

Absolutte og relative risikotall er således ikke utelukkende relevante i et folkehelseperspektiv. Vår bruk av tallene er i tråd med den epidemiologiske faglitteraturen, uansett Høiseiths personlige terminologi. Relativ risiko er kun aktuelt i sammenhenger hvor vi sammenlikner risikoen hos to grupper, som ved et klinisk forsøk. Dersom man kunne helbrede alle barn med skjelettkreft, gir det en *absolutt* behandlingseffekt på 100 %, ikke en relativ slik Høiseith påstår. Om alle som ikke behandles dør, vil den absolutte risikoreduksjonen dermed være 100 %. Effekten på totalmortaliteten vil derimot være marginal på grunn av den lave incidensen av sykdommen. Vi har vanskelig for å se relevansen av dette eksemplet. Problemstillingen i osteoporosestudier er ofte den motsatte, at de færreste både i behandlingsgruppe og placebogruppe brykker noe. Dette innebærer at det er vanskelig å påvise hvilke individer som har effekt av behandlingen.

Vi har aldri hevdet at behandling med raloxifen er uten effekt. Ei heller har vi gjort noen nye beregninger i denne sammenhengen. Vi har kun basert oss på tall fra reklamebrosjyren og MORE-studien, slik de gjenfinnes i originalpublikasjonene. At Høiseith finner tallene meningsløse fordi de baserer seg på «ett års bruddforekomst i en inhomogent selektert studiepopulasjon som hovedsakelig er i en alder med lav bruddforekomst», er påfallende når Lilly baserer sitt reklamemateriell på nettopp denne studien. Vi har fortsatt mye mer å lære, men det er vi sannelig ikke alene om.

John-Arne Skolbekken
Siri Forsmo
Trondheim

Bitter pille – for hvem?

«Statens forsøk på å redusere utgifter til legemidler er vanskelig å svelge for legemiddelindustrien», hevder redaktør Charlotte Haug i sin leder i Tidsskriftet nr. 5/2003 (1). Før vi går inn på hva som faktisk er det vanskelige for industrien, samt hva vi vil gjøre med dette, er det nødvendig å oppklare noen fundamentale misforståelser.

Prisen på legemidler fastsettes *ikke* av produsentene, men av Statens legemiddelverk, basert på en formel som gir priser under et europeisk gjennomsnitt. Produzenten har ingen innflytelse. Prisene på legemidler har gått jevnt og trutt nedover de siste fem årene, og justert for kjøpekraft er legemiddelprisene i Norge de laveste i Nord-Europa (2). Sammen med et lavt forbruk av legemidler, gjør dette at også myndighetenes investeringer i legemidler, som andel av bruttonasjonalproduktet, er de laveste i Nord-Europa.

Charlotte Haug skriver at indekssystemet er bakgrunnen for en «aksjon» de seks største legemiddelselskapene nå har gått til (1). Det er imidlertid ikke indekssystemet som har tvunget disse firmaene til å foreta nødvendige kostnadsutt. Innføringen av indekssystemet er i prinsippet kun en gjennomføring av det gamle referanseprissystemet, som ble avvirket av myndighetene i 2001 da det viste seg ikke å fungere etter intensjonen.

Grunnen til at de seks firmaene har måttet gjennomføre betydelige kostnadsutt, er en helt annen, nemlig prisrevisjonen for legemidler i 2003, der Stortinget vedtok å spare 600 millioner kroner på grunn av den høye kronekursen. Vi er *ikke* imot prisrevisjoner på legemidler, men at Legemiddelverket velger å spare inn hele beløpet ved kun å redusere prisene på de mest omsatte legemidlene (18 % av samlet antall virkestoffer) rammer først og fremst de store, forskningsbaserte legemiddelfirmaene. Vi har «over natten» mistet ca. 10 % av vår omsetning på et tidspunkt da budsjettene for 2003 allerede var lagt. En omsetningssvikt på denne størrelsen får konsekvenser, uansett bransje. På et rent forretningsmessig grunnlag har vi derfor måttet kutte kostnader der vi mener kuttene har minst effekt på våre inntekter.

