

# CHALMERS



## Tillgänglighet av patenterade läkemedel

Hur stora läkemedelsföretag arbetar för att möjliggöra tillgänglighet av patenterade läkemedel i låg- och medelinkomstländer

---

## Accessibility of patented pharmaceuticals

How large pharmaceutical companies work to increase accessibility of patented pharmaceuticals in low- and middle-income countries

Kandidatarbete i Industriell ekonomi

CARL AHLSTRAND

JONATHAN BOMAN

ARVID HANSON

CHRISTOFFER LINDGREN

SARA LOCHER

ANNIE MILDE

Institutionen för teknikens ekonomi och organisation

*Avdelningen för Entrepreneurship and Strategy*

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige 2018

Kandidatarbete TEKX04-18-01

Handledare: Marcus Holgersson

# Förord

Denna kandidatuppsats har skrivits på Chalmers tekniska högskola under våren 2018. Författarna är studenter från årskurs tre på civilingenjörsprogrammet Industriell ekonomi. Arbetet har handletts av Marcus Holgersson, docent vid avdelningen Entrepreneurship & Strategy på institutionen för Teknikens ekonomi och organisation.

Rapporten har kartlagt strategier och initiativ inom läkemedelsindustrin i syfte att undersöka hur läkemedelsföretag arbetar med tillgänglighet i låg- och medelinkomstländer. Studien har givit gruppen kännedom om strategier, incitament och tillvägagångssätt för hur monetärt och humanitärt värde kan skapas och kapitaliseras i branschen.

Kandidatgruppen vill tacka samtliga som intervjuats för deras deltagande då de bidragit med insikt i hur aktörer inom läkemedelsindustrin tänker och agerar. Till sist vill vi även rikta ett stort tack till Marcus Holgersson som genom sin kompetens och sina synpunkter väglett oss genom arbetets gång.

Chalmers tekniska högskola

Göteborg, Sverige

14 maj 2018

Carl Ahlstrand

Jonathan Boman

Arvid Hanson

Christoffer Lindgren

Sara Locher

Annie Milde

# Sammanfattning

Patentsystemet är grundläggande för att företag ska kunna utveckla nya läkemedel, samtidigt leder den monopolprissättning som patentsystemet möjliggör till bristande tillgänglighet av läkemedel i låg- och medelinkomstländer. Syftet med rapporten är att kartlägga patentinnehavande läkemedelsföretags strategier och initiativ för att möta tillgänglighetsproblemet. Vidare ämnar rapporten analysera svårigheter och möjligheter med sådana strategier och initiativ, samt att undersöka bakomliggande incitament.

Teoriavsnittet består av tre delar; (1) *teknologi, innovation och äganderätt* (2) *produkt och prissättning* och (3) *företagets mål och incitament*. Dessa tre avsnitt ligger till grund för en slutlig analys. Studien har utförts som en kartläggning genom att samla in och undersöka kvalitativa data i form av intervjuer med företag och andra aktörer, samt sekundärkällor.

Utifrån kartläggningen har det visat sig att tillgänglighetsarbete kan utföras projektintensivt eller handla om mer övergripande strategiska beslut. Det har dessutom tydliggjorts att tillgänglighet kan möjliggöras på teknologi- respektive produktnivå. Något som också synliggörs i rapporten är att det är möjligt för företagen att leverera ekonomiskt hållbara lösningar som samtidigt bidrar till ökad tillgänglighet.

Vidare arbete och forskning bör utföras för att hitta nya incitaments- och betalningsmodeller inom de forskningsområden som i dagsläget inte är ekonomiskt gångbara. Gällande detta har rapporten också öppnat upp för vidare diskussion angående vilka ansvarsroller företag, organisationer och stater bör ha i denna fråga.

# Abstract

The patent system is essential for companies to develop new pharmaceuticals. It also causes some difficulties since it allows companies to set a monopolistic price, which a large part of the world's population that lives in poverty cannot afford to pay. The purpose of the report is to survey the patent-holding pharmaceutical companies' strategies and initiatives to address the accessibility problem. Furthermore, the report aims at analyzing the difficulties and opportunities of such strategies and initiatives, as well as examining the underlying incentives.

The theory section consists of three parts; (1) *technology, innovation and ownership* (2) *product and pricing* and (3) *company goals and incentives*. These three sections have provided the basis for a final analysis. The survey has been conducted by collecting and examining qualitative data in the form of interviews with companies and other actors, as well as various secondary sources.

Based on the survey, accessibility efforts can be characterized by either projects or more comprehensive strategic decisions. It has also been shown that improved accessibility can be made possible at both technology and product level. The report has also shown that it is possible for companies to deliver economically sustainable solutions and at the same time contribute to increased accessibility.

Further work and research should be conducted to find new incentives and payment models in those research areas that are currently not economically viable. The report has opened up for further discussion regarding what roles companies, organizations and states should have in this regard.

## Akronymlista:

**ATMI** - Access to Medicine Index

**CSR** - Corporate Social Responsibility

**FoU** - Forskning och utveckling

**HIV** - Human Immunodeficiency Virus

**MSD** - Merck Sharp & Dohme (heter Merck & Co i USA, ej att förväxla med Merck KGaA)

**MPP** - Medicines Patent Pool

**PRT** - Property Rights Theory

**TRIPS** - The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights

**WHO** - World Health Organization

**WTO** - World Trade Organization

**WIPO** - World Intellectual Property Organization

## Begreppslista:

**Ad hoc-projekt** - Projekt som utformas för att möta en viss temporär situation, ofta med kort varsel. Motsatsen är strukturerade projekt som ämnar att lösa bestående problem.

**Betalningsvilja (eng. *Willingness to pay*)** - Det pris en konsument är villig att betala för en produkt.

**Consumer Surplus** - Skillnaden mellan ett pris och konsumentens betalningsvilja, arean mellan konsumentens betalningsvilja och produktens pris på pris-efterfrågekurvan.

**Deadweight Loss** - En förlust av ekonomisk effektivitet som uppstår till följd av att jämviktspris inte uppnås för en viss vara. Definieras även som potentiell, men inte uppnådd, consumer surplus och/eller producer surplus.

**Generikaföretag** - Företag som säljer kopior av läkemedel som baseras på substanser som har varit, eller är patenterade.

**Initiativ** - Självständigt handlande som syftar till att starta någon sorts verksamhet, detta innefattar dessutom projekt.

**Least Developed Countries** - Definieras av FN (2018) som de 47 minst utvecklade länderna.

**Licens** - ett avtal om rätt att nyttja annans rättighet.

**Låginkomstländer** - Motsvaras av länder med en bruttonationalinkomst per capita som är lägre än 1 006 USD.

**Läkemedelsindustrin** - Den industri som företag som arbetar med utveckling och produktion av läkemedel är verksamma inom.

**Medelinkomstländer** - Motsvaras av länder med en bruttonationalinkomst per capita mellan 1 006 USD och 12 235 USD.

**Producer Surplus** - Producentens vinst.

**Projekt** - Ett planerat arbete av större omfattning med tydligt definierade mål.

**Royalty** - En avgift som licenstagaren betalar till licensägaren för användning av en licens.

**Strategi** - Ledning av en verksamhet i sin helhet.

**Tillgänglighetsarbete** - Arbete som bedrivs för att möjliggöra tillgänglighet av läkemedel. Innefattar både strategiskt arbete och projektbaserade initiativ.

**Tvångslicensiering** - En form av licensiering där ägaren av en rättighet tvingas av en stat eller juridisk enhet till att licensiera ut en rättighet.

# Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| 1 Inledning.....   | 1  |
| 1.1 Bakgrund.....  | 1  |
| 1.2 Problemformulering.....  | 2  |
| 1.3 Syfte.....   | 3  |
| 1.4 Frågeställningar.....  | 3  |
| 2 Metod.....   | 4  |
| 2.1 Metodansats.....   | 4  |
| 2.2 Arbetsätt.....   | 4  |
| 2.3 Utformning av kartläggning.....  | 4  |
| 2.4 Datainsamling.....   | 6  |
| 2.4.1 Insamling av sekundärdata.....   | 6  |
| 2.4.2 Intervjuer.....  | 6  |
| 2.5 Metoddiskussion.....   | 8  |
| 2.6 Avgränsningar.....   | 8  |
| 3 Teoretiskt ramverk.....  | 10 |
| 3.1 Teknologi, innovation och äganderätt.....                                  | 10 |
| 3.2 Produkt och prissättning.....  | 13 |
| 3.3 Företagets mål och incitament.....   | 17 |
| 4 Kartläggning av läkemedelsföretagens tillgänglighetsarbete.....              | 19 |
| 4.1 Stöttande organisationer.....  | 19 |
| 4.2 Forskning och utveckling.....  | 20 |
| 4.3 Patent och licensiering.....   | 22 |
| 4.4 Prissättning, tillverkning och distribution.....                           | 24 |
| 4.5 Produktdonationer.....   | 26 |
| 4.6 Samhällsbyggande initiativ.....  | 29 |
| 5 Analys av läkemedelsföretags tillgänglighetsarbete.....                      | 32 |
| 5.1 Svårigheter och möjligheter med tillgänglighetsarbete.....                 | 32 |
| 5.1.1 Forskning och utveckling, patent och licensiering samt prissättning..... | 32 |
| 5.1.2 Produktdonationer och samhällsbyggande initiativ.....                    | 34 |
| 5.2 Läkemedelsföretagens incitament och ansvar.....                            | 36 |
| 6 Slutsats.....  | 39 |

|  |    |
|--|----|
| Referenslista .....  | 40 |
| Appendix A.....  | 46 |
| A1: Översikt <i>Access to Medicine Index 2016</i> .....        | 46 |
| A2: Poängsättning i <i>Access to Medicine Index 2016</i> ..... | 47 |
| Appendix B.....  | 48 |
| B1: Intervjufrågor för företag .....                           | 48 |
| B2: Intervjufrågor för forskare.....                           | 49 |

# 1 Inledning

Detta kapitel syftar till att introducera läkemedelsindustrin för att därefter presentera dilemmat som finns mellan tillgänglighet av läkemedel och vinstintressen hos läkemedelsföretag. Med utgång från problemformuleringen presenteras därefter rapportens syfte och frågeställningar.

## 1.1 Bakgrund

Läkemedelsindustrin avser den industri som utvecklar, tillverkar och tillhandahåller läkemedel (McGuire, Hasskarl, Bode, Klingmann, & Zahn, 2007). Industrin har sitt ursprung i de apotek och kemikaliebolag som växte fram under 1800-talet (Daemrlich & Bowden, 2005). Dessa kemikaliebolag började sedan syntetisera kemikaliska substanser, vilket så småningom kom att leda till en framväxt av olika läkemedel (Jörnmark & Lindgren, u.d.). Idag kan tre olika typer av företag sägas vara verksamma inom läkemedelsindustrin: små/medelstora tillverkare av generiska läkemedel, stora multinationella företag med intern forskning och utveckling (FoU), samt innovationsföretag som utvecklar några få preparat. Tillverkningen av läkemedel är centrerad till Nordamerika och Europa, och tillgången likväl som konsumtionen av läkemedel är ojämnt fördelad världen över.

Vidare karakteriseras läkemedelsindustrin av en hög grad av FoU och dyra utvecklingskostnader (Jiborn, Pihl, Sjöo, & Wengström, 2014). Ett läkemedel kostar i genomsnitt mellan 10–15 miljarder kronor att utveckla och få godkänt för att sälja (LIF, 2018). På grund av ökade krav på kontroll och tester ökar utvecklingskostnader, och detta sammanvägt med utvecklingsperioder på runt 10–15 år gör att det krävs mycket stora investeringar för att ta fram nya läkemedel (Jörnmark & Lindgren, u.d.).

För att ge incitament till fortsatt forskning finns patent, vilket ger innehavaren möjligheten till ensamrätt att utnyttja en uppfinning, i detta fall en kemisk substans, på en viss marknad under en begränsad tid. Ett patent gör dock inte att innehavaren direkt får ensamrätt att utnyttja en uppfinning, utan ger snarare möjligheten att stoppa andra från att utnyttja den (Granstrand, 2016). Trots att patentsystemet genom incitament möjliggör fler nya läkemedel, finns det en diskussion kring hur effektivt det faktiskt är med tanke på att det också kan hämma tillgången av läkemedel för de som verkligen behöver det. Genom att patentsystemet möjliggör en monopolsituation kan därigenom priserna sättas högt, vilket är ett stort problem på marknader med låg betalningsförmåga (Sterckx, 2004).

Läkemedelsindustrin skiljer sig från andra branscher i det att den påverkar människors hälsa i en sådan omfattande utsträckning. I Sverige ökar den förväntade medellivslängden med ungefär två månader per år, vilket till stor del kan hänföras till utvecklandet av nya läkemedel (Jiborn m.fl., 2016). Trots en hög utvecklingstakt inom hälso- och

läkemedelsforskning kan inte alla dra nytta av det, och folkhälsosituationen ser väldigt olika ut runt om i världen (WHO; WIPO; WTO, 2012). I höginkomstländer lever mer än två tredjedelar av befolkningen till över 70 år, och vanligaste dödsorsaken är av kronisk karaktär som exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar. I låginkomstländer når däremot endast en femtedel av befolkningen en ålder av 70 år. Där är infektionssjukdomar, vilka det till många finns läkemedel mot, den vanligaste dödsorsaken.

Enligt UNICEF (2018) lever idag 767 miljoner människor i extrem fattigdom. Hårdast drabbade är länderna i subsahariska Afrika samt i Sydasiens. Miljontals människor världen över har inte tillgång till de läkemedel de behöver, och en stor anledning till detta är de höga priserna patentsystemet möjliggör (Hoen, 2016). Samtidigt är patent en viktig del i att främja innovation och utveckling av nya läkemedel. Här skapas alltså ett dilemma med avseende på innovation kontra tillgänglighet, som berör många parter. Dels berör det företag inom läkemedelsindustrin, då de är beroende av incitament och intäkter för att vara verksamma. Inte minst påverkar det de människor som faktiskt behöver läkemedel, och därigenom också samhällen i stort. Då läkemedelsföretagen är en central aktör i tillgänglighetsfrågan är det således intressant att undersöka deras arbete kring detta.

## 1.2 Problemformulering

Bakgrunden lyfter dilemmat som skapas i och med företagets behov av avkastning på sitt investerade kapital och konsumenternas behov av läkemedel. Detta uttrycker sig i form av ett gap mellan priset på ett läkemedel och konsumentens betalningsförmåga. Något som exemplifierar det höga priset patent möjliggör är hur prisutvecklingen av HIV-medicin sett ut de senaste 15–20 åren (Hoen, 2016). Den första medicinen patienter med HIV får (s.k. ”first line treatment”) kostade först runt 15 000 USD per patient och år. När det sedan blev tillåtet att tillverka generiska kopior och konkurrens därför satte in, sjönk priset till 140 USD per patient och år.

Generellt brukar ett läkemedels pris sjunka när dess patent går ut. Detta kan förklaras av att en konkurrenssituation uppstår och att priset som följd närmar sig tillverkningskostnaden, som för läkemedel är relativt låg. Som nämnts tidigare är det framtagningsprocessen som genererar de höga kostnaderna, och därmed de höga priserna, som bidrar till problemsituationen.

Det finns många olika initiativ som syftar till att möjliggöra tillgänglighet av läkemedel. Initiativen skiljer sig åt i omfattning och tillvägagångssätt, men de karaktäriseras av att de tillgängliggör läkemedel till fler patienter. Majoriteten av dessa bedrivs i Afrika, Sydamerika och Sydasiens, vilket förklaras av den höga fattigdom som förekommer där.

Flera av projekten drivs av företag, hjälporganisationer, mellanstatliga organisationer och stater. Stor vikt har legat vid att organisationer och stater måste agera tillsammans med läkemedelsföretagen för att förbättra situationen (WHO, 2011). Ahmadiani & Nikfar

(2016) och många med dem menar dock att kommersiella företag inte har lika stort ansvar i att främja tillgänglighet då deras främsta syfte är att generera vinst åt sina ägare.

Utifrån detta är det således intressant att undersöka företagens arbete kring tillgänglighet, samt vilka bakomliggande incitament som finns gällande denna typ av arbete.

## **1.3 Syfte**

Syftet med rapporten är att kartlägga hur stora patentinnehavande läkemedelsföretag arbetar med strategier och initiativ som syftar till att möjliggöra tillgänglighet av patenterade läkemedel i låg- och medelinkomstländer. Vidare ämnar rapporten analysera svårigheter och möjligheter med sådana strategier och initiativ, samt vilka incitament som ligger bakom denna typen av arbete.

## **1.4 Frågeställningar**

För att uppfylla syftet ska följande frågeställningar besvaras:

- Vilka olika typer av strategier och initiativ jobbar läkemedelsföretag med för att möjliggöra tillgänglighet av läkemedel?
- Vilka svårigheter och möjligheter finns med läkemedelsföretagens tillgänglighetsarbete?
- Vilka incitament ligger bakom läkemedelsföretagens tillgänglighetsarbete?

## 2 Metod

Detta kapitel presenterar den metod som tillämpats för att besvara rapportens frågeställningar. Inledningsvis beskrivs metodansatsen, därefter arbetssättet följt av ett avsnitt om kartläggningens utformning och ett om datainsamlingen. Kapitlet avslutas med metoddiskussion och en diskussion om avgränsningar.

### 2.1 Metodansats

Metodvalet för studien är en kartläggning av läkemedelsföretags tillgänglighetsarbete. Kartläggningen har gjorts med hjälp av kvalitativa data i form av intervjuer och sekundärkällor. Enligt Eriksson och Wiedersheim-Paul (2008) kan en kvalitativ studie användas för att undersöka innebörden i mer komplexa sammanhang, och ge en mer nyanserad studie jämfört med att använda rent kvantitativa metoder. Detta lämpar sig för denna studie som ämnar att förstå läkemedelsföretags agerande. För att i analysen kunna knyta an till relevant teori, har även ett teoretiskt ramverk utformats.

