

Statens forsøk på å redusere offentlige utgifter til legemidler er vanskelig å svelge for legemiddelindustrien

Bitter pille

Legemiddelindustrien i Norge er stor – omsetningen i 2001 var på 8,3 milliarder kroner (1). Men den er ikke jevnt fordelt på alle preparater og produsenter. Noen medikamenter og medikamentgrupper og enkelte store firmaer dominerer markedet. Av de over 50 firmaene som selger medikamenter i Norge, stod de seks største for halve omsetningen. Av mange hundre legemidler på det norske markedet utgjorde de 25 mest solgte 2,7 milliarder – altså en tredel av totalomsetningen. Blant de 25 finner vi i all hovedsak medikamenter som brukes utenfor sykehus – mot hjerte- og karsykdommer, astma og psykiske lidelser. Dette er medikamenter som refunderes over blåreseptordningen.

Inntekter til legemiddelindustrien betyr stort sett utgifter for det offentlige. Det er derfor ikke urimelig at staten søker å få utgiftene ned. Kunne man få redusert prisen på de 25 mest omsatte legemidlene med 10 %, ville det frigjøre midler tilsvarende ett års bevilgning til medisinsk forskning gjennom Norges forskningsråd (2).

Offentlige kostnader til blåreseptmedikamenter bestemmes av hvor mye som forskrives, hvilket preparat som velges, samt prisen på preparatet. For å kontrollere kostnadene måtte staten enten kunne påvirke legers forskrivningspraksis – hvilket preparat og hvor mye – eller prisen på preparatet. Ingen av delene har den lyktes med i særlig grad, og utgiftene til legemidler har derfor økt kraftig i de senere år. Så lenge nye legemidler er patentbeskyttet og kommer inn under blåreseptordningen, har produsentene i praksis monopol og kan fastsette den pris de vil. Verken legen som skriver ut eller pasienten som bruker medikamentet merker noe til den høye prisen. Hvis de kan overbevises om at det nye medikamentet har fordeler fremfor eksisterende, vil de ta det i bruk – uansett hvor dyrt det er. Og så klager man på skattenivået! Selv om det finnes like gode, men billigere, behandlingsalternativer, har ikke pasient eller lege noen grunn til å foretrekke disse. Det har derimot vi andre, altså samfunnet, dersom pengene kunne vært anvendt på en bedre måte.

I de senere år har staten uten særlig hell prøvd ulike tiltak for å bremse legemiddelkostnadene. Nå forsøker Helsedepartementet seg med et såkalt indeksprissystem. Maksimalprisen apotekene kan ta for et bestemt medikament, fastsettes uavhengig av hva preparatet har kostet apoteket. Dermed taper apoteket på å levere ut dyrere preparater og har derfor et sterkt incentiv til å foreta et såkalt generisk bytte, altså et bytte til det billigste av behandlingsmessig likeverdige preparater. Ordningen skal i første omgang bare gjelde for de mest omsatte legemidlene brukt utenfor institusjon.

Legemiddelindustrien er misfornøyd med dette forsøket på kostnadskontroll. Siden det først og fremst vil ramme de legemidlene og

de legemiddelfirmaene som omsetter mest, er det de største firmaene som er mest misfornøyd. Dette er bakgrunnen for en «aksjon» de seks største legemiddelselskapene nå har gått til. F.eks. har de i nesten likelydende brev til Tidsskriftet og andre medisinske publikasjoner avbestilt annonser for 2. og 3. kvartal 2003. I tillegg trekker de «støtte» til en del kurs og konferanser for leger. Årsaken er – ifølge brevene – at legemiddelindustrien er misfornøyd med at rammebetingelsene stadig endrer seg. Det er forståelig at legemiddelindustrien ønsker en viss forutsigbarhet. Men det betyr ikke at de kan bli bitre hver gang noe forandrer seg – ut fra den samme logikk kunne jo staten også hevde at den ikke finner seg i at rammebetingelsene for statens budsjetter stadig blir endret av legemiddelfirmaene.

Det er i samfunnets interesse at flere legemiddelprodusenter overlever, men det er også i samfunnets interesse at priser og totalkostnader holder seg på et akseptabelt nivå. Legemiddelindustrien har hatt svært gode rammebetingelser både i Norge og resten av verden – og fortjenesten har derfor vært svært høy. Siden mye av denne fortjenesten er blitt betalt av det offentlige, forsøker man i de aller fleste land å få bedre kontroll over legemiddelkostnadene. Blåreseptordningen har i praksis betydd at prisen på legemidler er blitt fastsatt av legemiddelfirmaene – som dermed har kunnet bestemme sine egne inntekter.

Mye tyder på at vi betaler for mye for en del reseptbelagte legemidler. Dette har gitt særlig enkelte av de store firmaene en uforholdsmessig høy fortjeneste. Mye av denne har kommet helse-tjenesten til gode gjennom at firmaene har subsidiert forskning og videre- og etterutdanning for leger. Dessuten har enkeltleger nytt godt av at kongressreiser, kurs og møter har kunnet foregå under bedre betingelser enn det som ellers ville vært mulig. Derfor er det lett å forestille seg at dersom legemiddelindustriens store overskudd blir borte, vil det gå utover bl.a. forskning og legers videre- og etterutdanning. Men da glemmer man at industriens fortjeneste vesentlig kommer fra offentlige midler. Dersom firmaenes fortjeneste blir mindre, kunne offentlige midler frigjøres til nøyaktig de samme formål – men da under en annen styring enn legemiddelfirmaenes.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Tall og fakta 2002. Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2002.
2. http://www.forskningsraadet.no/fag/mh/budsjett_nokkeltall/budsjett02.html (20.2.2003).