

The Health Impact Fund:

En kritisk diskussion

Speciale udarbejdet af:

Henrik Lydholm

Anvendt Filosofi

Aalborg Universitet

Vejleder: Jørn Sønderholm

Antal anslag (inkl. mellemrum): 187.859, svarende til 78,3 normalsider

Afleveret d. 31-05-2013

Indholdsfortegnelse

Abstract	2
1. Problemfelt	4
1.1 Det dobbelte problem	5
1.2 Problemformulering	6
1.2.1 Fremgangsmåde.....	6
2. The Health Impact fund	8
2.1 Hvorfor The Health Impact Fund?	12
3. Thomas Pogge: Moralsk universalisme og global retfærdighed	15
3.1 Fra rettighed til pligt	16
3.1.1 Ansvarrets kausalitet.....	19
3.2 Sociale retfærdighed	21
3.3 Menneskerettigheder som »baseline«	22
3.4 Institutionel moralsk kosmopolitisme	24
4. Det nuværende system som en institutionel uretfærdighed	26
4.1 TRIPS-aftalen	26
4.1.1 Problemer – og fordele – ved det nuværende patentsystem.....	27
4.2 Fordelene ved HIF i forhold til det nuværende system	29
4.2.1 HIF – blot én af mange	30
5. Kritik af Health Impact Fund	36
5.0.1 Libertariansk forståelse af stærk ejendomsrettighed	37
5.1 Ekstern kritik	41
5.1.1 Vag økonomisk appel til de velhavende lande.....	43
5.1.2 HIF løser ikke de grundlæggende problemer ved patentsystemet.....	46
5.1.3 Problemer vedrørende beregningen af effekten for de enkelte produkter	48
5.1.4 Opsamling af ekstern kritik.....	56
6. Kritisk diskussion	57
6.1 HIF har en overbevisende appel til de velhavende	57
6.1.1 Hvorfor kun ny medicin	59
6.1.2 HIF er mest omkostningseffektiv	60
6.2 HIF løser netop de grundlæggende problemer ved patentsystemet	61
6.2.1 »Need principle« eller markedsorientering?.....	65
6.3 Beregning af effekt er ikke afgørende problematisk – eller?	65
6.3.1 Kausalitet.....	66
6.3.2 HIF må nødvendigvis kun gælde medicin	68
7. Hvad så nu?	69
7.1 QALY-metoden	69
7.2 Kritik af Hollis og Pogges argumenter for at HIF ikke er velgørenhed for de fattige	70
7.2.1 Formindsket risiko for pandemier	71
7.2.2 Billig medicin til de velhavende	73
7.2.3 Adgang til medicin som de velhavende ellers ikke ville have haft adgang til.....	74
7.3 En afsluttende kommentar	75
8. Bibliografi	76

Abstract

The aim of this thesis is to give a critical discussion of the Health Impact Fund. The Health Impact Fund is a reform proposal developed by economist Aiden Hollis and philosopher Thomas Pogge. The aim of the proposal is »making new medicines accessible for all«. The proposal seeks to correct two deficits of the current pharmaceutical system: the access to and innovation of medicines directed at the world's poorest population. According to Hollis and Pogge, the current patent system gives preference to developing medicines aimed at the pharmaceutical market of the affluent. In order for the pharmaceutical companies to recoup their investment in R&D of new drugs, they are given the opportunity to claim a patent for their innovations. The patent gives them a monopoly on the drug and through this monopoly the pharmaceutical company can control the price of their product, which results in relative high mark-ups for their products.

As a supplement to this system Hollis and Pogge suggest to implement the Health Impact Fund. Pharmaceutical companies are, through this, given the opportunity to register their drugs at the Health Impact Fund. If the company decides to register a drug they commit themselves to sell this drug at cost. Instead of generating profit through high mark-ups the Health Impact Fund gives the pharmaceutical companies the opportunity of being paid in accordance with the health impact the drug has on the global burden of diseases. This is what Hollis and Pogge describes as a »pay-for-performance principle«. This means that the biggest rewards would be for the medicines that target the most widespread diseases. Moreover, Hollis and Pogge argue, with millions of poor people dying from diseases that are relatively easily cured, the biggest rewards would be attained if the registered medicine targets the poorest population. This, of course, requires that the Health Impact Fund has a significant amount of money, so that the pharmaceutical companies are given a substantial incentive for developing medicine that targets the poor.

However, it is questioned why the affluent should finance the Health Impact Fund. Hollis and Pogge argue that, not only would the Health Impact Fund benefit both the poor and the affluent people, but the affluent people also have a moral obligation to implement an institutional reform such as the Health Impact Fund. They have such an obligation, because the current system harms the poor, and this system exists only because the affluent people support this system. The understanding of this obligation is based on the work of Thomas Pogge, and his conception of an institutional moral cosmopolitanism.

This position is founded in a commonsense understanding of human rights as morally significant.

The patentsystem is specified through the agreement on »Trade Related Aspects of Intellectual Property«. It is this agreement that makes it possible to attain a 20 years patent for a medical invention. Hollis and Pogge do not intend to eliminate this agreement but stress that the acceptance of patents does not rely on a *natural right* to such. Patents should be conceived instrumentally, as an incentive mechanism for medical innovation. Therefore Hollis and Pogge also refuse a libertarian defence of patents as a natural right.

The Health Impact Fund is thus a reform to supplement the current patentsystem, in order to correct a moral deficit that this system constitutes. However, this system is only morally problematic, if, and only if, there exists a feasible alternative to this global order.

The question of the Health Impact Fund's feasibility is therefore of great importance. The reform proposal has been exposed to some critique on this point. It has been criticised for having a weak economical appeal to the affluent people, who are intended to finance the Health Impact Fund. The reform has also been criticised for not resolving the fundamental problems of the patent system, and last, but not at least, it has been criticised for having problems with measuring the impact of the drugs on the global burden of diseases.

Hollis and Pogge have refuted some of this critique, or at least could be expected to refute some of the critique. However they do not succeed, I believe, in arguing why the Health Impact Fund is not charity for the poor. Thus I try to question whether the supposed positive features of the Health Impact Fund would also apply to the affluent, as Hollis and Pogge claim. My main argument is, that if drug companies are for-profit companies, and Hollis and Pogge believe, and accept, that they are, and the reward mechanism of the Health Impact Fund is based on a products impact on the global burden of disease, then drug companies would have little or no incentive to register a product for a disease that affects the affluent. Thus the benefits of the Health Impact Fund would be insignificant for the affluent, and it can therefore be questioned if the Health Impact Fund in fact is charity for the poor. I believe the Health Impact Fund could have an enormous impact on the global burden of disease, but this impact will mainly affect the health of the world's poorest population.

1. Problemfelt

Danskernes helbred er generelt set godt. Vores middelalder er siden 1970'erne steget, fra omkring 71 år for mænd og 76 år for kvinder, til i dag at være ca. 77 år for mænd og 82 år for kvinder. (Sundhedsstyrelsen 2010: 128, Sundhedsstyrelsen 2012: 2) Det danske sygehusvæsen koster årligt ca. 100 mia. kroner. Vi har nem adgang til medicin, og bruger ca. 6 mia. kr. om året på medicintilskud. (Danske Regioner 2012) Desværre ser det ikke sådan ud i hele verden. Ifølge en nylig rapport fra verdenssundhedsorganisationen¹, forholder det sig således at:

“In low-income countries, fewer than one in five of all people reach the age of 70, and more than a third of all deaths are among children aged under 15 years. People predominantly die of infectious diseases: lower respiratory infections, diarrhoeal diseases, HIV/AIDS, TB [tuberkulose, red] and malaria. Complications of pregnancy and childbirth together continue to be leading causes of death, claiming the lives of both infants and mothers.” (WHO, WIPO et al. 2012: 28)

Ifølge de nyeste tal fra WHO anslås det, at tuberkulose i 2011 var årsag til 1 mio. dødsfald², HIV/AIDS kostede 1,7 mio. mennesker livet i 2011, og malaria forårsagede i 2010 omkring 660.000 dødsfald. (WHO 2013b) Flere millioner mennesker døde altså af sygdomme, der kan behandles med medicin. Men mange mennesker i fattige lande har ikke adgang til denne medicin. Således anslog WHO i en rapport fra 1999 at op mod en tredjedel af verdens befolkning mangler adgang til essentiel medicin³. (WHO 1999) Og i rapporten fra 2012 er dette angiveligt ikke blevet væsentligt forbedret, i det at:

“Overall access to essential medicines in developing countries is still insufficient.” (WHO, WIPO et al. 2012: 42)

I denne rapport hedder det samtidig, om den globale sundhedstilstand, at:

“The policy, economic and legal environment influences and can determine the actions, choices, priorities and allocation of resources that are applied at a practical level.” (WHO, WIPO et al. 2012: 30)

¹ World Health Organization, WHO

² Tallet er egentlig 1,4 mio. mennesker, men fordi ca. 400.000 af disse også var smittede med HIV/AIDS, fremgår disse 400.000 også af de 1,7 mio. dødsfald som HIV/AIDS var skyld i.

³ WHO definerer 'essential medicine' som: "... those that satisfy the priority health care needs of the population." (WHO 2013a)

Det er netop hvad økonomen Aiden Hollis og filosofen Thomas Pogge har indset. Derfor har de udviklet og formuleret »The Health Impact Fund⁴«.

The Health Impact Fund er designet med henblik på at skabe et incitament til at udvikle ny medicin, der er rettet mod de sygdomme som udgør den største belastning for den globale sygdomsbyrde⁵, samt at gøre denne medicin tilgængeligt for alle, så billigt som muligt. Det er således Hollis og Pogges påstand at:

“The HIF would inject a healthy dose of evidence-based rationality into a global health system that currently devours trillions of dollars annually even while it fails to meet the urgent health needs of billions of people.” (Peterson, Hollis et al. 2010: 184)

Det er denne »evident-based rationality«, som er genstanden for nærværende speciale.

1.1 Det dobbelte problem

Medicinalvirksomheder kan, som det er i dag, få patenter på deres medicinske opfindelser. Patenter beskytter medicinalvirksomhederne således at de bl.a. får mulighed for at indtjene de penge, som de bruger på at udvikle nye produkter.

Det er derfor en almindelige antagelse at intellektuelle rettigheder, i form af patenter, er opstået for at give private aktører incitament til at være innovative. (Belleflamme 2008: 213, Hollis 2008: 124, Ramello 2008: 75, Love, Hubbard 2007: 1523, Ravvin 2008: 111)

Samtidig er det ligeledes en almindelig antagelse at patenter, inden for medicinalbranchen, har nogle problematiske implikationer. Det gælder især at de: 1) skaber høje priser, der gør livsvigtig medicin utilgængelig for mange mennesker; samt 2) fordrer at der er et marked, som er villig til at betale relativt høje priser for medicin, for at virksomhederne kan genindvinde deres udviklingsomkostningerne, hvorfor incitamentet til at producere medicin til den rige del af verdens befolkning, er størst. Disse to problemstillinger kaldes for hhv. »access failure« og »production failure« (Selgelid 2008: 135, Sønderholm 2010: 179, Dietsch 2008: 230f, Ravvin 2008: 110) Disse to problemstillinger dækker altså over problemer vedrørende *tilgængelighed* og *innovation* af medicin. Prisen for patenteret medicin, gør kun medicinen tilgængelig for dem, der har råd til at betale relativt høje priser for medicin. Og derfor giver dette medicinalindustrien incitament til at rette deres forskning mod de sygdomme, som rammer den velhavende del af verdens befolkning.

⁴ HIF

⁵ Oversat fra "Global Burden of Disease"

Det er netop disse problemer som Hollis og Pogge forsøger at løse igennem HIF. De vil igennem HIF, forsøge at gøre det rentabelt at investere i forskning af de sygdomme, der hovedsagelig rammer de fattigste mennesker⁶.

1.2 Problemformulering

Jeg vil i nærværende speciale forsøge at give et overblik over den akademiske diskussion, der har været – og stadig forgår – omkring Hollis og Pogges institutionelle reformforslag, The Health Impact Fund. Derfor vil jeg forsøge at besvare følgende spørgsmål: Hvad er den grundlæggende idé bag the Health Impact Fund? Hvordan fungerer HIF i forhold til andre forslag, der forsøger at løse de samme problemstillinger? Hvilken kritik har reformen været udsat for? Hvordan har Hollis og Pogge forholdt sig – eller hvorledes kunne det forestilles at de ville forholde sig – til denne kritik? Hvad er den nuværende status og hvilke del af kritikken af reformen står stærkest, og udgør derved fremadrettet en væsentlig udfordring for reformen?

Det er mange spørgsmål for en opgave af denne størrelse, men jeg mener at de alle er relevante og nødvendige, for at besvare den grundlæggende undren der ligger bag nærværende undersøgelse: hvordan kan man løse det problem, som jeg mener det er, at mange mennesker dør, uden en chance for at få fat i medicin, der kan forbedre deres liv. The Health Impact Fund er, mener jeg, et yderst interessant reformforslag, og nærværende speciale skulle gerne give en grundig introduktion til reformen, samt de problemer reformen står overfor, både teoretiske og praktiske.

1.2.1 Fremgangsmåde

Jeg vil i kapitel 2 give en kritisk gennemgang af selve reformen. I kapitel 3 giver jeg en kritisk udlægning af reformens filosofiske udgangspunkt: 'institutionel moralsk kosmopolitisme'. Denne institutionelle moralske kosmopolitisme er udviklet af den ene af hovedforfatterne, Thomas Pogge.

Pogges institutionelle moralske kosmopolitisme er helt central for hans forståelse af global retfærdighed, for det er igennem denne Hollis og Pogge argumenterer for at det nuværende patentsystem er grundlæggende uretfærdigt. Hvorfor vi har en moralsk forpligtelse til at ændre dette system. Dette forsøger jeg at vise i kapitel 4, hvor jeg også vil fremdrage de fordele, som Hollis og Pogge mener at The Health Impact Fund har, i forhold til det nuværende patentsystem. Men dette reformforslag er ikke det eneste

⁶ Begrebet fattigdom defineres i nærværende speciale, ud fra verdensbankens fattigdomsgrænse, der er defineret som dem der lever for under \$2 om dagen. Verdensbanken estimerer at der lever omkring 2,4 mia. mennesker under denne grænse. (Verdensbanken 2013)

forslag, der forsøger at gøre noget ved de problemer som det nuværende patentsystem skaber. Jeg vil derfor i dette kapitel også give en kort introduktion til nogle af de andre forslag, som har været fremlagt inden for dette område. I kapitel fem vil jeg gå i dybden med en del af den kritik, som er blevet fremført mod reformen. Jeg vil her lægge fokus på den kritik der har været fremført angående reformen »prudential appeal«. I kapitel seks vil jeg forsøge at kommentere på den kritik, ud fra Hollis og Pogges synsvinkel, ved at gribe fat i tekststeder hvor de enten foregriber, eller svarer igen på, denne kritik. Jeg vil her også eksplicit selv kommentere en del af den kritik, der er fremført mod reformen. Afslutningsvis vil jeg i kapitel syv beskrive hvad jeg mener fremadrettet er den største udfordring for reformen: nemlig at undersøge hvorledes, hvis overhovedet, HIF *også* gavner den velhavende del af verdens befolkning. Jeg forsøger her at argumentere for at de antagelser som Hollis og Pogge har angående reformen og medicinalvirksomhederne, vil resultere i at HIF ikke, i hvert fald i betydelig omfang, vil have de gavnlige konsekvenser for de velhavende landes borgere, som Hollis og Pogge mener den vil have.

