

Kvartalsrapport nr 2 2013

Livsvetenskaper och sjuk/hälsovård

Omvärldsrapport på uppdrag av Näringsdepartementet

Dnr: 2013/125



Förord

Tillväxtanalys fick i januari 2011 ett stående uppdrag från Näringsdepartementet att kvartalsvis leverera korta omvärldsrapporter där händelser, trender och utvecklingsmönster på och i strategiska marknader och länder lyfts fram i översiktlig form inom följande områden:

- Energi och hållbar utveckling
- Infrastruktur och transporter
- Innovation och näringslivsutveckling
- IKT
- Livsvetenskaper och sjuk/hälsovård
- Forsknings- innovations- och utbildningspolitik

Underlaget är framtaget av Tillväxtanalys kontor i USA, Kina, Indien, Japan, Brasilien, och Stockholm.

Varje område finns som egen rapport, och sen finns det även en sammansatt rapport sorterad geografiskt. Båda varianterna finns att ladda ner på www.tillvaxtanalys.se/globalutblick. Tveka inte att kontakta oss om ni har eventuella frågor eller önskar ytterligare information kring någon specifik artikel.

Stockholm 2013-06-20

Enrico Deiacco, Avdelningschef Innovation och globala mötesplatser

Innehåll

Hänt i världen	1
USA	2
Omställning mot patientorienterad vård med kvalitet.....	2
USAs högsta domstol avslår patentering av mänskliga gener.....	3
Kina	4
Fågelinfluensa H79N.....	4
Stort utländskt intresse för biobanker i Kina	4
Kinas folkbokföringsystem på väg att förändras	5
Indien	6
Ny prissättningspolicy för läkemedel presenterad	6
mHealth i Indien	7
Japan	9
Hälsoinnovationer ska spela nyckelroll för tillväxt i Japan	9
Sydkorea	11
Ett förstärkt välfärdssystem tar form med nya regeringen	11
Fortsatt höga förhoppningar inom medicinsk turism och export av hälsovård	12
Brasilien	14
Stora satsningar i hälso- och sjukvårdssektorn	14
Danmark	15
Ny tillväxtplan för hälso- och välfärdslösningar.....	15

Hänt i världen

Ansvarig för hänt i världen är Martin Wikström vid Tillväxtanalys i Stockholm. Tveka inte att kontakta oss om ni har eventuella frågor eller önskar ytterligare information kring någon specifik artikel.

Life sciences är en hörnsten i många länders tillväxtstrategier och sjukvårdsförsäkringssystem reformas på flera håll. De tekniska och vetenskapliga framstegen ställer också stora krav på forskningsinfrastruktur och legala samt etiska avvägningar.

Hälsoinnovation har länge varit ett prioriterat område i **Japans** tillväxtpolitiska strategier men verkar stärkas ytterligare under den nuvarande regeringen. Bland annat har ett "Office for Healthcare Policy" etablerats som ska se till att landet har världsledande medicinsk teknik och hälso-tjänster. En ny strategi för hälsa och medicin förväntas under juni med såväl hälsomässiga som affärsmässiga mål. Bland initiativen finns Japan National Institute of Health inspirerat av amerikanska NIH men med ett större fokus mot innovation. Vidare planeras reformer relaterande till regelverk och internationalisering.

Den **danska** tillväxtplanen för hälso- och välfärdslösningar har ett likartat fokus och man vill skapa bra villkor för områden som exempelvis läkemedelsutveckling, där landet redan har en stark position. Vidare vill man förbättra villkoren för utveckling och export av danska hälsorelaterade tjänster till i första hand tillväxtmarknader. Även om det är från en mer eftersatt nivå så ökar intresset för hälsoinnovation och sjukvård även i **Brasilien** med stimulanser till läkemedelsforskning och innovation, annan biomedicin, e-hälsa och medicinsk teknik. Av stort internationellt intresse, inte minst från Danmark, är att **Kina** visar ett ökat fokus på uppbyggnaden av biobanker och nationella standarder för sådana initiativ ska nu utvecklas.

Indien har nyligen publicerat ett nytt regelverk för prissättning av läkemedel identifierade som samhällskritiska vilket i snitt kan medföra prissänkningar på ca 20 procent, men i vissa fall enda upp till 70 procent. Även stora multinationella bolag kommer att beröras av detta, enligt uppgift för första gången.

Den **amerikanska** sjukvårdsreformen som fortsatt är kontroversiell innehåller bland annat ett ökat fokus på tillgänglighet men också på större inslag av resultatbaserad ersättning (pay-for-performance) för vård. Bland annat För att kunna mäta resultaten i sjukvårdssystemet kan vissa mätningar och register i framtiden komma att bli obligatoriska. Även i **Syd Korea** pågår reformeringar av den allmänna sjukförsäkringen som ska expanderas till att täcka flera sjukdomar.

Kina anses av många ha hanterat informationsutmaningen i relation till fågelinfluensan väl. Antalet insjuknade har minskat på senare tid men kan åter komma att öka. Förutom de humanitära konsekvenserna så har influensan haft stora effekter på turism, handel, kollektivtrafik, handel och restauranger.

Slutligen kan konstateras att den **amerikanska** högsta domstolen har fastställt att patentering av naturligt förekommande gener, eller delar därav, inte är möjligt.