### 2.2 Arbetssätt

Studiens arbetsprocess har utgjorts av en iterativ process som rört sig mellan teoretiskt ramverk, kartläggning, datainsamling och analys. Denna typ av process innebär att arbetet med rapportens olika delar sker parallellt (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2008), vilket lämpar sig väl för studien då författarna i utgångsläget haft begränsade ämneskunskaper. Detta har inneburit att arbetets omfattning och innehåll successivt vuxit fram som en följd av att ny information dykt upp under studiens gång. Tillvägagångssättet har således kontinuerligt genererat nya infallsvinklar till problemområdet och lett fram till en både bredare, men framförallt djupare rapport.

### 2.3 Utformning av kartläggning

Urvalet av de företag som behandlas i kartläggningen har baserats på de som ställt upp på intervju. Dessa har kompletterats med ytterligare sex företag, med anledning att täcka in de tio högst rankade företagen i *Access to Medicine Index 2016* (se Appendix A1). Access to Medicine Index (ATMI) publiceras vartannat år av Access to Medicine Foundation, och är ett index som ger insikt i hur 20 av de största forskande läkemedelsföretagen presterar i sitt tillgänglighetsarbete (Access to Medicine Foundation, 2018). Rankingen är oberoende och bedömer sju tekniska områden utifrån fyra strategiska pelare, (se Appendix A2). De kartlagda företagen med respektive ATMI-poäng redovisas i Tabell 1.

| FÖRETAG   | ATMI-POÄNG |
|---|------------|
|  abbvie            | 2,39/4,00  |
|  AstraZeneca       | 2,53/4,00  |
|  GILEAD            | 2,45/4,00  |
|  gsk               | 3,43/4,00  |
|  Johnson & Johnson | 2,93/4,00  |
|  MERCK             | 2,83/4,00  |
|  MSD               | 2,65/4,00  |
|  NOVARTIS         | 2,87/4,00  |
|  novo nordisk    | 2,35/4,00  |
|  Pfizer          | 1,87/4,00  |
|  Roche           | 1,36/4,00  |
|  SANOFI          | 2,58/4,00  |

Tabell 1. Företagen tillsammans med deras ATMI-poäng från 2016.

Med inspiration från ATMI:s sju tekniska områden har kartläggningen delats upp i de fem områdena: forskning och utveckling, patent och licensiering, prissättning, tillverkning och distribution, produkt donationer samt samhällsbyggande initiativ. Uppdelningen har gjorts för att kunna kategorisera liknande strategier och initiativ från olika företag tillsammans, för att på så vis ge överskådlig bild över de olika områden som företag generellt engagerar sig inom. För att kartläggningen ska hålla ett tydligt fokus och inte bli alltför omfattande, har ett urval av tillgänglighetsarbete från de berörda företagen gjorts. Således bör kartläggningen inte ses som heltäckande, utan snarare som en representativ bild över det tillgänglighetsarbete som idag bedrivs.

## 2.4 Datainsamling

Vikten av informationshantering, och att redan tidigt i rapportskrivningsprocessen bedöma vilka källor som är lämpliga att använda, är något som Eriksson & Wiedersheim-Paul (2008) trycker på. De beskriver två olika typer av data; primärdata, vilket kräver insamling av nya uppgifter, och sekundärdata som redan finns tillgänglig i artiklar och annan litteratur. Vid datainsamlingen har primärdata likväl som sekundärdata använts då de bedöms ha en kompletterande funktion.

### 2.4.1 Insamling av sekundärdata

För att skapa kännedom och för att ge inblick i området har sekundärkällor använts. Dessa har mer bestämt bidragit med information om vilka problemen är, vilka de verksamma aktörerna är samt hur deras tillgänglighetsarbete ter sig. Det finns många publikationer som behandlar problemområdet, och en grundläggande förståelse kunde skapas genom att studera dessa. Dessutom finns detaljerad information om företagens tillgänglighetsarbete tillgänglig i företagsrapporter, på företagens hemsidor samt i *Access to Medicine Index 2016*. Då det funnits utförlig information om företagens initiativ att tillgå, har den insamlade sekundärdatan bedömts som tillräcklig för att kartläggningen ska förmedla en representativ bild av det tillgänglighetsarbete som idag bedrivs. Således har sekundärdatan också ansetts räcka för att besvara den första frågeställningen, nämligen att kartlägga olika typer av strategier och initiativ för att möjliggöra tillgänglighet av läkemedel. För att besvara resterande två frågeställningar gällande vilka svårigheter, möjligheter samt incitament som finns kopplade till företagens tillgänglighetsarbete har sekundärdatan kompletterats med primärdata.

### 2.4.2 Intervjuer

Den primärdata som använts i rapporten har erhållits via intervjuer. Information som uppkommit under intervjuerna har integrerats i kartläggningen och använts för att kommentera strategier och initiativ samt belysa svårigheter och möjligheter med dessa. Intervjuerna har även gett en större förståelse för hur läkemedelsföretag agerar och vilka incitament som finns kopplade till att bedriva tillgänglighetsarbete. Intervjuerna har på så vis underlättat för att besvara frågeställningarna gällande svårigheter, möjligheter och incitament.

Enligt Blomqvist och Hallin (2015) är intervjuer att föredra för att ge en grundlig förståelse av, och för att tillföra nya dimensioner till, det studerade området. För att kunna genomföra givande intervjuer studerades först sekundärkällor i form av årsrapporter och företagshemsidor i syfte att erhålla en ökad förståelse för varje enskilt företags engagemang. Därefter formulerades intervjufrågor som gav stort utrymme för diskussion med de intervjuade (se appendix B för intervjufrågor). Intervjuerna som har genomförts är alltså av semistrukturerad karaktär. Enligt Hedin (1996) lämpar sig denna typ av

intervjuupplägg väl för syftet att utforska hur intervjuobjekt resonerar, då det går att anpassa intervjufrågorna beroende på intervjuobjektets intresseområde och kompetens.

Intervjuförfrågan skickades ut till samtliga 20 företag i *Access to Medicine Index 2016*, vilket resulterade i sex intervjuer. De sex intervjuade representerar fem stora företag (notera att Janssen Cilag är ett dotterbolag till Johnson & Johnson). Respondenterna från företagen har varierande befattningar, men gemensamt är att de jobbar med och/eller är insatta inom området. Förutom företag har även en forskare och en branschorganisation intervjuats för ytterligare infallsvinklar. Sammanlagt har därmed åtta intervjuer utförts.

Intervjuerna utfördes via telefon, med undantag för en intervju som genomfördes på det intervjuade företagets kontor i Stockholm. Två intervjuare deltog i respektive intervju (med undantag för intervjun med Lars Franksson, där en intervjuare deltog), där en primärt agerade som intervjuare och den andra antecknade. Intervjuerna spelades in för att möjliggöra citering. I Tabell 2 återfinns de intervjuade tillsammans med deras roll, samt vilket företag de representerar. Notera dock att representanterna i resterande del av rapporten har anonymiserats. Detta då fokus med primärdatan har varit att bidra med resonerande tankar kring tillgänglighetsarbetet i stort, och *vem* som citerats bedöms därmed inte tillföra något till rapporten.

| NAMN                    | FÖRETAG                            | ROLL   |
|-------------------------|------------------------------------|--|
| Karolina Antonov        | LIF                                | Analyschef                                   |
| Dr. Jens Bitsch-Norhave | Johnson & Johnson                  | Head of Business Development & Licensing     |
| Dr. Lars Franksson      | Roche                              | Value and Innovation Manager                 |
| Dr. Thomas Hedner       | Sahlgrenska<br>Universitetssjukhus | Professor på Göteborgs<br>Universitet        |
| Dr. Peter Hovstadius    | Novartis                           | Chief Scientific Officer/Medical<br>Director |
| Niclas Karlsson         | GSK Sverige                        | VD   |
| Dr. Stefan Lindbäck     | Janssen Cilag                      | Senior Nordic Medical Advisor<br>Virology    |
| Dr. Bengt Mattsson      | Pfizer                             | Manager CSR & Environmental<br>Affairs       |

Tabell 2. Intervjuobjekt.

## 2.5 Metoddiskussion

Vid genomförandet av kartläggningen insamlades stora mängder information. För att kartläggningen inte skulle bli alltför omfattande och spretig, valdes mycket information bort. Detta kan kritiserars då urvalet baserades på subjektiva bedömningar vilket har påverkat vad som i slutändan finns med i kartläggningen. Genom att utelämna strategier och initiativ ges möjligen inte en fullständigt rättvis bild av vad respektive företag faktiskt gör för att möjliggöra tillgänglighet av läkemedel. Det bör alltså noteras att rapporten inte syftar till att ge en heltäckande kartläggning, vare sig det gäller initiativ, strategier eller företag, utan snarare en representativ bild.

Vidare har en del av de strategier och initiativ som presenteras enbart baserats på information från företagen. Ett allt för ensidigt perspektiv kan ge en skev bild av verkligheten. I de fall där informationen inte kompenseras med vidare källor finns det således en risk att kartläggningen framställs med viss vinkling. Dock utfördes kartläggningen i syfte att undersöka dilemmat ur just företagens perspektiv, och således ses detta inte som ett betydande problem.

Att inte alla som kontaktades kunde ställa upp på en intervju begränsar till viss del omfånget av de primärkällor som rapporten bygger på. De intervjuer som genomförts har dock varit väldigt givande och innehållsrika och ses därför som tillräckliga.

## 2.6 Avgränsningar

För att studien skulle vara möjlig att genomföra med ett tydligt fokus gjordes ett antal avgränsningar vilka är beskrivna nedan.

Studien utgår ifrån att patentsystemet är en förutsättning för innovation och därigenom samhällsutveckling. Utgångspunkten är således att läkemedelsföretag generellt tar patent på sina innovationer, därav undersöker studien ej alternativa lösningar till patentsystemet. Studien syftar istället till att kartlägga strategier för att forska fram och utveckla nya läkemedel, samt strategier som tillämpas efter att patent erhållits. Det finns diskussioner kring huruvida patentsystemet är helt välfungerande i läkemedelsbranschen (Hoen, 2016), men i och med att syftet är att undersöka insatser för att möjliggöra tillgänglighet utifrån rådande omständigheter är dessa diskussioner inte relevanta för just denna studien.

Ytterligare en avgränsning har gjorts i och med att kartläggningen enbart behandlar tillgänglighetsarbete i låg- och medelinkomstländer. Således inkluderas ej tillgänglighetsarbete som riktar sig mot grupper med låg betalningsförmåga i höginkomstländer, varför en del av företagens tillgänglighetsarbete exkluderas från rapporten. Detta gör även att företag som är mer verksamma i höginkomstländer och arbetar med att öka tillgängligheten där ges mindre fokus. Tillgänglighetsarbetet runt

utveckling och användning av antibiotika påverkar höginkomstländer såväl som låg- och medelinkomstländer, och är därmed ett undantag till denna avgränsning.

## 3 Teoretiskt ramverk

Kapitlet syftar till att ge en bättre teoretisk förståelse för problemområdet, samt presentera teori som avses ligga till grund för den analys som senare genomförs. Då tillgänglighetsarbete kan ske på olika nivåer i företagets värdekedja är ramverket uppdelat i tre delar med olika fokus. Först presenteras ett avsnitt om teknologi, innovation och äganderätt. Därefter ett avsnitt om produkt och prissättning. Dessa delar ämnar ligga till grund för analys kring hur företagen jobbar med tillgänglighet på teknologi- respektive produktnivå. Slutligen presenteras teori kopplat till företagets mål och incitament i syfte att möjliggöra en analys om bakomliggande incitament till tillgänglighetsarbete i stort.

### 3.1 Teknologi, innovation och äganderätt

Granstrand (2016) definierar teknologi som en kropp av teknologisk information och/eller kunskap. Vidare nämner han att teknologi kan förekomma i transaktioner på marknader förkroppsligad i människor, produkter och/eller företag, men kan också förekomma i fristående form. Köandet och säljandet av information på någon form av teknologimarknad för med sig svårigheter på grund av informationens unika icke-materiella och icke-exkluderande egenskaper.

Innovationer är en stor bidragande faktor till den ekonomiska utvecklingen (Holgersson, 2012). Granstrand (2016) beskriver en innovation som en uppfinning som är värdefull och kommersiellt applicerbar, medan en uppfinning beskrivs som en initial skiss eller idé för en ny produkt, process eller system. En uppfinning blir således en innovation när den kommersialiseras, exempelvis när den börjar säljas. Inom läkemedelsindustrin kan en innovation innebära en specifik molekyl eller substans som utvecklats i syfte att behandla en sjukdom eller åkomma (Munos, 2009).

En tillgång kan enligt Granstrand och Holgersson (2015) beskrivas som någon form av tilldelad äganderätt (eng. *assigned ownership*), medan en immateriell tillgång är en tillgång som inte går att ta på, som exempelvis kunskapen om en ny molekylstruktur. Vidare karakteriseras kunskap som en så kallad kollektiv vara, vilket innebär att konsumtion av en aktör inte hindrar andra aktörer från att konsumera samma vara, samt att det är svårt att exkludera andra aktörer från att använda varan (Holgersson, 2012).

Som nämnts tidigare karakteriseras läkemedelsindustrin av långa utvecklingstider och höga utvecklingskostnader, det är därför viktigt att kunna ta till vara på värdet av investeringarna. Detta beskrivs av Holgersson (2013) som *appropriering*, vilket syftar på möjligheten att tillgodoräkna sig avkastningen på investeringar. Mycket forskning kring detta handlar om olika sätt att skydda innovationer från att imiteras och utnyttjas av andra, då detta leder till att värdet kan hamna hos andra. Detta är en risk för läkemedelsföretag, då det är lätt att kopiera och tillverka läkemedel för bara en bråkdel av investeringarna

som krävs för att ta fram det (Lehman, 2003). Problem med att ta tillvara på värdet från investeringar kan i sin tur leda till underinvesteringar i FoU och innovationer (Holgersson, 2012).

Då teknisk utveckling är viktigt för den ekonomiska tillväxten, försöker stater på olika sätt främja investeringar inom teknologi och utveckling. Ett sätt att göra detta är genom patentsystemet (Holgersson, 2012). Ett patent är enligt Holgersson ett dokument som utfärdas av ett statligt organ och ger innehavaren rättigheten att utesluta andra aktörer från att producera en specifik produkt eller process under ett förutbestämt antal år i det land som patentet söks. Som ensam producent har den patentinnehavande aktören generell större möjligheter till att göra ekonomisk vinning på sin patenterade produkt.

För att innovationen ska vara patenterbar ska den vara ny, ha uppfinningshöjd och kunna tillgodogöras industriellt (PRV, 2018a). Vidare ger patent bara ett nationellt skydd; har patentet sökts i Sverige gäller det således bara i Sverige, men ansökning om patent kan göras i flera länder inom tolv månader från det att första ansökan lämnats in. I samband med att ett patent utfärdas släpps information till allmänheten kring innovationen och hur den fungerar (Granstrand, 2016). Patentsystemet finns alltså i syfte att stimulera och ge incitament för att investera i FoU, för att stimulera kommersiellt utnyttjande av innovationer, samt att sprida teknisk information till allmänheten.

En teori som behandlar äganderätt är property rights theory (PRT). Detta är en så kallad *theory of the firm*, vilket är en samling teorier som förklarar både varför företag existerar, men också hur de relaterar till samhället och incitament kring varför de agerar som de gör. PRT definierar företaget med avseende på de resurser som företaget äger och belyser därmed äganderätt som central i ekonomisk organisering (Holgersson, 2012). Tre typer av rättigheter som är utmärkande för tillgångar är (1) rätten att använda och forma en resurs, (2) rätten till inkomst från en resurs och (3) rätten att överlåta ägandet av en resurs. Coase visade att det ur samhällets perspektiv inte spelar någon roll var ägandet ligger eftersom det leder till optimalt resursutnyttjande oavsett, så länge någon är ägare (Granstrand, 2016). Detta förutsätter att det inte finns några transaktionskostnader samt att äganderätten kan överlåtas fritt, vilket kan ses som problematiskt eftersom det dels är kostsamt att hävda sin äganderätt och samtidigt kostsamt att överlåta den (Holgersson, 2012). PRT belyser alltså att ägande, ur samhällets synvinkel, fyller en viktig funktion. Patentsystemet fungerar som ett sätt att fördela ägande samtidigt som det ger incitament åt företagen att investera i utveckling.

När ett patent har erhållits finns det alltså olika sätt att hantera äganderätten. Förutom att behålla sin ensamrätt, kan exempelvis licensiering användas (Granstrand, 2016). Licensiering innebär att innehavaren av patentet låter en annan part få tillgång till en del av eller hela patentet och kan i gengäld få kompensation för detta.

WHO (2001) beskriver ett avtal framtaget av World Trade Organization (WTO) som behandlar licensiering och relaterar till studiens område; *The Agreement on Trade-*

*Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS). Det började gälla 1995 och innan dess fanns i många utvecklingsländer inte så tydliga regleringar av patent, därigenom kunde företag sälja kopior av läkemedel. Som en följd av att TRIPS-överenskommelsen kraftigt begränsar möjligheten att tillverka kopior, har priserna för många läkemedel höjts avsevärt. Som ett svar på detta antogs 2001 *The Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, vilket möjliggjorde flexibilitet kring de tidigare överenskommelserna, i syfte att skapa bättre tillgänglighet av läkemedel. Bland annat möjliggör deklARATIONEN för användning av statlig tvångslicensiering på patent för läkemedel.

Förutom licensiering kan även samarbete med andra aktörer (*joint ventures*) utnyttjas vid kommersialisering av den patenterade uppfinningen genom exempelvis gemensam marknadsföring (Granstrand, 2016), alternativt kan patentinnehavaren helt enkelt sälja eller ge bort sitt patent (PRV, 2018b).