2. The Health Impact fund

The Health Impact Fund er et reformforslag udviklet af en gruppe forskere⁷, der alle ønsker at arbejde mod et system, hvor:

“... (i) any important existing medicine is accessible to all patients who need it, regardless of their income and nationality, (ii) substantial research and development (R&D) efforts are always focused on the innovation projects that promise the most cost-effective health gains and (iii) most of the money we spend on medicines flows back into manufacture of medicines and pharmaceutical R&D.” (Incentives for Global Health 2013)

Det er altså i denne kontekst at HIF er opstået. Det er væsentligt at notere sig at HIF ikke er baseret på en filantropisk tilgang, men derimod en markedsøkonomisk tilgang. Som de skriver i en note⁸:

“It is not reasonable to expect for-profit drug companies to systematically lower prices in developing countries on the basis of altruism. [...] it is not fair to impose such requirement on the pharmaceutical industry [...] when other industries [...] have no such expectations placed on them.” (Hollis, Pogge 2008: 95)

Det er altså Hollis og Pogges tilgang, at det ikke er rimeligt at forvente, at medicinalvirksomhederne sælger deres medicin billigt, blot fordi mange mennesker kan have (livsnødvendigt) brug for den. Medicinalvirksomheder har, lige såvel som andre virksomheder, først og fremmest et ansvar overfor deres aktionærer, for at skabe profit. (Hollis, Pogge 2008: 5)

HIF baserer sig grundlæggende på to antagelser: 1) at incitamenter påvirker privat finansieret forskning, inden for medicinalbranchen, positivt; samt 2) at nye medikamenter har en langt større gennemslagskraft, hvis prisen for disse er lav. (Hollis, Pogge 2008: 1)

Herudover konstaterer forskerne bag HIF, at der for nuværende ikke bliver forsket i den medicin, der kan have den største effekt på den globale sygdomsbyrde; samt at nye produkter ofte er behæftet med høje priser, hvilket gør dem utilgængelige for størstedelen af verdens befolkning. Disse to konstateringer ser forfatterne til HIF-rapporten som en systemfejl, hvorfor HIF er et reformforslag, der forsøger at rette dette. HIF-reformen gør

⁷ Men som beskrevet så er Aiden Hollis og Thomas Pogge hovedforfatterne på reformen, og jeg vil derfor henvise til dem som ophavsmænd til HIF i specialet. Thomas Pogges artikel fra 2005: *Human Rights and Global Health: A Research Program* er en forløber for selve HIF-reformen (Peterson, Hollis et al. 2010: 179) Se (Pogge 2005, Pogge 2008)

⁸ Noten er en henvisning til »differentiated prizing« (mere herom senere), men viser tydeligt at forfatterne anerkender og accepterer medicinalvirksomhederne som grundlæggende kapitalistisk indstillet.

det således attraktivt for medicinalvirksomhederne at forske i medicin, som er rettet mod den fattige del af verdens befolkning. Reformens indretning vil samtidig også øge tilgængeligheden af den nyudviklede medicin, for disse fattige mennesker. (Hollis, Pogge 2008: 1)

Reformforslaget skal ikke anses som en afløser til det nuværende patentsystem, men som et supplement til dette. Det er derfor op til den enkelte medicinalvirksomhed at vurdere, om det vil være attraktivt for denne at registrere sit produkt hos HIF. Gøres dette, vil HIF årligt udbetale en belønning til virksomheden, i forhold til den effekt⁹ dets produkt har haft, i forhold til en samlet forbedring af den globale sygdomsbyrde. (Hollis, Pogge 2008: 1, 9)

Finansieringen af HIF skal ikke baseres på tilfældige donationer, men derimod være sikret igennem et varigt engagement fra – ideelt set – samtlige lande i verden. I starten er det dog nødvendigt at det hovedsageligt er de velhavende lande, der engagerer sig i projektet. Det er samtidig også af afgørende betydning at de lande, der ønsker at støtte HIF, binder sig for en længere periode, således at medicinalvirksomhederne gives en sikkerhed for, at de løbende vil kunne få udbetalt penge fra HIF. Hollis og Pogge forslår at landene binder sig for minimum 12 år, men gerne mere. Prisen for det enkelte land er, ifølge forfatterne, et beskedent beløb på omkring 0,03% af bruttonationalindkomsten. (Hollis, Pogge 2008: 8, 10, 43, 51)

Det at en medicinalvirksomhed bliver betalt for den effekt, dets produkt har på den globale sygdomsbyrde, kalder forfatterne et »pay-for-performance« princip, og det er et af de helt centrale elementer ved reformen. (Hollis, Pogge 2008: 13) Den belønning som den enkelte virksomhed modtager er proportionel med den procentvise del af den samlede effekt, alle de produkter, der er registreret i HIF, har på den globale sygdomsbyrde. Dvs. har virksomhed A et produkt P, som er registreret hos HIF og udgør 10% af den samlede (positive) effekt på den globale sygdomsbyrde, da får A udbetalt 10% af den sum penge som HIF har til rådighed. Har HIF \$6 mia. til at uddele af, får A dermed \$600 mio. af HIF. (Hollis 2008: 127)

Princippet om »pay-for-performance« skal give medicinalvirksomhederne et incitament til, dels at sikre at deres produkter er af bedste kvalitet, samt dels at overvinde det såkaldte »last-mile problem«. Sidstnævnte dækker over et problem der hovedsageligt er i fattige lande. I disse lande er den sundhedsmæssige infrastruktur ringe og der er derfor store problemer med at få medicinen ud til de patienter, der har brug for den, samt sikre

⁹ Oversat fra "impact"

at medicinen bliver brugt rigtigt. Som systemet er bygget op i dag, drejer det sig blot om, for medicinalvirksomhederne, at få solgt deres medicin. HIF giver således incitament til at sikre at de der har brug for medicinen også får fat i den. (Hollis, Pogge 2008: 3, 54f, 71, 74ff)

For at få registreret sit produkt hos HIF, er der dog en række betingelser, som den enkelte virksomhed skal overholde. En registrant skal således være:

"... the firm that owns or has licensed all the patents required to manufacture and sell the product." (Hollis, Pogge 2008: 13)

Dermed fastslår Hollis og Pogge også at reformen ikke er tænkt som en *afløser* for det nuværende patentsystem. HIF forudsætter netop at en virksomhed må være i besiddelse af et patent, for at kunne registrere sit produkt hos HIF.

Når et produkt er blevet registreret hos HIF, får virksomheden udbetalt en sum penge over de næste ti år. Er der ikke tale om et nyt produkt, men derimod om en ny brug af et allerede eksisterende produkt, vil denne periode blot gælde fem år. Når et produkt er registreret hos HIF, så udbyder HIF produktet i licitation. Den (eller de) virksomhed(er) der kan producere medicinen billigst, vinder licitationen og der fastsættes en pris for produktet, der ligger marginalt over produktionsomkostningerne. Når perioden på de ti (eller fem) år er ovre, beholder HIF rettighed til at fortsætte med at give generiske virksomheder mulighed for, at producere og sælge medicinen til den lavest mulige pris. Dette sikrer at en virksomhed ikke kan udnytte evt. resterende år, der er tilbage på det oprindelige patent, til at score en stor fortjeneste. (Hollis, Pogge 2008: 21)

Den sum penge som en virksomhed kan få udbetalt, vil være underlagt et loft, hvilket vil sige at hvis der kun er ét produkt registreret hos HIF, så kan dette ene produkt ikke modtage hele den sum penge, som HIF har til rådighed. Omvendt betyder dette også at hvis der er en virksomhed, som finder et supermiddel mod en sygdom, og dette produkts virkning er helt utrolig i forhold til resten af produkterne registreret hos HIF, så får de andre produkters virksomheder stadig en forholdsvis rimelig del af HIF's budget. Dette sikrer at det altid vil være forholdsvis attraktivt at registrere sit produkt hos HIF.¹⁰ (Hollis, Pogge 2008: 16, 20)

Betalingen sker, som beskrevet, i overensstemmelse med den effekt produktet har på den globale sygdomsbyrde, hvorfor det er nødvendigt med et redskab til at måle denne effekt. Dertil forslår Hollis og Pogge at man bruger en metode der kaldes »Quality Adjust-

¹⁰ Omvendt viser eksemplerne også de komplicerede beregningsmetoder, der må bruges og udvikles for at sikre at HIF er attraktiv *nok* for den enkelte medicinalvirksomhed.

et Life Years¹¹. QALY udregnes ved at sætte værdien af et levet år uden helbredsmæssige problemer til 1, og et år levet med specifikke helbredsmæssige problemer til en værdi mellem 0 og 1. Ved død sættes værdien lig 0. Derved kan man estimere, hvorledes en patient, der har modtaget en given medicin, ville have scoret såfremt de ikke havde modtaget medicinen. Dette sammenligner man så med det faktiske resultat, nemlig hvorledes patientens score er efter at denne har modtaget behandling med en given medicin. Dermed kan man beregne hvilken forbedring, målt i QALY, det enkelte produkt har forårsaget. Hollis og Pogge anerkender at der er mange problemer med denne udregningsmetode, både hvad angår mængden af data der er brug for, samt den samlede mængde af QALY man kan forvente i forskellige verdensdele. (Hollis, Pogge 2008: 28, 32) Men som de også skriver:

“It is difficult to conduct uniform and reliable health impact assessments, especially on a global scale and over the full range of medicines. [...] What is required of the HIF to generate fair, effective incentives is that health impact can be measured in a way that is consistent and predictable across products and countries. Measurement inaccuracies will certainly arise, but provided these are random and not too large, their effect on incentives and on payments to registrants will be small.”
(Hollis, Pogge 2008: 34)

For at sikre en rimelig og gennemsigtigt vurdering af effekten af de enkelte produkter, og dermed give en rimelig fordeling af HIF's midler, forslår Hollis og Pogge at der bl.a. oprettes tre administrative underafdelinger i HIF. Der skal således oprettes en teknisk afdeling, en vurderingsafdeling samt en revisionsafdeling. Den tekniske afdeling skal designe de metoder, som vurderingsafdelingen skal bruge til at vurdere de enkelte produkters effekt. Denne vurdering vil således lægge til grund, for den udbetaling som den enkelte virksomhed vil modtage. Slutteligt bruges revisionsafdelingen til at sikre at vurderingsafdelingen har efterfulgt de metoder og guidelines, som den tekniske afdeling har udstukket. På denne måde forsøger HIF at skabe et troværdigt og rimeligt fundament for allokeringen af HIF's ressourcer. (Hollis, Pogge 2008: 39ff)

The Health Impact Fund er således et meget konkret institutionelt reformforslag, der er udarbejdet for at løse de, ifølge forfatterne, alvorlige problemer, som det nuværende patentsystem skaber. Men hvorfor bør vi, dvs. den velhavende del af verdens befolkning, oprette The Health Impact Fund? Hvorfor skal den velhavende del af verdens befolkning være med til at betale for at medicinalvirksomheder kan tjene penge på at lave medicin der hovedsagelig er rettet mod den fattigste del af verdens befolkning?

¹¹ QALY

2.1 Hvorfor The Health Impact Fund?

Der er, ifølge Hollis og Pogge, flere forskellige grunde til hvorfor den velhavende del af verdens befolkning, bør implementere HIF. Der er dels nogle økonomiske grunde, som fx det, at HIF vil føre til lavere priser på medicin for *alle* – dermed også for borgerne i de velhavende lande. Derudover vil dette også medføre en reduktion i prisen på sundhedsforsikringer. Så selvom disse velhavende lande, i første omgang, er de eneste der betaler til HIF, får de også (økonomisk) gavn af reformen. Hollis og Pogge mener endda at forskellen mellem at betale en smule ekstra i skat, for at finansiere HIF, modsvarer det forventede fald i prisen på forsikringer og medicin, som HIF vil medføre. (Hollis, Pogge 2008: 94) Derudover vil HIF åbne for et helt nyt marked, da det med den vil blive finansielt attraktivt for medicinalvirksomheder at forske i såkaldte »neglected diseases«. »Neglected diseases« dækker over de sygdomme som hovedsageligt huserer i de fattige lande og som der i dag ikke er et marked for at forske i, da de fattige ikke har råd til at betale for medicin hertil. (Hollis, Pogge 2008: 93)

Men et af de helt centrale argumenter for hvorfor HIF bør realiseres, er den antagelse af det nuværende system, grundlæggende er umoralsk. Som Hollis og Pogge formulerer det:

“Is it morally permissible to impose strong patent protections where doing so prices important new medicines out of reach of many poor people? We argue that doing so is not permissible and in fact a human right violation.” (Hollis, Pogge 2008: 51) (min understregning)

Motivationen for implementeringen af HIF, skal altså også komme fra en argumentation for, at det nuværende system er moralsk problematisk. Hollis og Pogge fremfører en argumentation der i store træk minder om den som Pogge udfolder i sin bog *World Poverty and Human Rights*¹². De forsøger således at vise at det nuværende patentsystem er grundlæggende uretfærdigt, fordi det krænker de fattiges basale moralske menneskerettigheder. For at vise at det nuværende patentsystem er uretfærdig, kræver det et konsistent globalt begreb om retfærdighed. Selvom der ikke, eksplicit, findes et sådan begreb, mener de dog at der er:

“... a widespread and enduring consensus on one basic element of a conception of justice, namely on the high moral priority of certain fundamental human rights.” (Hollis, Pogge 2008: 57)

¹² WPHR

Derved kan disse fundamentale menneskerettigheder fungere som en minimumsbetingelse for retfærdighed, som ingen, eller i hvert fald få, vil være uenige i. Heraf udleder de dog ikke den konklusion, at alt hvad der ikke krænker disse rettigheder derfor er tilladeligt. Derimod accepterer de blot negationen af denne sætning: hvad der krænker menneskerettighederne, er *ikke* tilladeligt.

Eftersom at mange lande, ifølge forfatterne, vil afvise at have en positiv pligt til at hjælpe de fattige, tager forfatterne samme udgangspunkt som Pogge har i *WPHR*. De forsøger således at argumentere, udelukkende ud fra et begreb om negative pligter. Det betyder at menneskerettigheder skal forstås, som nogle rettigheder der sætter nogle begrænsninger for, hvorledes kollektive agenter¹³ kan handle over for individer. (Hollis, Pogge 2008: 58)

Der er forskellige basale nødvendigheder, eller goder, som er essentielle for at mennesket kan have et liv, der er værd at leve, og som det enkelte menneske derfor bør, være sikret sikker adgang til. I overensstemmelse hermed kan Hollis og Pogge konkludere at:

“The assertion that there is a human right to a minimally adequate food supply entails then that, insofar as reasonably possible, social rules must be formulated so that all human beings have secure access to a minimally adequate food supply.”
(Hollis, Pogge 2008: 58)

Dette betyder dog ikke at det enkelte menneske har en juridisk ret til at få stillet en vis mængde mad til rådighed. Derimod betyder det, at det enkelte menneske ikke må hindres i, dvs. igennem samfundets strukturelle indretning, at have muligheden for at skaffe sig mad. (Hollis, Pogge 2008: 59)

The Health Impact Fund har altså som formål at hjælpe de fattigste mennesker i verden til at få adgang til medicin, som i dag, enten er uden for deres økonomiske rækkevidde, eller endnu ikke er opfundet (pga. manglende muligheder for medicinalvirksomheder til at tjene penge på de fattige). Det er her væsentligt igen at understrege at HIF *ikke* er en institution, der har som formål at *give* de fattige gratis medicin. Men blot skabe nogle strukturelle rammer, gør det muligt at skabe en tilstand hvori det overhovedet bliver muligt for de fattige at få gjort livsvigtigt medicin tilgængeligt.

For at give en vægtigere begrundelse til *hvorfor* de velhavende lande netop har en pligt til at implementere HIF, vil jeg fremhæve nogle af de tanker som Pogge tidligere har

¹³ Det er her værd at notere at Hollis og Pogge, uden videre forklaring antager at det kun er ”kollektive” agenter hvis handlemuligheder bliver begrænset, og dermed kun dem der kan overtræde menneskerettighederne. Som det vil blive beskrevet senere, er dette et kritisk punkt i Pogges tænkning.

gjort sig, om disse landes moralske forhold, til verdens fattigste mennesker. Det vil jeg fordi, jeg mener, at der er en tydelig sammenhæng mellem de argumenter, som Hollis og Pogge benytter sig af i HIF-rapporten, og dem Pogge har fremført - hovedsageligt i *WPHR*.