USA

Omställning mot patientorienterad vård med kvalitet

Det amerikanska sjukvårdssystemet är komplext, fragmenterat och kostnadskrävande. Det finns idag ingen central myndighet som ansvarar för att säkerställa kvaliteten på patientvården, men Department of Health och Human Services (HHS) är det i sammanhanget viktigaste federala departementet. Center for Medicare and Medicaid Services (CMS), en del av HHS, är den största köparen av sjukvård och har stort inflytande på hur vårdkvaliteten mäts och utvärderas och vad man betalar för – även inom den privata sektorn. Obamas sjukförsäkringsreform är fortfarande politiskt kontroversiell i USA. Den innehåller initiativ som syftar till att subventionera vården för låginkomsttagare. Vissa förhoppningar finns även att reformen eventuellt kan höja vårdens kvalitet, främst genom att gå över till outputbaserade ersättningssystem (istället för inputbaserade). Kritiker menar dock samtidigt att det finns en risk att reformen kommer leda till sänkt kvalitet då den minskar vikten av prissignaler och också i första hand syftar till att öka vårdvolymen (genom att öka antalet försäkrade vårdtagare). Sammantaget verkar intresset för patientorienterad vård ökat och en mer holistisk syn håller på att växa fram.

Idag samlar olika aktörer in olika typer av kvalitetsmått. Aktörerna kan vara utvecklare av mätmetoder, organ med uppgift att godkänna, certifiera eller ackreditera, federala myndigheter samt ett stort antal slutanvändare där kvalitetsmått används – sjukvårdsförsäkringar, sjukhus och medicinska system, andra leverantörer av vårdtjänster, lokala och statliga myndigheter eller allianser av flera intressenter. Detta medför i vissa fall en stor belastning för vårdleverantörerna då försäkringsgivarna ännu inte utvecklat sammanhängande system för rapportering och kvalitetsredovisning. CMS driver flera program där vårdgivare får ersättning för att rapportera kvalitetsmått och för att erbjuda vård som uppfyller vissa kvalitetsstandarder. Det pågår en förskjutning från volymersättning (fee-for-service) till målbaserad ersättning (pay-for-performance), både inom den offentliga och den privata försäkringssektorn.

Det finns en mängd hälsorelaterade register i USA som är ägda av branschorganisationer, försäkringsbolag, vårdgivare, forskare eller andra – men få av dessa är landsomfattande. För närvarande finns ingen lista över alla kliniska register i landet, även om ett nytt projekt i regi av Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) försöker skapa en sådan. Det finns ett växande intresse för att använda sjukdomsregister i syfte att övervaka och förbättra vårdkvaliteten samt för forskning och innovation. På politisk nivå finns förslag på att göra viss registeranvändning obligatorisk. CMS tillämpar flera sådana krav när vårdtjänster upphandlas.

Den federala regeringen har investerat avsevärda summor för att införa elektroniska patientjournaler i sjukvården. Man betalar ut ersättningar till sjukhus och yrkesutövare som inför, och uppvisar ”meningsfull användning” av godkända elektroniska patientjournaler. Rapportering av uppgifter till kliniska dataregister kommer att bli ett av de kriterier som yrkesutövare och sjukhus måste uppfylla för att få fortsätta delta i incitamentsprogram för elektroniska patientjournaler i framtiden.

USAs högsta domstol avslår patentering av mänskliga gener

Den 13 juni 2013 avslog USAs högsta domstol möjligheten att patentera mänskliga gener.¹ Det får som konsekvens att enskilda företag eller individer inte kommer kunna exkludera andra från att utnyttja information om gensekvenser i olika diagnostiska- eller behandlingssyften, men det kan också resultera i minskade incitament att investera i genomrelaterad forskning och innovation.

Rättsfallet gällde det Utahbaserade företaget Myriad Genetics som innehaft patent på två gensekvenser relevanta för bröstcancer. Patenten innebar att Myriad Genetics har kunnat exkludera andra från att genomföra diagnoser vilket i sin tur lett till att Myriad Genetics kunnat sätta relativt höga priser på sina diagnoser. Den amerikanska organisationen för molekylär patologi kritiserade och överklagade företagets patent med argument om att patenten på ett otillbörligt sätt begränsat informationsspridning, diagnostisering och forskning kring gensekvenserna.

Högsta domstolen framhöll att gensekvenserna ifråga är naturligt förekommande i naturen. Myriad har visserligen identifierat och isolerat de specifika gensekvenserna men företaget har inte skapat dessa. Vidare framhöll högsta domstolen att för att något ska vara patenterbart ska det vara *skapat* genom mänsklig handling - det räcker inte med en upptäckt av något som är naturligt förekommande.

Högsta domstolen avslog därför i princip möjligheten att patentera naturligt förekommande mänskliga gener. Däremot konstaterade domstolen i sin argumentation att i de fall som människor eller företag artificiellt skapar gener eller gensekvenser som inte förekommer spontant i naturen, så skulle det i princip kunna vara möjligt att patentera sådana sekvenser. Domstolen konstaterade också att avslaget i princip inte omfattar potentiell patentering av metoder eller processer för att identifiera specifika gensekvenser.

Domstolens beslut innebär bland annat att företag som isolerat eller identifierat specifika gensekvenser med särskilda diagnostiska egenskaper inte kan exkludera andra företag från att använda samma gensekvenser för att utföra diagnoser. Det antas också leda till att kostnaderna för diagnoser kan sjunka. Det finns dock farhågor om att incitamenten för att investera i att identifiera och isolera specifika gensegment som har diagnostiskt värde har minskat.