När patenttiden gått ut har andra aktörer möjlighet att imitera och utnyttja innovationen. Om de väljer att äntra marknaden kommer således en konkurrenssituation att uppstå (Granstrand, 2016). En konkurrenssituation resulterar oftast i att priserna sänks, genom att de olika aktörerna tävlar om konsumenterna genom att sätta lägre priser än sina konkurrenter. Sådana situationer är vanligt förekommande inom läkemedelsindustrin, där generikabolag börjar sälja billiga generiska kopior av läkemedel när patentet gått ut.

Patentsystemet har kritiserats då det bland annat, i och med monopolsituationen patentet kan generera, ger upphov till överprissättning (Holgersson, 2012). Som beskrivet i problemformuleringen är detta ett stort problem i de fall då konsumentens betalningsförmåga understiger detta pris, eftersom konsumenten då inte får tillgång till läkemedel som i vissa fall är livsnödvändiga.

Vidare kritiserar patentsystemet för att inte vara tillräckligt flexibelt, då det inte tar hänsyn till att olika aktörer och teknologier påverkas olika. För teknologier med lång produktlivscykel och höga investeringskrav, vilket är fallet med läkemedel, tar det generellt längre tid att nå en positiv avkastning på det investerade kapitalet (Holgersson, 2012). I fallet med läkemedel har dock en viss flexibilitet åstadkommit. I de flesta fall ger patent ett skydd i upp till 20 år, men på grund av den långa utvecklingstiden har företag inom läkemedelsindustrin möjlighet att ansöka om en förlängning av patenttiden på max 5 år (PRV, 2018c).

Trots att patentsystemet kritiserats, ibland till den grad att vissa menar att det borde avskaffas, är det svårt att veta hur det hade fungerat utan ett sådant system (Holgersson, 2012). I just läkemedelsindustrin är patentsystemet dessutom en viktig byggsten i affärsmodellen för företag som bedriver FoU (Carbone, 2003). Företagen förlitar sig på att kunna sätta höga priser för att få tillbaka de stora initiala investeringar som krävs för att ta fram nya läkemedel. Dessutom är det bara en liten andel av alla läkemedel som klarar sig förbi alla tester och krav, vilket leder till att många investeringar aldrig

genererar intäkter. Carbone (2003) uttrycker att “*High risk requires the prospect of rich reward to justify the investment*”, och för att uppnå detta är patent centralt.

Som svar på den kritik som patentsystemet stött på angående konsekvenserna av de höga priserna i läkemedelsindustrin, uttrycker Lehman (2003) att ”*this is not the result of the patent system. It is the result of lack of a source of funding for the purchase of drugs for those currently too poor to buy them themselves.*” Han menar alltså att problemsituationen har uppkommit till följd av en brist av resurser på konsumentens sida, snarare än en brist hos patentsystemet överlag.

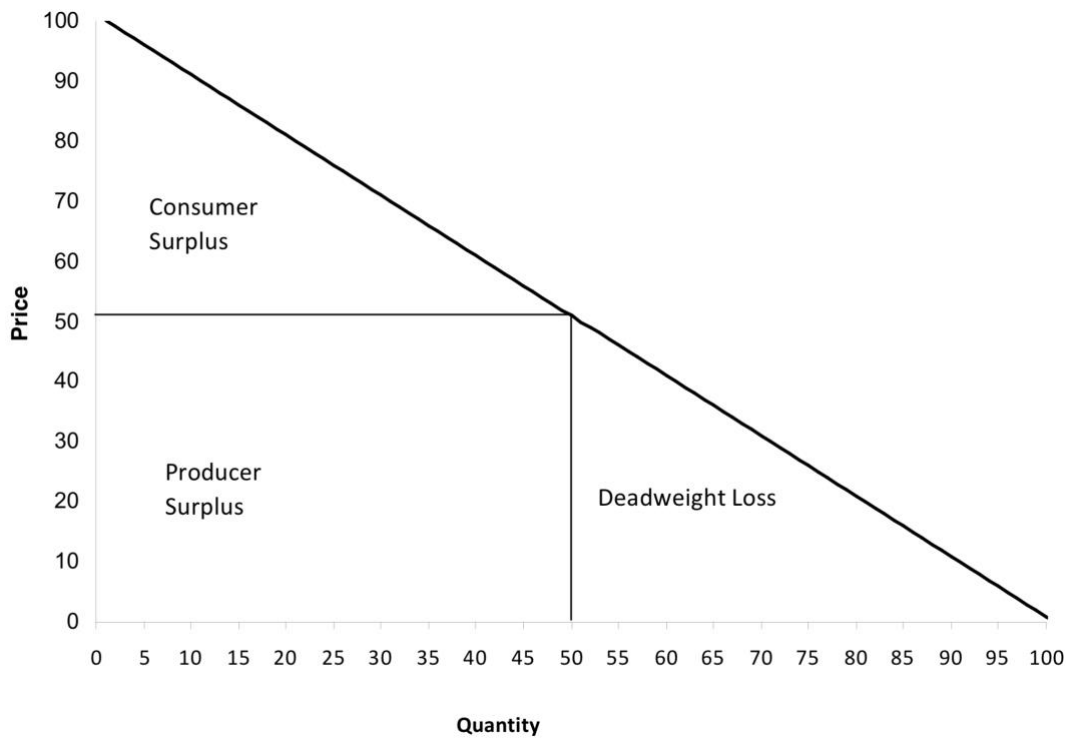
## 3.2 Produkt och prissättning

Likväl som en teknologi kan tillgängliggöras genom teknologihandel kan även en framtagen produkt baserat på en teknologi tillgängliggöras genom exempelvis olika prissättningsstrategier. Som tidigare nämnt ger ett patent upphov till en monopolsituation, dock innebär det inte alltid att ett patentinnehavande företag kommer kunna sätta ett monopolpris. Flynn, Hollis & Palmedo (2009) förklarar detta med att en patenterad produkt kan ha ett eller flera substitut, vilket möjliggör konkurrens på marknaden, och således begränsas prissättningen för patentinnehavande företag. Alltså kan en monopolsituation uppstå först när det inte finns några effektiva substitut till produkten. I läkemedelsindustrin kan det exempelvis inträffa då ett nytt patenterat läkemedel innehåller en substans som verkar på ett sätt som inget tidigare läkemedel gör. Flynn m.fl. (2009) menar att vid en sådan situation begränsas endast patentinnehavarens prissättning av efterfrågan, då ett högre pris kan leda till lägre försäljningsvolym, och därigenom resultera i en lägre lönsamhet.

De företag som behandlas i rapporten verkar globalt och säljer således sina produkter på marknader av olika karaktär. Granstrand (2016) nämner att sådana företags aktiviteter och processer är komplexa och kan karaktäriseras på flera sätt. Vad det gäller prissättning utgår företaget från en efterfrågekurva som avspeglar marknadens betalningsvilja (eng. *willingness to pay*). Vid prissättning i en monopolsituation maximerar monopolisten sin vinst genom att sätta ett högre pris än vid en konkurrenssituation. Då uppstår enligt Flynn m.fl. (2009) två typer av förluster. Dels en förlust för konsumenten, i form av minskad *consumer surplus* (skillnaden mellan konsumentens betalningsvilja och produktens pris), som betalar ett högre pris jämfört med om det skulle funnits konkurrerande produkter på marknaden. Ytterligare en förlust till följd av ett monopolpris uppstår i form av de uteblivna transaktioner som hade kunnat genomföras vid ett lägre pris (men som ändå överstiger marginalkostnaden). Dessa uteblivna transaktioner benämns ofta *deadweight loss*, på grund av att det varken uppstår ett *producer surplus* (producentens vinst) eller ett *consumer surplus*.

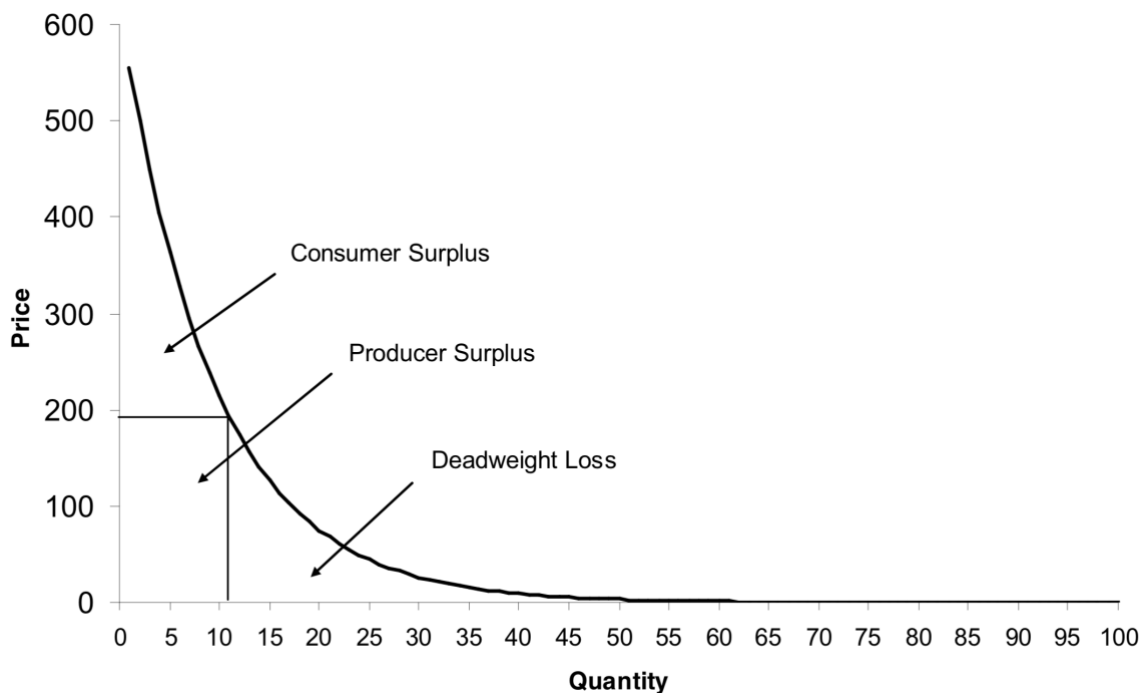
Flynn m.fl. (2009) illustrerar två modeller där efterfrågekurvorna har olika utseende. I den första är efterfrågekurvan linjär (se Figur 1). I praktiken finns det dock alltid en viss

grad av konvexitet eller konkavitet på efterfrågekurvan, men modellen fungerar för att på ett enkelt sätt förklara de mekanismer som styr monopolistens prissättning.



Figur 1. Linjär pris-efterfrågekurva utan marginalkostnad. Priset är satt för att maximera arean av producer surplus, producentens vinst (Flynn, Hollis, & Palmedo, 2009).

Företaget med monopol kommer sätta det pris som maximerar producer surplus för den givna efterfrågekurvan, genom att höja priset tills dess att de ökade intäkterna per försäljning inte längre överskrider intäktsförlusten från det minskade antalet försäljningar (Flynn m.fl., 2009). Den tidigare nämnda förlusten, deadweight loss, är i det här fallet hälften så stor som producer surplus till följd av kurvans linjäritet. I normalfallet brukar en marginalkostnadskurva inkluderas, men i denna modell har marginalkostnaden satts till noll. Detta för att på ett förenklat sätt spegla läkemedelsindustrin som karaktäriseras av höga fasta kostnader i form av FoU, i förhållande till relativt låga produktionskostnader.



Figur 2. Konvex pris-efterfrågekurva utan marginalkostnad. Priset är satt för att maximera arean av producer surplus, producentens vinst (Flynn, Hollis, & Palmedo, 2009).

I det andra exemplet som tas upp (se Figur 2) är efterfrågekurvan starkt konvex vilket är karaktäristiskt för efterfrågan på patenterade läkemedel i utvecklingsländer med stora inkomstklyftor. På en sådan marknad förändras det vinstmaximerande priset markant som en följd av att priselasticiteten i den plana änden av kurvan är hög. Detta innebär att endast en liten prisförändring får ett stort utslag på kvantiteten. Monopolisten vinstmaximerar i en sådan situation genom att sätta priset riktat mot den branta änden av kurvan, där stora prisförändringar får minimal påverkan på kvantiteten (Flynn m.fl., 2009). Som en följd av detta uppstår i detta exempel en deadweight loss som är betydligt större i förhållande till producer surplus än i det tidigare exemplet. Enligt artikelförfattarna är det just deadweight loss som ofta benämns som problemet gällande tillgänglighet av läkemedel. Det finns delvis en förväntan hos samhället att företaget ska överbrygga denna deadweight loss genom att tillgodose även de som inte har råd att betala det vinstmaximerande priset (Yadav, 2010). Att inte hänföra sig till detta kan därför komma att skada företagets rykte.

Ett sätt för företag att minska deadweight loss är att tillämpa differentierad prissättning, en prissättningsstrategi som syftar till att sätta olika priser för olika kundgrupper (Moon, Jambert, Childs, & Schoen-Angerer, 2011; Ridley, 2005). Störst inverkan har en sådan strategi i en industri där kunderna har en hög betalningsvilja i förhållande till produktionskostnaden, vilket generellt är fallet i läkemedelsindustrin. Differentierad prissättning har som följd av detta fått stort genomslag som ett sätt att förbättra tillgången till läkemedel (Moon m.fl., 2011). För att anamma och upprätthålla en differentierad prissättning måste företagen enligt Ridley (2005) uppfylla tre villkor: För det första måste

de ha en stark marknadsposition, vilket i läkemedelsindustrin uppnås genom patent. Vidare måste de ha uppfattning om deras kunders betalningsvilja, eller mer korrekt i det här sammanhanget, betalningsförmåga. Slutligen måste de ha förmåga att hindra återförsäljning mellan kundgrupper (arbitrage). För att strategin ska ge upphov till en "win-win"-situation måste företagen ha möjlighet att sätta ett högt pris på de marknader där efterfrågan är oelastisk, och ett lågt pris där efterfrågan är elastisk (Yadav, 2010). Läkemedelsföretag har dock svårt att tillgodogöra data om kundernas betalningsförmåga, varför många företag inom industrin väljer att segmentera olika marknader utefter relaterade mått som inkomstnivå.

Som nämnt i kapitlets inledande stycke kan en monopolsituation uppstå först när det inte finns ett effektivt substitut till produkten, finns det substitut kan istället konkurrens uppstå och i en konkurrenssituation råder andra mekanismer. Det mest extrema fallet är perfekt konkurrens, beskrivet av Granstrand (2016) som en högt simplificerad marknadsstruktur som baserar sig på följande antaganden: (1) att det inte finns några produktvarianter, (2) att det är så många företag på marknaden att individuella beslut om prissättning inte påverkar marknadspriset, (3) att det är många konsumenter, (4) att det inte finns inträdesbarriärer på marknaden, (5) att företag och konsumenter har perfekt information och (6) att det inte existerar några maskopier. Vid perfekt konkurrens blir priset samma som marginalkostnaden, som motsvarar kostnaden för att tillverka ytterligare en produkt (Granstrand, 2016). Företagets optimering handlar i det här fallet att avgöra vilken kvantitet de ska producera då priset bestäms av konkurrensen.

Konkurrens inom läkemedelsindustrin kan uppstå till följd av en mängd olika orsaker, med den gemensamma nämnaren att läkemedlet inte är ensamt på marknaden om att lösa ett visst problem. När konkurrens råder mellan olika patenterade läkemedel ser situationen annorlunda ut än vid perfekt konkurrens, dels då det finns faktiska skillnader mellan produkterna, men även då samtliga företag behöver erhålla ett högt producerat surpluss för att täcka sina höga FoU-kostnader (Flynn m.fl., 2009). Licensierar däremot ett patentinnehavande företag ut ett patent, antingen frivilligt eller genom en tvångslicens, ges generikaföretag möjlighet att tillverka och sälja kopior av produkten. Det uppstår då en situation som påminner mer om perfekt konkurrens, om man ser till de villkor Granstrand (2016) nämner, och således kommer priserna på marknaden att röra sig mot marginalkostnaden. Liknande konkurrenssituation uppstår när patenttiden löpt ut och andra aktörer ges möjlighet att imitera innovationen och äntra marknaden. Fenomenet benämns som *patent cliff* och innebär i korta drag att produkten, som tidigare varit patenterad, sjunker drastiskt i pris och därmed inte längre kan säljas till det höga pris som patentet möjliggjorde (DeRuiter & Holston, 2012).

### 3.3 Företagets mål och incitament

Ett övergripande syfte med företag är enligt Kantarelis (2010) att tillfredsställa behov; dels ägarens behov, men också konsumenternas behov. Företaget, eller ägaren av företaget, identifierar ett behov hos konsumenter och ämnar därefter att producera en tjänst eller en produkt som tillfredsställer detta behov. I gengäld får företaget en intäkt som distribueras mellan ägarna, de anställda, underleverantörerna och, i form av skatt, till samhället. Generellt sett, vilket också visat sig genom historien, är samhällen rikare om privata företag tillåts existera gentemot om företag är centralt styrda av staten.

I 3.1 nämns PRT som en *theory of the firm*, ytterligare en sådan teori är det neoklassiska perspektivet, vilket beskriver företaget som en black box med teoretiska produktions- och efterfrågefunktioner (Kantarelis, 2010). Teorin säger bland annat att företagets enda mål är att vinstmaximera, men enligt Kantarelis är detta synsätt bristande eftersom det inte behandlar skillnader i incitament mellan företagets ägare, ledning och anställda. Han menar vidare att den neoklassiska synen ignorerar både interna och externa transaktionskostnader och dess roll i att förklara företagets uppkomst och beteende.