3. Thomas Pogge: Moralsk universalisme og global retfærdighed

Thomas Pogge skriver i indledningen af *World Poverty and Human Rights*, at bogens artikler:

"... develop different aspects of a normative position on global justice." (Pogge 2008: 11)

Det er altså Pogges hensigt at udvikle et begreb om 'global retfærdighed'. Dette begreb om global retfærdighed forsøger Pogge at udvikle på baggrund af vores umiddelbare moralforståelse. Hvad angår HIF, så er det netop et sådant begreb om global retfærdighed, Hollis og Pogge har brug for, for at kunne argumentere for at den nuværende situation, angående tilgængelighed til, og innovation af, medicin, er moralsk problematisk. (Hollis, Pogge 2008: 51ff)

Vores umiddelbare moralfilosofiske forståelse, dvs. den »commonsense«¹⁴ forståelse af moralen som er herskende, er, ifølge Pogge, bundet op på en moralsk universalisme. (Pogge 2008: 98) Dette grunder sig ikke mindst i den globale accept af FN's menneskerettighedserklæring. Med underskrivelsen af denne blev det, ifølge Pogge, evident at vi accepterer, at vi som mennesker har nogle grundlæggende almengyldige moralske rettigheder. (Pogge 2008: 58) Disse grundlæggende moralske rettigheder anser Pogge som almengyldige, netop fordi de er blevet accepteret på tværs af alle verdens kulturelle og religiøse forskelle. Denne forståelse af disse grundlæggende rettigheder – på baggrund af en pluralitet af moralske traditioner – giver Pogge et fundament for at argumentere for rettighedernes ubetingede og ahistoriske validitet. (Pogge 2008: 60f) Med andre ord: de grundlæggende menneskerettigheder har status af universel karakter – de er almengyldige moralske rettigheder vi har, blot i kraft af at vi er mennesker.

Det interessante ved denne commonsense moralforståelse er, at den etiske relation befinder sig mellem mennesket og institutionen. Menneskerettigheder henviser til mennesket som rettighedshaver. Men samtidig opfatter vi det således, mener Pogge, at disse rettigheder kun kan krænkes af institutioner eller repræsentanter herfor.¹⁵ Pogge skriver således at:

¹⁴Den danske oversættelse af 'commonsense' lyder »baseret på sund fornuft«, men da denne oversættelse sprogligt fungerer upraktisk vil jeg fremadrettet benytte mig af begrebet 'commonsense' i stedet for den danske formulering.

¹⁵ Dette er dog ikke en helt ukontroversiel position. Således har Kok-Chor Tan netop kritiseret Pogge for dette synspunkt. Dette synspunkt har således som konsekvens at der er handlinger vi både kan, og ikke kan, kalde for en menneskerettighedskrænkelser. (Tan 2010: 48ff) Pogge har dog svaret igen ved at forklare at han ikke er ude efter

"... human-rights violations, to count as such, must be in some sense official, and [...] human rights thus protect persons only against violations from certain sources. Human rights can be violated by governments, certainly, and by government agencies and officials, by the general staff of an army at war, and probably also by the leaders of a guerrilla movement or of a large corporation – but not by a petty criminal or by a violent husband." (Pogge 2008: 63f) (min understregning)

En moralsk universalisme, i-sig-selv, kan dog, ifølge Pogge, kun defineres rent formelt. Moralsk universalisme er derfor ikke at forstå som en moralfilosofisk position, men nærmere som en moralfilosofisk *tilgang* til verden. Dermed er moralsk universalisme nok en nødvendig, men ikke tilstrækkelig betingelse, for vores moralske forestilling. (Pogge 2008: 100) Denne moralske universalisme må altså finde sin udtryksform inden for forskellige mere konkrete domæner.

For at gøre begrebet om en moralsk universalisme meningsfuld, er det derfor nødvendigt at sætte begrebet i en given kontekst. Det er netop hvad Pogge gør idet han beskæftiger sig med vores forståelse af fattigdom¹⁶, hvorfor det også er nødvendigt at give begrebet et mere konkret indhold i denne henseende. Det gør Pogge netop ved at vende tilbage til menneskerettighederne, ikke som abstrakt moralsk præmis, men som udtryk for helt konkrete rettigheder. Men inden jeg vil komme nærmere ind på dette må vi først forstå hvorledes Pogge mener at rettigheder kan medføre pligter. For det er bl.a. igennem menneskerettighedsforståelsen at Hollis og Pogge vil argumentere for at vi har en forpligtelse til at implementere HIF – eller noget tilsvarende (Hollis, Pogge 2008: 51).

3.1 Fra rettighed til pligt

At vi som mennesker har rettigheder, implicerer at vi også har visse pligter.¹⁷ Spørgsmålet for Pogge bliver naturligvis derfor, hvordan vi konkret skal forstå at vi alle har disse grundlæggende moralske rettigheder, og hvilke handlinger disse rettigheder fordrer. Altså hvilke pligter følger af vores grundlæggende moralske menneskerettigheder.

Helt grundlæggende mener Pogge at der er to forskellige måder, hvorpå en menneskerettighed kan medføre en pligt. Det kan den gøre ved at være *korrelativ*¹⁸ eller at være *antaget*¹⁹. At en pligt er korrelativ til en rettighed betyder at A's rettighed til ikke at blive slået, svarer til B's pligt til ikke at slå A. Her følger pligten altså direkte af rettigheden. At en pligt er antaget i forhold til en rettighed, betyder eksempelvis at A's ret til ikke at blive

en substantiel forståelse af menneskerettighedsbegrebet, men derimod blot hvorledes vi *bruger* begrebet. (Pogge 2010: 197ff)

¹⁶ Og hvad Hollis og Pogge gør igennem HIF-reformen.

¹⁷ Se eksempelvis (Shue 1996: 13ff)

¹⁸ Oversat fra "correlative"

¹⁹ Oversat fra "presupposition"

slået, svarer til B's pligt til at beskytte A fra at blive slået, hvis B kan gøre dette uden at udsætte sig selv for en betydelig risiko eller omkostning. Her opfattes pligten som værende afledt, dvs. den følger indirekte af rettigheden. (Pogge 2007: 20)

Denne skelnen mener jeg at kunne genfinde i Pogge distinktion mellem positive og negative pligter, der udgør en central del af hans teori²⁰. Han definerer begreberne således:

"I propose, then, to call negative any duty to ensure that others are not unduly harmed (or wronged) through one's own conduct and to call positive the remainder: any duty to benefit persons or to shield them from other harms. This negative/positive distinction is doubly moralized, because its application requires us to decide whether A's conduct harms P (relative to some morality-stipulated baseline) and if so, harms P unduly." (Pogge 2008: 136)

Den negative pligt, er altså en pligt til ikke at skade andre unødvendigt, og den positive pligt er formuleret som en pligt, til at hjælpe og beskytte andre mod skade.

Pligter – uanset om de er negative eller positive – placerer således visse begrænsninger på, hvilke handlinger man må udføre. Pogge beskriver det i forhold til den negative pligt, som:

"That these constraints are negative duties means that they require only omissions, not acts, and that they can be violated only by acts, not by omissions. Agents must refrain from (actively) causing other's human rights to be unfulfilled." (Pogge 2007: 20) (min understregning)

Det er, ifølge Hollis og Pogge, netop hvad der sker, hvorfor de om HIF skriver at:

"Its central point is that we must not continue to uphold a pharmaceutical innovation regime that is known to be associated with a massive human rights deficit if this deficit is reasonably avoidable through a feasible modification." (Hollis, Pogge 2008: 68)

Pogge anerkender dog at det kan være svært at lave en nøjagtig skelnen mellem positive og negative pligter, men at dette ikke nødvendigvis betyder at denne skelnen er meningsløs. Således skriver han at:

²⁰ Denne del af hans teori er dog ikke uproblematisk. Således har Rowan Cruft argumenteret for at selv negative rettigheder, dvs. eksempelvis retten til ikke at blive udsat for vold, medfører en form for positive pligt. (Cruft 2005)

"In most cases, agreement on how to apply the distinction can be achieved in a way that sustains the near-universal conviction that detrimental relative impact of our acts is morally more significant than equally detrimental relative impact of our omission." (Pogge 2007: 22)

Pogge lægge således op til, hvad man kunne kalde en commonsense forståelse af, hvornår vi beskriver en situation som værende en aktiv handling, eller en passiv undladelse. Men det må netop være helt centralt at vi kan lave en sådan skelnen. Hvis Hollis og Pogge derfor vil argumentere for at de velhavende skader de fattige ved ikke at sikre, at disse har adgang til medicin, er det afgørende at de kan vise at de velhavende aktivt hindre denne adgang. Vores negative pligt til ikke at skade de fattige, kan jo netop kun krænkes igennem en aktiv handling.

Pogge opretholder denne distinktion mellem positiv og negativ pligt, og den er, ifølge Alice M. Jaggar, én af grundene til hvorfor Pogges tænkning, generelt set, distancerer sig fra de fleste andre²¹, som har beskæftiget sig med den velhavende verdens moralske forhold, til de mennesker som lever i fattigdom. (Jaggar 2010: 1) At Pogge vælger at fokusere på negative pligter, betyder nemlig at han undgår den sædvanlige kritik fra libertarianerne. Deres udgangspunkt er netop det, at de kun accepterer at vi har negative pligter, og afviser derfor enhver form for positiv pligt. Pogge forsøger derved at vise at der, selv ud fra minimale, men dog bredt accepterede, moralske præmisser, kan argumenteres for at vi har en forpligtigelse til at ændre det nuværende system.²² (Pogge 2010: 195)

Pogges distinktion er derfor central for forståelsen af hans projekt. Begrebet 'negativ pligt' dækker altså over en grundlæggende pligt til ikke, igennem en agents handlinger, at skade andre unødvendigt. Begrebet 'unødvendigt', skal her forstås som det, at hvis det ikke koster os noget – eller i hvert fald meget lidt – at undgå den givne påføring af skade. Begrebet 'positiv pligt' dækker derimod over en pligt til at beskytte og hjælpe andre, mod enhver form for skade, der måtte påføres dem af andre (dvs. en tredje part).

²¹ Det kunne eksempelvis være Henry Shue (Shue 1996) og Peter Singer (Singer 1972). Henry Shue skelner, ligesom Pogge, mellem negative og positive pligter. Shue skelner ydermere mellem to forskellige grundlæggende rettigheder: 1) sikkerhedsmæssige rettigheder; samt 2) eksistensmæssige rettigheder. Shue mener at der for begge slags rettigheder gælder *både* positive og negative pligter. (Shue 1996: 35ff) Pogge distancerer sig derfor fra Shue, ved at argumentere for at der udelukkende gælder negative pligter for vores grundlæggende rettigheder. Singer giver i sin artikel udtryk for en mere radikal position. Han mener således at den velhavende del af verden ikke kan forsvare at have så megen rigdom, når der er andre der dør af sult etc. Derfor bør der ske en omfordeling af en del af de velhavendes rigdom til de fattigste mennesker. (Singer 1972: 235) Singers position er således direkte oppositionel i forhold til Pogges libertarianske udgangspunkt.

²² Kok-Chor Tan har dog også på dette punkt kritiseret Pogge. Tan mener således ikke at Pogge kan nå til denne konklusion ud fra et libertariansk standpunkt, følgelig må han derfor ændre konklusionen eller hans udgangspunkt. Dvs. enten anerkende at konklusionen hviler på en præmisser der indebærer en positiv pligt, eller opgve konklusionen og anerkende at det nuværende system ikke *skader* de fattige, men blot »sætter dem i en ugunstig situation«. (Tan 2010: 55ff)

I forhold til Pogges kontekst omkring fattigdom, betyder det altså at en negativ pligt overfor de fattige fordrer at vi har en pligt til ikke igennem vores handlinger at skade dem unødvendigt. Hvilket vil sige at vi netop skader dem ved at opretholde institutioner, der forudsigeligt fratager dem muligheden for sikker adgang til deres basale nødvendigheder. Hvis, og kun hvis, det er muligt at skabe en global orden, der ikke fratager dem denne mulighed. Modsat vil en positiv pligt tilsige at vi har en pligt til at hjælpe og beskytte disse fattige, eksempelvis ved at give dem penge eller gratis medicin.

3.1.1 Ansvarets kausalitet

For at opretholde en meningsfuld distinktion mellem negative og positive pligter, bliver det derfor nødvendigt at Pogge opererer med et klart begreb om kausalitet.

Et klart begreb om kausalitet er nødvendigt, for at kunne vurdere om en konkret undladelse af en handling, påviseligt fører til en krænkelse af de fattiges menneskerettigheder. Pogge beskriver selv tre forskellige måder, hvorpå en agent kan være kausalt ansvarlig for at forårsage andres fattigdom. Det kan man være enten igennem: 1) handling; 2) udeladelse af handling; eller 3) sociale institutioner. (Pogge 2007: 16ff)

Man er ansvarlige igennem sine handlinger, hvis eksempelvis:

"... persons act in such a way that they foreseeably and avoidably deprive others of their livelihood." (Pogge 2007: 16)

Der er her et krav om en direkte kausalitet mellem handling og den påførte skade. Men i henhold til fattigdomsproblematikken, kan det være svært at påvise en direkte kausalitet. Én af årsagerne hertil er at det kan være svært at gennemskue de faktiske konsekvenser af en agents handlinger. (Pogge 2007: 16) Om vi som individer skader de fattige på den anden side af jorden, er dermed et vanskeligt spørgsmål at svare på. Hvordan skulle der kunne argumenteres for en sådan kausalitet? Er det overhovedet rimeligt at kræve at ethvert individ har indsigt til at kunne afgøre dette?

Et eksempel, der viser denne problematik, kan eksempelvis være noget så banalt, som at købe kaffe. For hvordan kan du som almindelig forbruger, have en chance for at vurdere, om det er mest rigtigt at købe kaffe, der er produceret i Congo eller Etiopien? Hvis du køber kaffen fra Congo, gør du så unødvendig skade på bønderne i Etiopien og omvendt? Skal du så, for ikke at skade nogen af dem unødvendigt, købe begge poser? Er der skruppelløse mellemmand, som udnytter bønderne; og ved at købe kaffen vil du dermed sikre at disse bliver ved med at udnytte bønderne, fordi deres forretning derved vil

være rentabel? Det ville være et ikke blot urimeligt, men også umuligt krav at stille til den enkelte forbruger at skulle kunne svare på sådanne spørgsmål. Selv siger Pogge at:

"In the present world it is completely beyond the capacity of affluent individuals to shape their economic conduct so as to avoid causing any poverty deaths in the poor countries." (Pogge 2007: 14)

Det er altså her at forstå, at der med hensyn til begrebet 'agent' er tale om individuelle personer, dvs. Pogge opererer på det niveau han kalder en interaktionel forståelse af moral. (Pogge 2008: 176)

En undladelse af handling, betyder for Pogge at man undlader at afhjælpe de nødlidende. Pogge mener derfor, at det *kausalt* at være årsag til en krænkelse af menneskerettighederne – igennem en undladelse af handling – kun er muligt, såfremt at denne undladelse sker, på trods af at man igennem en tidligere handling, har pålagt sig selv at skulle udføre denne (undladte) handling. (Pogge 2007: 18f)

Et eksempel herpå kunne være, hvis du som planfadder *ikke* betaler dit månedlige bidrag til det barn som du sponsorerer. Heri ligger ikke at alle andre handler moralsk forkert, fordi de ikke har noget sponsorbarn, men netop at du handler umoralsk, fordi du har indvilliget i (frivilligt) at være sponsor. At være sponsor indebærer netop, at du forpligter dig til hver måned at indbetale et beløb til dit sponsorbarn.

Men det er heller ikke denne kausalitet der er genstand for Pogges interesse. Som tidligere beskrevet ville denne krænkelse, jo ikke betegnes som en menneskerettighedskrænkelse, omend vi nok, intuitivt, ville kalde det en umoralsk handling! Dette fordi vi stadig befinder os på et interaktionelt niveau, altså er den etiske relation her mellem dig som planfadder og dit planbarn. Relationen er mellem to individer.

