

I Finsnes' artikkel antydes det at legemiddelindustrien ikke har vært en medspiller i innføringen av trinnprissystemet. Dette er ikke riktig. Legemiddelindustriforeningen har helt siden systemet ble foreslått, støttet opp om dette. Den har også foreslått justeringer i trinnprissystemet som ville gitt folketrygden og pasientene full effekt av den generiske konkurransen fra første dag. Samtidig ville det bidra til å gjøre konkurransevilkårene mer likeverdige i apotekmarkedet ved å gjøre det lettere for uavhengige apotek å få kjøpt inn trinnprislegemidler til for dem konkurransedyktige priser i forhold til kjedepotekene.

La det være helt klart at legemiddelindustrien ikke har interesse av å fremstille generisk bytte i et uheldig lys. Tvert imot; generisk konkurranse brukt på riktig måte kan bidra til fornuftig legemiddelbruk og rom for å finansiere nye og mer kostbare patenterte legemidler som representerer behandlingsmessige fremskritt innen de aktuelle terapiområder. Legemiddelindustrieringen har forventninger om at Helse- og omsorgsdepartementet ved den forestående gjennomgangen av apotekloven vil vurdere virkemidler som både sikrer myndighetene og pasientene full effekt av produsentenes rabatter, men som også sikrer trinnprissystemet på en måte som balanserer flere interesser enn hva dagens system gjør.

Pål Christian Roland

Legemiddelindustriforeningen

Litteratur

1. Finsnes K. Apotekene har spart pasient og folketrygd for 500 millioner kroner. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 192–3.
2. Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet. ECON-rapport nr. 2004–010. Oslo: ECON Analyse AS, 2004.

Gi kompasset tilbake – men til hvem?

I artikkelen *Gi legemiddelindustrien kompasset tilbake!* i Tidsskriftet nr. 1/2006 påstår redaktøren i *New England Journal of Medicine*, Jeffrey Drazen, at det innad i legemiddelindustrien har skjedd en holdningsendring mot mer pengetenkning og mindre fag og etikk (1). Dette er ikke korrekt. Endringene i legemiddelsektoren de siste årene har først og fremst skjedd som et resultat av helsemyndighetenes endringer i rammevilkårene for legemiddelindustrien og ikke som et resultat av en holdningsendring innad i legemiddelindustrien.

Kravene om dokumentasjon ved søknad om godkjenning for et nytt legemiddel er blitt vesentlig strengere. I dag leveres det bokstavelig talt paller med dokumentasjon, mens det for eldre legemidler som fortsatt er i bruk, var nok med noen få A4-ark. Eksempelvis sendte vårt firma nylig inn 20 paller med dokumentasjon for registrering av et

nytt legemiddel (som for øvrig ikke ble godkjent), mens lokalbedøvelsesmidlet Xylocain i sin tid ble godkjent på grunnlag av en søknad på noen få sider. Et slik krav til økt dokumentasjon har økt utprøvningskostnadene og utprøvingstiden for et legemiddel, noe som «spiser» av den tid firmaet har patent på midlet. Dermed blir kravene til inntjening større. Krav til økt dokumentasjon fører til større fokus på å holde seg til myndighetenes krav og ikke til de mer akademiske problemstillinger Drazen etterlyser. Det er også på trappene å innføre overvåking etter markedsintroduksjon (post-marketing surveillance), som innebærer tiltak for å følge opp eventuelle bivirkninger på allerede godkjente legemidler.

Samtidig som myndighetene har økt kravene til dokumentasjon og overvåking, har deres betalingsvillighet sunket. Flere ordninger er innført for å redusere legemiddelprisene, noe som har medført store inntjeningstap for industrien. Prissettingen på legemidler i høykostlandet Norge er basert på gjennomsnittsprisen til de tre billigste landene av totalt ni europeiske land. Samtidig legges forholdene til rette for parallellimport, dvs. innføring av legemidler fra lavkostland. Lister over hvilke medisiner man skal forskrive fremfor andre mot en sykdom, er ofte mer basert mer på hvor billig medisinen er fremfor hvor effektiv medisinen er. Når patentet for legemidlet går ut, oppstår det såkalt generisk konkurranse, som innebærer at «hvem som helst» kan produsere legemidlet. I denne fasen synker prisene kraftig – styrt av myndighetene gjennom trinnprismodellen. Presset fra generikafirmaene har også økt ved at etablerte patenter angripes. Det finnes flere eksempler på at legemidler har mistet patentets eksklusivitet før det har gått ut.

