

Norges Farmaceutiske Forening

Helsedepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Helsedepartementet	
Saksnr.: 200402138	Dok.nr.: 6
Arkivkode: 563.0	Journ.dato: 24/6-04
Avd.: FHA	Saksbeh.: VP
U.off.:	

Deres ref.: 200402138/LMS/VP

Vår ref.: Jnr 377/04 MB

21. juni 2004

GENERISK KONKURRANSE I LEGEMIDDELMARKEDET - HØRING

Problemstillingene som tas opp i høringsnotatet er kompliserte. Det er ikke åpenbart hva som vil være konsekvensene av de ulike forslaga, og det er vanskelig å vurdere og veie disse opp mot hverandre. Det stilles derfor store krav til de modeller som skal benyttes, jf også omtalen av disse krava under notatets kapittel 6. I tillegg til de hensyn som der er nevnt, vil vi framheve at ikke bør være vanskelig i forstå hvordan systemet virker i tillegg til at det må være administrativt håndterbart.

I kapittel 4 er det anført tre forutsetninger for å få prisene "ned mot utenlandsk nivå". De virkemidlene som omtales er rettet mot pasienter og apotek, mens forskriverne (legene) ikke er nevnt. Det er heller ikke i dokumentet for øvrig nevnt tiltak i denne retning. Vi viser til høringssaken om innføringen av indekspris der vi påpekte at det burde legges større vekt på generisk forskrivning som virkemiddel for prisreduksjon. Det er dessuten vår oppfatning at denne tilnærminga også har en bedre faglig tilnærming ved at generisk forskrivning legge til rette for en mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom leger og farmasøyter enn det som nå er tilfelle. Det er ikke fornuftig bruk av ressurser i helsevesenet at legen skal ha oversikt over de til enhver tid aktuelle produkter og priser. Det bør i første rekke være farmasøytene oppgave, på et faglig og økonomisk grunnlagt, å sørge for det mest hensiktsmessige produkt i det enkelte tilfelle. Vi viser også til Stortingets vedtak ved behandling av forslag oversendt fra Odelstinget ved behandling av Ot prp nr 16 (2002-03) der det heter at "Stortinget ber Regjeringen om å utrede en videreutvikling av en modell som innebærer at rekvirenten (i praksis legen) skriver ut virkestoffet på resepten og ikke som i dag et bestemt legemiddel". Vi viser også til forsøka med generisk forskrivning som gjennomføres i Sverige, der en aktuell tilnærming er å spare tid og å øke tryggheten hos pasientene. Generisk forskrivning, vil i tillegg til de virkningene som er nevnt overfor, forenkle innføring og bruk av multidoser og pasientenes overgang mellom omsorgsnivåene i helsetjenesten.

Etter vår oppfatning er den manglende oppmerksomhet omkring legenes praksis betenkelig når hensikten må være å rette oppmerksomheten mot alle forhold som kan medvirke til reduksjon i de aktuelle utgiftene. Rett forskrivningspraksis vil være en stor bidragsyter i denne sammenheng. Industriens aktive markedsføring av nye og kostbare legemidler overfor legene er også en vesentlig faktor i en kostnadssammenheng, særlig når det ofte viser seg at tilleggsnyttan sammenlignet ved eksisterende terapi er marginal eller ikke-eksisterende.

I samsvar med vårt syn på generisk forskrivning, anser vi det som uheldig dersom det innføres maksimalpris for hvert enkelt varenummer, slik "metode A" forutsetter. Maksimalprisen bør fastsettes for vikestoffet, slik "metode B" legger til grunn.


Når det gjelder de ulike modeller som kan bidra til ytterligere prisreduksjon, omtalt i kapittel 8, anser vi tilskuddsprismodellen som den beste. Slik vi vurderer modellen er denne enklest å administrere og å forstå. Myndighetene kan med denne modellen i realiteten til enhver tid bestemme hvor mye et legemiddel bør koste. Dersom tilskuddsprissystemet kombineres med pliktmessig generisk forskrivning vil heller ikke pasientene rammes av økte egenandeler. Legemiddelsubstansen som blir forskrevet vil ha en bestemt pris som det gis refusjon for. I de tilfeller der det er medisinsk berettiget å forskrive et bestemt produkt, må mellomlegget refunderes over trygdens regning, ikke av pasienter eller apotek. I en slik ordning reduseres også apotekenes omfattende administrative arbeid knyttet til å måtte forespørre pasienten om generisk bytte, slik at en større del av de apotekansattes knappe tid kan benyttes til fordel for legemiddelbrukerne.

Etter vår oppfatning har de andre modellene som er utredet større svakheter enn tilskuddsprissystemet. Indeksprissystemet kan eventuelt forbedres ved benytte prisopplysninger fra produsent i stedet for fra grossist. Gevinstdelingsmodellen synes å være basert på en del uklare forutsetninger som gjør resultatet usikkert og synes heller ikke å oppfylle alle kravene til modellen anført under 6.1, særlig med hensyn til håndterbarhet. En anbudsordning vil kunne gi betydelige resultater med hensyn til prisnedgang, men vil kunne vi en enerett som kan være uheldig med hensyn til langsiktighet og leveringssikkerhet. Vi antar også at anbudssystemet krever en stor administrativ organisasjon, men vil samtidig sett fra vår synsvinkel ha den fordel at det i mindre grad enn nåværende ordning belaster apotekene med administrative ressurser. Trappetrinnsmodellen synes ikke hensiktsmessig da den baseres på usikre antagelser om prisutvikling; blant annet synes det i det foreliggende eksempelet som om det er lagt inn en lavere prisreduksjon enn man burde forvente.

Vår gjennomgang av de ulike modellene synes å peke på tilskuddsprismodellen der maksimalprisen fastsettes for virkestoff som den foretrukne både med hensyn til det økonomiske resultatet og administrativ enkelhet. Kombinert med generisk forskrivning kan det også oppnås et faglig resultat til tillegg de økonomiske incentiver.

Vi kan ikke unnlate å nevne at de problemene vi nå ser knyttet til prisreguleringer i stor grad skyldes prinsipper nedfelt i apotekloven. Vertikal integrasjon mellom grossist- og detaljistleddet har ført til at priskontrollen er vanskeliggjort.

Med vennlig hilsen
NORGES FARMACEUTISKE FORENING


Martin Bjerke
leder