

De fattige mangler medisiner

– Kampanjen for tilgang på livsviktige medisiner
(«Access to Essential Drugs Campaign»)



I arbeid blant fattige mennesker finner vi mange årsaker til at det er for dårlig tilgang på helsetjenester.

Ill.: MSF

• AV ATLE FRETHEIM

I arbeid blant fattige mennesker finner vi mange årsaker til at det er for dårlig tilgang på helsetjenester. Fattigdom er i seg selv fellesnevneren, men kan deles opp i mangel på infrastruktur, for lite kunnskap, for få helsearbeidere m.m. Det meste av dette vil ta tid å forbedre og er i stor grad relatert til den økonomiske og sosiale utviklingen i et samfunn.

I flere år har MSFs folk i felten kjent frustrasjon over å være tilstede og ha adgang til å hjelpe syke mennesker, samtidig som muligheten for å hjelpe strander på at en ikke har tilgang til de nødvendige medisinene. Å bedre tilgang på medisiner er noe som kan oppnås uten å måtte vente på at utviklingslandenes økonomi skal bli bedre. MSF har satt igang en rekke feltprosjekter som har med mangelen på tilgang til medisiner å gjøre. Disse er i stor grad finansiert ved hjelp av pengene som ble mottatt i forbindelse med fjorårets Nobelpris. MSF har også, sammen med andre organisasjoner, bidratt til å rette søkelyset mot hva dagens praktisering av internasjonale patentregler betyr for pasienter i fattige land og å peke på løsninger. I Norge har MSF vært opptatt av å klargjøre

MSF ønsker å sette fokus på tilgangen til livsviktige medisiner i fattige land.

Foto: R. JOB





Muligheten for å hjelpe strander ofte på at en ikke har tilgang til de nødvendige medisinene. Å bedre tilgang på medisiner er noe som kan oppnås uten å måtte vente på at utviklingslandenes økonomi skal bli bedre.

Foto: Hans-Jürgen Burkars

holdningen norske myndigheter har til tolkningen av de internasjonale patentreglene og forsøke å rette oppmerksomhet mot de alvorlige konsekvensene av dagens praksis.

Et trehodet troll

I fattige land er det stort sett infeksjonssykdommene vi snakker om når det dreier seg om dødelige sykdommer. Disse sykdommene lar seg ofte behandle med medikamenter. Grunnen til at medikamentene ikke er tilgjengelige der hvor de trengs kan være flere, men manglende betalingsevne er ofte det viktigste. Det å være fattig gjør at du ikke klarer å betale for medisinene du trenger, men kanskje like viktig: det gjør at dine lidelser ikke er interessante for den farmasøytiske industrien. Dermed er det lite sannsynlig at det kommer nye og viktige medikamenter som vil være til hjelp for deg. Samtidig finnes det barrierer for fattiges tilgang på medisiner på grunn av handels- og patenthindringer.



I fattige land er det stort sett infeksjonssykdommene vi snakker om når det dreier seg om dødelige sykdommer. Disse sykdommene lar seg ofte behandle med medikamenter.

En kan dele opp problemet med mangel på tilgang til medisiner i tre:

- Spesifikke barrierer for tilgang på medisiner
- Mangel på forskning og utvikling
- Barrierer som pålegges gjennom handels-/patentavtaler

Spesifikke barrierer for tilgang på medisiner

Dette gir seg utslag blant annet i manglende produksjon av livsviktig medisiner. Sovesyke (trypanosomiasis) er en nevrologisk sykdom som alltid fører til døden. Den forårsakes av en parasitt som overføres med tse-tse flua. Standardbehandling er injeksjoner av et arsenikkderivat som er så toksisk at 1 av 20 pasienter dør av selve behandlingen. Medikamentet har vært i bruk siden 1949, så da er det heller ikke overraskende at resistens er et økende problem. I noen områder er andelen av pasientene som er infisert med motstandsdyktige parasitter opp mot 20%. Et alternativt preparat er elfornitin, som tolereres langt bedre. Produksjonen av dette preparatet ble av legemiddelindustrien lagt på hylla midt på 90-tallet – på grunn av manglende inntjening. Dette fordi sovesyke bare opptrer i land som er blant de fattigste i verden.

