

Nu ska inga nya läkemedel utvecklas!

Om endast den första produkten i sin klass skall ersättas kommer ekonomiska incitament saknas för all läkemedelsutveckling. Om den innovativa läkemedelsindustrin inte får kostnadstäckning kommer man att dra ner på utvecklingstakten och färre innovativa produkter se dagens ljus. Det är vad som hänt.

SG Morgan och medarbetare visar i en artikel [1] att största läkemedelsanvändningen och största kostnaden för betalaren/samhället ligger i användningen av »me-too«-produkter (produkter med snarlik behandlingsprincip som för redan existerande läkemedel). Morgan och medarbetare verkar förvånade, men borde inte vara det. Det verkar som om de tror att en »me-too«-produkt, som kommer ut på marknaden två år efter introduktionen av den första produkten i sin klass, har utvecklats till låg budget och på bara två år.

Så är det naturligtvis inte. Den har kostat företaget lika mycket tid (10–12 år) och pengar (ca 800 miljoner dollar) som den första produkten, som betraktas som »innovativ«. Men man misslyckades med att bli först. Med Morgans och medarbetares resonemang ska dessa produkter inte få plats på marknaden, utan vi ska hålla oss till den första produkten, alternativt prissätta efterföljarna mot likvärdiga generika. Vad kan hända om det skulle bli verklighet?

Om bara den första produkten i sin klass skall ersättas kommer ekonomiska incitament att saknas för all läkemedelsutveckling. Vem skulle våga ta risken att hamna på andra plats? När i dag 98 procent av möjliga läkemedel sorteras bort

under utvecklingsarbetet måste kostnaden även för dessa misslyckanden bäras av de framgångsrika läkemedlen som når marknaden.

När Morgan och medarbetare hävdar (i likhet med många politiker!) att Kanada skulle kunna få minst 1 000 extra läkare för samma belopp som han beräknar extrakostnaden för »me-too« till, så glömmer de bort att vi i så fall måste avstå helt från vidare utveckling av nya läkemedel. Läkemedelsindustrin har faktiskt inte ett utvecklingsrör för »me-too« och ett annat för innovativa läkemedel. Industrin hoppas naturligtvis, när man startar arbetet, att den egna produkten ska bli en innovativ produkt och att man ska komma först.

Fullföljs Morgans och medarbetares resonemang behövs inga fler smärtlindrare, inga fler medel mot Alzheimers sjukdom, inga ytterligare läkemedel mot depression eller psykos. Vi har helt enkelt nått så långt som vi har råd med.

Det finns parallella resonemang. I Dagens Samhälle [2] konstaterades i en anonym ledare nyligen helt sonika att också nya och innovativa läkemedel som Herceptin (en behandling som halverar risken för återfall av aggressiv bröstcancer hos de 15 procent av patienterna som får denna form av bröstcancer) kostar för mycket. De får inte plats i sjukvårdsbudgeten, och målet att avstå från Herceptin anser man kan nås med hårda prioriteringar och väl vald pedagogik. Patienterna skall tydligen fås att förstå att det är för allas bästa som de själva inte kan få den bästa behandlingen. Är detta en modern form av ättestupa?

I dag varierar tillgängligheten till Herceptin med de olika sjukvårdsområdenas praxis. Det gäller alltså att bo på rätt ställe om man drabbas av aggressiv bröstcancer. Men om man själv, eller en nära anhörig, eller kanske Dagens Samhälles ledarskribent skulle få denna cancerform, så ligger det nog nära till hands att vederbörande önskar sig den behandling som kan minska återfallsrisken med 50 procent. Allt handlar inte om resurser. Det handlar också om respekt, empati och perspektiv.

Om den innovativa läkemedelsindustrin inte kan få sina kostnader täckta kommer man naturligtvis att dra ner på utvecklingstakten, och färre innovativa produkter kommer att se dagens ljus. I

själva verket är det precis vad som hänt. Under 2000-talets första år skedde en stark minskning av antalet nyregistreringar i USA, Europa och Japan.

Det har nu vänt, och produkttorkan hålls hjälpligt borta genom skiljelinextensions och läkemedel för små sjukdomsgrupper (orphan drugs), men i grunden har det innovativa flödet om inte sinat så åtminstone dragits ner rejält [3]. I brist på andra system för att få fram nya läkemedel än det kommersiella risktagandet, är detta en naturlig följd av den rådande situationen, ett ansvar som till en del vilar på våra sjukvårdspolitiker, inte bara i Sverige.

Slutligen är det naturligtvis så att läkemedelsindustrin på egen hand har lyckats skaffa sig ett grundmurat dåligt rykte, och att detta spår på situationen. Vem vill offentligt ställa sig på industrins sida och försvara dess vinster? Sommaren 2005 presenterades vid DIAs årsmöte (Drug Information Association) i Washington en opinionsundersökning avseende den amerikanska allmänhetens förtroende för olika företagsbranscher.

Vapenindustrin och tobaksindustrin ligger väl förankrade i bottenligan tillsammans med läkemedelsindustrin. Med ett sådant utgångsläge blir naturligtvis det rådande paradigmet att inget gott kan komma från det hållet och det blir fritt fram att misskreditera industrin, utan att se de vetenskapliga och mänskliga landvinningar som trots allt realiseras.

Med blicken envist i backen och fokus enbart på den egna budgeten slipper man se samband, och här är Morgan och medarbetare i gott sällskap med många svenska kommunala tjänstemän, politiker och andra som hellre lämnar patienterna utan dokumenterad behandling än kämpar emot ett underfinansierat system.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Morgan SG, Bassett KL, Wright JM, Evans RG, Barer ML, Caetano PA, et al. »Breakthrough« drugs and growth in expenditure on prescription drugs in Canada. *BMJ* 2005;331:815-6.
2. Ledare. Dagens Samhälle 34, 2005.
3. www.emea.eu.int/annualreports



PIERRE LAFOLIE

docent, överläkare, klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset Solna
pierre.lafolie@karolinska.se