

situasjon, fordi det som her trengs fortoner seg dyrt å drive med. Dette dilemmaet illustrerer at helseministeren nok har rett.

Det andre spørsmålet gjelder den pågående psykiatriplanen der myndighetene stiller ekstra midler til rådighet i perioden 1999–2008. Denne satsingen er ikke nevnt i kronikken, og derfor er aktualiteten begrenset. Hvordan ser forfatterne at en slik prioritering av psykiatri kan fungere i et ISF-system?

**Jon Lekven**  
Bergen

#### Litteratur

1. Bretteville-Jensen AL, Kaarbøe O. Innsatsstyrt finansiering også i psykiatrien? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2379–81.

### A. Bretteville-Jensen & O. Kaarbøe svarer

Jon Lekven kommer med interessante betraktninger til vår kronikk. Han ber oss utdype to spørsmål rundt økonomi og prioritering. Det skal vi kort gjøre. Vi skriver at i et system med innsatsstyrt finansiering (ISF) «kan betaler aktivt bruke prisme-kanismen for å vri ressursene i en bestemt retning» (1). Lekven påpeker at prioriteringer ikke skal styres ut fra økonomi, men ut fra de regler og retningslinjer som ligger i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Det er vi enig i. Det er derfor viktig at finansieringssystemet innrettes slik at det understøtter, og ikke motarbeider, gode prioriteringer. Vi er klar over at dette er en krevende oppgave, men det er også den eneste korrekte måten å utforme finansieringssystemet på.

Økonomiske virkemidler er i liten grad eksplisitt tatt i bruk for å understøtte vedtatte prioriteringer i Norge. Dette gjelder både på tilbudssiden (finansiering av helseprodusenter) og etterspørselssiden (egenandeler). Ett unntak på tilbudssiden er dagkirurgi som ble inkludert i ISF-ordningen for å stimulere til økt overgang fra behandling på sengeavdelinger (2). Egenandeler innen sterilisering og kunstig befruktninger er ett unntak på etterspørselssiden.

Lekven påpeker at innsatsstyrt finansiering er «først og fremst et pengefordelings-system for de regionale helseforetak». Det er vi ikke enig i. Da innsatsstyrt finansiering ble innført, ønsket sentrale myndigheter å vri de fylkeskommunale prioriteringer mot sykehussektoren. I tillegg var det et uttalt ønske at fylkene skulle inngå aktivtetsbaserte kontrakter med sykehusene (3). En finansieringsmodell hvor de regionale helseforetakene finansieres med en per capita-basert ramme, samtidig som regionale helseforetak inngår aktivtetsbaserte kontrakter med helseforetakene, vil i stor grad kunne hindre det dilemma som Lekven illustrerer. En slik modell vil gi de regionale

helseforetakene større handlefrihet og mulighet til å ta hensyn til forskjeller mellom de enkelte helseforetak ved å tilpasse de aktivtetsbaserte kontraktene. I tillegg må det innføres mekanismer som kan sikre at de lokale tilpasningene ikke går på tvers av nasjonale prioriteringer. Kanskje det foreslåtte beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten kan være til hjelp her (4).

Den skisserte modellen vil også være konsistent med handlingsplaner som stiller ekstra midler til rådighet for spesifikke deler av spesialisthelsetjenesten, eksempelvis psykiatriplanen, ved at myndighetene, sammen med økte rammer, setter krav til de regionale helseforetakene om aktivtetsøkning.

**Anne Line Bretteville-Jensen**  
**Oddvar Kaarbøe**

#### Litteratur

1. Bretteville-Jensen AL, Kaarbøe O. Innsatsstyrt finansiering også i psykiatrien? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2379–81.
2. Norges offentlige utredninger. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. NOU 2003: 1. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2002.
3. St.meld. nr. 50 (1993–94). Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.
4. St.prp. nr. 1 (2004–05). Statsbudsjettet 2005 for Helse- og omsorgsdepartementet.

## Innovasjon og nyskaping bør oppmuntres

I Tidsskriftet nr. 19/2994 gir Charlotte Haug inntrykk av at legemiddelindustrien nå heller produserer «sykdom til piller som virker, enn piller som virker mot sykdom» (1).

Legemiddelindustrien er en aktiv pådriver for medisinsk utvikling og for å forbedre folkehelsen og ønsker å utvikle de beste medisinene mot eksisterende og nye sykdommer. For å lykkes er vi avhengig av vår evne til å finansiere ytterligere forskning og utvikling. Det tar vanligvis 10–12 år å omsette en idé til et legemiddel som tilfredsstiller kravene til kvalitet, effekt og sikkerhet, og kostnadene til dette kan utgjøre flere milliarder kroner. Mer enn 90 % av disse kostnadene er finansiert av industrien selv.

Haug nevner synet på depresjon i Japan som eksempel på hvordan industrien angivelig skaper et marked (1). Over store deler av verden, også i Japan, har man etter hvert fått et annet syn på depresjon og psykiske lidelser som sykdom og en helt annen åpenhet rundt disse lidelsene enn før. Industrien kan ikke ta æren for dette alene. Det finnes nå en rekke medisiner, inkludert de omtalte selektive serotoninreopptakshemmerne (SSRI), som kan hjelpe mennesker som ellers ikke ville fungert i arbeidslivet eller i hverdagen.

Det er både legitimt og nødvendig at legemiddelindustrien fokuserer på områder

hvor det er udekkede behov og en signifikant pasientpopulasjon. Gode salgstall på ett legemiddelområde tillater at vi også kan forske på legemidler som ikke kaster så mye av seg økonomisk. Forutsetningen for all legemiddelutvikling er økonomisk suksess knyttet til ett eller flere medikamenter. Det kan man like eller mislike. Dermed kan industrien også utvikle viktige medisiner til behandling av livstruende sykdommer. Det er under utvikling nesten 100 legemidler til bruk ved HIV/AIDS, rundt 400 mot kreft og nesten 200 mot ulike infeksjonssykdommer (2). De store forsknings- og utviklingskostnadene gjør det vanskelig å utvikle medisiner for sjeldne sykdommer for pasienter i utviklingsland. Likevel gjør industrien anstrengelser for å møte slike sykdommer (3).

Haug mener det er beklagelig at mye av ressursene – både i industrien og i helsetjenesten – brukes til å øke markedet for eksisterende legemidler (1). Det er vi enig i. Dessverre kan myndighetene, ikke minst her i Norge, være svært restriktive i forhold til å ta i bruk nye legemidler, slik som nye midler mot type 2-diabetes, schizofreni, Alzheimers sykdom, multipel sklerose, Parkinsons sykdom og kronisk obstruktiv lungesykdom.

Innovasjon og nyskaping bør oppmuntres. Det håper vi også Tidsskriftet vil bidra til.

**Pål Christian Roland**

Legemiddelindustriforeningen

#### Litteratur

1. Haug C. Sykdomsproduksjon som forretningsidé. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2469.
2. The Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA) www.phrma.org (26.10.2004).
3. Grabowski H. Innovation and R&D incentives for orphan drugs and neglected diseases. <http://www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/documents/grabowski.ppt> (26.10.2004).