¹ www.supremecourt.gov/opinions/12pdf/12-398_1b7d.pdf

Kina

Av relevans för hälsosektorn är också kapitel om Big Data, i kvartalsrapporten för Innovation och näringslivsutveckling.

Fågelinfluensa H7N9

Utbrottet av fågelinfluensan H7N9 i Shanghai under mars månad spred sig snabbt till angränsande provinser. Spridningen avstannade under första veckan av maj. Vid den tidpunkten uppgick antalet smittade till 131 individer och antalet dödsfall till 36. Detta ger fågelinfluensan, H7N9, en dödlighet på 27 procent vilket är den näst högsta efter H5N1 (60%), men högre än SARS (9,6%).

Utbrottet startade med att fler personer insjuknade i lunginflammation orsakad av ett okänt smittoämne. Efter att forskare fastslog att viruset var en ny variant av fågelinfluensa H7N9, och efter rekommendationer från Kinas smittskyddsinstitut, stängde lokala myndigheter alla marknader för handel med levande fjäderfän i berörda städer. Att utbrottet kom under kontroll på kort tid beror på flera faktorer som effektiviteten i det nationella systemet för övervakning av fågelinfluensa som initierats och drivs av kinesiska smittskyddsinstitutet, användandet av modern teknik för att snabbt kunna identifiera nya smittoämnen och att lokala myndigheter reagerade snabbt och i enlighet med smittskyddsinstitutets rekommendationer. Det är också sannolikt att klimatet hjälpte till i att begränsa smittspridningen, då viruset snabbt dör vid temperaturer över 30 grader, varför det inte är osannolikt att vi får se nya utbrott under höst och vinter när temperaturen sjunker.

För att möta framtida epidemier och influensor inriktas forskningen i Kina mot att bland annat utveckla metoder för snabba och effektiva influensatester, fler metagenom-studier av genpoolen hos fågelinfluensan i kyckling, anka, gris och vildfåglar, studier av virusets spridningsmekanismer till människor, att utveckla vacciner och motverka resistens mot behandlingar.

I likhet med utbrottet av SARS 2002-03 bedöms ett nytt utbrott av H7N9 få betydande negativa konsekvenser för turismnäringen i Kina, framför allt i de större städerna. Samtidigt ökar invånarnas rädsla för att använda kollektiva färdmedel, besöka restauranger och affärer där ett stort antal människor samlas på en liten yta. Kinesiska staten beräknar att förlusterna inom uppfödning och handel med höns, kyckling och ägg hittills under 2013 uppgår till ca 10 miljarder yuan (ca 10,6 miljarder SEK).

Stort utländskt intresse för biobanker i Kina

I Kina har myndigheter och forskare blivit mer medvetna om vikten av att ha tillgång till biologiska prover, och den nyckelroll de spelar inom flera medicinska forskningsfält, inte minst i skiftet mot så kallad individbaserad medicin (personalized medicine). Den kinesiska centralregeringen har också ökat investeringarna för att möjliggöra nationella projekt på området och utarbeta nationella standarder för hur man ska hantera utvecklingen av biobanker i Kina. Det utländska intresset för biobanker i Kina är också mycket stort.

Ett exempel på en nationell biobank i Kina är The Institutional Tissue Bank (ITB) vid Fudans Universitet, Shanghai. Denna sattes upp 2006 för att verka som en central knutpunkt för att samla mänskliga vävnadsprover för cancerforskning och utvärdera och utveckla metoden med personlig medicin. Antalet prover hos biobanken har ökat från

4,000 år 2008, till 30,000 år 2010. Planen är att 50,000 prover ska kunna förvaras i biobanken.

Det finns förväntningar på en vidareutveckling av liknande projekt i Kina, men en möjlig flaskhals för fortsatt utveckling är implementeringen och standardiseringen av provsamlings. Framför allt finns frågetecken beträffande hantering och förvaring samt hur kvalitetskontroll och utvärdering av kvaliteten på proverna ska gå till. De kinesiska myndigheterna har dock uppmärksammat detta möjliga problem och har därför satt upp ett nationellt biobank-projekt. De arbetar även med att skapa nationella riktlinjer för biobanker och att främja ökat internationellt samarbete.

Biobanker kan beskrivas som storskaliga register och förvaringsplatser för biologiska prover av vävnad, celler, blod samt kroppsvätskor. Utvecklingen av biobanker ska ses i ljuset av att förståelsen av sjukdomar på molekylär nivå ökat mycket snabbt och att detta i kombination med att den biomedicinska forskningen och hälso- och sjukvården riktat in sig mer mot individbaserad medicin. När prover från människor i form av vävnad eller kroppsvätskor samlas från en stor mängd patienter kan detta underlätta utvecklingen av nya mediciner och skapar möjligheter för effektivare behandlingar.