Et annet eksempel er kloramfenikol i oljesuspensjon. Dette er et godt preparat å bruke under epidemier av meningitt, som forekommer med jevne mellomrom i det nordlige Afrika. Behandlingen er enkel å gjennomføre og billig å produsere. I 1995 sluttet produsenten å framstille ampullene – igjen på grunn av for dårlig inntjening.

Noen av medikamentene som brukes i behandlingen av multiresistent tuberkulose er svært dyre. Dette er medikamenter som kom på markedet for lenge siden, og årsakene

Noen av medikamentene som brukes i behandlingen av multiresistent tuberkulose er svært dyre. Lave salgstall og en monopolsituasjon påvirker selvfølgelig prisen.





En av de viktigste grunnene til at medikamentene er for kostbare er at produsenten ofte har monopol på produksjon og salg av det aktuelle medikamentet.

Fordi industrien er markedsdrevet er det innlysende at forskningsagendaen styres i liten grad av medisinske hensyn, men heller av potensialet for profitt.

til den høye prisen kan være sammensatt. Lave salgstall er antakelig medvirkende til at det er lite konkurranse, og en monopolsituasjon påvirker selvfølgelig prisen.

Forskning og utvikling

Det aller meste som foregår av kliniske forskning for finne fram til nyere behandlingsmetoder drives av den farmasøytiske industrien. Dette har mange praktiske konsekvenser. Fordi industrien er markedsdrevet er det innlysende at forskningsagendaen i liten grad styres av medisinske hensyn, men heller av potensialet for profitt. Der- som en tenker over hvilke nye preparater som er introdusert i Norge de siste par årene er en slik sammenheng temmelig åpenbar. Enda tydeligere blir dette sett med øynene til pasienter i fattige land: det er ingen av dem som har nytte av medikamenter mot fedme eller håravfall, eller er glade for at blodtryksmedikament nummer 50 blir introdusert.

Mellom 1975 og 1997 kom det 1233 nye medikamenter på markedet. 13 av disse var utviklet med tanke på behandling av tropesykdommer. Av disse igjen var et mindretall utviklet av legemiddelindustrien.

Barrierer som pålegges gjennom handels- og patentavtaler

Hvorfor er medikamentene for kostbare? Årsakene er mange, men en av de viktigste grunnene er at produsenten ofte har monopol på produksjon og salg av det aktuelle medikamentet. Dette er fordi det gis patentbeskyttelse på nye produkter. Dette reguleres i dag gjennom internasjonale avtaler i Verdens handelsorganisasjon (WTO). Reglene sier at patentinnehaveren har enerett på å utnytte produktet kommersielt de første 20 årene etter at patentet er registrert.

Et illustrerende eksempel er flukonazol til behandling av kryptokokkmeningitt blant AIDS-syke. Behandlingen er



En HIV pasient. Antiretrovirale midler mot HIV/AIDS er uoppnåelig for det store flertallet av AIDS-syke i verden. Mens noen land har ikke patentbeskyttelse på disse medikamentene, og kan kjøpes for en brøkdel av prisen.

livslang. I Kenya koster tablettene rundt 150 kroner per dag – omtrent det samme som i Norge. Det betyr naturligvis at slik behandling ikke er tilgjengelig for pasienter i Kenya. I Thailand er prisen en brøkdel av dette, nemlig 5-6 kroner per dag. Grunnen er enkel: i dette landet er ikke flukonazol patentbeskyttet og blir derfor framstilt av en lokal produsent.

Antiretrovirale midler mot HIV/AIDS er et annet slående eksempel. En årlig utgift på 100 000 kroner gjør slik behandling uoppnåelig for det store flertallet av AIDS-syke i verden. Noen land, som Brasil, Thailand og India, har ikke patentbeskyttelse på disse medikamentene, og der kan medisinen kjøpes for en brøkdel av prisen.