Förutom incitament att vinstmaximera och att utnyttja sin äganderätt kan det finnas andra bakomliggande orsaker till företags agerande. Exempelvis menar Borghesi, Houston, & Naranjo (2014) att personliga åsikter och värderingar inom företag kan påverka investeringar i bland annat välgörenhetsprojekt, som görs utan målet att maximera vinsten. Swärd (u.d.) beskriver just välgörenhet och det relaterade uttrycket filantropi som ”*osjälvisk hjälp till människor som är i nöd eller att hjälpa sämre lottade*”. Båda begreppen innefattar alltså initiativ, projekt och handlingar som syftar till att hjälpa behövande, oftast utan något krav på något i utbyte. Trots att begreppen kan överlappa varandra bör skillnader klargöras. Payton & Moody (2008) belyser denna skillnad genom att beskriva välgörenhet som något som syftar till aktioner för att minska lidande, medan filantropi innebär arbete som syftar till att förbättra livskvaliteten för de utsatta. I läkemedelsindustrin kan skillnaden mellan välgörenhet och filantropi exemplifieras genom olika typer av initiativ. Arbete som syftar till att bygga upp en individs eller ett lands egna förmåga att behandla en viss typ av sjukdom, genom exempelvis utbildningar, är mer filantropiska medan att ge ut gratis vaccin snarare kan ses som välgörenhet.

I företagssammanhang brukar filantropiska och välgörande projekt benämnas som *Corporate Social Responsibility* (CSR). Grankvist (2009) beskriver att CSR generellt handlar om företags frivilliga ansvarstagande utifrån tre aspekter: ekonomiskt ansvarstagande, miljömässigt ansvarstagande och socialt ansvarstagande. Ekonomiskt ansvarstagande handlar om att tjäna så mycket pengar som möjligt för att ta ansvar inför aktieägarna och miljömässigt ansvarstagande handlar om att driva verksamhet som inte påverkar miljön negativt. Socialt ansvarstagande däremot handlar om att ta hänsyn till andra medborgares hälsa och välbefinnande, och är således en intressant aspekt i denna

rapport. För att långsiktigt lyckas bedriva en hållbar verksamhet måste dessa områden balanseras mot varandra på ett effektivt sätt.

Gällande hur mycket ansvar företag bör ta belyser Grankvist (2009) att det finns flera olika åsikter. Historiskt sett har det funnits en tydlig uppfattning om vilka ansvarsområden den privata, offentliga och ideella sektorn bör ha i samhället. Detta uttryckte Milton Friedman sin åsikt om i en artikel från New York Times på 1970-talet, där han ansåg att det enda sociala ansvaret ett företag har är att öka sin vinst. Många med honom har påstått att samhällsansvar är något som hör till offentligheten och att det är tveksamt om ett sådant agerande kan gynna aktieägarna, och menar att ”*the business of business is business*”. Vissa menar dock enligt Grankvist att det ena inte behöver utesluta det andra, och idag uppfattar många konsumenter hållbarhetsarbete som värdeskapande. Vidare uttrycker Porter & Kramer (2002) att hållbarhetsarbete som är utfört på ett strategiskt och genomtänkt sätt kan bidra till möjligheter, innovation och konkurrensfördelar.

Ett exempel på när företag har tagit ett stort socialt ansvar är när Nils Bohlin på Volvo i slutet på 50-talet lanserade trepunktsbältet (Volvo Cars, 2009). Uppfinningen patenterades men Volvo lät andra aktörer använda den fritt. I och med detta har Volvo besparat miljontals liv, utan några licensintäkter. Detta hade kunnat ses som en moralisk och osjälvisk handling, men samtidigt beskriver Alestig (2013) att detta sociala ansvarstagande passade med Volvos profil och att hålla patentet för sig själva hade stridit emot deras bild utåt kopplat till säkerhet.

Gällande läkemedelsföretag menar Nussbaum (2009) att de står inför ett unikt etiskt dilemma eftersom de har möjligheten att tillhandahålla produkter som kan rädda liv, likt exemplet med Volvo. Vidare menar han att detta innebär att läkemedelsbolag har ett extra stort CSR-ansvar jämfört med andra sorters bolag. Nussbaum föreslår också att läkemedelsbolag bör jobba med CSR inte bara på etiska grunder utan också för att undvika kritik från hjälporganisationer, journalister och andra granskande aktörer. Vidare nämner han att CSR bör prioriteras hos just läkemedelsföretag för att förbättra företagets rykte, för att attrahera och motivera företagets anställda och för att reducera behovet av statliga regleringar.

Sammanfattningsvis kan CSR-investeringar genomföras av flera anledningar, och det behöver inte nödvändigtvis finnas en målkonflikt mellan vinstmaximering och ansvarstagande. Många investeringar görs av rent strategiska skäl för att förbättra företagets rykte och locka nya anställda eller för att förbättra relationer med kunder och andra externa aktörer, aktiviteter som på lång sikt kan tillföra värde till företaget. Grankvist (2009) beskriver att många företagsledare idag kan uppfattas ha en mer öppen syn på ansvar än vad Friedman argumenterade för, men oavsett läggs vikt vid att välgörenhet eller filantropiska projekt inte ska vara bortkastade pengar utan ska helst ge avkastning i form av förbättrade relationer, ökade intäkter eller bra PR.

## 4 Kartläggning av läkemedelsföretagens tillgänglighetsarbete

Kartläggningen är uppdelad i fem områden: forskning och utveckling, patent och licensiering, prissättning, tillverkning och distribution, produkt donationer samt samhällsbyggande initiativ. Uppdelningen har gjorts för att kunna kategorisera och placera liknande projekt från olika företag tillsammans, och på så vis ge en överskådlig bild över de olika områden som företag engagerar sig inom. Kartläggningen tar inte upp alla initiativ från de berörda företagen, men ämnar tillgodose läsaren med projekt som ger en representativ bild över problemområdet. I kartläggningen förekommer vissa andra aktörer än just företag som på olika sätt arbetar med eller påverkar tillgänglighet. Dessa presenteras kort nedan.

### 4.1 Stöttande organisationer

*World Health Organization (WHO)* är ett FN-organ vars målsättning är att bidra till en bättre och hälsosammare framtid för människor runt om i världen (WHO, 2018). Således arbetar WHO mycket med tillgänglighetsfrågor och figurerar som samarbetspartner i flera av initiativen i kartläggningen. De publicerar också vartannat år *List of Essential Medicines*, vilket är en lista över de läkemedel som anses mest säkra och effektiva för att möta ett sjukvårdssystemets viktigaste behov.

*Bill and Melinda Gates Foundation* är en stiftelse som stöttar och samarbetar med andra organisationer och företag i syfte att förbättra livskvalitet runt om i världen (Bill and Melinda Gates foundation, 2018). Stiftelsen är inblandad i ett flertal av de projekt som presenteras i kartläggningen.

Ytterligare en organisation som förekommer i kartläggningen är *Medicines Patent Pool (MPP)*. De samarbetar med stora internationella organisationer, patentinnehavande läkemedelsföretag, generikaföretag, hälsoorganisationer samt stater. MPP:s syfte är att främja innovation och öka tillgängligheten av läkemedel mot HIV, hepatit C och tuberkulos (Medicines Patent Pool, 2018a). Deras strategi innebär att de inledningsvis ingår ett partnerskap med patentinnehavare som licensierar sitt patent till poolen. Detta görs genom en *voluntary license*, det vill säga en licensiering som av sker på företagets beväg (motsats: *compulsory license*). Därefter licensierar MPP ut rättigheter att tillverka läkemedlen till generikaföretag som sedan säljer läkemedlen i utvecklingsländer till ett lågt pris (Medicines Patent Pool, 2018b). Genom konkurrens bland generikaföretagen hålls priserna nere och fler människor får tillgång till läkemedlen. Utöver att producera läkemedlet ges generikaföretagen även möjlighet att kombinera flera olika läkemedel till en kombinationsdos eller att anpassa läkemedlet till exempelvis barn.

Slutligen utgår flera företag i sitt tillgänglighetsarbete från FN:s *Sustainable Development Goals* (FN, 2018). Det är en agenda med mål som syftar till att innan år 2030 uppnå en viss grad av hållbar utveckling inom olika områden, däribland hälsa. Exempelvis finns mål för vilka sjukdomar som ska utrotas, och många företag väljer att jobba med tillgänglighetsprojekt i linje med dessa.

## 4.2 Forskning och utveckling

FoU-projekt är långsiktiga och kräver stora resurser från läkemedelsbolagens sida. Trots detta jobbar flera företag med att utveckla läkemedel som inte är särskilt kommersiellt gångbara, men som har hög prioritet ur folkhälsoperspektiv. Detta gäller främst tre olika typer av läkemedel: (1) läkemedel som behandlar sällsynta sjukdomar, (2) läkemedel som behandlar sjukdomar som endast existerar i låg- och medelinkomstländer, (3) läkemedel som av naturliga skäl endast bör användas i begränsad utsträckning, främst antibiotika. Det gap mellan hög folkhälsoprioritet och små kommersiella incitament som utmärker dessa läkemedel definieras av Access to Medicine Foundation (2016) som *high-priority, low-incentive product gaps*. Inom denna kategori specificeras 84 olika sjukdomar, däribland malaria, HIV/AIDS och tuberkulos.

Viljan att utveckla läkemedel av folkhälsoskäl snarare än kommersiella skäl skiljer sig åt mellan de olika företagen. De fem företagen GSK, Merck KGaA, Johnson & Johnson, Sanofi och Novartis är högst rankade i *Access To Medicine Index 2016*s FoU-kategori (Access to Medicine Foundation, 2016). Dessa företag utmärker sig genom att ha ett tydligt fokus på folkhälsa inom sina respektive FoU-strategier, bland annat kopplar de sina FoU-strategier till de högprioriterade sjukdomar som definieras inom FN:s *Sustainable Development Goals*. De fem företagen står, tillsammans med Abbvie, för en majoritet av all läkemedelsutveckling, och nästan tre fjärdedelar av all utveckling mot de sjukdomar som definieras under high-priority, low-incentive product gaps (Access to Medicine Foundation, 2016). Utveckling av denna sortens läkemedel är alltså till stor del koncentrerad hos några få stora läkemedelsbolag. Att nya incitamentsstrukturer behövs för att uppmuntra denna sortens utveckling höll de flesta av de intervjuade med om. En av dem uttryckte sig så här:

*“Om man tittar på sjukdomar som framförallt är vanliga i utvecklingsvärlden, olika typer av tropiska sjukdomar, så måste vi hitta andra betalningssätt, vi måste hitta andra skäl till att bedriva arbete, annat då än strikt klassiskt kommersiella.”*

Flera av de som intervjuats nämner Bill & Melinda Gates Foundations arbete som ett exempel på en sådan potentiell incitamentsstruktur, då stiftelsen har en rad olika forskningsstipendium för utveckling av vaccin och läkemedel för sjukdomar som är vanliga i fattiga länder.

Trots många engagemang inom FoU belyser de som intervjuats att det finns områden som är svåra att angripa som företag, däribland det unika fallet med utveckling av antibiotika mot multiresistenta bakterier. Bland annat beskrivs svårigheter med att ta fram en antibiotika som har de egenskaper som krävs för att bita på bakterierna, då dessa redan har utvecklat resistens mot existerande preparat. Då antibiotika helst inte bör användas alls för att förhindra en uppbyggnad av resistens hos bakterierna blir det således dessutom svårt att hitta incitament för att utveckla detta. Nya antibiotika är alltså ett unikt fall eftersom slutprodukten helst inte ska användas.

Från en intervju framgår det att utvecklingen av antibiotika är mindre ekonomiskt attraktivt i jämförelse med till exempel kroniska sjukdomar, där patienten är i behov av en behandling under en längre period. Om företaget kan välja mellan att utveckla ett läkemedel för en kronisk sjukdom eller för en infektionssjukdom, har den kroniska sjukdomen troligen därför en säkrare affärsmodell eftersom att intäktsströmmarna är mer långsiktiga. En av företagsrepresentanterna menar däremot att prioritering av framtida intäktsströmmar framför patienthälsa riskerar att skada förtroendet för företaget:

*“...Det finns också saker som vi gör som resulterar i att vi får lägre försäljning. Jag menar när vi ger stöd till tidig diagnostik av lungcancer, ja men i bästa fall kan man ju operera och bota patienten, då har vi ju noll försäljning eftersom de flesta av våra läkemedel är för patienter i en situation där de inte längre går att bota, där de har spridd cancer. Då är det apropå hållbarhet, en trovärdighetsfråga för oss.”*

I en annan intervju diskuteras just svårigheten kring att ett kommersiellt bolag måste tjäna in sina investeringskostnader för ett preparat.

*”Hur hanterar man ett område där det är väldigt dyrt att forska fram en produkt, men lyckas man forska fram en produkt så vill man, åtminstone från samhällets perspektiv, helst inte använda det? [...] Vi är ju kommersiella organisationer så det är klart att vi måste kunna sälja våra mediciner och leverera på våra förväntningar när det kommer till att vara lönsamma. Men här har vi ju en situation då vi helst inte vill använda den medicinen vi forskar fram.”*

Som en följd av att läkemedlet inte kan säljas utifrån volym, krävs det enligt flera av de intervjuade nya finansiella modeller för den här typen av läkemedel. Modeller som inte bygger på att läkemedelsföretagen investerar stora pengar i forskning för att sedan behöva tjäna tillbaka pengar när läkemedel tillhandahålls, istället bör risken delas mellan flera aktörer under hela utvecklingsprocessen. Ett samarbete mellan myndigheter, industri och akademien bör enligt flera av de intervjuade således etableras. Som exempel belyser en av de som intervjuats det svenska projektet Strama. Myndigheter erbjuder företag utvecklingskontrakt där de, ifall företagen lyckats utveckla nya preparat, lovar att köpa upp en förutbestämd volym av nya preparaten. Akademien bidrar dessutom med forskningsstöd till företagen. Ett annat intervjuobjekt påpekar att samarbetet kanske inte leder till stora marginaler, men att det i alla fall täcker kostnaderna.

För att möta antibiotikaproblemet signerade år 2016 ett stort antal företag, däribland AstraZeneca, GSK, Johnson & Johnson, MSD, Merck KGaA, Novartis, Pfizer, Roche och Sanofi, den så kallade Davosdeklarationen. I och med detta inkluderar deklarationen totalt 98 företag, och är utformad av farmaceutiska, biotekniska och diagnostiska aktörer för bekämpning av antibiotikaresistens (Access to Medicine Foundation, 2016). Utöver deklarationen har de också tagit fram generella principer för global aktivitet med fokus på FoU för att möta behoven av mindre bemedlade länder.

Enligt Anti Microbial Resistance Industry Alliance (AMR Industry Alliance) rapporteras det att 22 av dessa samarbetande företagen har investerat mer än två miljarder USD i FoU relaterad till antibiotikaresistens (AMR Industry Alliance, 2018). Mer än två av tre av de involverade företag har dessutom planer på att förbättra tillgången på deras produkter mot antibiotikaresistens. Davosdeklarationen är det första exemplet av en industriledd respons mot antibiotikaresistens som förespråkar ett öppet samarbete och är därför ett första steg mot ett ökat framtida arbete.

### 4.3 Patent och licensiering

Access to Medicine Foundation (2016) nämner tre huvudstrategier som företag använder för att arbeta med tillgänglighet relaterat till patent och licensiering. Dessa innefattar: att undvika att ansöka om eller upprätthålla patent i låg eller medelinkomstländer, att förse lokala producenter med icke-exkluderande licensavtal till lokala aktörer i syfte att öka konkurrensen, och slutligen att företag är transparenta med vilka läkemedelspreparat de utvecklar och att de visar vilka de söker patent för. Det sistnämnda är viktigt för att öka samarbetsgraden mellan läkemedelsbolag, vilket i sin tur kan leda till en effektivare och mer innovativ utvecklingsprocess.

För att säkra investeringar och för att uppnå en finansiell hållbarhet i att utveckla och distribuera läkemedel behöver företags preparat patentskyddas. Både Novartis och GSK har dock tagit beslutet att inte hävda IP-rättigheter i *least developed countries* (Novartis, 2017; GSK, 2018). Resultatet av beslutet är att generikaföretag har möjlighet att tillverka och sälja preparatet till ett lägre pris.

Sex av de företag som berörs i rapporten; Abbvie, GSK, Gilead, MSD, Pfizer och Roche, arbetar tillsammans med organisationen Medicines Patent Pool (MPP) för att licensiera ut patent till generikaföretag i syfte att öka tillgängligheten av patenterade läkemedel (Medicines Patent Pool, 2018c). GSK och Pfizer har genom sitt gemensamma företag Viiv Healthcare tre HIV-läkemedelsrelaterade licensavtal med MPP. Ett av avtalen är helt utan royaltavgift på samtliga marknader medan de två andra har royaltavgifter på mellan 0–10% beroende på vilken geografiska marknad som läkemedlet säljs på (Medicines Patent Pool, 2018d).

Abbvie har två licensavtal med MPP. Det första som tecknades år 2014, berörde HIV-bromsmedicinerna lopinavir/ritonavir (LPV/r) och gav MPP rättigheter att licensiera den pediatrika versionen av LPV/r till generikaföretag och därmed ge barn ökad tillgång till läkemedlet (Medicines Patent Pool, 2018d). Ett år senare tecknades ytterligare ett licensavtal som inkluderade rättigheter för generikaföretag att även tillverka och sälja vuxendoser av LPV/r till behövande i samtliga länder i Afrika. Båda licenserna är fria från royaltyavgifter.

Även Gilead licensierar ut patent till generikaföretag. De använder sig av MPP och har därigenom totalt sex licensavtal, samtliga för HIV-medicin, varav en utan royaltyavgift och resterande med en avgift på 5% (Medicines Patent Pool, 2018d). Som följd av deras licensieringsinitiativ sker 98% av försäljningen av deras HIV-medicin i låg- och medelinkomstländer via generikaföretag och priserna för dessa har därmed sänkts med 80% de senaste åtta åren (Gilead, 2018).

Slutligen har även MSD ett licensavtal med MPP gällande HIV-läkemedlet raltegravir. Licensieringen möjliggör avgiftsfri generikatillverkning och försäljning av läkemedlet till barn i över 92 länder, och täcker därmed in drygt 98% av de utvecklingsländer där barn lever med HIV (Medicines Patent Pool, 2018d).