Kinas folkbokföringssystem på väg att förändras

Staden Guangzhou har tagit vad som beskrivs som ett första, men litet, steg mot att avskaffa Kinas folkbokföringssystem *hukou*. Systemet är till för att hålla urbanisering och migration under kontroll och binder individer till området där de är skrivna genom att det bland annat reglerar vilken pension, sjukförsäkring och utbildning de har möjlighet att få. Systemet har på senare tid kraftigt kritiserats då det leder till en uppdelning av landets medborgare. I Guangzhou har flera lokala myndigheter, inklusive polisen, börjat ställa krav på att alla invånare i staden skall ha en gemensam status som permanenta invånare. Samtidigt hävdar kritiker att de fiskala resurserna inte är anpassade att ta hand om en snabbt växande befolkning i städerna.

I syfte att motverka de ökade klyftorna mellan de som tillhör olika hukou har det på senare tid vuxit fram en rad icke-statliga organisationer vilka arbetar med att hjälpa migrantarbetare och deras barn. Dessa organisationer bygger och driver till exempel daghem, skolor och mindre vårdkliniker för migrantbarn. Arbetet förebygger flera av de negativa konsekvenser som människors olika rättigheter för med sig i samband med att flyttar till landets stora befolkningscentra.

Indien

Ny prissättningspolicy för läkemedel presenterad

Den 15 maj offentliggjorde den indiska regeringens Ministry of Chemicals and Fertilizers (Department of Pharmaceuticals) ett nytt regelverk som styr prisregleringar inom läkemedelssektorn (Drugs (Prices Control) Order, DPCO 2013)². I den s.k. National Pharmaceutical Pricing Policy (NPPP)³ som antogs i december 2012 sägs att regeringen, som en del av implementeringen av NPPP, ska utarbeta en ny DPCO vilket nu alltså sker.

Enligt analytiker kommer 348 läkemedel, vilka sedan tidigare finns uppförda på landets National List of Essential Medicines - NLEM, nu bli föremål för prisregleringar. Uppskattningar gör gällande att dessa läkemedel i dagsläget genererar en årlig försäljning på INR 130,3 miljarder (SEK 16,9 miljarder), vilket ska jämföras med den totala årliga läkemedelsförsäljningen i Indien, vilken uppskattas till INR 727,6 miljarder (SEK 94,6 miljarder).

Analyserna vad gäller effekterna av pristaken varierar. Indian Pharmaceutical Alliance (IPA) rapporteras dock göra bedömningen att runt hälften av de berörda läkemedlen kommer se prissänkningar på 20 procent, medan vissa HIV/AIDS-mediciner kan se prissänkningar på hela 70 procent.⁴

De pristak som ska gälla fastställs med hjälp av en prissättningsmekanism som grundar sig på läkemedlens genomsnittliga detaljhandelspris tillsammans med ett marginalpåslag på 16 procent som återförsäljarna har rätt att ta ut. Läkemedelstillverkare som prissatt sina läkemedel högre än det tänkta pristaket ska justera ned sina priser så att de hamnar under taket. Läkemedelstillverkare vars priser är under det tänkta taket ska dock inte ha rätt att genomföra prishöjningar upp till taket. De gällande pristaken ska genomgå en översyn en gång om året av regeringen och kan justeras (höjas eller sänkas) i enlighet med föregående års förändring av grossistprisindex (wholesale price index).

En läkemedelstillverkare som avser sluta tillverka ett prisreglerat läkemedel ska meddela detta offentligt senast 6 månader innan det tänkta slutdatumet för produktionen infaller. Regeringen ska samtidigt ha möjlighet att kräva att produktionen fortsätter maximalt ett år till efter det tänkta slutdatumet om det bedöms ligga i allmänhetens intresse att så sker.

Noterbart är att en läkemedelstillverkare som tillverkar ett nytt läkemedel med hjälp av en ny process som utvecklats genom inhemsk (indisk) forskning och utveckling och patenterats med stöd av Indian Patent Act, 1970 ska undantas från prisregleringar under en femårsperiod från det att läkemedlet tas i produktion.⁵

Det aktuella beslutet innebär, enligt uppgift, att det nu blir första gången som läkemedel utvecklade av multinationella läkemedelsföretag blir föremål för prisregleringar i Indien.⁶ De multinationella företagen är också de som analytiker tror påverkas mest av reformen eftersom deras produkter vanligtvis finns inom högre prissegment.⁷

² <http://pharmaceuticals.gov.in/DPCO2013.pdf>

³ <http://pharmaceuticals.gov.in/NPPP2012.pdf>

⁴ <http://www.ihs.com/products/global-insight/industry-economic-report.aspx?ID=1065979298>

⁵ Drugs (Prices Control) Order, 2013, sid 5 – 22, tillgänglig på: <http://pharmaceuticals.gov.in/DPCO2013.pdf>

⁶ <http://www.ihs.com/products/global-insight/industry-economic-report.aspx?ID=1065979298>

⁷ http://www.business-standard.com/article/companies/new-drug-policy-consumers-gain-companies-to-feel-the-heat-113052000064_1.html

mHealth i Indien

I takt med den ökande användningen av mobiltelefoner i Indien växer också möjligheterna att bedriva hälsofrämjande insatser i form av informations- och utbildningskampanjer via mobiltelefon samt genom utvecklandet av olika hälsoapplikationer för smarta mobiltelefoner. Av Indiens 1,2 miljarder invånare bor uppskattningsvis tre fjärdedelar på landsbygden. På grund av den bristande infrastrukturen på landsbygden vad gäller tillgången till vårdcentraler och sjukhus samt sjukvårdsutbildad personal⁸ kan sjukvård via mobiltelefon anses ha särskilt stor potential i dessa miljöer i och med att viss vårdinformation blir tillgänglig också för de människor som finns bosatta i avlägsna och isolerade områden.

