

Privatisering av legemiddeldistribusjonen fører til at viktige medisiner blir utilgjengelige

Hvem tar ansvar når fortjenesten er lav?

Legemiddelmarkedet og apotekvesenet har gjennomgått store endringer de senere år. Tidligere var det slik Norsk Medisinaldepot (NMD) litt vemodig skriver på sin hjemmeside: «Myndighetene ønsket sikker tilgang på legemidler, også i krisetider, over hele landet og til like og lavest mulig priser» (1). Staten, gjennom Norsk Medisinaldepot, sørget i stor grad for beredskapslagring og distribusjon av legemidler. Slik er det ikke lenger. Markedsøkonomien har tatt over. EØS-avtalen og Stortingets politiske vedtak har ført til full privatisering. Næringsminister Grete Knudsen fra Arbeiderpartiets regjering undertegnet i mai 2001 dokumentet som gjorde det tyske selskapet Celesio AG til ny eier av Norsk Medisinaldepot (1). Den nye apotekloven har fra 2001 ført til en deregulering av apotek-tjenesten, slik Magnhild Hagelia Lange & Anne Gerd Granås beskriver i sin kronikk i dette nummer av Tidsskriftet (2). De beredskapsmessige oppgavene, å sørge for lagring og tilgjengelighet, er overlatt grossister og fristilte apotek. En slik omstilling har selvsagt hatt konsekvenser. Om omstillingen har ført til lavere legemiddelpriser, slik det ble forespeilet, er usikkert.

Styrene i legemiddelindustri og markedsbaserte apotek skal skaffe investorene høyest mulig fortjeneste. Dette kan innebære at deler av virksomheten kanaliseres vekk fra områder med liten inntjening. Pasienter har ofte andre interesser. Utvikling av nye og rimelige medisiner mot infeksjonssykdommer i fattige deler av verden, som HIV/AIDS, malaria og tuberkulose, er lite kommersielt interessante områder for legemiddelindustrien (3). Hvem skal ta ansvaret for slike store og viktige oppgaver i en tid hvor styringsretten over forskning og utvikling internasjonalt overføres fra offentlige myndigheter til privat næringsliv? (4). Også norske pasienter har problemer med tilgjengeligheten til viktige legemidler. Problemene rammer blant annet eldre legemidler hvor patentet er utløpt. Der industrien har utviklet nye, patenterte alternativer som kan selges for høyere pris, har det vært forsøkt, og delvis lyktes, å fjerne gode og rimelige preparater. Et eksempel er forsøket på å avregistrere hydroklortiazid som hypertensjonsmiddel, noe som førte til betydelig oppstand blant norske allmennpraktikere (5, 6). Dette skjedde på et tidspunkt da det var dokumentert at gamle og rimelige midler som betablokkere og diuretika fullt ut forsvarte sin plass i hypertensjonsbehandlingen.

Innsatsen er stor fra legemiddelindustrien for å lage og fra apotek for å selge nye legemidler til store, gjerne relativt friske befolkningsgrupper med stor betalingssevne. Annerledes blir det når sykdommen er sjelden, pasientene få, og landet lite. Da blir konsumentmakten i markedet så liten at pasientene kan miste tilgangen til viktige legemidler selv om midlet finnes og effekten er veldokumentert. Det synes å være en økende tendens til å avregistrere veldokumenterte preparater med liten inntjeningsevne. Kapsler med idarubicin og deksametason 4 mg tabletter til behandling av myelomatose er eksempler på viktige midler som har forsvunnet siste år. Prokاربazin tabletter til lymfombehandling er også avregistrert. Injiserbare vasopressinanaloger til behandling av blødersykdom er nylig avregistrert «på grunn av lite bruk»; blødere blir aldri noen stor gruppe. Nye midler til hemofilibehandling prises i gjennomsnitt 47 % høyere enn eksisterende medisiner (7).

Avviklingen av statlig legemiddeldistribusjon og lagring gjennom Norsk Medisinaldepot, sammen med omorganiseringen av apotek-

tjenesten, har medført problemer med tilgjengelighet også av registrerte preparater. Apoteker og grossister forsøker å kutte utgifter ved å redusere lagerføring av kostbare preparater med liten omsetning. Det kan føre til uakseptabelt lang leveringstid for blant annet kostbare cytostatika i situasjoner hvor kreftpasienten trenger disse innen kort tid. Sosial- og helsedirektoratet har nylig inngått avtale med en legemiddelgrossist om et større lager av viktige legemidler enn nødvendig for den løpende omsetning.

Leger som behandler pasienter med blodsykdommer, det området som eksemplene er hentet fra, bruker mye tid og krefter på papirarbeid for å fremskaffe og få refusjon for uregistrerte legemidler. Noen av disse midlene, som thalidomid ved myelomatose og azacytidin ved myelodysplasi, er gamle midler som tidligere har vært på markedet, men som de senere år har fått nye indikasjonsområder. Nye firmaer som overtar rettighetene til slike midler, skrur ofte prisene opp mange hundre prosent. I perioder har disse midlene i praksis vært vanskelige eller umulige å få tak i for norske pasienter og leger, til tross for at det foreligger god dokumentasjon på midlenes effekt.

Legemiddelindustri, legemiddelgrossister og apotek lever i stor grad av statlige bevilgninger til helse. De er en del av helsevesenet, og har gjentatte ganger selv påpekt sitt ansvar for å skaffe syke effektiv medisin (4). I en liberalistisk markedsøkonomi må myndighetene i større grad ta grep for å opprettholde en forsvarlig legemiddeltilgjengelighet. Myndighetene bør overveie følgende tiltak:

- Utarbeide spesifikasjoner for krav til lagerhold og rask tilgjengelighet for registrerte legemidler, inkludert tilsyns- og kontrolltiltak
- Pålegge produsent å holde viktige legemidler som produsenten har i salg i andre markeder enn det norske, registrert også i Norge
- Iverksette statlig import og distribusjon av viktige legemidler som industrien finner kommersielt uinteressante
- Etablere statlig sentral lagerfunksjon for viktige, men kommersielt uinteressante legemidler

Kanskje helseministeren bør gjenoppfinne den gamle utgaven av Norsk Medisinaldepot? Det må i så fall være under et nytt navn, siden det gamle er solgt.

Jens Hammerstrøm

jens.hammerstrom@medisin.ntnu.no

Jens Hammerstrøm (f. 1947) er professor ved NTNU og overlege ved Hematologisk seksjon, Medisinsk avdeling, St. Olavs Hospital. Forfatteren har mottatt reisestøtte til internasjonale kongresser og deltatt i kliniske utprøvinger av legemidler finansiert av legemiddelfirmaer.

Litteratur

1. NMD Grossisthandel AS. www.nmd.no (3.11.2003).
2. Lange M, Lindås AG. Apotekbransjen før og etter ny apoteklov. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3248–9.
3. Troullier P, Olliaro P, Torreele E, Orbinski J, Laing R, Ford N. Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure. Lancet 2002; 359: 2188–94.
4. Dukes MNG. Accountability of the pharmaceutical industry. Lancet 2002; 360: 1682–4.
5. Landmark K. Er de nyere antihypertensive medikamentene bedre og mer effektive enn diuretika? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 701–5.
6. Meland E, Wapler P. Statens legemiddelverk og ansvaret for kostnadseffektiv legemiddelbruk. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2094–5.
7. Rogoff EG, Guirgis HS, Lipton RA, Seremetis SS, DiMichele DM, Agnew GM et al. The upward spiral of drug costs: a time series analysis of drugs used in the treatment of hemophilia. Thromb Haemost 2002; 88: 545–53.