Många av de ovanstående läkemedlen är dock nära slutet av sin patenttid. Eftersom läkemedelsbolags värde främst ligger i patenträttigheter, är det rimligt att utgå från att dessa kommer försvaras, speciellt de patent som är tidiga i sin livscykel och har potential att bli storsäljare. En av de intervjuade beskriver det så här:

*“Om vi skulle vara beredda att släppa våra patentskydd i förtid? [...] Där är vi stenhårda, våra immateriella rättigheter, de står vi alltid upp för - av det enkla skälet att det är hela vår rikedom. Om man slarvigt tittar på prismekanismerna inom läkemedelsindustrin; vi har 20 års patentskydd på en substans, det brukar ta minst 10 år att utveckla, det innebär att när det når marknaden har vi ungefär 10 år kvar. Under den perioden anser vi oss ha rätt att ta ganska bra betalt för de här läkemedlen. När patentet faller så sjunker kanske priset med 90–95%. Så är det och det accepterar vi. Däremot när länder inte respekterar våra patenträttigheter - då tar vi till juridiska medel. Det betyder inte att vi inte skulle kunna komma överens med ett land om att ‘under den här situationen som råder just nu så kan vi ge tillåtelse’, men att vi skulle släppa patentskyddet mer generellt, det är helt otänkbart.”*

Det har funnits flera fall där stater har valt att inte respektera läkemedelsbolags patenträttigheter, med påföljden att läkemedelsbolagen stämt staten i fråga. Ett uppmärksammat sådant fall skedde 1998 då 39 läkemedelsbolag gick ihop och stämde den sydafrikanska staten efter att denna lagstiftat om fri import av generika, vilket är i strid med amerikansk patentlagstiftning (Swarns, 2001). Efter påtryckningar från

allmänheten, men också större institutioner som EU och WHO, valde läkemedelsbolagen att lägga ner sin stämningsansökan.

## 4.4 Prissättning, tillverkning och distribution

Prissättning av läkemedel varierar mellan olika länder. Eftersom marginalkostnaden för ett läkemedel ofta är låg jämfört med utvecklingskostnaden finns det mycket utrymme för prisförändring utan att det resulterar i ett negativt täckningsbidrag för företaget (Basu, Joglekar, Rai, Suresh, & Vernon, 2008). Det handlar alltså sällan om att konsumenter i rika länder subventionerar konsumtion av läkemedel i fattiga länder, utan konsumenterna i de fattiga länderna bidrar också till att täcka utvecklingskostnaden, om än till en mindre del. Denna typ av prisdifferentiering hänger på att en monopolsituation existerar, information om betalningsvillighet och att det inte finns möjlighet till parallellhandel mellan länder (Ridley, 2005).

Novartis profilerar sig med en strategi för rättvis prissättning för att öka tillgängligheten av läkemedel i fattiga länder. Inom ramen för denna strategi har företaget, som en del av sitt *Novartis Access*-program, sålt 15 olika läkemedel till sex afrikanska länder för en amerikansk dollar per månadsdos (Novartis, 2017). Företaget använder sig dessutom av lokala varumärken i syfte att förhindra parallellhandel mellan länder och för att minska ledtiderna för att få ut mediciner som redan är tillgängliga i rika länder. Enligt Novartis själva har detta lett till att tre till fem gånger så många patienter får tillgång till preparaten i låg- och medelinkomstländer jämfört med traditionella kommersiella metoder.

Prisdifferentiering av läkemedel som främjar tillgänglighet sker enligt Access to Medicine Foundation (2016) oftast genom att socioekonomiska faktorer räknas in i priset. Inom läkemedelsbolag omfattas prissättning ofta av stark sekretess, varför det är svårt att säga hur dessa olika faktorer vägs mot varandra. Darunavir, vars patent innehas av Johnson & Johnson, finns på WHO:s lista över viktiga läkemedel; WHO Essential Medicines List. Läkemedlet är av typen antiviralt medel, och används för att behandla HIV/AIDS. Vid prissättning av läkemedlet tar Johnson & Johnson hänsyn till fyra socioekonomiska faktorer, vilket har lett till att medicinen i många länder säljs till ett pris som inte är vinstdrivande för företaget. Dessa fyra faktorer utgörs av:

1. Utbredning av sjukdomen
2. Den ekonomiska och hälsomässiga situationen i området
3. Läkemedlets kostnad
4. Tillgänglighet av offentliga medel för finansiering av läkemedel

Effekten av denna prissättning är exempelvis att darunavir erbjuds för ett månadspris på 36 USD i subsahariska Afrika (Access to Medicine Foundation, 2016). Detta är att jämföra med en månadskostnad på över 200 USD i USA (Hamilton, 2015).

Johnson & Johnson har även för tuberkulosmedicinen bedaquiline valt att använda en socioekonomiskt differentierad prissättning. Resultat är att behandlingen kostar 30 000 USD i höginkomstländer, 3 000 USD i medelinkomstländer och 900 USD i låginkomstländer (WHO, 2015).

Vilka socioekonomiska faktorer som spelar in vid tillgänglighetsfrämjande prissättning varierar mellan olika bolag och satsningar. Ännu ett exempel ges från *Access to Medicine Index 2016* är prissättningen av antibiotikan Amoxicillin, där GSK tar hänsyn till åtta lokala socioekonomiska faktorer. Dessa faktorer är följande:

1. Till vilken grad sjukdomen påverkar samhället
2. Till vilken grad allmän finansiering finns
3. Demografisk och befolkningsmässig fördelning
4. Ekonomisk utveckling
5. Ekonomisk ojämlikhet
6. Logistiska faktorer
7. Patientinformationsfaktorer
8. Hur läkemedlet används

Johnson & Johnson och GSK ligger dock utanför normen i branschen, då läkemedelsbolag i genomsnitt endast tar hänsyn till två socioekonomiska faktorer (Access to Medicine Foundation, 2016). Utöver hänsyn till socioekonomiska faktorer, har GSK även ett prissättningstak för least developed countries (GSK, 2017). Företaget har sedan 2010 begränsat priset på alla sina patenterade läkemedel och vacciner inom dessa länder till högst 25% av priset i västra Europa.

En av de företagsrepresentanter som intervjuats belyser parallellhandel som ett potentiellt problem med en differentierad prisstrategi. Ett läkemedel som är betydligt billigare i vissa länder riskerar att packas om och sedan säljas i andra länder där samma läkemedel säljs till ett högre pris, därmed kan en produkt konkurrera ut motsvarande produkt avsedd för en annan marknad. I takt med att patientens rörlighet ökar så ökar även utmaningarna med att hantera så kallade hälsosor. Problemet beskrivs såhär i en intervju:

*“Du vill få tillgång till en behandling som i Europa kostar 100 000, av rena accesskäl säljer vi den bara för 1000 i Egypten. Då kan man ju flyga ner patienter som får bo på en resort i Egypten under tre veckor under behandlingsperioden. [...] I värsta fall så betyder ju det här att det kommer leda till att industrin anser att man inte kan ha så pass stor differentierad prissättning, och då finns det ju risk att priserna faktiskt ökar i utvecklingsvärlden för att kompensera att vi sänker lite grann i den industrialiserade världen.”*

En differentierad prissättning har i dagsläget framförallt positiva effekter på tillgänglighet av läkemedel i utvecklingsländer. Men som ovanstående citat påvisar kan denna differentierade prissättningen vara hotad till följd av människors och gods ökade

rörlighet, vilket kan ha en negativ inverkan på tillgänglighet i låg- och medelinkomstländer.

Ett sätt för företagen att möjliggöra en viss prissättning är att arbeta med effektiva distributions- och tillverkningslösningar. Inom detta område är en strategi att läkemedelsbolagen granskar sina lokala distributörer för att se till att deras prissättning är i linje med företagets önskan, och att det inte tas ut orimliga marginaler. Ett exempel på detta är hur Novo Nordisk inom sitt projekt BAAF Distribution Optimisation har granskat hela sin värdekedja inom sin afrikanska affärsenhet. Detta har lett till att de justerat ner vissa återförsäljares marginaler och hjälpt lokala distributörer att optimera sin försörjningskedja (Access to Medicine Foundation, 2016). Vidare har Novo Nordisk nyligen etablerat en produktionsanläggning i Algeriet, delvis med ambitionen att öka andelen lokalproducerade läkemedel i regionen (Novo Nordisk, 2016).

Eftersom tillverkning av läkemedel kräver teknisk expertis, kan läkemedelsbolagen bidra till inhemsk produktion hos mindre bemedlade länder genom att utbilda kompetent personal och finansiera tillverkningsanläggningar. AstraZeneca har genom ett samarbete med Tianjins universitet i Kina startat ett gemensamt labbprojekt där företaget aktivt bidrar med finansiering och teknisk expertis för att förbättra tillverknings säkerheten i Kina (Access To Medicine Foundation, 2016). Denna satsningen är en följd av förekomsten av bristande säkerhetsstandarder i Kina och andra delar av Asien. Denna typen av satsning är dock ovanlig. Oftast brukar tekniskt utbyte av denna typen ske med enskilda tillverkningsenheter i berörda länder och inte med hela institutioner.

## 4.5 Produktdonationer

Under kategorin produktdonationer berörs de projekt som handlar om tillhandahållning av olika typer av läkemedel utan kostnad. Med det sagt så behandlas inte de donationer som sker i form av uppbyggnad av infrastruktur, utan dessa belyses senare under kategorin samhällsbyggande initiativ.

Donationer av läkemedel sker generellt genom att läkemedelsbolag donerar läkemedel vars patent har löpt ut, men i vissa fall görs det även med patenterade läkemedel (Access to Medicine Foundation, 2016). Nästan alla donationsprojekt ämnar lösa ett tydligt definierat problem, till skillnad från mer generella donationer i syfte att bygga upp ett lands läkemedelslager. Man brukar skilja på strukturerade donationsprogram, som syftar till att lindra en långsiktig problemsituation, och ad hoc-projekt, som främst innefattar kortsiktiga donationer för katastrofsituationer och dylikt.

De flesta ad hoc-projekt ser ungefär likadana ut. Vid en akut situation publicerar den lokala regeringen en lista på de läkemedel som behövs. Därefter skickar företag, stater och organisationer relevanta läkemedel till mottagarlandet. Efter jordbävningen i Gujarat, Indien år 2001 publicerade lokala regeringen en lista på nödvändiga läkemedel (WHO,

2010). Därefter mottogs 1308 ton läkemedel från både privata och offentliga aktörer. I efterhand fick majoriteten av dessa läkemedel förstöras, eftersom de aldrig kom till användning. Att för mycket läkemedel skickas vid dessa situationer är vanligt, dessutom beskriver WHO stora problem med att irrelevanta, dåligt märkta, eller utgående läkemedel skickas. Anledningen till detta är att inställningen hos många företag, stater och organisationer som skickar läkemedel är att nästan vad som helst är användbart för det mottagande landet.

Till skillnad från ovannämnda ad hoc-projekt så genomförs strukturerade donationsprojekt ofta i samarbete med lokala partners över en längre tidsperiod. *Access to Medicine Index 2016* visar en ökning av strukturerade donationer av mediciner för sjukdomar inom kategorin *neglected tropical diseases*. Rapporten nämner också ett ökat fokus bland läkemedelsbolag på specifika målgrupper och länder, istället för mer generella projekt.

Inom ramen för sitt donationsprojekt *New Horizons: Advancing Pediatric HIV* satsar Janssen Cilag på att behandla HIV/AIDS-smittade i subsahariska Afrika och i least developed countries (Janssen Global Services, 2017). En stor del av detta projekt består i att förse de berörda länderna med de antiretrovirala läkemedlet darunavir och etravine. Donationerna är helt kostnadsfria för de länder som uppfyller kraven för klinisk kapacitet och viljan att genomföra uppföljande HIV-behandlingar.

Ytterligare ett exempel på ett företag som arbetar med att bekämpa HIV bland barn är Abbvie. De förser organisationen Direct Relief med cirka 29 miljoner gratis ”rapid HIV tests”. Kortfattat kan man beskriva dessa tester som ett medel för att testa en patient för HIV genom ett stickprov i fingret och få resultat på betydligt kortare tid än vid vanliga blodprov som behöver skickas till ett labb (Fine, 2017). Genom att göra testerna mer lättillgängliga kan stickprovet förhindra spridningen av viruset från moder till barn. År 2016 rapporterades att 12 miljoner gravida kvinnor hade testats och att drygt 225 000 potentiella virusöverföringar hade hindrats (Abbvie, 2018).

En vanlig donationsform är att samarbeta med organisationer som redan är aktiva inom tillgänglighetsarbetet, där företagen står för produkterna och organisationerna för samordningen. Ett exempel på detta är Merck KGaAs samarbete med WHO med målet att få bot på sjukdomen schistosomiasis, mer känt som snäckfeber. Merck KGaA donerar läkemedel för behandling av snäckfeber och är även medgrundare till Global Schistosomiasis Alliance vars mål är att eliminera snäckfeber (Merck, 2018). Ytterligare ett exempel på denna form av samarbete är Novartis, som genom sin välgörenhetsorganisation Novartis Foundation, arbetar tillsammans med WHO i syfte att eliminera lepra, även känt som spetälska (Novartis, 2015). Novartis donerar preparat för ca nio miljoner USD som når ca 260 000 patienter årligen. Projektet har pågått i 30 år och från början var projektets fokus att utbilda och informera om spetälska för att minska rädslan och fördomarna om sjukdomen. Projektets mål är i dagsläget undersöka smittade

patienters närstående familj och vänner, samt att utveckla metoder för att diagnostisera patienter. Utmaningen för projektet är att förhindra smittspridningen och minska antalet nya diagnoser, i nuläget är dessa ca 200–250 000 per år.

Vidare har MSD ett program där de donerar medicin för sjukdomen flodblindhet till behövande i Afrika, Sydamerika och Jemen. De har dessutom en fond för att finansiera projektet som de driver med bland annat WHO, Bill & Melinda Gates Foundation och USAID (MSD, 2018). Målet med projektet är eliminera sjukdomen helt och i Colombia, Ecuador, Guatemala och Mexiko har projektet redan lyckats med detta. Omkring 40 000 fall av blindhet uppskattas förhindras årligen tack vare detta donationsprogram.

WHO uppskattar att åtta procent av befolkningen i Georgien är kroniskt infekterade med hepatit C-viruset, vilket är bland den största utbredningen i världen (Access to Medicine Foundation, 2016). Gilead har därför lanserat ett innovativt doneringsprogram med mål att eliminera hepatit C i Georgien genom att donera sina patenterade mediciner Sovaldi och Harvoni. Genom detta program och tillsammans med amerikanska Centers for Disease Control and Prevention (CDC), assisterar Gilead Georgiens regering i att bygga en nationell eliminationsplan för hepatit C som inkluderar screening, preventiva aktiviteter, behandling och bevakning. Programmet har kategoriserats som innovativt i *Access to Medicine Index 2016* då det är ett unikt donationsprogram för att rikta sig mot hepatit C-viruset, i och med att det gäller nylanserade läkemedel snarare än äldre som förlorat sitt patent.

Genom International Trachoma Initiative arbetar Pfizer med en liknande form av donation där de tillsammans med WHO försöker utrota ögonsjukdomen trakom som orsakar blindhet. Tillsammans har de kommit överens om målet att trakom ska vara utrotat år 2020. Under en 10-årsperiod kommer all den antibiotika som krävs i de utsatta områdena att levereras gratis. Hittills har Pfizer donerat 600 miljoner doser, och sedan 2012 har antalet personer som behöver behandlas minskat med över 50% (Pfizer, 2018).

Det finns även stora utmaningar relaterat till produkt donationer. En av dessa lyfts under en intervju:

*“Det är frustrerande att se att när man då ska svälja tablett, då behöver vi ju tillgång till rent vatten naturligtvis. Det svåra var ju att få fram rent vatten, inte att få företagets läkemedel på plats.”*

Detta är något som präglar produkt donationer generellt. För att på ett effektivt sätt kunna donera läkemedel ställs stora krav på lokal infrastruktur. Även om läkemedelsbolaget gör sitt bästa för att uppnå ett gott resultat, kan projektet komma att falla på grund av omständigheter som ligger utanför bolagets kontroll. I en annan intervju beskrivs situationen på ett liknande sätt:

*“Många gånger är det faktiskt inte alltid bara att tillhandahålla medicinen eller vaccinet som är det viktiga, utan det är den infrastruktur finns, eller rättare sagt,*

*den är väldigt begränsad i vissa länder. Är det ett vaccin som ska tas i intervaller eller med flera doser, ja, då måste man ju tänka 'hur ska detta vaccinet komma ut?', vaccinet får inte utsättas för vissa temperaturer, de som ska ta vaccinet ska kunna förflytta sig dit där vaccinet är. Det sätter väldigt höga krav på infrastruktur och lokal närvaro och lokal kännedom.”*

De donationsprogram som är beskrivna ovan behandlar framförallt donationer av olika typer av läkemedel och diagnostiseringsverktyg men även donation i form av pengar till en fond eller investeringar i partnerskap. Läkemedelsbolag utför donationer till redan befintliga program, olika typer av hjälporganisationer, eller sina egna partnerprogram. Gemensamt för många av projekten är ett fokus på specifika målgrupper, och/eller sjukdomar. En tydlig trend är tillgänglighetsarbete med barn och ungdomar som målgrupp. Denna trenden exemplifieras av direkta engagemang som New Horizons donationsprogram där barn får tillgång till gratis läkemedel för behandling av HIV/AIDS, eller indirekta som Direct Relief som arbetar för att förhindra moder-till-barn-överföringar av HIV.