En uppskattning från GSM Association gör gällande att det faktiska antalet mobiltelefonabonnenter i Indien 2012 endast var 26 procent av befolkningen.⁹ Det väsentliga är dock inte antalet abonnenter utan hur stor andel av befolkningen som faktiskt kan tänkas ha tillgång till en mobiltelefon för att därigenom kunna dra nytta av mHealth-insatser. En nyligen utförd brittisk studie från delstaten Bihar, en av Indiens fattigaste delstater, visar att andelen kvinnor som där har tillgång till en mobiltelefon är avsevärt högre än den andel kvinnor som själva äger en mobiltelefon (83 procent jämfört med 32 procent).¹⁰

Som konstateras i ovan nämnda studie rörande Bihar råder stor enighet om att tillgången till saklig och relevant information, presenterad på ett lättbegripligt sätt, bidrar till ökad kunskap om specifika hälsofrågor. Detta kan i sin tur bidra till att förändra sociala normer och beteenden hos målgruppen, med hälsoförbättringar som följd.¹¹

I studien från Bihar gjordes information tillgänglig för (i första hand) sjukvårdspersonal genom interaktiv samtalsstyrning (Interactive Voice Response – IVR) vilket innebär att den som ringer navigerar med hjälp av en knapptelefon eller med hjälp av rösten för att ta del av förinspelad information. Möjligheten att navigera med rösten innebär samtidigt att läs- och skrivkunnsighet inte är ett krav för att kunna ta del av informationen ifråga. Genom att utbildningsmaterial utvecklas för vårdspersonal vilka i sin tur för informationen vidare till lokalbefolkningen kan en kapacitetshöjning vad gäller förmågan att sprida information och leverera vård åstadkommas.

En annan form av mHealth, som dock riktar sig till en mera begränsad målgrupp i och med att mera avancerade mobiltelefoner krävs, är utvecklingen av hälsoapplikationer avsedda för smarta mobiltelefoner.

⁸ För ytterligare information om det indiska hälso- och sjukvårdssystemet se Tillväxtanalys rapport "India's Healthcare System – Overview and Quality Improvements", tillgänglig på: http://www.tillvaxtanalys.se/download/18.5f097bc113eacc3d6d5140/1369033657600/direct_response_2013_04.pdf

⁹ http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2012-12-13/telecom/35795693_1_mobile-connections-bouwerot-mobile-penetration Enligt GSM Association har varje mobiltelefonanvändare i genomsnitt två simkort, vilket skulle innebära att det finns minst 2 x 380 miljoner simkort, dvs 760 miljoner abonnemang. I jämförelse gör Telecom Regulatory Authority of India bedömningen att det finns 860 miljoner abonnemang (källa: http://www.trai.gov.in/WriteReadData/WhatsNew/Documents/Monthly_press_release_February_2013_16april2013.pdf). Trots det stora antalet abonnemang är det verkliga antalet abonnemangsinnehavare, enligt GSM Association betydligt mindre. Det viktiga är dock, som nämnts ovan, inte vem som äger ett abonnemang utan hur många som de facto har tillgång till en mobiltelefon.

¹⁰ MacPherson, Yvonne och Chamberlain, Sara (Februari 2013), BBC Media Action, Policy Briefing # 7, "Health on the move – Can mobile Phones Save Lives?" tillgänglig på: http://downloads.bbc.co.uk/mediaaction/policybriefing/bbc_media_action_health_on_the_move.pdf

¹¹ BBC Media Action, Policy Briefing # 7, "Health on the move – Can mobile Phones Save Lives?", sid 5

Här följer två exempel på denna utveckling. Tablet Observed Treatment System¹² (TOTS), vilken omnämns IKT-delen detta kvartal är en applikation som syftar till att underlätta för tuberkulospatienter att följa en föreskriven behandling genom att hantera information om patienternas medicinering, samt tillhandahålla information om närbelägna behandlingscenter.

Ett annat exempel är ett system kallat Electronic Decision Support System (EDSS) utformat för smarta mobiltelefoner, för behandling av förhöjt blodtryck och diabetes, och som nu tagits i bruk vid enskilda vårdcentraler i delstaten Himachal Pradesh. EDSS har flera olika funktioner, bl.a. möjliggör den skapandet av elektroniska sjukjournaler (lokalt samt även i en central databas) och utformandet av personligt anpassade behandlingsprogram för att motverka förhöjt blodtryck och diabetes. Den kan även ge förslag på medicinering och dosering.

Trots att det i dagsläget saknas mera omfattande och systematiska studier som styrker värdet av mHealth-insatser¹³ är det svårt att avfärda den stora förbättringspotential som ovanstående exempel vittnar om.

¹² <http://www.appsforasia.com/Home/TOTS>

¹³ Se t.ex. <http://www.guardian.co.uk/global-development/2013/jan/16/mobile-phones-health-challenges-poor-countries>

Japan

Hälsoinnovationer ska spela nyckelroll för tillväxt i Japan

Den nygamla premiärministern Abe, som tillträdde i vintras, verkar hängiven och konsekvent i sin inriktning att Japans nya storhetstid ska förverkligas genom innovation och internationalisering. I sommar ska den övergripande japanska tillväxtstrategin lanseras, och redan nu har vissa viktiga områden pekats ut.