Inntjeningen til legemiddelindustrien har gått ned de siste 15 årene, mens forskningsinnsatsen og dokumentasjonen har økt betydelig. Industrien er opptatt av å forske frem nye effektive legemidler med minst mulig bivirkninger. Økte krav til dokumentasjon, økte kostnader og lavere inntjening har medført at antallet søknader for registrering av nye legemidler har gått ned. Bare gjennom et aktivt samarbeid mellom industri og myndigheter kan nye innovative legemidler se dagens lys.

Christian Önfelt

AstraZeneca AS

Litteratur

1. Haug C. Gi legemiddelindustrien kompasset tilbake! Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 52–5.

Fagfeller – våkne opp!

Det er skjammende feil i to artikler i Tidsskriftet nr. 2/2006. Gaarder skriver i sin lederartikkel at «Verdens helseorganisasjon rapporterte om ca. fem millioner dødsfall

som følge av skader i 2003. Dette utgjør om lag 10 % av alle dødsfall på verdensbasis, dvs. om lag 4 000 dødsfall per år» (min kursivering) (1). Dette er jo tull. I sammendraget i sin originalartikkel om organisering av norske traumemottak skriver Isaksen og medarbeidere at «...feil i den første fase av behandlingen ved sykehus koster 10–15 % av pasientene livet» (2). Norsk skademedisin er et genocidalt prosjekt dersom dette er tilfellet. Heldigvis er sannheten noe mer beroligende, nemlig at 10–15 % av traumedødsfallene trolig kan unngås dersom initialbehandlingen er optimal.

For to uker siden måtte jeg påpeke en liknende blunder i en originalartikkel om snøscooterskader i Finnmark (3). Fører Tidsskriftet en kampanje for å stille traumatologene til torgs, eller er andre typer fagartikler i Tidsskriftet like ille? Redaktøren må jo forstå at vi ikke gidder å fortsette å lese uetterrettelige artikler. Jeg melder meg som fagfellevurderer.

Hans Husum

Universitetssykehuset Nord-Norge

Litteratur

1. Gaarder C. Livet stod ikke til å redde – eller? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 144.
2. Isaksen MI, Wisborg T, Brattebø G. Organisering av traumemottak – stor forbedring på fire år. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 145–7.
3. Husum H. Snøscooterskader ikke alvorligere enn før. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 340–1.

C. Gaarder svarer:

I mitt innsendte manuskript lød første avsnitt som følger: «Verdens Helseorganisasjon rapporterte 5 millioner traumedødsfall i 2003. Det utgjør 10 % av alle dødsfall på verdensbasis. Den gjennomsnittlige skadepasienten er en tidligere frisk person i trettiårene. Som Isaksen og medarbeidere påpeker i dette nummer av Tidsskriftet, finnes det fyldig litteratur som støtter antagelsen om at en stor del av dødsfallene kunne ha vært unngått med optimal traumebehandling. Dette kan i Norge utgjøre opptil 6 500 tapte leveår hvert år.» Tillegget «dvs. om lag 4 000 dødsfall per år», som Husum riktig påpeker i sitt innlegg, er direkte feilaktig. Utsagnet er lagt til i en redaksjonell forandring av manuskriptet, som undertegnede ikke har fått mulighet til å rette opp på grunn av kort frist og utenlandsopphold.

Christine Gaarder

Johannesburg
Sør-Afrika

M.I. Isaksen og medarbeidere svarer:

Vi takker Hans Husum for å ha gjort oss og leserne oppmerksomme på at en setning i sammendraget i vår artikkel i Tidsskriftet kan mistolkes, dersom man bare leser den uavhengig av selve artikkelen (1). For dem