Slutteligt undersøger Pogge hvorledes vores sociale institutioner kan opfattes som værende kausalt ansvarlige. Det kan de, fordi de spiller en stor rolle, for de muligheder det enkelte individ har i et samfund, i kraft af de regler og reguleringer, som disse institutioner pålægger den enkelte. Således mener Pogge eksempelvis at:

"In the modern world, the rules governing economic transactions – both nationally and internationally – are the most important causal determinants of the incidence and depth of poverty." (Pogge 2007: 26)

Dette kan eksempelvis være de regler som verdenshandelsorganisationen²³, pålægger dens medlemmer, fx TRIPS-aftalen²⁴, der gør det muligt for medicinalvirksomheder at opnå patent på deres produkter.

Pogge gentager også flere gang at en krænkelse af menneskerettighederne netop finder sted, hvis man implementerer nogle strukturer, der forudsigeligt, og påviseligt, gør det umuligt, for de fattige at få opfyldt deres grundlæggende menneskerettigheder. (Pogge 2008: 25, 145)

Kausalitetsforståelsen bliver altså dermed bundet op på moralforståelsen, der er grundet i menneskerettighederne, hvis krænkelse netop kun, ifølge Pogge, er muligt på et institutionelt niveau. (Pogge 2008: 176) Dette leder Pogge til at fokusere på at krænkelse af menneskerettigheder, udelukkende sker gennem de strukturer vi (dvs. ofte den velhavende del af verden) implementerer. Det er derfor nødvendigt for Pogge at udvikle et begreb om 'social retfærdighed'.

3.2 Sociale retfærdighed

Vores sociale institutioner udgør, som beskrevet, et helt central element i vores samfund. Disse institutioner er i høj grad med til at påvirke vores mellemmenneskelige interaktioner, hvorfor disse institutioner følgelig får en stor betydning for udfoldelsen af vores liv. Det betyder dermed også at de spiller en helt central rolle for at mennesket kan leve et liv, der er værd at leve. For at skabe et liv, der er værd at leve, mener Pogge at vi må have en forståelse af, hvad han kalder »the idea of human flourishing«. (Pogge 2008: 33ff)

Hvis vi ser dette i forhold til Pogges moralfilosofiske udgangspunkt, altså den moralske universalisme, må Pogge forsøge at give dette vage begreb om »et liv der er værd at leve« er mere konkret indhold, dog således at der kan skabes en bred accept om dette. Det er netop hvad han gør igennem hans begreb om menneskerettighederne.

Menneskerettighederne udgør dermed for ham, et nødvendigt udgangspunkt for menneskelig trivsel, dvs. et liv der er værd at leve, for den der lever det.

At vi har bestemte rettigheder som mennesker, betyder at vi har rettigheder til visse goder. Dette henviser også til, at den moralske universalisme må sættes i en konkret kontekst for at være meningsfuld, dvs. den må gives et indhold. For Pogge er denne kontekst, som beskrevet, fattigdom. I henhold hertil definerer han derfor disse goder, som nogle:

²³ World Trade Organisation, WTO

²⁴ Trade-Related Intellectual Property Rights

"... elementary basic goods [that] are important for both the ethical and the personal value of human life. Among these are physical integrity, subsistence supplies (of food and drink, clothing, shelter and basic health care), freedom of movement and action, as well as basic education, and economic participation. All of these basic goods should be recognized as the objects of human rights – but only up to certain quantitative, qualitative, and probabilistic limits: what human beings truly need is secure access to a minimally adequate share of all of these goods." (Pogge 2008: 55)

Det er her væsentlig at notere, at disse goder ikke bare udgør de minimumsbetingelser der skal til, for at sikre individets fysiske overlevelse. Der er udover disse blot biologiske betingelser, samtidig en anerkendelse af, at vi også har en ret til at have sikker adgang til uddannelse og økonomisk deltagelse, dvs. have muligheden for at skabe et selvstændigt eksistensgrundlag. Man kunne kalde dette de sociologiske betingelser, for et liv der er værd at leve.

Pogge er nemlig ikke blot interesseret i at de mennesker, der lever i fattigdom *blot* overlever, men at de får et liv der er værd at leve. Pogge mener således at trivsel kan udtrykke sig som personlig og etisk værdi. Personlig værdi er det der gør livet til et godt liv, for den som lever det og relatere sig til personlige erfaringer og succes, og den etiske værdi er det der gør et liv værdigt. Til den etiske værdi relaterer til ens karakter og det man har opnået igennem denne. Vurderingen af om et menneske trives, er da både relateret til hhv. individets egen forholden sig til sig selv, samt omgivelsernes forholden sig til dette individ. (Pogge 2008: 34f)

3.3 Menneskerettigheder som »baseline«

Pogge forslår således en definition på begrebet om menneskerettigheder, der lyder at:

"... a human right to X entails the demand that, insofar as reasonably possible, any coercive social institutions be so designed that all human beings affected by them have secure access to X" (Pogge 2008: 52)

Menneskerettighederne kan på denne måde fungere som en »baseline«, et mindste grundlag eller udgangspunkt, for en vurdering af sociale institutioners retfærdighed.²⁵ Men dermed mener Pogge ikke at opfyldelsen af menneskerettighederne er en tilstrækkelig betingelse for at kunne vurdere om en institution er retfærdig. At de fungerer som et

²⁵ Pogge afviser at en sådan »baseline« kan være den historiske udvikling. (Pogge 2008: 23) Dette er dog ikke ukontroversielt, og eksempelvis Mathias Risse har argumenteret for at en sådan »baseline« netop *kun* kan være funderet i den historiske udvikling. Se (Risse 2005)

mindste grundlag, betyder blot at vi kan slutte os til, at en institution er uretfærdig, såfremt denne *krænker* menneskerettighederne.

Hollis og Pogge argumenterer i HIF-rapporten netop for, at den nuværende situation krænker de fattiges rettighed til sikker adgang til medicin. (Hollis, Pogge 2008: 51ff)

Egentlig vil Pogge ikke tale om at institutioner kan krænke²⁶ menneskerettighederne, men nærmere tale om at der kan opstå en situation, hvor en institutions indretning, bevirker at der opstår en ikke-opfyldelse, eller underopfyldelse²⁷, af menneskerettighederne. Dermed gør han begrebet om menneskerettigheder mere elastisk. Han skriver således at:

"A human right to life and physical integrity is fulfilled for specific persons if and only if their security against certain threats does not fall below certain thresholds. These thresholds will vary for different human rights and for different sources of threats to one human right; and they will also be related to the social cost of reducing the various threats and to the distribution of these threats over various salient segments of the population." (Pogge 2008: 54)

For at vurdere om en social institution bevirker en underopfyldelse eller ikke-opfyldelse af menneskerettighederne, er der især to forhold man må medtænke. For det første kan en social institutions ageren, have større implikationer, end dens beføjelser er betænkt at skulle have. Dvs. de begrænsninger og muligheder, som er intenderet med en given social institution, kan række ud over den gruppe af mennesker, som den egentlig er påtænkt at skulle virke overfor. (Pogge 2008: 38) Et eksempel herpå kunne være hvis den danske regering, hvis formål det er at fremme danskernes trivsel, nedsatte afgifterne på miljøvenlige biler, for derved at skabe renere luft i Danmark, til gavn for danskerne. Denne beslutning kan have en betydelig indflydelse på de mennesker som fx arbejder på en tysk eller japansk fabrik, der producerer miljøvenlige biler, da der måske ville komme mere arbejde – og dermed mere velstand – til disse mennesker. Pointen her er, at vi ikke blot må medtænke de grupper af mennesker som *direkte* bliver berørt af en given social institution, men også se på hvilke effekter denne institutions beføjelser har på andre befolkningsgrupper, samfund etc. Dvs. undersøge hvilke indirekte implikationer en given institution har.

Ydermere er det også væsentligt ikke blot at medtænke de mennesker som institutionerne berører nu, men også de fortidige og fremtidige mennesker som kan tænkes at blive berørt af institutionens ageren. (Pogge 2008: 38) Her kan det være væsentligt at medtænke de sociale institutioners påvirkning af kulturarv og vores historiske selvforståelse, samt miljøet og fremtidige generationers mulighed for at skabe et liv der er værd at leve.

²⁶ Oversat fra "violate"

²⁷ Oversat fra hhv. "non-fulfillment" og "underfulfillment"

Derfor er det altså helt afgørende for Pogge, at vi anlægger et holistisk perspektiv, når vi kigger kritisk på vores sociale institutioner. Pogge vil ikke kun afvise at vi skal se på vores institutioner enkeltvis, vi kan heller ikke blot nøjes med at se dem i et nationalt perspektiv. Vi bliver nød til at gå et skridt længere tilbage og se det hele i et globalt perspektiv. Derfor forsøger han at udvikle et *kosmopolitisk* perspektiv på institutioner.

3.4 Institutionel moralsk kosmopolitisme

Ifølge Pogge er der to forskellige tilgange til en kosmopolitisk position, enten en juridisk eller en moralsk. En juridisk position, handler om et politisk ideal, hvorunder alle har samme juridiske rettigheder og pligter – altså kort sagt en universel republik. Men som antydnet i overskriften for dette afsnit, er Pogge interesseret i det moralske aspekt. Han afviser således også eksplicit ideen om en 'verdens republik'. (Pogge 2008: 175f, 184)

En moralsk kosmopolitisk position handler om at alle individer står i et moralsk forhold til hinanden og følgelig kræves det af os at vi respekterer hinandens moralske status. Der er tre grundlæggende elementer der udgør en kosmopolitisk position. Disse tre elementer er et fokus på: 1) individualisme; 2) universalitet; samt 3) almindelighed²⁸. At en kosmopolitisk position må have fokus på individet, betyder at mennesket, personen er den centrale enhed man skal betænke – ikke etniske grupper, familier, kulturer eller religiøse grupperinger. Universalitet dækker over det, at ethvert individ er lige meget værd, og derfor skal betænkes ligeligt. Sluttelig betyder et fokus på almindelighed at en kosmopolitisk position på enhver måde må have et helhedsbillede og derfor medtænke alle mennesker, i dens konkrete udformning. (Pogge 2008: 175)

Pogge inddeler yderligere den moralske kosmopolitisme i to: dels en interaktionel og dels en institutionel. En interaktionel forståelse postulerer visse etiske principper som individet skal handle efter – såkaldte førsteordens principper. Derimod omhandler den institutionelle forståelse, principper for social retfærdighed – hvilket er andenordens principper. Dvs. principperne for social retfærdighed, omhandler de regler, der regulerer menneskets muligheder, men ikke dikterer eksplicit *hvad* den enkelte bør gøre. Pogge ser ikke disse to positioner som gensidigt udelukkende, men fokuserer udelukkende på den institutionelle moralske kosmopolitisme. (Pogge 2008: 176)

I denne distinktion mellem den interaktionelle og institutionelle viser sig Pogges distinktion mellem positive og negative pligter. Således vil en interaktionel position implicere visse positive pligter som det enkelte individ måtte efterleve, hvorimod den institutionelle position "blot" implicerer negative pligter. Dvs. at den sociale retfærdighed, der

²⁸ Oversat fra hhv. "individualism", "universalism" og "generality"

må være bestemt af visse grundlæggende goder, skal sikre at den enkelte har mulighed for at få del i disse goder. De goder der udgør Pogges udgangspunkt er, som allerede beskrevet, rettigheden til mad, medicin etc. Altså vore grundlæggende moralske rettigheder til visse basale fornødenheder.

Det er denne institutionelle moralske kosmopolitisme, jeg mener, ligger til grund for The Health Impact Fund.

4. Det nuværende system som en institutionel uretfærdighed

I forhold til Thomas Pogges normative position omkring global retfærdighed, kan denne formuleres således at: en institutionel orden som forudsigelig og undgåeligt hindrer at nogle mennesker ikke har en sikker adgang til deres, menneskerettighedsfunderede, basale nødvendigheder, er uretfærdig. Da har vi en pligt til, hvis og kun hvis, vi er med til at opretholde disse strukturer at ændre disse, således at disse mennesker ikke længere hindres i at have en sikker adgang til deres basale nødvendigheder.

Det er altså nødvendigt for Hollis og Pogge, at argumentere for at vi i den velhavende del af verden, netop er skyldige heri. Altså at vi ikke overholder vores negative pligt om ikke at skade de fattige, netop fordi vi aktivt er med til at støtte et system der forudsigeligt og undgåeligt skader de fattige.

Det er derfor væsentligt at undersøge hvordan det nuværende system er opbygget, hvilke problemer der er ved dette og hvorfor HIF netop løser disse væsentlige problemer.

4.1 TRIPS-aftalen

Det nuværende patentsystem er baseret på den såkaldte TRIPS-aftale. Aftalen om »Trade-Related Intellectual Property Rights« der blev vedtaget i 1994 og som gælder for samtlige medlemslande af WTO²⁹. Da der i mange af verdens fattigste lande ikke forud for TRIPS-aftalen, havde været nogle generelle regler vedrørende intellektuelle rettigheder, blev man enig om at give en frist indtil 2005, før end at aftalen trådte i fuld kraft. TRIPS-aftalen er et resultat af en stigende erkendelse af, at ideer og viden var, og er, blevet en væsentlig komponent inden for handelsområdet. Værdien af teknologiske, og ikke mindst medicinske produkter, ligger således ikke i de faktiske enheder, men netop i den investering, der er gjort i forhold til udvikling, forskning og test af produkterne. Aftalen omhandler bl.a. copyright, patenter, brands og trademarks. Formuleringen af teksten udtrykker de minimumsbetingelser, som gælder for enhver af WTO-landenes regeringer. Dvs. rettigheder, som enhver, der er underlagt disse regeringer, kan gøre krav på. (WTO 2013a, Ravvin 2008: 111)

Ifølge aftaleteksten er formålet at:

“The protection and enforcement of intellectual property rights should contribute to the promotion of the technological innovation and to the transfer and dissemina-

²⁹ Pr. 2. marts 2013 indbefatter WTO 159 lande, og yderligere 24 lande står som »observers«, dvs. lande der inden for en periode på fem år skal påbegynde forhandlinger om et fuldgyldigt medlemskab. (WTO 2013c)

tion of technology, to the mutual advantage of producers and users of technological knowledge and in a manner conducive to social and economic welfare, and to a balance of rights and obligations.” (WTO 2013b: Artikel 7)

Aftalen ses altså dels som en beskyttelse der skal sikre frembringelsen af ny teknologi, og dels at denne frembringelse skal ses som gavnligt for både producent og forbruger. Formålet med aftalen er altså først og fremmest at beskytte producenten, for derved at give denne et (økonomisk) incitament til at udvikle ny teknologi, der på sigt kan gavne samfundet.

Dette er netop, som tidligere beskrevet, det argument der oftest bliver fremført som forsvar for intellektuel ejendom, herunder også patenter. Patentrettigheder kan således forsvares ved at de giver incitament til udvikling af nye produkter.

Hollis og Pogge er som sådan ikke uenige i dette synspunkt. De benægter ikke at det nuværende system har visse positive elementer, men derimod pointerer de blot de negative implikationer det *også* har.

4.1.1 Problemer - og fordele - ved det nuværende patentsystem

Som beskrevet tidligere er det en almindelige antagelse at det nuværende patentsystem har to grundlæggende problemer: tilgængeligheds- og innovationsproblemet.

Hollis og Pogge ønsker dog ikke at afskaffe det nuværende system. Dels fordi de anser det for urealistisk at få opbakning hertil. Men dels også, fordi de mener at det nuværende system har en række fordele. (Hollis, Pogge 2008: 51, 84)

Det helt afgørende for Hollis og Pogge er, at vi kommer ud af den falske dikotomi, de mener eksisterer. En dikotomi der tilsiger at enten har vi patent og innovation, eller ingen patent og ingen innovation. Og at denne innovation udelukkende retter sig mod medicin til dem der kan betale, altså de velhavende. Derfor vil Hollis og Pogge forsøge at skabe en tredje vej, hvor der både er patenter, og samtidig også er incitament til at være innovativ og forske i ny medicin der retter sig mod de fattige. (Hollis, Pogge 2008: 52) Som de skriver:

“A critical feature of the HIF is that is supplementary to the patent system and optional.” (Hollis, Pogge 2008: 93)

Målet med HIF er altså ikke at afskaffe det nuværende patentsystem, som det er formuleret med TRIPS-aftalen. Det er derfor også væsentligt at anerkende de positive kvaliteter det nuværende system besidder.

