till introduktion och spridning av nya läkemedel, behandlingar och medicinsk teknik. I en internationell jämförelse hamnar vi på plats 13 av 14 i upptag av nya behandlingar. Medeltalet kliniska prövningar under åren 2004-2008 minskade med 25 procent jämfört med medeltalet under 1995-1997. Och den negativa trenden har fortsatt. De forskande läkemedelsföretagens ansökningar till

svenska Läkemedelsverket har nästan halverats från ca 300 till ca 160 under perioden 2004-2011.

Jämlikhet kan aldrig uppnås genom att försöka hindra utvecklingen. Tvärtom behöver vi hitta sätt att främja utvecklingen av nya läkemedel, behandlingar och innovationer. Mer jämlik vård av hög kvalitet förutsätter att det finns en efterfrågan på innovativ medicinteknik inom svensk sjukvård. Den kliniska forskningen måste ses som en konkurrensfördel. Vi får inte betrakta forskning som något som stjälar tid och resurser från den "riktiga" vården, utan som något som bör vara en självklar del av dagens men framförallt morgondagens sjukvård. Statens roll bör stärkas i det här hänseendet. Också när det gäller den kliniska forskningen borde man förstärka patientens ställning, genom en rättighet för patienter med kroniska sjukdomar eller svåra sjukdomar att få vara aktiva och delaktiga i pågående forskning, att kunna vänta sig att ett universitetssjukhus alltid har klinisk forskning att erbjuda som patienten kan

involvera sig i. Patienternas stora förtroende för medicinsk forskning och unikt höga vilja att medverka i kliniska studier är en stor tillgång för svensk forskning och utveckling, jämfört med andra länder.

Vi har här valt att lyfta fram ett antal förutsättningslösa förslag för att bidra till debatten om hur vi ska uppnå en mer jämlik vård i Sverige. Det vi föreslår är att sätta patienten och dennes rättigheter i centrum, att kunna se helheten, där sjukvården och hur den är organiserad spelar en viktig roll, men inte existerar i ett vakuum. Att innovationer, forskning och utveckling måste ses som en integrerad del i en god och jämlik vård, inte en utgiftspost och ett lovligt byte att skära ned på i landstingsbudgetar och i statliga anslag. Svenska folket prioriterar hälso- och sjukvården högt. Det är dags att flytta makten från landsting till patienten.

Att just sätta patienten i centrum är det centrala för det fortsatta arbetet att minska ojämlikhet i vården.

# Bilaga 1 Kommissionen för jämlik vårds arbete under våren 2012

Kommissionen för jämlik vård har under våren 2012 hämtat in information och underlag till sin rapport om den ojämlika vården genom bland annat en seminarieserie, som har behandlat diverse frågor som relaterar till ojämlikhet i vården. De tre seminarierna har sökt utreda frågor om ojämlikhet i vården, om livskvalitet och ojämlikhet i hälsa och i vård, och om innovationer, uppfinningsriktighet och drivkrafter i svensk sjukvård.

## Seminarium 27:e januari: Är vården jämlik?

Inledningsanförande och presentation av Kommissionen för jämlik vård

Ilja Batljan

*Paneldiskussion med:*

- Eva Uddén-Sonnegård, ekon. dr och ministerråd vid OECD i Paris
- Inger Ros, ordförande för Hjärt- och lungsjukas riksförbund
- Ingrid Schmidt, analytiker och projektledare på Socialstyrelsen

## Seminarium 30 mars: Livskvalitet, räknas det? – Om ojämlikhet i hälsa och i vård

Inledningsanföranden:

Denny Vågerö, professor i medicinsk sociologi  
Ojämlikhet i hälsa – Efter Marmot-kommissionen

Roger Henriksson, chef för Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland

Ojämlikhet i cancervården

*Paneldiskussion med:*

- Anders Milton, läkare och tidigare regeringens psykiatrisamordnare
- Johan Assarsson, särskild utredare, Patientmaktsutredningen
- Roger Henriksson, chef för Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland

## Seminarium 1:a juni: Medelmätta eller Nobelpristagare? – Om innovationer, uppfinningsriktighet och drivkrafter i svensk sjukvård

Inledningsanföranden:

Ann-Christin Tauberman, konsult på Loveone Consulting AB

Morgondagens sjukvård förutsätter satsningar på innovationer idag

Johan Permert, professor och utvecklings- och innovationsdirektör, Karolinska Universitetssjukhuset  
Hur skapar vi jämlik vård när resurserna inte räcker? – Ska vi spara eller göra annorlunda?

*Paneldiskussion med:*

- Håkan Ekengren, statssekreterare med ansvar för LifeScience, Näringsdepartementet
- Anna Nilsson Vindefjärd, generalsekreterare i Forska!Sverige
- Anna Karlsson, professor, Cancerfonden
- Johan Brun, medicinsk direktör, Pfizer

Sammanlagt har 350 personer följt Kommissionens arbete genom seminarieserien. Ett antal patientföreningar har bidragit till Kommissionens arbete genom att ha lämnat sina synpunkter på ojämlikheten i vården.

# Källor

Cancerfundsrapporten, Cancerfonden 2012

Clinical Research in Finland and Sweden, Vetenskapsrådet & Academy of Finland 2009

Den orättvisa hälsan – om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd, Mikael Rostila och Susanna Toivanen (red.), Liber 2012

Den jämlika vårdens väntrum – läget nu och vägen framåt, Socialstyrelsen 2011

Extent and causes of international variations in drug usage, A report for the Secretary of State for Health, Professor Sir Mike Richards 2010

Folkhälsopolitisk rapport 2010; Framtidens hälsa – allas ansvar, Statens folkhälsoinstitut 2010

Health at a Glance 2011, OECD Indicators

Health Report, IMS 2010

Hälsa- och sjukvårdsrapport, Socialstyrelsen 2009

Hälsoekonomi och Folkhälsoarbete, SKL 2011

LIF:s FOU-enkät 2010, Rapport 2011:1, LIF 2011

Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos, Socialstyrelsen 2011

Nationellt system för utvärdering, prioritering och införandebeslut av icke-farmakologiska sjukvårdsteknologier: en förstudie, Linköpings universitet 2010

Ojämna villkor för hälsa och vård – jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen 2011

Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Sweden, OECD 2007

Svensk behandlingsforskning, SBF, Vinnova och Vetenskapsrådet 2011

Särläkemedel i Sverige, NEPI-rapport 2011

Utveckling av Sveriges kunskapsintensiva innovationssystem, Vinnova 2011

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, SKL och Socialstyrelsen 2011