## **4.6 Samhällsbyggande initiativ**

Det finns flera underkategorier som läkemedelsbolag jobbar med inom ramen för samhällsbyggande initiativ. I flera intervjuer framgår att tillgänglighet många gånger inte bara handlar om att tillhandahålla medicin eller vaccin, utan även om att förbättra begränsad infrastruktur. Läkemedel måste kunna transporteras och förvaras i rätt temperaturer likväl som att patienten ska kunna förflytta sig till rätt plats. Många utvecklingsländer har dessutom stora problem med hygien som ofta leder till att människor drabbas av infektioner. Vid en infektion som till exempel gör att mat inte kan behållas så kan troligtvis inte heller en tablett det. Samtliga faktorer ställer höga krav på infrastruktur och sjukvårdsinrättningar.

Ett vanligt tillvägagångssätt för samhällsuppbyggande initiativ är enligt Access to Medicine Foundation (2016) att informera och utbilda lokala invånare och på så sätt bygga allmän medvetenhet och nödvändig kompetens inom problemområdet. Merck KGaA jobbar inom projektet *Developing Countries Vaccine Manufacturers Network* med att förse partners med sin spetskompetens inom vaccintillverkning så att de i sin tur kan utbilda personal i låg-medelinkomstländer. På så sätt bidrar Merck KGaA till att bygga lokal kapacitet för egen tillverkning av högkvalitativa vaccin, och minskar beroendet av vaccin från andra länder (Access to Medicine Foundation, 2016). En av de intervjuade trycker på nyttan som kan skapas av sådana projekt:

*“Vår verksamhet handlar ju om att göra människor friskare, leva längre och må bättre. Men vi har ju också delar, man kan tycka att det är filantropisk verksamhet, delvis är det ju det men inte bara, till exempel att vi stöttar olika utbildningsprojekt i världen [...] Det är ju å ena sidan en samhällsfunktion i det, men det är också det,*

*det har varit många genom åren och några har ju faktiskt blivit anställda av oss så där finns det ju en direkt nytta för oss.”*

Ytterligare ett exempel på utbildnings- och informationsprojekt är GSK:s återinvesteringsprojekt. För att adressera den informationsbrist som existerar om sjukdomar i fattiga länder, så återinvesterar GSK 20% av vinsten i de least developed countries där de går med vinst. Vinsten används för att tillsammans med hjälporganisationer utbilda hälsopersonal på plats i länderna, personalen ska kunna bidra till att få ner barn- och mödradödligheten men dessutom kunna möta andra behov i det allmänna sjukvårdssystemet (GSK, 2017).

Sanofi har genom sitt projekt *Schoolchildren Against Malaria* ökat afrikanska skolbarns förståelse för malaria (Sanofi, 2017). Projektet innefattar kursmaterial om bland annat hur malaria sprids, och vilka symptom man bör vara uppmärksam på. Sanofi ser dessa skolbarn som en nyckel till ökad malariakännedom och förhoppningen är att deras förståelse ska sprida sig till resten av samhället.

Ett annat tillvägagångssätt för informationsbyggande projekt är informering om finansieringslösningar. Roche har som en del av sitt projekt *The Blue Tree* jobbat med allmän informering om olika finansieringslösningar som finns tillhanda för indiska sjukvårdskonsumenter (IFPMA, 2016). Denna information sprids genom lokala koordinatörer som kontaktar patienter.

Vidare satsar Novartis inom sitt tillgänglighetsprojekt *Healthy Family* på två aspekter av samhällsbyggande, dels en social del i form av informationsspridning och utbildning men också en kommersiell del genom uppbyggnad och stöd av vinstdrivande läkemedelsverksamhet (Novartis, 2017). Informationsspridning sker genom att Novartis, genom Healthy Family-projektet, anordnar informationsträffar i låginkomstländer. Vid dessa informationsträffar lär sig deltagarna om symptom för allvarliga sjukdomar, och vikten av att söka vård vid insjukning. Målet med att ha en kommersiell del och en social del är att den kommersiella delen ska finansiera den sociala, och att projektet på så sätt ska bli självförsörjande, vilket den Indienbaserade Healthy Family-filialen blev redan efter 2,5 år.

För att långsiktigt garantera fortlevnaden av satsningar på kapacitetsuppbyggnad är det hjälpsamt om projektet är finansiellt självförsörjande. En av företagsrepresentanterna uttrycker det så här:

*“[...] Att ge bort saker och ting; pengar, projekt, prylar eller vad det nu än är, brukar sällan ge några långsiktiga effekter. [...] Vi har haft en målsättning med projekten att de, över en fem-tioårsperiod, alltså ett ganska långt spann, ska kunna bära sig själva och sen då visa en viss typ av lönsamhet. Det gör ju då att de personer och de organisationer som hanterar detta lokalt, vilket ju är jättemånga, jag tror vi samarbetar med 30–40 olika typer av non-governmental och*

*governmental organizations, de ser att det finns en självbärande faktor som också gör det hela oberoende av oss som beneficiaries. De känner att detta är något de kan äga och kan driva och kan påverka och även för den delen, känna stolthet, istället för att man bara kommer och ger och ger och ger.”*

Utöver informations- och kompetensbyggande åtgärder består samhällsbyggande initiativ även av rent tekniska lösningar. Ett exempel på detta är Novartis (2016) satsning *SMS For Life 2.0*. Inom ramen för detta projekt utvecklas en mjukvara för att kunna uppdatera lagerstatus hos läkemedelsanläggningar via mobiltelefon. På så sätt minskas risken för brister hos nödvändiga mediciner och underlättar beslutsfattning. Ytterligare ett exempel på tekniska lösningar är GSK:s satsning *mVacciNation* där man i samarbete med Vodafone har utvecklat en app som möjliggör enkel administration av vaccinationer (GSK, 2016). Appen används för att registrera vaccinpatienter, schemalägga vaccinationer och uppföljningar. Dessutom används appen för att påminna patienter via SMS om vaccinationstillfällen.

# 5 Analys av läkemedelsföretags tillgänglighetsarbete

Med hjälp av det teoretiska ramverket analyseras nedan de kategorier av initiativ som belysts i kartläggningen. Kapitlet består av två delar, där den första ämnar analysera övergripande svårigheter och möjligheter som uppkommer i företagens tillgänglighetsarbete, medan den andra delen är av mer diskuterande karaktär kring incitamenten bakom tillgänglighetsarbete i stort.

## 5.1 Svårigheter och möjligheter med tillgänglighetsarbete

Efter genomförandet av kartläggningen har det framkommit att tillgänglighetsarbete kan ske på både teknologi- och produktnivå, samt te sig i många olika former. Överlag krävs det för ett lyckat initiativ att arbetet från företagen ger rätt utslag hos mottagaren, det vill säga att en värdeöverföring sker och inte går förlorad längs vägen. När det handlar om att skapa och fånga värde präglas kategorierna i kartläggningen av olika komplexitet och risk, och med detta också olika svårigheter och möjligheter.

### 5.1.1 Forskning och utveckling, patent och licensiering samt prissättning

Områdena som tas upp i denna del av analysen handlar om övergripande strategiska beslut, som bland annat rör hur företag ska fördela forskningsresurser, hur de ska hantera sina immateriella tillgångar samt vilka priser de ska ta för sina läkemedel. I kapitlet analyseras nedanstående kategorier utifrån den risk som företagen tar samt vilket potentiellt värde som skapas.

FoU är ett område som samtliga företag i rapporten ägnar sig åt, och som särskiljer just stora läkemedelsföretag från generikaföretag som endast verkar inom produktion och försäljning. Sett till riskerna förenade med FoU, som innebär att många projekt inte lyckas och därmed inte skapar ett direkt värde, kan det tyckas omotiverat att företagen lägger resurser på detta. Det faller sig trots detta naturligt för de stora läkemedelsföretagen att göra investeringar i FoU då dessa investeringar kan resultera i till exempel nya molekylsammansättningar och således en teknologi med möjlighet till patent, vilket i sin tur ger dem en position att styra över sin prissättning. Bedriver stora läkemedelsföretag å andra sidan inte FoU, och därmed inte får fram nya innovationer, blir följden troligtvis att de tvingas konkurrera med produkter vars patent löpt ut, och prissättningen begränsas därmed som en följd av en konkurrenssituation.

Trots höga risker finns det alltså goda incitament för läkemedelsföretag att bedriva FoU, dock nämns i kartläggningen att flera av de intervjuade ser ytterligare svårigheter kring dyr forskning inom områden där det inte finns en potentiell lönsamhet. Exempel på

produkter med små kommersiella incitament är malariavaccin, där betalningsförmågan bland de drabbade ofta är för låg för att täcka FoU-kostnaden, eller antibiotika som ur ett samhällsperspektiv helst inte ska användas. I sådana här fall behövs enligt flera av de intervjuade nya finansiella modeller, som innebär att den ekonomiska risken delas mellan flera aktörer under hela processen.

När ett läkemedelsföretag väl erhållit ett patent ställs de inför olika strategiska valmöjligheter. Då de verkar på en global marknad, måste företagen ta beslut om i vilka länder de ska söka patent och inte. När företagen väljer att inte ansöka om patent gäller det oftast least developed countries. Genom att inte ansöka om patent i ett visst land görs teknologin tillgänglig, vilket i sin tur kan resultera i en mer tillgänglig produkt i och med att generikaproduktion möjliggörs. Ett beslut att inte ta patent kan tyckas vara av rent godhjärtade skäl, dock ges företag även en möjlighet att uppnå PR-fördelar, samtidigt som de inte går miste om särskilt mycket producer surplus till följd av en konvex efterfrågekurva.

Väljer företagen istället att ta patent i dessa länder står de inför nya strategiska val som innebär att de antingen tillgängliggör sina IP-rätter eller sina produkter. Ska de licensiera ut patentet till ett generikaföretag mot en royaltyavgift, eller ska de producera, prissätta och sälja produkten på egen hand? Oavsett om företagen väljer att bedriva egen försäljning och på så vis tillgängliggöra produkten, eller om de väljer att licensiera ut patentet och således tillgängliggöra teknologin uppstår svårigheter.

I syfte att vinstmaximera är det, i enighet med teorin, korrekt för ett företag med monopolsituation att prisdifferentiera gentemot olika kundsegment vars betalningsförmåga skiljer sig åt. Att avgöra ett lands betalningsförmåga är ofta svårt, dels för att den vanligtvis varierar mellan olika delar av befolkningen, men även då det är svårt att samla in data kring detta. Som följd väljer många läkemedelsföretag att utgå från BNP-baserade mått i sin prissättning, som exempelvis världsbankens *Classification by income level* (Moon m. fl., 2011). På så vis förenklas processen och de kan motivera prissättningen och samtidigt säkerställa att de har en täckning på försäljningen. Att utgå från ett sådant mått blir dock problematiskt i de fall där det råder stora samhällsklyftor, i och med att priset som sätts då inte nödvändigtvis speglar den allmänna betalningsförmågan och en stor *deadweight loss* uppstår således. För samhället vore det istället optimalt om priset alltid sätts utefter den faktiska betalningsförmågan. För läkemedel listade på *WHO Model Lists of Essential Medicines* ställs detta till och med som krav.

Oavsett om företag väljer att utgå från exempelvis BNP, eller om de använder sig av mer socioekonomiska justerade mått uppstår svårigheter då människor sällan vill betala mer än någon annan för samma produkt. Detta kan resultera i parallellhandel och svårigheter med att upprätthålla en viss prisnivå i ett land. En hög prisnivå i förhållande till betalningsförmåga kan dessutom leda till att regeringar inför en tvångslicensiering, då det patentinnehavande företaget anses vara ett hinder för tillgänglighet. I sådana fall går

staten in och tillgängliggör teknologin för andra aktörer med förhoppningen att de ska tillgängliggöra produkten på ett bättre sätt än det patentinnehavande företaget.

Ett sätt för läkemedelsföretagen att kringgå svårigheterna med att prissätta sina produkter på dessa marknader, och samtidigt se till att fler faktiskt får ut ett värde av deras läkemedel är genom licensiering. I kartläggningen framgår att flera av företagen, framför allt de som har läkemedel listade på *WHO Model Lists of Essential Medicines*, väljer att licensiera ut sina patent till generikaföretag. Det finns dock svårigheter kopplade till detta, såsom att läkemedelsföretaget behöver se till att avtalen följs på rätt sätt och att generikaföretag producerar läkemedel av hög kvalitet, men riskerna som läkemedelsföretaget själva måste ta kan antas minska. I kartläggningen ses även en ökande trend mot att ansluta sig till Medicines Patent Pool (MPP). Detta tros vara på grund av att företagen inte själva behöver hantera de ovannämnda svårigheterna samt att samarbetet ger upphov till en ”win-win”-situation. MPP kan underlicensiera vidare till fler generikaföretag och på så vis öka tillgängligheten ytterligare genom det lägre pris som följer av konkurrens, samtidigt som företagen har möjlighet till ökade royaltyintäkter.

### **5.1.2 Produktdonationer och samhällsbyggande initiativ**

Ett ytterligare sätt att tillgängliggöra produkten utöver prissättning är genom produktdonationer. Dessa projekt kännetecknas av relativt låg komplexitet och risk ur företagets perspektiv då företagen kan ha kontroll på vad, och hur mycket som ska doneras. Sett ur det neoklassiska synsättet kan det tyckas omotiverat att ett företag donerar en produkt som annars hade kunnat säljas, då företagets syfte ur detta synsätt är att maximera sin vinst. Däremot sker produktdonationer oftast på marknader med en låg betalningsförmåga och hög priselasticitet. Intäktsminskningen som donationer medför är därmed relativt liten i förhållande till om de hade skett på marknader med hög betalningsförmåga.

Utöver att företagen har kontroll på hur mycket som doneras, ses också ofta tydliga PR-fördelar med den här typen av projekt. Dels genom att läkemedlet får exponering på marknaden, men inte minst genom att företagen kan skylta med att de ägnar sig åt välgörenhet på deras hemsidor, vilket enligt Capriotti & Moreno (2007) ses som en värdefull aktivitet. WHO (2010) påstår dock att det inom ad hoc-projekt ibland finns ett synsätt kring att “nästan vad som helst är användbart för fattiga länder”. Det har varit fall där företag exempelvis donerat läkemedel med kort utgångsdatum, läkemedel av låg relevans eller returnerade läkemedel, vars användning i avsändarlandet är otillåten. När sådana fall uppdagas kan produktdonationer rentav göra mer skada än nytta, både för mottagaren men även för det avsändande företagens varumärke.

För att produktdonationer ska få önskat utslag hos respektive målgrupp trycker många av de som intervjuats på att ett fungerande samhälle är av minst lika stor betydelse som donationerna i sig. När ett läkemedel har lämnat avsändaren så krävs det, för en lyckad

värdeöverföring, att det också når fram till mottagaren. Långsiktigt orienterade projekt, som i kartläggningen kategoriserats som samhällsbyggande initiativ, tycks vara ett sätt att öka effekten av övriga initiativ.

Samhällsbyggande initiativ kan te sig på olika sätt och ha olika grad av komplexitet. Vissa projekt kan liknas med produkt donationer, då de till exempel kan syfta till att donera rent vatten och specifik läkemedelsförvaring, som till exempel kylskåp, för att läkemedlet ska hålla rätt kvalitet och kunna intas på rätt sätt. Ett initiativ av den här typen bedöms vara särskilt effektivt då en patient exempelvis ska ta en engångskur av ett läkemedel, men vid längre och komplexare behandlingar krävs mer strukturerade och långsiktiga samhällsbyggande insatser.

När det gäller sjukdomar som exempelvis tuberkulos, som kräver lång kontinuerlig behandling, eller sjukdomar som ställer höga krav på diagnostisering och sjukdomskänedom, finns ett behov av krävande insatser. Det kan innebära att bygga upp fungerande distributionsnätverk, att utbilda lokal personal inom tillverkning, diagnostisering och behandling, men även att informera lokalbefolkningen om smittspridning och om tillgång till vård. Just utbildningsprojekt som genomförs på plats läggs det bland företagen mycket resurser på. Detta då de ses som förebyggande och hållbara i och med att kunskap hos lokalbefolkningen ger goda förutsättningar att bidra till uppbyggnad av samhället under en längre tid. Dessutom kan företagen potentiellt rekrytera från dessa utbildade människor i framtiden.

Som en följd av lyckade samhällsbyggande initiativ, som medför att fler patienter kan behandlas, ökar även företagens försäljning. Angående detta uttryckte sig en av de intervjuade så här:

*“Många av de insatser som görs i utvecklingsländer, exempelvis att vara med och bygga upp en infrastruktur med en fungerande hälso- och sjukvård, ses som en form av långsiktig investering. Den här typen av insatser kan således ha en ganska långsiktig return on investment.”*

Detta tolkas som att det ur företagets synvinkel sällan finns en kortsiktig ekonomisk vinning i att engagera sig i samhällsbyggande initiativ, men att det däremot kan finnas potentiella långsiktiga lönsamhetsutsikter. Ju längre planeringshorisont ett projekt har, desto större är dock risken att problem uppstår längs vägen. Problemen kan medföra att resultatet inte blir som förväntat och således finns en risk att värdet i investeringarna inte förverkligas.

Ett sätt att hantera risken gällande värdeöverföring verkar vara att bedriva sina samhällsbyggande initiativ, likväl som vid produkt donationer, genom stiftelser. I och med detta kan företagen kontrollera hur mycket ekonomiska resurser som allokeras till denna typ av tillgänglighetsarbete, genom att avvara en så stor del av intäkterna som de anser sig ha råd med. I en intervju framkommer det att det även finns skattemässiga fördelar

med att använda sig av stiftelser, eftersom de resurser som placeras i en stiftelse ses som en utgift i företagets resultaträkning.

## 5.2 Läkemedelsföretagens incitament och ansvar

Det finns alltså flera olika typer av initiativ som företag genomför av olika underliggande orsaker. I fallet med de samhällsbyggande initiativen så uttrycker flera av de som intervjuats att det finns tydliga incitament då de kan leda till nya framtida marknader, och således nya möjliga betalningsströmmar. En av företagsrepresentanterna uttrycker just detta:

*“Jag ska inte sticka under stolen med att vi ser Afrika som en framtida tillväxtmarknad, det skulle vara otroligt lockande för oss om de länderna får en god betalningsförmåga i framtiden. Då skulle vi kunna expandera där.”*

Angående hur företagen väljer att tillgängliggöra sina patenterade läkemedel är det vanligt förekommande att antingen prisdifferentiera mot olika marknader, eller att licensiera ut patenten. I och med de låga marginalkostnaderna för att producera läkemedel, samt att licensiering i vissa fall görs mot en royaltyavgift, resulterar strategierna i många fall, förutom en i ökad tillgänglighet dessutom i en möjlighet för företagen att öka sin vinst.