Det TRIPS formulerede patentsystem har, ifølge Hollis og Pogge, grundlæggende fire fordele: 1) udviklingen af medicin sker for private penge, dvs. af virksomhederne selv, hvorfor evt. fejl disponeringer af forskningsmidler ikke koster den "almindelige skatteborger" noget³⁰; 2) enhver forskningsstrategi vil blive bestemt af dem som ved mest herom, og ikke under hensyntagen til politiske motiver, hvilket giver den største chance for at forskningen giver succes³¹; 3) den økonomiske gevinst for medicinalvirksomhederne, hænger sammen med forbrugerens værdsættelse af medicinen. Hvilket giver incitament til at forske i den medicin der er: a) billigst at fremstille, b) har størst mulighed for at lede til et patent, og c) som forbrugeren vil betale flest penge for (set i forhold til produktionsomkostningerne); samt 4) patentet vil efter en årrække løbe ud og det vil være muligt at lave billigere eksemplarer af medicinen, til gavn for dem der ikke har råd til at købe den dyre patentbeskyttede medicin. (Hollis, Pogge 2008: 84)

Omend at det nuværende system har disse fire fordele – fordele som forfatterne også selv ønsker at tilgodese, i mere eller mindre grad, i deres eget forslag – så har det nuværende system også en række negative implikationer. En væsentlig årsag til disse implikationer er den høje prissætning som et patent tillader. Denne høje prissætning tilskynder eksempelvis til at lave billige forfalskninger af den patenterede medicin til de fattige lande. Men dette kan være ekstremt farligt for patienterne, da de risikerer ikke at få den korrekte dosis. En for lille dosis kan eksempelvis virke som en vaccine, hvorfor der opstår resistens overfor medicinen, og ikke sygdommen! Den høje prissætning er ligeledes med til at mindske adgangen til medicinen. En yderligere konsekvens ved den høje prissætning er, at den er med til at skabe et såkaldt »deadweight loss«. (Hollis, Pogge 2008: 84ff) Et »deadweight loss« opstår:

"... when people are willing and able to pay more than the marginal cost of production for a drug, and yet are not willing or able to afford the patent price.
(Ravvin 2008: 112)

Dødvægtstab er dermed den indtjening, som virksomheden ikke får fra de personer der er villige til at betale en pris, der ligger i mellem produktionsprisen og patentprisen³².

³⁰ Dog har medicinalvirksomheden kun én mulighed for at indhente det tabte: hos forbrugeren, så man kan sige at det alligevel er denne, der indirekte bliver ramt. Og er det mere rimeligt at denne skal betale relativt mere for sin livsvigtige medicin, end at vi alle betaler lidt mere for det igennem skatten?

³¹ Men dog kunne man også betænke medicinalvirksomhederne for at spekulere i hvilke sygdomme, der er populære i befolkningen og derfor er gode kandidater til at være sygdomme hvor medicinen dertil kan blive tilskudsberettiget. Således kan medicinalvirksomhederne forestilles ikke at være helt apolitisk tænkende i deres forskningsstrategier.

³² Patentprisen er her at forstå som den faktiske pris som medicinalvirksomheden sætter for deres produkt. Hvilket de jo netop kan tillade pga. det monopol som patentet giver dem.

Derudover kan der være problemer med en ineffektiv produktion, hvis patentholderne ikke har tillid til at andre producenter kan producere medicinen for dem, i en tilstrækkelig god kvalitet. Dette kan altså betyde at der opstår en mangel af enheder af den patenterede medicin. Ydermere er der også et vis økonomisk spild, da eksempelvis mange medicinalvirksomheder, bruger dobbelt så mange penge på markedsføring af deres produkter, som de bruger på at udvikle nye produkter. En udgift der opstår fordi man kæmper mod andre virksomheder, hvis produkter har samme virkning som ens egne. (Hollis, Pogge 2008: 88ff)

Men den største svaghed ved det nuværende system er, at det ikke tilskynder til den mest *effektive* innovation. Hollis og Pogge skelner her mellem en intern og en ekstern effektivitet, som de definerer således at:

“... “internal” efficiency refers to how well resources are allocated over all possible R&D projects; and “external” efficiency refers to how well resources are allocated between R&D and other activities.” (Hollis, Pogge 2008: 85)

Det væsentlige for Hollis og Pogge er, at det fælles gode som der investeres i, skal modsvare den omkostning det har, for samfundet at investere i dette. Hvorfor problemet med det nuværende system er, at der ofte kun tænkes over den private interesse og ikke den sociale interesse. (Hollis, Pogge 2008: 86) Altså er medicinalvirksomhederne kun interesseret i, hvad der giver dem det størst mulige udbytte og ikke hvad der har den største gavnlige effekt for samfundet. Et af de grundlæggende problemer med det nuværende system er altså at patenter ikke er optimalt relaterede til hvad der er socialt værdifuldt. (Hollis 2008: 125)

Dette er nogle af de væsentligste problemer der er omkring det nuværende system, nogle problemer som Hollis og Pogge mener at HIF kan løse.

4.2 Fordelene ved HIF i forhold til det nuværende system

HIF forsøger at påtænke de positive elementer, der er ved det nuværende system, hvorfor der er tre centrale elementer, som er ens ved de to systemer. Dels er risikoen stadig placeret hos medicinalvirksomheden; dels er ansvaret for hvilken forskning der skal investeres i, hos dem der ved mest – medicinalvirksomhederne; samt dels har forbrugerens behov, afgørende betydning for hvad der bliver forsket i. (Hollis, Pogge 2008: 91)

Derimod er der en del områder hvorpå HIF adskiller sig fra det nuværende system. Fordi HIF sikrer at prisen på medicin ligger marginalt over produktionsomkostningerne,

vil det øge antallet af individer, der kan få adgang til medicinen. Derudover vil de lave priser også give meget lidt incitament til at kopiere medicinen. Årsagen til at prisen netop kan være så lav er at medicinalvirksomhederne ikke genindvinder dens omkostninger til udvikling gennem prisen på medicinen, men ved at HIF udbetaler en belønning i overensstemmelse med den effekt, medicinen har på den globale sygdomsbyrde. Ydermere er der også i udregningen af effekten heraf, medregnet hvor meget en given medicin mindsker risikoen for epidemier. Noget der, ifølge forfatterne, også vil have en positiv effekt på prisen af sundhedsforsikringer i den velhavende del af verden. (Hollis, Pogge 2008: 91ff)

4.2.1 HIF - blot én af mange

Hollis og Pogge pointerer at man bør tænke instrumentelt om intellektuelle rettigheder³³. Dvs. man skal se på hvilket formål de har, og hvorledes de bedst kan bruges til at realisere vores basale menneskerettigheder. (Hollis, Pogge 2008: 66) En sådan instrumentel måde at tænke på, finder man bl.a. hos dem, der argumenterer for at patentrettigheder er med til at skabe incitament til udvikling af ny medicin. Hollis og Pogge forsøger dermed ikke, ligesom flere andre³⁴, at stille sig kritisk overfor om patent er en nødvendig betingelse for innovation³⁵.

Den nuværende incitamentsstruktur for patenter anser de dog for moralsk problematisk, fordi patentsystemet, i deres øjne, fratager mange mennesker muligheden for sikker adgang til livsvigtigt medicin. Samt det, at det ikke giver incitament til innovation rettet mod de sygdomme, der hovedsageligt rammer verdens fattigste mennesker. De afviser ikke patenter, og virksomhedernes rettigheder til at opnå disse. HIF-reformen forudsætter ligefrem at dens registranter har patentrettighederne over de(t) produkt(er) de ønsker at registrere.

Hvad Pogge og Hollis derimod ønsker at ændre, er den måde hvorpå patenter sikrer medicinalvirksomhederne deres økonomiske gevinst. De flytter, således "byrden" for denne betaling, fra den enkelte patient, over på, i første omgang, det velhavende verdenssamfund. (Hollis, Pogge 2008: 47)

The Health Impact Fund er dog blot én tilgang til det dobbelte problem som patent-systemet skaber. Derfor vil jeg nu rette fokus mod andre forslag, der ligeledes forsøger en-

³³ Ikke mindst fordi et forsvar af intellektuelle rettigheder med henvisning til en naturlig rettighed hertil, ifølge Hollis og Pogge, synes umuligt. Dette ses bl.a. i deres kritik af et libertarianistisk forsvar herfor. Hvilket vil blive ekspliciteret senere.

³⁴ Eksempelvis (Ramello 2008: 76), (Shiffrin 2008: 95), eller (Reiss, Kitcher 2009: 269)

³⁵ Jeg vælger derfor i det følgende at se bort fra forslag der grundlæggende bygger på en ændring af de nuværende patentregler, eksempelvis Reiss og Kitchers forslag om et »Global Health Institute«. Se (Reiss, Kitcher 2009: 278, Reiss 2010: 440) Dog bliver dette synspunkt diskuteret i næste kapitel.

ten at give incitament til at udvikle medicin der er rettet mod de fattige, eller forsøger at sigte mod at øge adgangen til medicin for disse fattige.

I HIF-rapporten sammenligner Hollis og Pogge HIF-reformen med andre mulige tilgange til løsningen af disse problemer, hvorfor jeg tager udgangspunkt heri. Disse andre tilgange er: 1) direkte køb af medicin, enten af en regering eller en organisation; 2) forsøg på at reducere prisen for medicin, enten gennem prisdifferentiering, »compulsory licensing«³⁶ eller »bulk buying«³⁷; 3) »Push« programmer, hvor man ”skubber” forskning i gang, via bevillinger eller igennem offentlig-privat samarbejde; samt 4) »Pull« programmer, hvor man ”trækker” forskningen ud af virksomheder, ved at udlove en belønning til dem der først kan fremskaffe et nærmere specificeret produkt. (Hollis, Pogge 2008: 97ff)

4.2.1.1 Direkte køb

Når regeringer eller organisationer køber medicin øges adgangen til medicin, men samtidig skaber man et incitament til at holde priserne kunstigt høje. Samtidig er det ofte politisk motiveret hvilke sygdomme, der skal købes medicin til, hvorfor denne tilgang ikke nødvendigvis vil være den mest lønsomme og socialt set mest gavnlige. (Hollis, Pogge 2008: 97f)

4.2.1.2 Reduktion af pris

Man kan derfor også forsøge at reducere prisen for medicin. Dette kan eksempelvis gøres igennem en prisdifferentiering, hvor prisen for medicin sættes højere i de velhavende lande, end i de fattige. (Pogge 2008: 238ff)

Denne prisdifferentiering er upraktisk i den henseende, at den kan give en tilskyndelse til at smugle medicin fra de fattige lande til de velhavende. Et yderligere problem ved prisdifferentiering er at det forudsætter at produktet kan afsættes både på et marked for de rige og på et marked for de fattige – hvor indtjeningen hovedsagelig vil komme fra de riges marked. Derfor kan prisdifferentiering ikke anses som incitamentgivende for forskning i de sygdomme, der dominerer i de fattige lande. (Ravvin 2008: 114) En anden måde at reducere prisen for medicin på, er igennem »compulsory licensing«, men blot muligheden for at ens produkter vil blive udsat herfor – med dalende priser til følge – giver, ifølge Hollis og Pogge, en afdæmpet lyst til at udvikle medicin, der kan tænkes at blive

³⁶ Er en tilladelse til fra regeringens side til at give generiske medicinalvirksomheder lov til at bryde patentet i tilfælde af fx en epidemi. Patentholder bliver kompenseret herfor, men til en lavere pris, end den monopolet giver mulighed for. Doha-erklæringen der er en præcisering af TRIPS-aftalen, giver mulighed herfor, såfremt man gør det med henblik på at beskytte befolkningens helbred. Se (WTO 2013b: Artikel 30 & 31) og (Ravvin 2008: 114)

³⁷ Mængderabat

udsat herfor³⁸. Slutteligt er det muligt at lave en såkaldt »bulk buying«, hvor organisationer laver en aftale med en medicinalvirksomhed, om at købe et kæmpe parti af et, eller flere, af dets produkter, mod at opnå en reduktion i prisen pr. enhed. Dvs. man forhandler sig frem til en mængderabat. Men en udbredelse heraf kunne mindske den samlede profit for medicinalvirksomheden, hvorfor incitament til at udvikle medicin mhp. en »bulk buying« aftale mindskes. (Hollis, Pogge 2008: 98ff)

4.2.1.3 »Push«

Den tilgang Hollis og Pogge betegner »push«, foregår ofte således at offentlige instanser – eller organisationer – igangsætter forskningsprojekter omkring emner, der synes at være socialt værdifulde. Det har dog det problem at det, for det første, ikke er sikkert at der bliver forsket inden for det (eller de) område(r) som vil være mest gavnlige, for den global sygdomsbyrde. Disse forskningsprojekter vil ofte være koncentreret om de sygdomme, der virker socialt værdifulde at få bekæmpet, inden for det politiske miljø hvor de bliver finansieret. For det andet, er det ikke eksperter inden for medicinalbranchen, der bestemmer hvem der får tildelt en bevilling, denne beslutning bliver taget af politikere eller interesseorganisationer. Hvorfor det ikke er sikker at de bedst egnede får opgaven. Det er derfor sandsynligt at man mere satser på de virksomheder, der tidligere har vist gode resultater. Men det udelukker ikke at andre ikke kan gøre det bedre! For det tredje mener Hollis og Pogge at der ikke vil være incitament til at virksomhederne udfører den mest effektive forskning, da den økonomiske gevinst er givet på forhånd.³⁹ Slutteligt vil udviklingen, ad denne vej, ikke være kontinuerlig, men foregå ad hoc, dvs. der skal rejses politisk vilje til hver eneste bevilling. (Hollis, Pogge 2008: 100ff)

³⁸ Dette er dog ikke et ubestridt standpunkt. Således har James Love argumenteret for at i de tilfælde hvor man rent faktisk har gjort brug af »compulsory licence«, har det været på produkter, som ikke i forvejen havde nogen markedsandele der hvor denne »compulsory licence« blev givet. Medicinalvirksomhederne har altså givetvis endnu ikke mistet nogen markedsandele, og dermed profit pga. »compulsory licence«. Faktisk kunne man indvende det modsatte, da deres medicin således i tilfælde af at blive udsat for »compulsory licence« vil blive solgt til et større marked. Godt nok til en relativ lav pris, men patentholderen får jo stadig en mindre kompensation, hvilket jo er mere end ingenting! Se (Love 2008, WHO 2006: 135f)

³⁹ Jeg mener dog det kan diskuteres, hvorvidt der *ikke* skulle være incitament til at udføre et forskningsprojekt effektivt. Dels fordi Hollis og Pogge selv argumenterer for at der er større sandsynlighed for at blive tildelt en ny bevilling, hvis man tidligere har vist gode resultater. Altså hvis man vil vælges igen, har man et incitament til at lave effektiv forskning. Virksomheder kan altså blive afhængige af at vise effektivitet, da en bevilling jo ikke holder i evig tid. Altså kan en bevilling, mener jeg, *netop* give et incitament til at lave kvalificeret og effektiv forskning, fordi det øger sandsynligheden for at virksomheden får en ny bevilling. Et problem ved »push« tilgangen er dog, at man, i kraft af at man betaler *forud* for den innovative proces, ikke er sikker på at man ender med et brugbart produkt. Det betyder at man ikke er sikker på at få noget igen for sin investering.

4.2.1.4 »Pull«

Slutteligt er der også »pull« tilgangen. Denne tilgang fungerer som en slags belønning⁴⁰, hvor en medicinalvirksomhed bliver belønnet, for det produkt den har udviklet. Én af styrkerne ved denne tilgang er bl.a. at risikoen ved den innovative proces, udelukkende er placeret hos medicinalvirksomheden. Hvilket dog har den negative implikation at belønningen derfor skal ses i forhold hertil, og derfor må have en vis størrelse, for at denne tilgang bliver attraktivt for medicinalvirksomheden⁴¹.