De seks firmaene har tatt initiativ til en konstruktiv dialog med myndighetene med utgangspunkt i at dagens legemiddelpolitikk ikke bare rammer industrien, men i stor grad også pasientene og myndighetene idet de igangsatte tiltak ikke har de ønskede konsekvenser for noen av partene (3).

At våre kostnadsutt rammer tredjeperson, er vi de første til å beklage. Vi håper vår dialog med myndighetene om en mer målrettet legemiddelpolitikk vil gi større forutsigbarhet i fremtiden, både for oss og for våre samarbeidspartnere. Det vil etter vår mening gjøre pillen mindre bitter for norske pasienter – når de først får den.

Vidar Seier
MSD

Grethe Aasved
Pfizer

Hallstein Husbyn
GlaxoSmithKline

Christian Clemm
AstraZeneca

Håvard Selby Ebbestad
Pharmacia

Anders Tullgren
Bristol-Myers Squibb

Litteratur

1. Haug C. Bitter pille. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 601.
2. Tall og fakta 2003. Legemidler og helsevesen. Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2003.
3. Sie V, Aasved G, Husbyn H, Clemm C, Ebbestad HS, Tullgren A. Hvordan bør norsk legemiddelpolitikk utformes? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1115.

Hvordan bør norsk legemiddelpolitikk utformes?

Seks legemiddelfirmaer som står for ca. 50 % av legemiddelmarkedet i Norge (1), har gått sammen i en dialog med norske myndigheter og samarbeidspartnere om en kritisk gjennomgang av dagens legemiddelpolitikk og en drøfting av alternative løsninger. I samarbeid med myndighetene ønsker vi å bidra med innspill som kan føre til utviklingen av en mer hensiktsmessig legemiddelpolitikk.

Våre forslag er basert på forutsetningen om fortsatt kostnadskontroll for myndighetene, men med en klar profil i retning av sterkere pasientrettigheter og incitamenter for innovasjon. Vi ønsker en bred legemiddelpolitisk debatt rundt våre forslag. Vi har allerede hatt ett konstruktivt møte med helseminister Dagfinn Høybråten, der vi skisserte et forslag til ny legemiddelpolitikk basert på tre hovedelementer: tilgang til innovative legemidler, prispolitikk og generikapolitikk.

Blåreseptordningen er en rettighet for pasientene – ikke en rammebetingelse for industrien. Blåreseptordningens fundament er å gi alvorlig eller kronisk syke pasienter lik tilgang til effektive legemidler. Nye legemidler som av myndighetene er funnet medisinsk og helseøkonomisk forsvarlig, bør derfor umiddelbart gjøres tilgjengelig for norske pasienter gjennom blåreseptordningen, slik det i dag gjøres i en rekke andre land. Med dagens ordning ligger Norge i bunnsjiktet i Nord-Europa når det gjelder norske pasienters tilgang på nye innovative legemidler gjennom blåreseptordningen (2).

Man bør fortsatt ha årlig prisrevidering av legemidler, men hele markedet må revideres samtidig og etter en forutsigbar og enkel modell. Vi har foreslått en modell som gir samme resultat som de vedtatte innsparinger i årets statsbudsjett.

Prisene for generiske legemidler i Norge ligger på Europa-toppen. Myndighetenes regulering har ikke bidratt til å endre dette bildet, snarere tvert imot. Stadig flere av legemidlene som finansieres gjennom blåreseptordningen, vil være legemidler som ikke lenger har patent. Ved å innføre en mer effektiv konkurranse på generikamarkedet (inklusive originalpreparater som er gått av patent), vil det frigis midler som kan brukes til å gi raskere tilgang til innovative medisiner.

Våre forslag er i tråd med flertallsinnstillingen fra sosialkomiteen i forbindelse med statsbudsjettet for 2003 (3), samt med «G10-anbefalingene» fra Europakommisjonen (4), som kommer til å være retningsgivende for utviklingen av legemiddelpolitikken i Europa i årene fremover. De tre elementene er fundamentale i en mer helhetlig og målrettet legemiddelpolitikk, der formålet er å sikre pasientene rett på reell tilgang til nye, innovative legemidler