

Helseøkonomi Bergen (HEB)
Herman Fossgate 6
5007 Bergen

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Bergen, 25. september 2006

Høring – Prising av generiske legemidler

Det vises til høringsbrev og høringsnotat av 11. august d.å., der Helseøkonomi Bergen (HEB) er invitert som høringsinstans. Forskningsleder for HEB, Jan Erik Askildsen, har bedt forsker Kurt Brekke om å gå gjennom høringsnotatet og komme med faglige vurderinger. Disse vurderinger følger nedenfor.

I høringsnotatet fremkommer det to forslag til endringer av trinnprismodellen som er dagens modell for fastsettelse av refusjonspris for legemidler innenfor generikamarkedet. Forslag A fra Apotekerforeningen vil ikke bli kommentert, da dette ikke innebærer noen vesentlig endring av systemet i kvalitativt forstand. Vi vil altså fokusere på forslag B fra myndighetene som er mer vidtrekkende og innebærer en viss kvalitativ endring av dagens modell. I dette forslaget foreslår man å betinge refusjonsprisene på internasjonale priser, nærmere bestemt priser fra Danmark og Sverige. Nedenfor skisseres nærmere kommentarer til dette.

1. Innledningsvis vil vi fremføre at myndighetene har gjennomført svært mange reformer på legemiddelsektoren de seneste årene. I 2001 avviklet man referanseprissystemet, og introduserte maksimalpriser basert på internasjonale prissammenligninger, som er gjeldende prisregulering for alle legemidler som ikke er inkludert i trinnsprissystemet. I mars 2003 introduserte man indeksprissystemet for et utvalg legemidler i generikamarkedet. Indeksprissystemet ble først utvidet og så avviklet ved utgangen av 2004.

Selv om vi forstår myndighetenes utålmodighet knyttet til å få realisert kostnadsreduksjoner når det gjelder legemiddelutgifter, kan det være en viss fornuft i å la nye modeller få virke en stund før man introduserer nye. Indeksprissystemet er et eksempel i så måte. Kort tid etter introduksjonen av dette systemet igangsatte myndighetene en evaluering av systemet. Dette endte i en ECON-rapport levert april 2004. Basert på prisdata inntil februar 2004, konkluderte rapporten med en viss kostnadsbesparelse, men at denne var betydelig lavere enn forventet.

Det har nylig vært utarbeidet to studier av indeksprissystemet. Den første studien av Dalen m fl (2006) finner at systemet bidro til økt konkurranse og et skift i markedsandeler fra originalprodukter til generika. Den andre studien av Brekke m fl (2006) finner at indeksprissystemet bidro til en betydelig prisreduksjon på produktene omfattet av ordningen, med sterkere effekt på originalprodukt (18 pst) enn generika (8 pst). Sistnevnte studie peker også på at indeksprissystemet bidro til en prisreduksjon på terapeutiske substitutt som ikke var inkludert, og således kan gi indirekte kostnadsbesparelser. Studiene viser at det er særlig i løpet av 2004 de store prisreduksjonene inntreffer, noe som ikke fanges opp av ovennevnte evalueringsrapport.

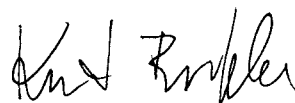
2. Når det gjelder trinnprismodellen som erstattet indeksprissystemet, er dette en modell hvor refusjonsprisen fastsettes sjablonmessig som en andel av prisen på originalproduktet, der denne andelen reduseres i løpet av en viss periode. En viktig forutsetning er at det er etablert *stabil generisk konkurranse*. Etablering av generika innenfor et terapeutisk marked er avhengig av inntjeningen. En potensiell fare med en svært stram refusjonspris, basert på priser fra Danmark og Sverige, er at (i) det kan bli færre etableringer av generika; og at (ii) noen generika vil trekkes tilbake fra markedet. Dersom dette skjer er det ikke sikkert at man vil oppnå de besparelsene man ønsker. Dette er noe som ikke diskuteres i høringsnotatet, og som kan være et viktig forhold.

3. Ved å betinge refusjonsprisen på tilsvarende priser i Danmark og Sverige, så vil man indirekte importere systemet fra disse landene. Som beskrevet i høringsnotatet, så refunderes billigste generiske medikament i Danmark, mens man i Sverige har krav på å levere ut billigste medikament, gitt fravær av reservasjon mot generisk substitusjon. Denne typen systemer kalles ofte for generisk referanseprissystemer. Indeksprissystemet var en variant av dette, bortsett fra at (i) man påla apotekene (og ikke pasientene) kostnaden med å selge et produkt over refusjonsprisen; og (ii) refusjonsprisen ikke var satt likt med prisen på det billigste produktet, men i stedet som en salgsvektet snittpris basert på alle prisene i gruppen. Det er vanskelig å forstå, sett fra utsiden, hvorfor man indirekte vil importere et generisk referanseprissystem. Et opplagt spørsmål er hvorfor man ikke introduserer tilsvarende system direkte i Norge, slik man har i Danmark, Sverige og en rekke andre land. Det synes å være mye enklere og mer forutsigbart, og man vil unngå de generelle problemene som er skissert på side 12 i høringsnotatet.

Dersom et slikt system ikke er gunstig for apotekavansen, og dermed apotektilbudet, så kan man pålegge merutgiften på pasientene, slik man gjør i de fleste andre land med et slikt system. Et alternativ er å gi leger budsjetter knyttet til forskrivning, slik man har gjort i f eks Tyskland og Storbritannia. En mulighet er å inkludere forskrivningsutgifter i finansieringssystemet overfor fastlegene.

Med vennlig hilsen

Jan Erik Askildsen
Forskningsleder HEB



Kurt R. Brekke
Forsker HEB