Et eksempel på en »pull« tilgang er den såkaldte »Priority Review Voucher«. Princippet bag denne er at medicinalvirksomheder ”kommer foran i køen”, hvis de søger patent til et produkt for eksempelvis en »neglected disease«. Hvilket betyder at virksomheden vil opnå omkring et års ekstra effektiv patenttid, dvs. et ekstra års patent, hvor produktet er på markedet. (Hollis, Pogge 2008: 104) Som det er nu, er der lang ventetid for patentregistreringer, hvorfor medicinalvirksomhederne må søge tidligt i udviklingsprocessen. Dette betyder at den effektive tid, hvor produktet er på markedet, og hvor medicinalvirksomheden skal genindtjene udviklingsomkostningerne, er kortere end de 20 års patent, som der reelt gives. Patentet gives nemlig med tilbagevirkende kraft, dvs. fra den dag, hvor der søges om det. (Dietsch 2008: 231) Ved at komme foran i køen med en »priority review voucher«, kan virksomheden derved forlænge den periode hvor der kan tjenes penge på patentet. Problemerne ved denne tilgang er dog, ifølge Hollis og Pogge, at den hurtigere ekspeditionstid, kan resultere i en dårligere kvalitet af evalueringen af produktet. Det at et produkt kommer foran i køen til patent, kan også resultere i at andre produkter bliver forsinket, hvilket påtvinger et økonomisk tab, for den virksomhed, hvis produkt bliver forsinket. (Hollis, Pogge 2008: 105)

Et andet eksempel på en »pull« mekanisme er forslaget om »Advanced Market Commitment⁴²«⁴³. Dette forslag handler om at en sponsor – en regering, organisation eller andet – på forhånd aftaler en tilskudspris på et givent antal enheder, af eksempelvis en vaccine. Medicinalvirksomheden fastsætter herefter selv prisen for dets produkt, men virksomheden forpligter sig til at fastholde denne pris, også efter at antallet af de enheder virksomheden har fået et tilskud til, er blevet solgt. Et eksempel kunne være en virksomhed der udvikler en vaccine, som koster \$2 at producere. En sponsor kunne så tilbyde at give virksomheden \$10 i tilskud for de første 100 mio. solgte enheder. Virksomheden kan således selv bestemme prisen for medicinen, og fastsætte den til eksempelvis \$4, og vil da

⁴⁰ I litteraturen beskrives den som »Prizing« (Pogge 2008: 243, Love, Hubbard 2007: 1520f, Sønderholm 2011: 297)

⁴¹ Se eksempelvis (Pogge 2008: 242)

⁴² Er også kendt som »Advance Purchase Commitment«. Se (Reiss 2010: 444)

⁴³ AMC

opnå en profit på \$12, for de første 100 mio. solgte enheder. Medicinalvirksomheden kan således selv bestemme salgsprisen, men forpligter sig på at fastholde denne *også* efter at de aftalte enheder med sponsoren er solgt. Dvs. i ovenstående eksempel skal virksomheden således fortsat sælge vaccinen for \$4. Derfor skal producenten altså balancere mellem en lav pris, mens der gives tilskud og det tab denne relativt lave pris vil give efterfølgende. (Hollis, Pogge 2008: 106, Hollis 2008: 126, Sønderholm 2011: 298) AMC gør det dermed muligt at sælge medicinen videre til en billigere pris, end under normale patentomstændigheder.

Hollis og Pogge fremhæver dog et par problemer omkring AMC. Dels kræver en sådan forhånds aftale en meget specifik definition af betingelserne for, at der kan siges at foreligge et kvalificeret produkt. Dette kan være svært at definere på et meget tidligt stadie i forskningen, hvorfor AMC ofte kun er interessant, for produkter der allerede er i et sent udviklingsstadie. Dette betyder at AMC ikke kan udgøre et incitament til at *påbegynde* forskning. AMC handler derfor blot om at aftale en bestemt pris for et produkt, som er tæt på at være på markedet. (Hollis, Pogge 2008: 106f) Et yderligere problem vedrørende AMC – et problem der gør sig gældende for alle de forslag der påkræver en detaljeret specifikation – er at hvis kravene til specifikationen sættes for lavt, da vil man ikke få mest mulig kvalitet for pengene. Og omvendt, sættes kravene for højt, da kan det blive svært, endsige umuligt, at fremskaffe det ønskede produkt. (Ravvin 2008: 118f) En mere specifik kritik af AMC, som incitament til at forske i »neglected diseases«, giver Jørn Sønderholm i artiklen *Advanced Monopoly Commitment?*. Heri argumenterer Sønderholm for at AMC grundlæggende er baseret på en »Winner-Takes-All« strategi, hvilket har to væsentlige implikationer. En medicinalvirksomhed, der ønsker at være økonomisk rentabel, må således lave en vurdering af hvorvidt det er muligt at udvikle det ønskede produkt, og samtidig må den have en klar idé om hvordan dens chancer er, i forhold til dens konkurrenter. Sønderhold skriver endvidere at:

“Such comparative knowledge is difficult to come by, and companies that do not possess it are therefore likely to refrain from entering the competition for the prize.”
(Sønderholm 2011: 298)

Der er altså meget lidt, der taler for at AMC skulle være en succesfuld tilgang til at skabe forskningsincitament for medicinalvirksomhederne. Dermed kan AMC have en kontraproduktiv konsekvens i forhold til dens formål, dvs. ikke blot fejle i at virke incitamentsbefordrende, men derimod at virke afskrækkende. Der vil være alt for stor usikkerhed og risiko forbundet med forskning af produkter, som er underlagt AMC.

Ifølge Pogge kan der grundlæggende skitseres fire problemer vedrørende en »pull« tilgang. Disse fire problemer er: 1) at det ofte ikke er de mest kompetente – dvs. medicinalvirksomhederne – der bestemmer hvad der skal forskes i, da det er fra politisk side at belønningerne udloves; 2) at kravene til et specifikt produkt ikke udformes af eksperter inden for det bestemte område. Hvilket kan resultere i, at der enten sættes for høje krav, hvilket gør det umuligt at få udløst belønningen, eller for lave krav, hvilket betyder man ikke får det mest effektive produkt; 3) at finansieringen af produkterne sker ad hoc, og tilfældigt; samt 4) at der ingen mekanisme er, som sikrer at »last-mile« problemet bliver løst, da ingen af forslagene sikrer at patienterne rent faktisk modtager medicinen. (Pogge 2008: 243)

Men netop disse fire problemer er noget som HIF-reformen forsøger at tage højde for. Det er under HIF-reformen udelukkende medicinalvirksomhederne, der bestemmer hvad de vil forske i. HIF sætter ikke på forhånd visse specifikke krav op til det enkelte produkt, men betaler i kraft af den effekt disse har på den globale sygdomsbyrde. Dette er også med til at sikre at »last-mile« problemet bliver løst. En stabil finansiering, der kan understøtte en kontinuerlig innovativ proces blandt medicinalvirksomhederne, bliver sikret igennem et langsigtet engagement fra de lande, som ønsker at støtte op om HIF.

Så trods de problemer der er omkring »push« tilgangen, opbygge Hollis og Pogge selv HIF-reformen med udgangspunkt heri. De fremhæver således to betingelser, som skal være opfyldt, for at en »pull« tilgang skal være succesfuld:

“First, the basis for eligibility for rewards must be clearly specified far in advance, so that potential innovators understand the goal they are working towards. Second, the size of the reward must be sufficiently large to incentivize innovation, even given the risk of failure.” (Hollis, Pogge 2008: 103)

HIF synes altså som et attraktivt valg, blandt alle de forskellige tilgange der her er fremført som løsning på de implikationer det nuværende patentsystem skaber. Men HIF er ingenlunde problemfri. Jeg vil derfor nu forsøge at fremstille en del af den kritik, der har været rettet mod reformen.

5. Kritik af Health Impact Fund

Jeg vil i dette kapitel starte med den kritik som Hollis og Pogge selv mener vil blive rettet mod reformen, samt Hollis og Pogges svar til denne kritik. Efterfølgende vil jeg koncentrere mig om den 'eksterne' kritik, der er fremført mod reformen.

Hollis og Pogge forsøger således i HIF-rapporten, at afvise følgende tre indvendinger: 1) at høje priser ikke er det årsagen til, at fattige ikke får den nødvendige medicin; 2) en henvisning til princippet om »volenti non fit injuria«⁴⁴; samt 3) en henvisning til en liberarisk forståelse af ejendomsret⁴⁵.

Den første indvending handler om at den sundhedsmæssige infrastruktur i mange fattige lande, er i en så elendig forfatning at selv hvis priserne på medicin blev sænket, ville det være højest usandsynligt at medicinen ville nå ud til patienterne. Derudover ville de billigere produkter stadig være for dyre for de fattigste mennesker, hvorfor det nuværende system ingen, eller meget lidt, skade udøver mod de fattige. Hollis og Pogge forsøger at argumentere imod dette standpunkt, ved at pointere at dels vil HIF give incitament for medicinalvirksomhederne til at hjælpe med at udbygge de lokale sundhedssystemer, og sikre en korrekt brug af deres medikamenter, fordi dette har afgørende betydning for den betaling som medicinalvirksomhederne modtager fra HIF.⁴⁶ Samt at selv om priserne stadig vil være for høje for dem, der lever i den mest ekstreme fattigdom, så ville UNICEF, NGO'er og andre hjælpeorganisationer, have råd til at købe endnu flere enheder medicin, end de har under det nuværende system. (Hollis, Pogge 2008: 60f)

Den anden indvending som Hollis og Pogge forsøger at afvise, er henvisningen til princippet om »volenti non fit injuria«, der tilsiger at ingen skade er gjort mod den, der selv indvilliger. Altså det synspunkt, at de fattige lande selv har accepteret de aftaler og love der regulerer de globale institutioners beføjelser. Men det er, ifølge Hollis og Pogge, fejlagtigt at henvise til dette princip, da de fattige reelt set ikke kan siges »at have indvilliget« i den nuværende situations udformning. For det første fordi mange af de fattige lande ikke var med i selve udformningen af de gældende regler. For det andet

⁴⁴ »Ingen skade er gjort mod den der selv indvilliger.«

⁴⁵ Oversat fra "property rights"

⁴⁶ Denne antagelse Hollis og Pogge her fremfører er dog ikke helt uproblematisk. Således vil den investering som de forventer medicinalvirksomhederne vil lave i den sundhedsmæssige infrastruktur i de fattige lande, blive indregnet i den samlede evaluering, medicinalvirksomhederne må forventes at lave inden de registrerer deres produkt hos HIF. Dermed må de forvente en relativ højere indtjening ved at registrere deres produkt hos HIF, da de ikke kun skal betænke at genindtjene deres udviklingsomkostninger, men også, hvad man kunne kalde appliceringsomkostninger – dvs. de omkostninger virksomheden bruger for at sikre dens produkt kommer ud til patienterne og at disse bruger det korrekt. Således at man opnår den største effekt, og dermed den største gevinst.

fordi nogle af de ledere, der regerer de fattige lande, er diktatorer⁴⁷, og derfor ikke nødvendigvis kan siges at handle med henblik på deres befolknings bedste, men ofte til deres eget personlige bedste.⁴⁸ For det tredje er der stor sandsynlighed for at der blandt de fattige landes embedsmænd, ikke har været en forståelse for de egentlige konsekvenser, af de aftaler de har indgået, grundet manglende viden og erfaring inden for dette felt. (Hollis, Pogge 2008: 61f, Pogge 2005: 198, Pogge 2008: 233f)

Den sidste indvending Hollis og Pogge fremfører i HIF-rapporten, er indvendingen mod en libertariansk forståelse af ejendomsrettigheder, hvor de ønsker at afvise to argumenter. Dels ønsker de at afvise den libertarianske forståelse af ejendomsret, der er begrundet i en naturlig rettighed – den såkaldte stærke ejendomsrettighed; samt dels det at vi *ikke* har en forpligtigelse til at fremstille medicin der udelukkende er rettet mod de fattigste mennesker i verden. (Hollis, Pogge 2008: 62)

5.0.1 Libertariansk forståelse af stærk ejendomsrettighed

Ifølge Hollis og Pogge vil et argument fra en libertariansk position, for et forsvar af en stærk ejendomsret, lyde således at:

“... property owners who refuse to share their wealth – including their medicines – with poor people are not human rights violators, even when their refusal foreseeably causes human rights to go unfulfilled. Such property owners are not actively harming the poor, but merely failing to help them.” (Hollis, Pogge 2008: 62)

Hollis og Pogge forsøger med HIF-reformen, som beskrevet, at tage udgangspunkt i det libertarianske dictum om at vi udelukkende har en negativ pligt overfor andre. Derfor kan libertarianerne, med ovenstående citat, proklamere at nok fejler vi i at hjælpe de fattige ved ikke at dele vores medicin med dem, men dette udgør ikke et moralsk problem. Hvis dette skulle udgøre et moralsk problem, da må vi nødvendigvis have en positiv pligt, der tilsiger at vi har en pligt til at hjælpe og beskytte de fattige mennesker. Men da vi, ifølge libertarianerne, ikke har en sådan pligt, da handler vi ikke moralsk forkert overfor de fattige, ved ikke at sørge for at de har sikker adgang til livsvigtige medicin. Dette betyder dog ikke at libertarianerne ikke sagtens kan mene at det giver god mening, eller

⁴⁷ Hollis og Pogge bruger ikke eksplicit ordet 'diktator' i HIF-rapporten, men Pogge bruger det både i artiklen fra 2005 og i kap. 9 i *WPHR*.

⁴⁸ Jeg mener det er en stærk pointe Hollis og Pogge her fremfører, nemlig det at de der har indgået aftalen på deres folks vegne, ikke har haft den fornødne politiske legitimitet, fra dette selv samme folk. Altså at det ikke har været demokratisk valgte beslutningstagere. Manglende demokrati mener Pogge også er et grundlæggende problem i forhold til fattigdomsdiskussionen. Også her mener han at vi har en forpligtigelse til at ændre visse strukturer i den nuværende globale orden. Se eksempelvis kap. 6 *Achieving Democracy* i (Pogge 2008)

vil være en god gerning at gøre således.⁴⁹ Deres eneste pointe er blot at vi ikke er *forpligt* til at gøre dette.

Hollis og Pogge forsøger i HIF-rapporten at vise at den libertarianske forståelse, angående denne problematik, ikke blot er fejlagtig, men også direkte inkonsistent med libertarianismens egen grundideer.

Ifølge Hollis og Pogges, vil det libertarianske argument omkring stærk ejendomsrettighed falde i tre dele: 1) da, man som ejendomsejer⁵⁰ er berettiget til ikke at ville dele sine ejendele med andre, har man en ret til at beskytte sine ejendele, også selvom andre derved ikke får opfyldt deres menneskerettigheder; 2) hvis man er berettiget til at beskytte sine ejendele, da kan man også give denne bemyndigelse til andre, som kan beskytte disse ejendele, hvorfor man kan forsvare oprettelsen af juridiske rettigheder herom; samt 3) hvad der gælder for fysiske ejendele, gælder også for intellektuelle ejendele. (Hollis, Pogge 2008: 63) Dette er netop et sådant system som er etableret i forbindelse med TRIPS-aftalen, da denne giver mulighed for at medicinalvirksomheder kan beskytte deres opfindelser og disponere over opfindelsernes anvendelse, som virksomhederne måtte ønske. Dvs. aftalen yder medicinalvirksomhederne beskyttelse imod at andre "stjæler" deres intellektuelle ejendom, kopierer det og/eller sælger det videre uden tilladelse hertil.