«Big business»

At legemidler er «big business» har disse landene fått merke. Amerikanske myndigheter, ofte støttet av EU, har truet med

Et land kan overprøve patentrettighetene for å ta hensyn til folkehelsen, men mange fattige land møter sterk motstand når de gjør det minste forsøk på å benytte seg av slike muligheter.

mange slags sanksjoner dersom landene ikke i større grad innordner seg internasjonale patentregler slik de blir tolket av USA. Thailand vurderte å sette i gang egen produksjon av et nyere antiretroviralt middel, men et voldsomt press fra industrien og trussel om toll på varer eksportert til USA gjorde at planen ble lagt på hylla. Tilsvarende i Sør-Afrika: da nasjonalforsamlingen planla å vedta en lov som skulle gjøre det mulig å sette i gang lokal produksjon av legemidler til behandlingen av AIDS-syke ble de satt på det amerikanske handelsdepartementets offisielle «svarteliste». Dette er en liste over handelspartnere som ikke er til å stole på og og det regnes som svært uheldig å havne på den. Samtidig gikk alle de farmasøytiske selskapene sammen om å anlegge sak mot myndighetene for å hindre en utvanning av det gjeldene patentregelverket i Sør-Afrika.

Saken ble godt dekket og kritisert i amerikanske media. Det førte til at Clinton tidligere i år kom med en offisiell erklæring hvor det ble sagt at amerikanerne ikke lenger ville stå i veien for at afrikanske land iverksetter tiltak som skal sikre behandling til AIDS-pasienter. Legemiddelindustrien holder likevel fast på sitt og har klart å hindre videre framdrift i saken ved å holde den gående i rettsvesenet.

Patentregler er et virkemiddel som samfunnet har valgt å satse på for å stimulere til forskning og utvikling. Fordi motivet som ligger bak er hva som er mest tjenlig for samfunnet er det nødvendig at reglene balanserer mellom patentinnehaverens rettigheter og samfunnets behov. Derfor vil alle patentregelverk inneholde klausuler om unntak og muligheter for å overprøve patentrettighetene. Slik er det også i den internasjonale patentavtalen (TRIPS). Blant annet heter det at et land kan overprøve patentrettighetene dersom det ikke får tilgang til legemidler på rimelige vilkår, særlig når medikamentene er viktige for folkehelsen. Det nevnes spesielt at i krisesituasjoner stilles ingen krav om å ta hensyn til

Selv om noen av problemene er løst, er det fremdeles store hindringer for tilgang på medisiner for mennesker i nød. Foto M. Witterbrood



å patentinnehaveren, en trenger heller ikke å gi noen form for økonomisk kompensasjon. I lys av dette er det forbausende at mange fattige land møter sterk motstand når de gjør det minste forsøk på å benytte seg av slike muligheter.

Hva er oppnådd så langt?

Noen av problemene som er nevnt over har til en viss grad funnet sin løsning. Gjennom forhandlinger med de aktuelle legemiddelprodusentene er i dag både kloramfenikol i oljesuspensjon og eflornitin for sovesyke blitt mulig å skaffe til veie. For øyeblikket arbeides det med å finne fram til en produsent som kan sørge for leveranser av eflornitin på litt lengre sikt. Forhandlinger har også gjort det mulig å kjøpe inn legemidler til behandling av multiresistent tuberkulose til sterkt redusert pris.

Videre har MSF, sammen med andre organisasjoner, bidratt til å rette søkelyset mot hva dagens praktisering av internasjonale patentregler betyr for pasienter i fattige land og å peke på løsninger. For eksempel bruker MSF nå flukonazol fra Thailand til behandling av kryptokokkmeningitt i noen land hvor dette ikke hindres av det nasjonale lovverket, som igjen betyr at det er økonomisk mulig å tilby behandlingen. Men fremdeles er det hindringer for tilgang på medisiner for mennesker i nød.

Atle Fretheim er nestleder i MSF-Norge og ansvarlig for kampanjen «Access to Essential Drugs» i Norge.