Samtliga initiativ kan således vinklas till att vara någon form av filantropi eller välgörenhet, men de flesta skulle också kunna utföras av ekonomiska skäl. Visst räddade Volvo miljontals liv genom att släppa trepunktsbältet, men det passade också väldigt bra in med deras varumärke. Både litteratur och de som intervjuats menar samma sak; läkemedelsföretag, liksom andra kommersiella företag, vill tjäna pengar, och tillgänglighetsstrategier ska inte vara bortkastade pengar. Oavsett så är det svårt att avgöra på vilka grunder läkemedelsföretagen jobbar; gör de sådana här insatser av godhjärtade skäl eller handlar det snarare om vinstmaximering? Om det inte finns någon målkonflikt mellan dessa två grunder, är det ens nödvändigt att separera dem?

Förr sågs CSR-arbete som ren kostnad i form av frikopplad välgörenhet, numera förväntas företag i allt större utsträckning ta sitt sociala ansvar i form av en intern CSR-strategi (Bazillier, Hatte, & Vauday, 2013). Som beskrivits i teoriavsnittet, bör läkemedelsbolag anamma en tydlig CSR-strategi för att förbättra företagets rykte, för att attrahera och motivera företagets anställda, samt för att reducera behovet av statliga regleringar. Angående det förstnämnda har läkemedelsindustrin generellt ett dåligt rykte bland dess kunder. I patientgruppsstudien ‘*Corporate Reputation of Pharma in 2017 — the Patient Perspective*’ beskrev endast 34% av de undersökta att multinationella läkemedelsbolag har ett bra eller utmärkt rykte. Ett stort problem för läkemedelsföretagen är att de ofta omnämns i negativa sammanhang i media, däribland i samband med prishöjningar, regleringsbrott och tillverkningsmisstag. Detta kombinerat med det faktum

att läkemedelsbolag har begränsade möjligheter att marknadsföra sig själva i många länder kan leda till att allmänheten får en ensidig bild av branschen. Att jobba med tillgänglighetsstrategier och exponera sitt varumärke i samband med detta kan således visa på en mer etiskt tilltalande sida.

Ett gott CSR-arbete kan också användas för att motivera och attrahera anställda till ett företag. Lee, Park, & Lee (2013) menar att en högre grad av CSR-arbete inom ett företag har en positiv inverkan på dess anställdas syn på sin arbetsplats, men också deras arbetsprestation. Denna synen bekräftas av nästan samtliga intervjuade. Flera av de intervjuade bolagsrepresentanterna nämner dessutom att många av deras kollegor är läkare och är därmed väl införstådda i tyngden av ett etiskt yrkesutförande. Detta påverkar därefter deras val av arbetsplats, och hur stolta de känner sig över sitt arbete. En av de som intervjuats styrker detta:

*"De [anställda] som vet om vårt arbete som beskrivs i den här rapporten (företagets CSR-rapport) [...], de är ju extremt stolta och jag skulle säga att det får effekten att de trivs bättre på sin arbetsplats många gånger. Man känner att det finns ett samvete i detta, det är inte bara pengar som gäller."*

Det tredje syftet med tydliga CSR-strategier, att reducera behovet av statliga regleringar, är rimligt då regleringar ofta uppkommer till följd av en allmän opinion (Burstein, 2003). Om läkemedelsbolagen i större grad självreglerar sin verksamhet, och påvisar sitt samhällsansvar genom CSR-arbete, så finns det en mindre risk att statliga regleringar som missgynnar företagen implementeras.

Det finns alltså tydliga ekonomiska incitament bakom att genomföra tillgänglighetsstrategier, i vissa fall från strategierna i sig, men också i form av generella fördelar från CSR-arbete. Friedmans citat "*the business of business is business*" kanske idag innefattar CSR i hög grad med tanke på fördelarna det för med sig. Oavsett om så är fallet, är det verkligen läkemedelsföretagens ansvar att göra detta överhuvudtaget? CSR handlar ju om frivilliga aktiviteter och ligger bortom sådant som företag måste göra, och tillgänglighetsstrategierna som tas upp i denna rapport har företagen frivilligt genomfört. Inom läkaryrket finns den hippokratiska eden som förbinder en läkare till att alltid behandla en patient oavsett om denne har råd eller inte. Denna sortens ed existerar inte inom läkemedelsindustrin. Läkemedelsbolag har alltså generellt inga juridiska krav på att försöka rädda varje liv som rimligtvis skulle kunna räddas. Ett sådant krav skulle vara orimligt eftersom det förmodligen skulle omöjliggöra företagets vinstdrivande verksamhet.

Trots detta är kanske läkemedelsföretag extra pressade att ta ansvar i och med deras förmåga att förbättra människors hälsa. I fall där det inte finns tydliga incitament för företag att investera i tillgänglighetsprojekt kan detta inte heller förväntas av dem, utan där förväntas snarare aktörer som stater, mellanstatliga organisationer, och välgörenhetsorganisationer ta ansvar. Även företag utanför läkemedelsindustrin jobbar

till viss del med problematiken. Exempelvis säljer Apple sina RED-produkter som vid varje köp skänker pengar till HIV-läkemedel (Apple, 2018). Även om läkemedelsföretagen har en central roll i att tillhandahålla läkemedel, är de företag som behöver gå med vinst och således behövs insatser från flera olika håll för att få bukt med problemet.

Läkemedelsföretagen har både själva och i samarbeten med andra aktörer lyckats hitta innovativa lösningar på tillgänglighetsproblemet, och delvis tack vare detta är många sjukdomar som drabbar de fattigaste delarna av världen på god väg att elimineras. Exempelvis har flodblindhet utrotats i många delar av Sydamerika.

Flera av de företagen som tagits upp i rapporten visar att det faktiskt går att hitta lösningar som ökar tillgänglighet och samtidigt genererar vinst. Det finns dock mycket kvar att göra. Satsningar på projekt inom FoU är betydligt svårare att motivera för företagen på grund av avkastningsosäkerheter. Samtidigt uppkommer sjukdomar med helt nya utmaningar som exempelvis multiresistenta bakterier, ett problem som inte bara påverkar de fattigare delarna av världen. Detsamma gäller botemedel för sjukdomar som cancer. Tillgänglighetsproblemet kommer inte att lösa sig självt och gemensamma insatser från stater, organisationer och företag kommer vara en förutsättning för att främja tillgängligheten av läkemedel runt om i världen, och inte minst för att forska fram nya.

## 6 Slutsats

Rapporten har kartlagt hur stora läkemedelsföretag arbetar med strategier och initiativ som syftar till att möjliggöra tillgänglighet av patenterade läkemedel i låg- och medelinkomstländer. I kartläggningen framgår att läkemedelsföretag arbetar med tillgänglighet på flera olika sätt och ofta i nära samarbete med andra aktörer. I rapporten har dessa strategier och initiativ sammanställts i fem områden: forskning och utveckling, patent och licensiering, prissättning, tillverkning och distribution, produkt donationer samt samhällsbyggande initiativ. Det har visat sig att tillgänglighetsarbete kan utföras projektintensivt eller handla om mer övergripande strategiska beslut, samt att tillgänglighetsarbete genomförs på både teknologi- respektive produktnivå.

Vidare har rapporten påvisat vilka svårigheter och möjligheter som finns i samband med företagens olika tillgänglighetsstrategier, vilka i analysen har karaktäriserats av olika komplexitet och risk. Utifrån kartläggningen har det framkommit att företagens incitament att bedriva ett visst tillgänglighetsarbete är lägre om det finns en risk att de investerade resurserna inte skapar ett värde, oavsett om det är för dem själva eller för mottagaren. Ju mindre dessa risker är, desto mer motiverat tycks det vara att bedriva tillgänglighetsarbete i låg- och medelinkomstländer, något som kan illustreras i att fler företag är engagerade inom exempelvis produkt donationer än inom FoU-tillgänglighetsgörande. För att företag ska lägga mer fokus vid initiativ som präglas av högre komplexitet och risk verkar det finnas ett behov av starkare incitament än de som finns idag.

Slutligen har en diskussion förts kring vilka övergripande incitament läkemedelsföretag har att bedriva tillgänglighetsarbete. I rapporten framgår det att läkemedelsföretag, liksom andra kommersiella företag, vill vara lönsamma, men att det finns sätt att uppnå ekonomiskt hållbara lösningar och samtidigt bidra till ökad tillgänglighet. Rapporten belyser dessutom att det finns andra incitament med tillgänglighetsarbete. Exempelvis kan det vara ett bra sätt för läkemedelsföretagen att ta socialt ansvar och samtidigt generera PR-fördelar, vilket indirekt kan bidra till ekonomiska fördelar. Således verkar både ekonomiska incitament, likväl som socialt ansvarstagande och att i stor utsträckning arbeta med CSR-strategier, vara de bakomliggande incitamenten för att bedriva tillgänglighetsarbete.

Det har framkommit att vidare arbete och forskning bör föras för att hitta nya incitaments- och betalningsmodeller inom de områden som i dagsläget inte är ekonomiskt gångbara. Gällande detta har rapporten också öppnat upp för vidare diskussion angående vilka ansvarsroller företag, organisationer och stater bör ha i denna fråga.

# Referenslista

- Abbvie. (2018). *Ways We Help*. Hämtat från [abbvie.com](https://www.abbvie.com/responsibility/abbvie-foundation/ways-we-help.html):  
<https://www.abbvie.com/responsibility/abbvie-foundation/ways-we-help.html>  
den 13 maj 2018
- Access to Medicine Foundation. (2016). *Access to Medicine Index 2016*. Amsterdam:  
Access to Medicine Foundation.
- Access to Medicine Foundation. (2018). *Internal and external review*. Hämtat från  
[accesstomedicineindex.org](https://accesstomedicineindex.org): <https://accesstomedicineindex.org/about-the-index/#internal-and-external-review> den 13 maj 2018
- Ahmadiani, S., & Nikfar, S. (den 26 04 2016). Challenges of access to medicine and the  
responsibility of pharmaceutical companies: a legal perspective. 13. Hämtat från  
BMC.
- Alestig, P. (den 2 Augusti 2013). Guldidén som Volvo valde att skänka bort. *SvD  
Näringsliv*.
- AMR Industry Alliance. (2018). *Report Shows Life Sciences Industry Taking Action to  
Curb Antimicrobial Resistance*. Hämtat från [amrindustryalliance.org](https://www.amrindustryalliance.org):  
[https://www.amrindustryalliance.org/mediaroom/report-shows-life-sciences-  
industry-alliance-taking-action-curb-antimicrobial-resistance/](https://www.amrindustryalliance.org/mediaroom/report-shows-life-sciences-industry-alliance-taking-action-curb-antimicrobial-resistance/) den 13 maj 2018
- Apple. (2018). *Product red*. Hämtat från [apple.com](https://www.apple.com/se/product-red/): [https://www.apple.com/se/product-  
red/](https://www.apple.com/se/product-red/) den 13 maj 2018
- Basu, P., Joglekar, G., Rai, S., Suresh, P., & Vernon, J. (2008). Analysis of  
manufacturing costs in pharmaceutical companies. *Journal of Pharmaceutical  
Innovation*, 30-40.
- Bazillier, R., Hatte, S., & Vauday, J. (2013). *Environmental Responsibility and FDI: Do  
Firms Relocate Their Irresponsibilities Abroad?* Paris.
- Bill and Melinda Gates foundation. (2018). *Who we are*. Hämtat från  
[gatesfoundation.org](https://www.gatesfoundation.org/Who-We-Are): <https://www.gatesfoundation.org/Who-We-Are> den 13 maj  
2018
- Blomqvist, P., & Hallin, A. (2015). *Method for engineering students*. Studentlitteratur.
- Borghesi, R., Houston, J. F., & Naranjo, A. (2014). Corporate socially responsible  
investments: CEO altruism, reputation, and shareholder interests. *Journal of  
Corporate Finance*, XXVI, 164-181.

- Burstein, P. (2003). The impact of public opinion on public policy: A review and an agenda. *Political research quarterly*, ss. 29-40.
- Capriotti, P., & Moreno, A. (2007). Corporate citizenship and public relations: The importance and interactivity of social responsibility issues on corporate websites. *Public relations review*, 84-91.
- Carbone, J. (2003). Ethics, Patents and the Sustainability of the Biotech Business Model. *International Review of Law, Computers & Technology*, 203-218.
- Daemmrich, A., & Bowden, M. E. (2005). Emergence of pharmaceutical science and industry: 1870–1930. *Chemical & Engineering News*, 83.
- DeRuiter, J., & Holston, P. L. (2012). Drug Patent Expirations and the “Patent Cliff”. *U.S. Pharmacist*, 12-20.
- Eriksson, L., & Wiedersheim-Paul, F. (2008). *Rabbortboken*. Liber.
- Fine, S. (2017). *Rapid HIV Test*. Hämtat från emedicinehealth.com: [https://www.emedicinehealth.com/rapid\\_oral\\_hiv\\_test/article\\_em.htm#what\\_is\\_the\\_rapid\\_hiv\\_test](https://www.emedicinehealth.com/rapid_oral_hiv_test/article_em.htm#what_is_the_rapid_hiv_test) den 13 maj 2018
- Flynn, S., Hollis, A., & Palmedo, M. (2009). *An Economic Justification for Open Access to Essential Medicine Patents in Developing Countries*. University of Calgary, Department of Economics, Calgary.
- FN. (2018). *List of least developed countries*. Hämtat från unctad.org: <http://unctad.org/en/Pages/ALDC/Least%20Developed%20Countries/UN-list-of-Least-Developed-Countries.aspx> den 13 maj 2018
- FN. (2018). *SUSTAINABLE DEVELOPMENT KNOWLEDGE PLATFORM*. Hämtat från un.org: <https://sustainabledevelopment.un.org> den 13 maj 2018
- Gilead. (2018). *Developing World Access*. Hämtat från gilead.com: <http://www.gilead.com/responsibility/developing-world-access/access%20partnerships> den 13 maj 2018
- Grankvist, P. (2009). *CSR i praktiken*. Liber.
- Granstrand, O. (2016). *Industrial Innovation Economics and Intellectual Property*. Göteborg: Svenska Kulturkompaniet.
- Granstrand, O., & Holgersson, M. (2015). Intellectual Property. i *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Consumption and Consumer Studies*. John Wiley & Sons, Ltd.
- GSK. (2016). *The power of partnerships transforming vaccine coverage in Mozambique*. Hämtat från gsk.com: <https://www.gsk.com/en-gb/behind-the->

- science/how-we-do-business/the-power-of-partnerships-transforming-vaccine-coverage-in-mozambique/ den 13 maj 2018
- GSK. (2017). *GSK Responsible Business Supplement*. Hämtat från GSK: <https://www.gsk.com/en-gb/responsibility/health-for-all/access-to-healthcare/> den 13 maj 2018
- GSK. (2018). *Hälsa för alla*. Hämtat från se.gsk.com: <http://se.gsk.com/sv-ansvar/haelsa-foer-alla/> den 13 maj 2018
- Hamilton, R. (2015). *Tarascon Pocket Pharmacopoeia*. Jones & Barlett Learning.
- Hedin, A., & Martin, C. (1996). *Liten lathund om kvalitativ metod med tonvikt på intervju* (Vol. Reviderad 2011).
- Hoen, E. ' (Juni 2016). *Medicine Patents, Access and Innovation*. Hämtat från brot-fuer-die-welt.de: [https://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2\\_Downloads/Fachinformationen/Analyse/Analyse\\_58\\_Medicine\\_Patents.pdf](https://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2_Downloads/Fachinformationen/Analyse/Analyse_58_Medicine_Patents.pdf) den 13 maj 2018
- Holgersson, M. (2012). *Innovation and Intellectual Property - Strategic IP Management and Economics of Technology*. Göteborg: Chalmers University of Technology.
- Holgersson, M. (den 8 11 2013). Patent management in entrepreneurial SMEs: a literature review and an empirical study of innovation appropriation, patent propensity, and motives. *R&D Magement*, ss. 21-36.
- IFPMA. (2016). *Blue tree program a single platform supporting cancer patients in India*. Hämtat från ifpma.org: <http://partnerships.ifpma.org/partnership/blue-tree-program-a-single-platform-for-supporting-cancer-patients-in-india> den 13 maj 2018
- Jörnmark, J., & Lindgren, H. (u.d.). *Läkemedelsindustrin*. (Nationalencyklopedin) Hämtat från ne.se: <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/läkemedelsindustri> den 13 maj 2018
- Janssen Global Services. (2017). *Donation Program*. Hämtat från newhorizonshiv.com: <http://www.newhorizonshiv.com/about-us/donation-program.html> den 13 maj 2018
- Jiborn, M., Pihl, H., Sjöo, K., & Wengström, E. (Maj 2014). *Vinst för Sverige. Den forskande läkemedelsbranschens betydelse för samhället*. Lund: Vetsam / LIF, De forskande läkemedelsföretagen.
- Kantarelis, D. (2010). *Theories of the Firm*. Inderscience Enterprises.