Ett sådant område är hälsoinnovationer. Hälsa och medicin är ett område där Japan länge varit starkt. En femårsplan för hälsoinnovationer finns sedan tidigare och formulerades av den tidigare regeringen. Abe och hans nya regering behåller området som strategiskt viktigt, men sätter ytterligare tyngd bakom retoriken. I februari inrättades "Office of Healthcare Policy" av regeringen med uppdrag att etablera Japan som en nation som ska kunna stå för "världens mest avancerade medicinska teknik och hälsovårdsservice". Detta ska leda till både hälsomål och affärsmål (att den medicinska sektorn i bred bemärkelse utvecklas som strategisk industri som utgör en pelare i vitaliseringen av den japanska ekonomin) uppnås.

En ny Hälso- och medicinstrategi ska lanseras i slutet av juni. Förutom ovan nämnda hälso- och affärsrelaterade mål är den bärande idén att Japan ska visa världen att och hur man hanterar det åldrande samhället genom avancerad problemlösning. Grundfilosofin som många nämner är att den äldre generationen ska vara en del av samhället – och ekonomin – och att det är livskvalitet som är målet.

Oavsett grundtankar så är det tillväxtpotentialen som verkar vara den centrala drivkraften för de preliminära inslagen i Hälso- och medicinstrategin. Abe pekade ut två viktiga nya initiativ vid en presskonferens i mitten av april som kommer att vara medel i strategin: Japans "National Institute of Health" (arbetsnamn JNIH) och Medical Excellence Japan (MEJ).

- Amerikanska NIH används som förebild men en viktig skillnad är att man vill betona innovationskraften tydligare. Fokusområdena för JNIH är att öka tempo och kvantitet i utvecklingen av medicinsktekniska och farmaceutiska produkter. I nuläget tar utvecklingen från forskning till marknad för lång tid, bl.a. på grund av silo-organisationer och oklara beslutsvägar. Nu vill man eliminera flaskhalsar och skapa en sömlös organisation.
- Ett viktigt inslag i Hälso- och medicinstrategin är att förändra regelverken för utvecklingen av "nästa generations medicinska vetenskap" och att konkret verka för att "spjutspetsen av medicinsk forskning" kan komma till användning. Regenerativ medicin, och "tissue engineering" nämns explicit i de preliminära texterna. JNIH ska även här ha en roll, som dock verkar lite oklar än så länge. Det är dock klart att framstående industriella aktörer inom life sciences är involverade i arbetet.
- Ett centralt område är internationalisering och export som MEJ ska främja. I det här perspektivet är det intressant att konstatera att man talar om "hälsoservice", och man kan då tänka sig att det delvis handlar om någon form av "hälsoturism" i det egna landet och om att etablera kliniker i välmående länder för att erbjuda internationellt högklassig kirurgi och vård.

Att ta tillvara IT för att utveckla hälsorelaterade produkter lyfts fram som en egen punkt i strategin. Här kan man tänka sig både e- och m-hälsa samt "assistive technologies".

Slutligen lyfter man fram att ett helhetsperspektiv behöver finnas organisatoriskt för att snabbare gå från forskning till marknad och internationalisering. "Office of Healthcare Policy" har rollen att ta fram en strategi för hälsoområdet, i nära samverkan och koordinering med dels Huvudkontoret för vitalisering av Japans ekonomi, dels med flera råd inklusive "Council for Science and Technology Policy". Råden ligger direkt under regeringen, satta att koordinera de olika ministerierna, som har rollen att implementera regeringens politik. Det är dock ministerierna som har budget, och därmed muskler för att agera, vilket är en utmaning för varje råd.

Sydkorea

Ett förstärkt välfärdssystem tar form med nya regeringen

Valet i slutet av förra året kom mycket att handla om ojämlikheter i det sydkoreanska samhället. Diskussionerna gick höga om att landet inte längre kan undgå investeringar inom välfärd – inklusive bättre hälso- och sjukvård för en större del av befolkningen. Geun-hye Park stod för ett politikalternativ med mer allomfattande samhällstjänster, och detta för grupper som tidigare inte täckts av det rudimentära sociala skydds nätet. Även om viktiga frågor gällande ett begränsat sjukförsäkringssystem, låga födelsetal och planeringen inför ett åldrande samhälle lyftes upp i valdebatten, var besked om mer konkreta åtgärdsförslag och deras finansiering vaga. Under detta kvartal har det kommit fram flera konkreta exempel på hur regeringen ser på utbyggnaden av välfärdssystemet – även om vi inte kan tala om en radikalt nytänkande strategi.

I april presenterade Ministry of Health and Welfare tillsammans med Ministry of Food and Drug Safety några viktiga förändringar som ska genomföras redan under 2013 och 2014. Huvuddragen kan sammanfattas i en revidering (egentligen grundandet) av ett grundläggande nationellt pensionssystem, en utökning av vilka sjukdomar som det nationella sjukförsäkringssystemet täcker, skapandet av en "one-stop-shop" för medborgarna gällande välfärdsutbetalningar, satsningar på medicinsk turism, och en utvidgning av barnomsorgen. Medicinsk turism tas upp separat i efterföljande artikel, övriga områden berörs kortfattat nedan.