Hollis og Pogge argumenterer videre for, at medicinalvirksomhederne igennem TRIPS-aftalen fik udvidet deres rettigheder, således at de 20 år lange patenter skulle gælde i *samtlig* WTO lande⁵¹. Men, skriver Hollis og Pogge:

"The creation of these new property rights cannot be defended by appeal to these same property rights. Such a defence would be arguing in circle. The defence can succeed only if it justifies the creation and enforcement of legal property rights by appeal to independently existing moral or natural property rights." (Hollis, Pogge 2008: 63) (min understregning)

Således er det altså kun hvis medicinalvirksomheden har en *moralsk* rettighed til dens opfindelser at man kan argumentere for, at det er plausibelt at indføre patentrettigheder. Også selvom de forårsager at mange mennesker derved ikke får opfyldt deres menneskerettigheder – eksempelvis retten til sikker adgang til medicin. Således er TRIPS-aftalen blot en juridisk manifestation af nogle grundlæggende moralske rettigheder⁵².

⁴⁹ Eksempelvis donerede amerikanerne og amerikanske virksomheder næsten \$300 mia. til velgørenhed i 2011. (Nichols 2012)

⁵⁰ Oversat fra: "property owner"

⁵¹ Som beskrevet tidligere var der før denne aftale ingen patentbeskyttelse i mange fattige lande.

⁵² På samme måde som Pogge argumenterer for at FN's menneskerettigheder, blot er en juridisk manifestation af de naturlige moralske menneskerettigheder. Se (Pogge 2007: 13, Pogge 2008: 59)

Problemet for libertarianerne er, ifølge Hollis og Pogge, at de henviser til John Lockes forbehold⁵³, nemlig det at man har en naturlig rettighed til det produkt, man har lagt sit arbejde i, såfremt man efterlader tilstrækkeligt til andre. Eller som Locke skriver det i *Two Treatises of Government*:

“... for this labour being the unquestionable property of the labourer, no man but he can have a right to what that is once joined to, at least where is enough, and as good, left in common for others.” (Locke 2005: 80)

Dvs. man må gerne tilegne sig nogle kemiske stoffer, sætte dem samme på en speciel måde, og så selv bestemme om man vil sælge eller beholde dette skabte produkt. *Du* har retten til at bestemme over produktet, fordi det netop er et produkt af det arbejde *du* har lagt i materialerne. Så længe det stadig er muligt for andre at tilegne sig tilsvarende materialer!

Lockes forbehold er simpelt at forstå, når det gælder materielle ting, men hvordan skal det forstås når det gælder en idé?

Hollis og Pogge illustrerer hvor problematiske denne forståelse bliver, når man forsøger at lade den gælde også for intellektuelt arbejde. De giver således et eksempel, hvor en kvinde sætter et hjul på en kurv, og derved opfinder en primitiv form for trillebør. Hun opfatter hurtigt at andre også kunne have brug for denne opfindelse, og begynder derfor at producere flere og sælge dem. Men hun erkender at hun ikke kan sælge dem til en ret høj pris, da andre selv kan lave deres egen, eller betale andre for at lave én til dem. Pointen er her, at opfinderen ikke kan sælge produktet, uden også at sælge opskriften til det. På samme måde fungerer medicinalbranchen i dag, da andre virksomheder jo blot kan lave en kemisk analyse på et givent produkt og finde ud af hvilke bestanddele dette produkt er sammensat af. Problemet her er, at et patent ville betyde at opfinderen, ville få, ikke rettigheden over de faktiske trillebøre som blev produceret, men over selve *ideen* trillebør. Hvis hun havde en sådan naturlig moralsk rettighed hertil, da ville hun kunne bestemme hvem der skulle have lov til at producere en trillebør. Denne rettighed som patentet ville give, ville netop være funderet i den moralske naturlige rettighed som opfinder har, i kraft af at det var hende, der opfandt ideen trillebør. Det betyder at selv om opfinderen ikke havde et juridisk patent på sin opfindelse, ville andre være moralsk forpligtet til *ikke* at kopiere hendes opfindelse. (Hollis, Pogge 2008: 64f)

Libertarianismen har dog et stærkt fokus på frihed og det er netop derfor, at intellektuelle rettigheder bliver stærkt problematisk for libertarianerne. For når man opnår patent

⁵³ Oversat fra: "Lockean proviso"

på en *type*⁵⁴ af et produkt, da begrænser man den andens frihed.⁵⁵ Nemlig friheden til at gøre hvad man ønsker med sine ejendele. Før opfindelsen af trillebøren i ovenstående eksempel, havde alle således *muligheden* for at bygge en trillebør. Men efter at kvinden *faktisk* gør det, har alle andre derved fået frataget deres mulighed for at realisere denne *mulighed* – altså muligheden for at bygge deres egen trillebør. Men ifølge Hollis og Pogge vil en libertarianer netop argumentere for at:

“... the innovator has no right, without your permission, to deprive you of something even if she gives you something much more valuable in return.” (Hollis, Pogge 2008: 65)

Dermed mener Hollis og Pogge altså at kunne argumentere for, at selve kernen i libertarianismen – deres fokus på naturlige rettigheder og frihed – er inkonsistent med intellektuelle rettigheder, da disse netop fratager den enkelte muligheden for at gøre hvad han ønsker med sine ejendele. (Hollis, Pogge 2008: 66)

5.0.1.1 Ingen pligt til udvikling af ny medicin

Forskellen i udviklingen af medicin til markeder i hhv. de velhavende og fattige lande, beskrives ofte som »the 90/10 gap«. Dette dækker over at blot 10% af alle forskningsmidler, går til at forske i sygdomme, der udgør 90% af den globale sygdomsbyrde. (Pogge 2008: 236)

Men Ifølge Hollis og Pogge, mener libertarianerne ikke at man har en pligt til at forske i sygdomme, som man ikke selv er ramt af. Så det at de fattige ikke har økonomisk mulighed for at skabe et marked, for den medicin som de har brug for, er, ifølge libertarianerne, ikke de velhavendes problem. (Hollis, Pogge 2008: 66) Vi har altså ikke en positiv pligt til at hjælpe de fattige med deres livstruende mangel på medicin – så længe vi blot ikke skader dem, dvs. er årsag til disse problemer.

Hollis og Pogge skriver videre at:

“... they [libertarianere, red.] do find it morally unacceptable to take⁵⁶ money from the rich in order to support research into the diseases of the poor even when such research would lead to medicines that poor people need for their health and survival.” (Hollis, Pogge 2008: 66)

⁵⁴ dvs. ideen bag et fysisk produkt

⁵⁵ For en uddybende diskussion af denne problematik se eksempelvis (Trerise 2008)

⁵⁶ Hollis og Pogge må her, med ordet »take«, mene det at en regering igennem øget beskatning vil investere nogle af skatteborgernes penge til at forske i medicin til de fattige.

Libertarianerne er ikke, logisk set, imod at man forsker i medicin til de fattige, de pointerer blot at vi ikke er *forpligtet* på at gøre dette. Men man kan ikke derfra slutte til at de mener, at det er moralsk forkert at forske i medicin rettet mod de fattige.

Igen forsøger Hollis og Pogge at vise, at libertarianismen er inkonsistent. Således argumenterer de for at selv ved at holde fast i en libertariansk position, må man drage den konklusion at vi *burde* forske i medicin til de fattige. Hollis og Pogge argumenterer nemlig for, at den delhavende del af verden netop *er* årsagen til, at de fattige befinder sig i den situation de er i. Det er jo netop primært den velhavende del af verden, som har haft afgørende indflydelse på den nuværende globale institutionelle orden. De pointerer godt nok at deres menneskerettighedsargument er fremadskuende, dvs. de forsøger ikke at argumentere for deres synspunkt, ved at pointere at den velhavende del af verdens befolkning igennem den historiske udvikling gennemgribende har skadet, frarøvet og ringeagtet den forhistoriske befolkning, i de lande som i dag lever i fattigdom. Men de forsøger alligevel at bruge denne historiske proces som et argument for at vi *ikke* kan acceptere *ikke* at hjælpe de fattige med under 1% af vores indtægter. Det kan vi ikke når nu at både de fattiges og de velhavendes nuværende situation, er et resultat af den samme historiske proces, og når nu denne historiske proces har resulteret i, at forskelle mellem de rigeste og de fattigste er så stor, som den er. (Hollis, Pogge 2008: 67f)

Jeg vil ikke yderligere forholde mig eksplicit til ovenstående kritik⁵⁷. I stedet vil jeg koncentrere mig om den kritik andre har rettet mod HIF-reformen. Hvad jeg her betegner som 'ekstern kritik'.

5.1 Ekstern kritik

The Health Impact Fund er et forholdsvis nyt reformforslag – det blev først fremsat i 2008 – og jeg vil her forsøge at give et overblik over en del af den kritik⁵⁸, der er blevet fremsat af reformen⁵⁹. Men først vil jeg lige fremhæve nogle af forudsætningerne for HIF-reformen.

Thomas Pogge har skrevet en del om den velhavende del af verdens befolknings moralske forhold til verdens fattigste mennesker, og er, ifølge Alison Jagger, én af de mest indflydelsesrige filosoffer inden for området 'global retfærdighed'. (Jagger 2010: 1). Dette

⁵⁷ Dog vil problematikken angående den sundhedsmæssige infrastruktur i de fattige lande blive berørt.

⁵⁸ Det har desværre ikke været muligt at få fat i bogen: *Incentives for global public health: patent law and access to essential medicines*, Cambridge: Cambridge University Press, redigeret af Pogge, Thomas; Rimmer, Matthew og Rubenstein, Kim (2010). Hvor fx Liddell Kathleen. har skrevet artiklen "The Health Impact Fund: A critique".

⁵⁹ En del af den kritik der er givet af HIF-reformen, er lavet på grundlag af Pogges artikel fra 2005, og jeg har derfor valgt at tage en del af den kritik med, der egentlig er rettet mod denne artikel. Dvs. jeg har forsøgt at fremhæve den del af kritikken som jeg mener også kan rettes mod HIF-reformen, som den fremstår i rapporten fra 2008.

har naturligvis affødt en del diskussion af Pogges skrifter. I det sidste kapitel af bogen *Thomas Pogge and His Critics*, har Pogge fået muligheden for at kommentere på en del af den kritik, som er rejst imod hans tanker. I et af disse svar, skriver Pogge at:

“Given the state of the world, there are many possible institutional reforms that would reduce human rights deficits.” (Pogge 2010: 213)

Men, skriver Pogge, der er fem betingelser, en sådan institutionel reform må overholde, for at den kan blive et centralt politisk mål. En sådan reform må for det første have en moralsk appel til den almindelige borger i de velhavende lande. For det andet må reformen være tiltrækkende⁶⁰ for størstedelen af de politiske beslutningstagere, samt relevante virksomhedsledere. For det tredje er det væsentligt at en reform er skalerbar, således at man indledningsvis udfolder reformen i et begrænset omfang. Det betyder at de fejl og mangler, der vil være ved en sådan reform, er forholdsvis begrænset i omfang, og man kan således få dem rettet uden de store omkostninger. For det fjerde er det vigtigt at reformen styrker den del af befolkningen, der er interesseret i yderligere reformer, hvilket vil sige hovedsageligt den svageste del af verdens befolkning. Slutteligt må en sådan reform også fungere, som et forbillede for andre reformer, således at den kan kopieres til andre områder⁶¹. (Pogge 2005: 184ff, Pogge 2010: 213f)

Jeg vil i dette kapitel koncentrere mig om Pogges anden betingelse, ud fra den kritik, der er blevet rettet mod HIF-reformen⁶². Om denne politiske betingelse skriver Pogge, at en institutionel reform:

“... should have prudential appeal to at least a substantial proportion of our policy makers, public officials, and corporate leaders. This means that a proposed institutional reform must be shown to be both feasible (once implemented, it must be able to generate its own support among those with the power to uphold or erode it) and realistic (it must be able to garner support from key stakeholders under existing institutions towards its implementation).” (Pogge 2010: 213)

Jeg vil altså forsøge at betænke den kritik, der har været af HIF-reformen, med henblik på, om hvorvidt reformen er realistisk og synes som noget der også har en reel chance for at kunne vinde tilslutning, blandt de interessenter, der skal stå bag reformens implementering. Kritikken har jeg inddelt i tre overordnede grupper: 1) kritik af den økonomiske appel, reformen har til de velhavende lande; 2) kritik af, at HIF ikke løser de grund-

⁶⁰ Oversat fra ”prudential appeal”

⁶¹ Pogge har således på baggrund af HIF forslået en »Ecological Impact Fund«. Se (Walsh 2011)

⁶² Jeg finder grundlæggende de to første betingelser som Pogge fremhæver for mest interessante, men vil altså her udelade en diskussion af det moralfilosofiske grundlag for HIF-reformen. For en diskussion af Pogges moralfilosofiske position se eksempelvis (Ci 2010, Risse 2005)

læggende problemer ved patentsystemet, samt 3) en kritik af HIF's belønningsmekanisme, herunder især de problemer der knytter sig til bestemmelsen af de enkelte produkters effekt.

5.1.1 Vag økonomisk appel til de velhavende lande

HIF-reformen er blevet kritiseret for kun at sende en vag appel til de velhavende lande, om at stå bag reformen. Altså en kritik af reformens »prudential appeal«. (Faunce, Nasu 2008: 150, Selgelid 2008: 137, Sønderholm 2010: 173) Som beskrevet mener Hollis og Pogge at reformen indeholder flere positive elementer, som skal gøre det attraktivt for de rige lande at støtte HIF økonomisk. Ikke blot forsøger de at argumentere for at etableringen af HIF er det moralsk rigtige at gøre, men reformen vil også have en række økonomiske fordele for de velhavende lande. Dels vil en reduktion i prisen på den medicin der bliver registreret i HIF, *også* gavne de velhavende lande. Dels vil en afledt effekt – af en forbedring af den globale sygdomsbyrde – være, at sandsynligheden for epidemier – og pandemier – mindskes betydeligt, hvilket vil reducere prisen for sundhedsforsikringer. Dels betyder HIF-reformen ikke, at man skal *skifte* fokus i forskningen, men netop at der vil blive åbnet op for et helt nyt marked, hvilket vil resultere i at medicinalbranchen vil ekspandere og der vil blive skabt mange nye job, for folk i den velhavende del af verden. (Hollis, Pogge 2008: 93f)

Sønderholm mener dog ikke at Hollis og Pogges argumenter for de økonomiske fordele er uproblematisk. Således henviser han til, at eksempelvis de skandinaviske lande, der grundet deres velfærdsstatsmodel, har et yders begrænset brug af sundhedsforsikringer. I disse lande har man også allerede adgang til relativt billig medicin, da borgerne får tilskud hertil igennem staten. Borgerne i disse lande vil altså ikke opleve en direkte reduktion i deres udgifter hertil, fordi de i forvejen ikke har sådanne. (Sønderholm 2010: 172f) Ydermere problematiserer Sønderholm det faktum at der vil blive skabt nye job, ved at pointere at disse bliver skabt for egne penge. Således skriver han at:

“No new capital (or only very little) flows, in other words, into the economies of these countries [de velhavende, red.] and in case some of these new niche pharmaceutical companies are situated in a developing country, economic resources are flowing from the developed countries into the developing ones.” (Sønderholm 2010: 172)

5.1.1.1 Kun ny medicin

En anden problemstilling omkring HIF-reformens vage appel til de velhavende, er den Michael Selgelid fremsætter i en artikel, hvor han kritiserer HIF-reformen for at den

kun gælder *nye* medicinske produkter. Det er således ikke muligt for en medicinalvirksomhed at den kan registrere et produkt, som allerede er på markedet. Dette, mener Selgelid er problematisk, da der allerede findes medicin, som kan hjælpe til at forbedre verdenssundhedstilstanden her og nu. Eksempelvis fremhæver Selgelid at tuberkulosemedicin har eksisteret i over 40 år⁶³. Problemet er altså ikke at der *mangler* ny medicin – men derimod at der mangler *adgang* til allerede eksisterende medicin. Selgelid henviser også til en rapport udarbejdet af FN, der estimerer at ved blot at øge adgangen til allerede kendt medicin, vil man kunne redde op mod ti millioner liv om året. (Selgelid 2008: 135f)

Et væsentligt problem, som HIF-reformen kan imødesee, er altså det problem at der allerede findes medicin, til at bekæmpe de, ifølge Hollis og Pogge, mest problematiske sygdomme. Det betyder dermed at, hvis kravene for at opnå patent for et medicinalprodukt er at det skal have en vis 'nyhedsværdi'⁶⁴, altså være nyskabende, da vil det kræve at man forsker i at finde produkter, der har samme virkning som allerede kendte produkter, men blot er af en anden molekylær beskaffenhed. Det er jo en betingelse for at registrere et produkt hos HIF at det er et patenteret produkt. Dette må altså resultere i at for at HIF-reformen skal have en positiv effekt, forstået således at *den* skal være årsag til at eksempelvis tuberkulosemedicin bliver gjort tilgængelig for de fattigste mennesker, da kræver det at man bruger enorme summer – op mod \$1 mia. (Hollis 2008: 124) – for at skabe et produkt hvis effekt, allerede besiddes af kendte produkter. Man kunne således spørge sig selv, om ikke denne \$1 mia. kunne bruges på eksempelvis generiske HIV-medicin, hvis pris, siden patentet herpå udløb, er reduceret fra årligt at koste \$12,000 pr. behandling, til blot at koste \$300⁶⁵. Således kan \$1 mia. bruges til at behandle ca. 3,33 mio. personer der er inficeret med HIV/AIDS.