- Lee, E., Park, S., & Lee, H. (2013). Employee perception of CSR activities: Its antecedents and consequences. *Journal of business research*, 1716-1724.
- Lehman, B. (2003). *The Pharmaceutical Industry and the Patent System*. International Intellectual Property Institute.
- LIF. (2018). *Forskning & Utveckling*. Hämtat från lif.se: <https://lif.se/grundfakta/forskning/> den 13 maj 2018
- McGuire, J. L., Hasskarl, H., Bode, G., Klingmann, I., & Zahn, M. (2007). *Pharmaceuticals, General Survey*. Ullmann's Encyclopedia of Industrial Chemistry.
- Medicines Patent Pool. (2018a). *Who we are*. Hämtat från [medicinespatentpool.org](https://medicinespatentpool.org): <https://medicinespatentpool.org/who-we-are/vision-mission/> den 13 maj 2018
- Medicines Patent Pool. (2018b). *Our Model*. Hämtat från [medicinespatentpool.org](https://medicinespatentpool.org): <https://medicinespatentpool.org/who-we-are/our-model> den 13 maj 2018
- Medicines Patent Pool. (2018c). *Global licences overview*. Hämtat från [medicinespatentpool.org](https://medicinespatentpool.org): <https://medicinespatentpool.org/what-we-do/global-licence-overview> den 13 maj 2018
- Medicines Patent Pool. (2018d). *Products Licensed*. Hämtat från [medicinespatentpool.org](https://medicinespatentpool.org): <https://medicinespatentpool.org/what-we-do/global-licence-overview/licences-in-the-mpp/>
- Merck. (2018). *Corporate Responsibility*. Hämtat från [merckgroup.com](http://ar.merckgroup.com): <http://ar.merckgroup.com/2017/combined-management-report/fundamental-information-about-the-group/corporate-responsibility> den 13 maj 2018
- Moon, S., Jambert, E., Childs, M., & Schoen-Angerer, T. v. (2011). *A win-win solution?: A critical analysis of tiered pricing to improve access to medicines in developing countries*.
- MSD. (2018). *Mectizan Donation Program*. Hämtat från [msdrresponsibility.com](https://www.msdrresponsibility.com): <https://www.msdrresponsibility.com/access-to-health/key-initiatives/mectizan-donation-program/> den 13 maj 2018
- Munos, B. (2009). Lessons from 60 years of pharmaceutical innovation. *NATURE REVIEWS*, VIII, 959–968.
- Novartis. (2015). *Novartis continues commitment to go the last mile in effort to eliminate leprosy*. Hämtat från [novartis.com](https://www.novartis.com): <https://www.novartis.com/news/media-releases/novartis-continues-commitment-go-last-mile-effort-eliminate-leprosy>. den 13 maj 2018

- Novartis. (2016). *SMS For Life 2.0*. Hämtat från novartis.com:  
<https://www.novartis.com/news/media-releases/novartis-launches-sms-life-20-nigeria-help-improve-access-essential-medicines> den 13 maj 2018
- Novartis. (2017). *Corporate Social Responsibility Report 2017*. Novartis. Hämtat från Novartis: <https://www.novartis.com/sites/www.novartis.com/files/ar-2017-corporate-responsibility-en.pdf> den 13 maj 2018
- Novartis. (2017). *Novartis Healthy Family - 10 year report*. Hämtat från novartis.com: <https://www.novartis.com/sites/www.novartis.com/files/2017-healthy-family-report.pdf> den 13 maj 2018
- Novo Nordisk. (2016). *Africa Home of Tomorrow*. Hämtat från novonordisk.com: <https://www.novonordisk.com/about-novo-nordisk/novo-nordisk-in-brief/stories/citizenship/africa-home-of-tomorrow.html> den 13 maj 2018
- Nussbaum, A. (2009). Ethical corporate social responsibility (CSR) and the pharmaceutical industry: A happy couple? *Journal of Medical Marketing*, 9(1), 67-76.
- Payton, R. L., & Moody, M. P. (2008). *Understanding philanthropy: Its meaning and mission*. Indiana University Press.
- Pfizer. (2018). *International Trachoma Initiative*. Hämtat från pfizer.com: [https://www.pfizer.com/responsibility/global\\_health/international\\_trachoma\\_initiative](https://www.pfizer.com/responsibility/global_health/international_trachoma_initiative) den 13 maj 2018
- Porter, M. E., & Kramer, M. R. (2002). The Competitive Advantage of Corporate Philanthropy. *Harvard Business Review*, 80(12), ss. 56-68.
- PRV. (2018a). *Frågor om patent*. Hämtat från prv.se: <https://www.prv.se/sv/patent/fragor-om-patent/> den 13 maj 2018
- PRV. (2018b). *Överlåtelse*. Hämtat från prv.se: <https://www.prv.se/sv/patent/forvalta-dina-patentintressen/anvand-ditt-patentskydd/overlatelse/> den 13 maj 2018
- PRV. (2018c). *Tilläggsskydd (SPC)*. Hämtat från prv.se: <https://www.prv.se/sv/patent/forvalta-dina-patentintressen/uppratthall-patentskyddet/tillaggsskydd-spc/> den 13 maj 2018
- Ridley, D. B. (July 2005). Price differentiation and transparency in the global pharmaceutical marketplace. *PharmacoEconomics*, 23(7), ss. 651-658.
- Sanofi. (2017). *Schoolchildren Against Malaria and the edutainment Moski Kit*. Hämtat från schoolsandhealth.org: <http://www.schoolsandhealth.org/Shared%20Documents/SANOFI's%20Schoolc>

hildren%20Against%20Malaria%20and%20the%20edutainment%20Moski%20Kit%20\_FRESH%20webinar%20April.pdf den 13 maj 2018

Sterckx, S. (2004). Patents and access to drugs in developing countries: an ethical analysis. *Developing World Bioethics*, ss. 58-75.

Swärd, H. (u.d.). *Välgörenhet*. (Nationalencyklopedin) Hämtat från ne.se: <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/välgörenhet> den 13 maj 2018

Swarns, R. L. (2001). Drug makers drop South Africa suit over AIDS medicine. *New York Times*, 20.

UNICEF. (2018). *Fattigdom*. Hämtat från unicef.se: <https://unicef.se/fakta/fattigdom> den 13 maj 2018

WHO. (2001). *DECLARATION ON THE TRIPS AGREEMENT AND PUBLIC HEALTH*. Hämtat från who.int: <http://www.who.int/medicines/areas/policy/tripshealth.pdf?ua=1> den 13 maj 2018

WHO. (2010). *Guidelines for Medicine Donations Revised 2010*. Hämtat från who.int: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44647/9789241501989\\_eng.pdf;jsessionid=C84C3593FDDE2839179DA4BE148FA149?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44647/9789241501989_eng.pdf;jsessionid=C84C3593FDDE2839179DA4BE148FA149?sequence=1) den 13 maj 2018

WHO. (2011). *Global Strategy Plan Action*. Hämtat från who.int: [http://www.who.int/phi/publications/Global\\_Strategy\\_Plan\\_Action.pdf](http://www.who.int/phi/publications/Global_Strategy_Plan_Action.pdf) den 13 maj 2018

WHO. (2015). *The Selection and Use of Essential Medicines*. World Health Organization technical report series.

WHO. (2018). *Who we are*. Hämtat från who.int: <http://www.who.int/about/who-we-are/en/> den 13 maj 2018

WHO; WIPO; WTO. (2012). *Promoting access to medical technologies and innovation: intersections between public health, intellectual property and trade*. Geneva: World Health Organization.

Volvo Cars. (2009). *Volvos trepunktsbälte fyller 50 år*. Hämtat från volvocars.com: <https://www.media.volvocars.com/se/sv-se/media/pressreleases/20115> den 13 maj 2018

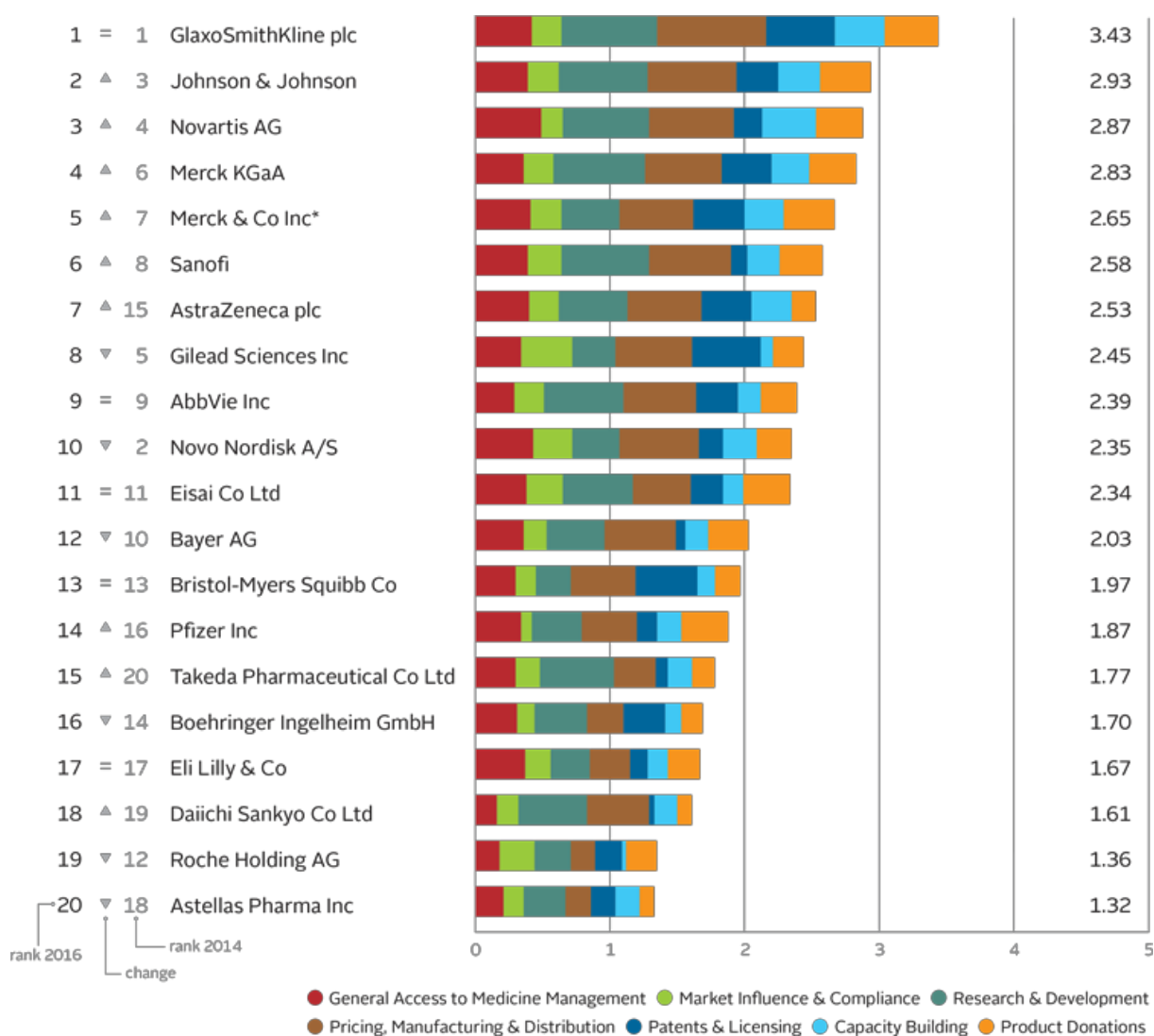
Yadav, P. (August 2010). *Differential Pricing for Pharmaceuticals*. U.K. Department for International Development (DFID), London.

# Appendix A

Nedan återfinns kompletterande information om *Access to Medicine Index 2016*, där rankingen beskrivs mer ingående.

## A1: Översikt *Access to Medicine Index 2016*

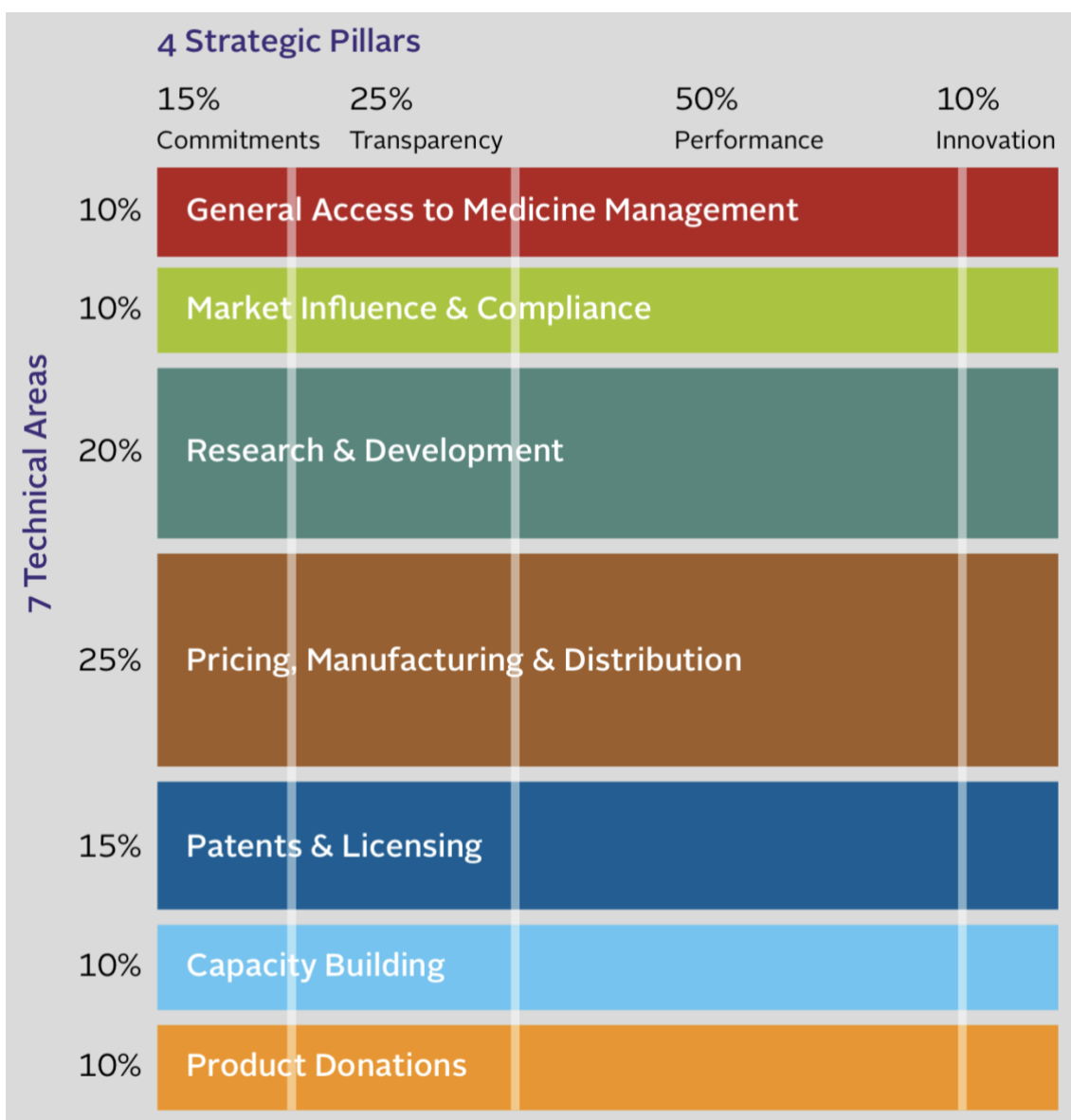
Nedan i figur A1 presenteras rankingen över läkemedelsbolagen från *Access to Medicine Index 2016*.



Figur A1. Rangordning av företagen (*Access to Medicine Foundation, 2016*).

## A2: Poängsättning i *Access to Medicine Index 2016*

Rankingen i *Access to Medicine Index 2016* viktas beroende på de sju områdena; General Access to Medicine Management, Market Influence & Compliance, Research & Development, Pricing, Manufacturing & Distribution, Patents and Licensing, Capacity Building och Product Donations (se figur A2). Poängen i de enskilda områdena baseras på hur företagen presterar inom de strategiska pelarna; Commitment, Transparency, Performance och Innovation. Poängen justeras även här beroende på deras betydelse enligt the Access to Medicine Foundation.



Figur A2. Poängsättning (*Access to Medicine Foundation, 2016*).

# Appendix B

Nedan återfinns de intervjufrågor som har använts vid intervju av företag, branschorganisationer samt forskare.

## B1: Intervjufrågor för företag

Nedanstående frågeställningar har använts som stöd vid de semistrukturerade intervjuer som genomförts för företagen. För LIF som branschorganisation har frågorna anpassats för att beröra branschen och inte det enskilda företaget.

- **Läkemedel**
  - Hur arbetar ni allmänt med tillgänglighet av läkemedel?
  - Arbetar ni med stora eller små sjukdomar?
  - Vad har ni för prissättning på era läkemedel?
  - Ser ni några svårigheter med att upprätthålla en prissättningsmodell?
- **Företagets tillgänglighetsstrategi**
  - I vilka länder bedriver ni projekt?
  - Hur ser ni på avvägningen mellan lönsamhet och tillgång på läkemedel?
  - Vilka svårigheter finns det med att öka tillgången (ex regleringar etc.)?
  - Strategins bakgrund, av vilka skäl existerar den?
  - Har ni samarbetsorganisationer och i så fall vilka?
- **Branschen**
  - Hur företaget skiljer sig från branschen med avseende på tillgänglighetsstrategi
  - Vad bör organisationer som påverkar branschen (stater, mellanstatliga organisationer och NGOs) göra annorlunda?
- **Allmänheten**
  - Allmänhetens bild av läkemedelsbolag - svårigheter med att förmedla en bra bild?

## **B2: Intervjufrågor för forskare**

För intervjuerna med forskaren anpassades frågorna till att diskutera dennes syn av läkemedelsbranschen.

- Varför finns problemet med tillgänglighet?
- Vilka allmänna utmaningar ser du relaterad till tillgänglighet?
  - Differentiering av prissättning
  - Svarta marknader, smuggling av läkemedel
- Vilka bär störst ansvar i tillgänglighetsfrågor? Vad krävs för att det ska hända mer? Går det åt rätt håll?
- Förslag på lösningar på accessfrågan - görs rätt saker idag, om inte varför? Vilka möjligheter finns det kopplat till detta?