Som i flera andra länder är det en stor skillnad vad gäller pensioner för de som har en fast anställning, jämfört med egenföretagare eller deltidsanställda. Det nuvarande pensionssystemet gynnar arbetstagare med lång anställning på en arbetsplats. Dagens folkpensionssystem som grundades 1988 breddades först under början av 1990-talet till att gälla företag med mindre än fem anställda, samt lantbrukare, och under slutet av 1990-talet till att gälla även egenföretagare i städerna. Den snabba expansionen av de personer som omfattas (en fyrdubbling på 12 år) tillsammans med att cirka en tredjedel av dessa är undantagna från att faktiskt behöva betala in pensionsavgifter, har skapat ett kraftigt underfinansierat system.

Detaljerna i det nya "folkpensionssystemet" är inte klara, men Hälsodepartementet ska lägga fram ett slutgiltigt förslag i augusti, och en proposition till nationalförsamlingen under andra halvan av 2013. Det blir intressant att följa hur propositionen tar sig an det grundläggande problemet - en strukturell obalans mellan utbetalda förmåner och avgifter – men skattehöjningar är redan aviserade.

Utvidgningen av vilka sjukdomstillstånd som täcks av den nationella sjukförsäkringen gäller främst inom områdena cancer och hjärt-kärlsjukdomar, men även exempelvis tandimplantat för personer äldre än 75 år. Denna utvidgning kommer genomföras etappvis fram till år 2016. Avgifter för sjukvård som inte heller i framtiden kommer att ingå i systemet ska ses över och minskas. Mer detaljerade förslag kommer att utarbetas under hösten.

Ett nytt samordnande utskott ska skapas - Social Security Committee - med syfte att samordna alla de 12 berörda departementens kommunikation sinsemellan och med medborgarna. Utskottet ska ansvara för att skapa en "one-stop-shop" vad gäller alla frågor gällande sjukförsäkringar, pensioner m.m. Även om förenklad kommunikation för

medborgarna är ett mål, är det tydligt i retoriken att huvudmålet är att komma tillrätta med den dåliga kommunikationen och samordningen inom förvaltningen.

En utvidgad barnomsorg presenteras som att ”nationen Sydkorea ska ta ansvar för landets barn upp till fem års ålder”, och en rad konkreta förslag ska presenteras. Redan under juni månad kommer arbetande föräldrar att få förtur till daghemsplatser för sina barn. För att minska den finansiella bördan för föräldrar, ska staten fullt ut subventionera förskoleavgifterna för barn mellan tre och fem år från och med 2015. Under de närmaste fem åren ska staten även starta ytterligare 2175 offentliga daghem.

Sammantaget är dessa åtgärder en ordentlig investering i ett starkare välfärdssystem, om så från relativt låga nivåer, och med förvånansvärt konkreta och snabba åtgärder redan under 2013. Hela bilden inklusive finansiering är ännu inte klar, men redan nu har andra områden, som infrastrukturprojekt och regional utveckling fått drastiska besparingsmål.

Fortsatt höga förhoppningar inom medicinsk turism och export av hälsovård

De tidigare strategierna för ökade intäktströmmar genom medicinsk turism och export av sydkoreansk kunskap inom hälsoområdet gäller fortfarande. Det visar de kommunicéer från Ministry of Health and Welfare som presenterats under innevarande kvartal och som anger regeringens inriktning inom hälso- och sjukvård.

De mål som Hälsodepartementet presenterar är att kunna attrahera 500 000 utländska patienter till och med 2017, och att etablera 150 sydkoreanskägda sjukhus utomlands. Målen innehåller även ökad export av medicinsk teknik, och då särskilt för IT-intensiva lösningar med högt förädlingsvärde. Det som kallas för ”välfärdsindustrin” snarare än hälso- och sjukvård, då exempelvis stödtjänster för äldre, barn och handikappade inkluderas, ska kunna skapa 600 000 nya jobb innan år 2017.

Ett lokalt exempel är stadsdelen Gangnam i södra Seoul som nyligen slutit ett samförståndsavtal med Asiana Airlines för att marknadsföra och erbjuda rabatter på internationella gruppresor till de lokala sjukhusen. I Gangnam finns 2373 större och mindre klinker samt några av de bäst ansedda sjukhusen, utgörande 25 procent av de inrättningar som registrerats för att kunna ta emot utländska patienter. Inresande patienter kommer huvudsakligen från Asien, men den största enskilda gruppen på 25 procent är inresande från USA följt av Kina och Japan.

Sydkorea har hittills byggt upp ett nationellt varumärke inom främst kosmetisk kirurgi med relativt låga patientavgifter och hög kvalitet, men sjukhusen erbjuder en full meny av avancerade ingrepp – från organtransplantationer till tandvård. Baserat på rapportering i inhemska media finns dock indikationer på att industrin kan behöva stramare regleringar. Kritik som riktas mot staten är att man bortser från att vissa kliniker systematiskt överprissätter sina tjänster och att utländska patienter är oskyddade vad gäller sekretess och andra rättigheter.

Liksom den medicinska turismen, så är exporten av medicinskt kunnande inte enbart en angelägenhet för den privata sektorn, utan snarare en gemensam kraftsamling från både offentliga och privata aktörer. Ett belysande exempel under detta kvartal är det avtal på ministernivå som undertecknades mellan Saudiarabien och Sydkorea. Avtalets innehåll går i korthet ut på att sydkoreanska aktörer ska bli huvudarkitekter – vad gäller institutioner, organisationer, organisationskultur, teknik och tjänsteutformning – för en omställning av

Saudiarabiens hälso- och sjukvårdssystem. Exempel på åtgärder är uppbyggnad av sjukhus och sydkoreanska utbildningsinsatser liksom forskningssamarbeten.

Brasilien

Ett av de områden som lyfts fram i den brasilianska debatten kring innovation är hälso- och sjukvårdsfrågorna. De senare har, som tidigare meddelats, länge varit kraftigt eftersatta, även om också imponerande framsteg har gjorts på senare år. Mycket talar för att hälso- och sjukvårdsfrågorna kan bli nästa stora politiska fråga inför det kommande presidentvalet år 2014.

Stora satsningar i hälso- och sjukvårdssektorn

Den federala regeringen annonserade i mitten av april nya satsningar om totalt 26,5 miljarder SEK (BRL 8 miljarder) för att i huvudsak stimulera innovation och produktutveckling av såväl läkemedel som sjukvårdsutrustning. Stödpaketet, som i huvudsak består av krediter, motsvarar närmare 10% av hälsoministeriets budget, har till främsta avsikt att reducera priserna till slutkonsumenten, samt minska beroendet av import av läkemedel och övrig utrustning. Även investeringar i infrastruktur ingår i stimulanspaketet. Tanken är att i första hand stärka olika former av public-private-partnerships.

I likhet med andra liknande satsningar, samlas ansträngningarna under Inova Empresa. Den övervägande delen av ovanstående medel, närmare 16 miljarder SEK (BRL 5 miljarder), går direkt in i programmet *Profarma Inovação*, som sedan ett antal år tillbaka erbjuder finansiering inom bioteknologi och läkemedelsproduktion och som framöver kommer att sortera under Inova Empresa.¹⁴

En ansevärd del av de återstående medlen, närmare 6,4 miljarder SEK (BRL 2 miljarder), läggs i ett nystartat program, Inova Saúde, som på samma sätt avser att stimulera innovation inom fyra olika områden: 1) biomedicin, farmakologi och läkemedelsproduktion; 2) utrustning, material och medicintekniska produkter; 3) informationsteknologi och telemedicin; samt 4) regenerativ medicin. Här kan man kort konstatera att det finns ett ökat intresse för såväl utvecklandet av medicinsk som informationsteknologiska lösningar och telemedicin.

¹⁴ Mota, C.V., Pedrosa, R. (2013) Governo lança pacote de R\$ 8 bi para setor de saúde. Valor Econômico 12 April. <http://www.valor.com.br/brasil/3083902/governo-lanca-pacote-de-r-8-bi-para-setor-de-saude>, (accessed 9 June, 2012).

Danmark

Ny tillväxtplan för hälso- och välfärdslösningar

Den 4 juni presenterade den danska regeringen sin "Tillväxtplan för hälso- och välfärdslösningar".¹⁵ Med planen vill regeringen skapa konkurrenskraftiga villkor för områden där man uppfattar att Danmark redan har en stark position internationellt, såsom läkemedelsområdet. Man vill också förbättra ramvillkoren för offentligt-privat samarbete och marknadsutveckling inom de hälso- och välfärdsområden där man anser att företagspotentialen idag är underutnyttjad.

Inom områden som exempelvis hjälpmedel, service- och driftslösningar, rådgivning och hälso-IT är det få verksamheter som förmått omsätta sin kompetens till internationell tillväxt. Detta motsvarar, enligt regeringen, ett underutnyttjande av verksamhetens potential. Många av de uppgifter som ligger inom planering, utförande och uppföljning av tjänster på hälso- och socialområdena sköts idag inom den offentliga sektorn. För att kunna utnyttja Danmarks styrka inom dessa områden krävs därför att företagen får tillgång till vetande och kompetens inom den offentliga sektorn för att utveckla varor och tjänster som kan säljas på en internationell marknad. Regeringen vill därför förbättra möjligheterna för offentlig-privata samarbeten om marknadsutveckling, så att danska hälso- och välfärdslösningar kan exporteras. I synnerhet de "nya" tillväxtmarknaderna som står inför att snabbt bygga upp sina välfärdssystem är intressanta marknader för dansk välfärdsexport, där ett samarbetsavtal med Kina om äldreomsorgsfrågor är en beståndsdel i planen.

Tillväxtplanen innehåller förslag inom fyra områden:

- Bättre ramvillkor för forskning och utveckling
- Förstärkta insatser för tillväxtverksamheter och kommersialisering av forskning
- En välfungerande och utvecklingsorienterad hemmamarknad
- Offensivt utnyttjande av den internationella marknadspotentialen

Under dessa fyra rubriker innefattar planen 27 punkter av varierande konkretionsgrad, från att ta fram en handlingsplan för internationalisering av forskning och högre utbildning eller arbeta för ett globalt skydd av immateriella rättigheter genom EU och WTO, till att se över existerande standarder för hälso-IT-tjänster eller delfinansiera uppbyggnaden av ett "elitutbildningscentrum" för välfärdsteknologi i Odense.

¹⁵ <http://www.evm.dk/~media/oem/pdf/2013/2013-publikationer/04-06-13-vaekstplan-sundhed.ashx>