Selgelid argumenter netop for, at grundet det, at der allerede findes eksisterende og brugbar medicin, så har HIF-reformen en meget vag appel til nogle af de interessenter, der skal stå bag HIF-reformen. Således skriver han at:

“If there is a requirement that (in order to receive a reward based on impact) newly innovated drugs are used in cases where perfectly good already-existing ones would work, then the scheme would be less cost-effective (because newer drugs are more expensive when requisite research and development cost are taken into account). A more cost-effective program is likely to gain more political support.”
(Selgelid 2008: 137)

⁶³ Som nævnt tidligere er tuberkulose netop én af de sygdomme som Hollis og Pogge nævner som en sygdom det er vigtigt at få nedkæmpet i de fattige lande.

⁶⁴ Dette er én af betingelserne beskrevet i TRIPS-aftalen. Se (WTO 2013b: Artikel 27)

⁶⁵ En reduktion, der er beskrevet af (Timmermann, Belt 2013: 55), som henviser til George Bush's »State of the Union« tale i 2003. Se (The Washington Post 2003)

5.1.1.2 Tvivl om hvorvidt HIF er mest omkostningseffektiv

Ville Päiväsalo er, ligesom Selgelid, kritisk overfor, om HIF er den mest omkostnings-effektive løsning, der findes. Han tvivler således på, om HIF er den mest optimale måde, hvorpå man kan reducere den globale sygdomsbyrde på. For det første er HIF at anse som en god forretning for de multinationale medicinalvirksomheder, og faren herved er, at en unødvendig stor del af den offentlige betaling til HIF, vil ende som profit hos netop disse medicinalvirksomheder. For det andet er det, ifølge Päiväsalo, nødvendigt at evaluere HIF i forhold til andre sundhedsfremmende organisationer og hjælpeprogrammer. (Päiväsalo 2009: 103)

Julian Reiss og Philip Kitcher pointerer også det problematiske i graden af den økonomiske belønning som HIF nødvendigvis må stille medicinalvirksomhederne i udsigt. Disse belønninger må kunne konkurrere med de gevinster som medicinalvirksomhederne kan hente på det velhavende marked, eller endda være højere. (Reiss, Kitcher 2009: 274) Og at medicinalvirksomhederne tager sig godt betalt for deres medicin, viser Reiss og Kitcher derved at:

“In 2002 (which, incidentally, was a recession year) the combined profits of the top-ten pharmaceutical companies in the Fortune 500 (\$35.9 billion) were greater than those of all other 490 businesses (\$33.7 billion).” (Reiss, Kitcher 2009: 266)

Der skal altså gives et signifikant økonomisk incitament til medicinalvirksomhederne, for at de finder det interessant at registrere deres produkt hos HIF. De stiller sig derfor kritisk overfor, om det at støtte op om HIF-reformen er det mest fornuftige.

Päiväsalo bifalder Hollis' og Pogges forsøg på at inddrage det at have et ansvar overfor de fattige, som en kerneværdi indenfor en liberal dagsorden. Men adgang til medicin, er kun ét ud af mange elementer, der er ønskværdige for de fattige⁶⁶. HIF skal årligt støttes med et milliardbeløb, hvorfor det er væsentligt at spørge hvorledes vi bruger disse penge, og om HIF er den mest omkostningseffektive vej frem? Dette er, ifølge Päiväsalo, netop det mest tvivlsomme ved i Hollis' og Pogges reformforslag. Päiväsalo konkluderer, at fordi HIF indebærer at en del, eller nærmere de fleste, af de penge, der skal bruges til at finansiere HIF, går direkte til medicinalvirksomhederne, er det *ikke* den mest effektive måde at bekæmpe den globale sygdomsbyrde på. Derfor mener Päiväsalo at de

⁶⁶ Jeg vil berøre dette emne mere indgående senere.

penge vil være bedre brugt på eksempelvis FN's »Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis«. (Päivänsalo 2009: 101f)

5.1.1.3 Vil de rige betale for de fattige?

Thomas Faunce og Hitoshi Nasu pointerer ligeledes også at det kan synes svært at skabe politisk opbakning til et reformforslag, der grundlæggende går ud på at den velhavende del af verden, betaler for medicin og opbygning af sundhedssektoren i de fattige lande. Hvilket, ifølge Faunce og Nasu, reelt er konsekvenserne af reformen. Også selvom dette vil have nogle gavnlige økonomiske konsekvenser for borgerne i de velhavende lande, i form af billigere medicin og forsikringer. De mener at HIF, inden dens implementering kan blive en realitet, vil kræve en bred international enighed om at bakke op om forslaget. Men de er grundlæggende meget skeptiske overfor om HIF vil kunne skabe en sådan bred opbakning. (Faunce, Nasu 2008: 150, 152)

5.1.2 HIF løser ikke de grundlæggende problemer ved patentsystemet

Som beskrevet tidligere, er ét af de centrale elementer i HIF-reformen, at den er tænkt som et *supplement* til det nuværende patentsystem. Altså ikke en afskaffelse af patentsystemet, men en tilføjelse, der skal sikre at de to centrale fejl som patentsystemet skaber – adgang til, samt innovation af medicin til de fattige – bliver kompenseret. For at få registreret sit produkt hos HIF er det ligefrem en nødvendighed at registranten har patentrettighederne over det produkt der ønskes registreret.

Reiss og Kitcher har dog kritiseret HIF-reformen – og andre forslag – for ikke at ændre det nuværende patentsystem, men bygge videre på dette, og derfor ikke løse de grundlæggende problemer, som dette system har skabt. De mener bl.a. det er problematisk, at medicinalbranchen er præget af en markedsorienteret tankegang, da dette fordrer at man forsker i, og producerer de medikamenter, der kan give den største indtjening. Og dermed ikke nødvendigvis den medicin der er allermest brug for. (Reiss, Kitcher 2009: 265, 276f, Reiss 2010: 434f) Reiss og Kitcher er derimod af den opfattelse at medicinsk forskning burde styres af det såkaldte »fair-share« princip, for hvilket det gælder at:

"... the proportions of global resources assigned to different diseases should agree with the ratios of human suffering associated with those diseases." (Reiss, Kitcher 2009: 263)

Et eksempel på det problematiske heri, giver Reiss, derved at han beskriver at de fleste nye produkter, som er kommet på markedet i USA, er produkter der udelukkende retter sig mod de sygdomme, der er kroniske, ikke-dødelige og som hovedsagelig rammer de

velhavende. Hvad der ydermere er interessant er, at disse produkter ofte ikke er bedre end allerede eksisterende produkter, men blot produkter som kan konkurrere med allerede kendt medicin. I perioden fra 1990-2004 viser en opgørelse således, at ca. 77,5% af den medicin, der blev godkendt i USA, ikke var bedre end allerede eksisterende produkter. Hvad man også kalder »me-too drugs«⁶⁷. (Reiss 2010: 433f)

5.1.2.1 Tvivl om patent som afgørende incitamentsstruktur

Cristian Timmermann og Henk van den Belt retter i en nylig artikel en kritik mod HIF-reformen, hvor de argumenterer for at der er ved at opstå tvivl om, hvorvidt antagelsen om at en beskyttelse af intellektuel ejendomsrettigheder, er en nødvendig betingelse for at skabe incitament til innovation. Altså om patenter er en nødvendig betingelse for medicinalvirksomhederne for at udvikle ny medicin. Denne nye bevægelse indenfor IPR-området, kaldes »Access to Knowledge«. Ét af denne bevægelses hovedargumenter er, ifølge Timmermann og Belt, at det under ingen omstændigheder er tilladeligt at menneskerettigheder bliver underlagt intellektuelle ejendomsrettigheder. Men bevægelsen forsøger også at advokere for, at der findes empiriske beviser for, at patenter ikke har en afgørende effekt for innovation indenfor medicinalbranchen. De henviser eksempelvis til undersøgelser, som viser at der indenfor medicinalbranchen, de seneste tredive år, har været et fald i effektiviteten. Dvs. at der kommer færre produkter ud af forskningen pr. brugt dollar. (Timmermann, Belt 2013: 66f)

Reiss og Kitcher argumenterer i overensstemmelse hermed at grundet det at de fleste innovationer er »me-too« produkter, kan medicinalbranchen næppe kalde sig innovative. Hvilket får dem til at skrive at:

“... whether or not, patenting is a necessary condition for innovation, it is certainly not a sufficient condition.” (Reiss, Kitcher 2009: 269)

Dette indikere altså, at det dels ikke er nødvendigt at give patent, for at give medicinalvirksomhederne incitament til at være innovative, da den innovative proces ikke synes at være forbedret med patentrettighederne. Dels er det heller ikke en tilstrækkelig betingelse, da de fleste produkter de fremstiller er såkaldte »me-too« produkter. Dvs. et replika af allerede kendte produkter.

Timmerman og Belt henviser, i deres kritik, til at der er ved at opstå en »new era for intellectual property«. Et tegn herpå er, argumenterer de, at den internationale medicinalvirksomhed GlaxoSmithKline har taget en såkaldt »open innovation model« til sig. Det

⁶⁷ Dvs. modificerede eksemplarer af allerede kendte produkter.

betyder eksempelvis at de har frigjort en stor del af deres forskning omkring malaria⁶⁸. Det er gjort med henblik på at andre forskere kan benytte deres resultater og forsøge at komme frem til en endnu bedre kur mod malaria. (Timmermann, Belt 2013: 68ff)

GlaxoSmithKlines initiativ har resulteret i, hvad de kalder »Open Lab Foundation«, der er en nonprofit organisation, som yder økonomisk støtte til forskere, der ønsker at forske i »neglected diseases«, med særlig vægt på malaria, trypanosomiasis⁶⁹ og leishmaniasis⁷⁰. Væsentligt for denne organisation er at de forskningsresultater som opnås, bliver gjort tilgængelige for andre. (Open Lab Foundation 2013) Dette må derved betyde at al den forskning, som bliver udført her, vil blive gjort tilgængelig for generiske medicinalvirksomheder. Disse kan således frit producere og distribuere eventuel nye medicinske produkter. Herunder også til fattige lande.

Da medicinen ikke er beskyttet af patent, vil der altså opstå en markeds konkurrence, hvilket vil sige at flere virksomheder, formodentligt kan se et økonomisk potentiale i at påbegynde en produktion heraf. Der vil følgelig blive skabt en konkurrence om at kapre markedsandele, og denne konkurrence vil tvinge prisen ned, til patienternes fordel. Spørgsmålet bliver således om denne bevægelse vil komme et forslag som HIF i forkøbet? Hvis allerede medicinalvirksomhederne forsker i medicin, der er rettet til de fattige lande, hvorfor så betale dem yderligere for det, igennem en organisation som HIF?

5.1.3 Problemer vedrørende beregningen af effekten for de enkelte produkter

Et af de punkter hvor HIF-reformen har fået mest kritik, er vedrørende beregningen af effekten på den globale sygdomsbyrde, som de enkelte produkter, der bliver registreret hos HIF, har. Dette element i HIF-reformen er yderst centralt, da det er dette element, som afgør hvorledes den enkelte registrant hos HIF bliver kompenseret. Derfor må det også antages at være et punkt hvorom der må herske fuld klarhed, såfremt der skal skabes en bred opbakning til HIF, fra alle dens interessenter.

Fauncy og Nasu beskriver det således at:

“A problem with the practical efficiency of this model will be that of designing and implementing a robust means of assessing the comparative cost-effectiveness of newly developed pharmaceutical.” (Faunce, Nasu 2008: 150)

⁶⁸ Det fremgår ikke tydeligt af artiklen om *alt* deres forskning er frigivet. Er alt materiale ikke frigivet, kan dette potentielt have en betydning for kvaliteten af den forskning der kommer ud af initiativet!

⁶⁹ Også kaldet Chagas Sygdom

⁷⁰ Alle sygdomme som Hollis og Pogge beskriver hovedsageligt rammer de fattige, og som derfor har brug for en reform som HIF for at skabe incitament til medicinalvirksomhederne for at forske i disse sygdomme. (Hollis, Pogge 2008: 118)

Én af dem, der sætter yderligere fokus på de problemer, der er omkring udmålingen af den indflydelse som det enkelte produkt har på den globale sygdomsbyrde, er Michael Selgelid. Han vurderer at det dels, er for snævert – endsige umuligt – at vurdere hvor stor effekt det enkelte produkt har, da der er mange andre faktorer i de generelle leveomstændigheder, som også kan spille en væsentlig rolle for den globale sundhedstilstand. Dels er det også problemer med hvorledes man kan måle sådanne effekter, ikke blot i forhold til metode, men også i forhold til hvor mange data, det vil kræve for at lave en tilfredsstillende analyse. (Selgelid 2008: 143) Michael Ravvin er enig heri, og han pointerer yderligere at man nødvendigvis også må finde en metode til dataindsamlingen, der sikrer sig at virksomheder ikke kan overdrive effekten af deres produkter. Hvad man også betegner som »gaming«. (Ravvin 2008: 121) Sønderholm beskriver problemstillingen således at:

“Even with the best of wills of those who partake in this gigantic exercise, the chances of misrepresenting causal efficacy, failing to report data, making wrong estimates and miscalculating data input are huge, and any error with respect to the reporting, filing and computation of empirical data results in an unjust distribution of rewards.” (Sønderholm 2010: 174)

Som beskrevet ønsker Hollis og Pogge at medicinalvirksomhederne bliver betalt i overensstemmelse med den effekt som deres produkter har på den global sygdomsbyrde. Denne effekt mener de bedst kan beskrives i form af »Quality Adjustet Life Years«, og det er netop de problemer der knytter sig til denne tilgang, som jeg ønsker at fremhæve her. Én af de problemstillinger Selgelid fremhæver⁷¹, som gør sig gældende for brugen af QALY, er problemet med hvordan man fastsætter hvilken vægt, en sygdom skal have, med henblik på at definere dens betydning for kvaliteten af den enkeltes liv. (Selgelid 2008: 138f) Denne fastsættelse sker af patienterne selv, eller evt. et bredt udsnit af en given befolkning. (Gold, Stevenson et al. 2002: 118) Dette kræver altså en enorm mængde data, der skal indsamles og bearbejdes, hvilket ikke mindst kan være problematisk i mange fattige lande.

⁷¹ Det er her nødvendigt at notere at Selgelid, i sin kritik af HIF, ikke kritiserer selve HIF-reformen, som den er præsenteret i HIF-rapporten, men ud fra det reformforslag Pogge fremfører i kapitel 9. i anden udgave af *WPHR* fra 2008 (se (Pogge 2008)). (Selgelid 2008: 144f) Kapitlet i *WPHR* bygger, som beskrevet, på en artikel af Pogge fra 2005 (se (Pogge 2005)). Hverken i artiklen fra 2005 eller i kapitel 9. i *WPHR*, nævner Pogge eksplicit hvordan effekten af de enkelte produkter skal beregnes. Selgelid antager derfor at der er tale om »Disability Adjustet Life Years« (DALY) – og ikke QALY, som Hollis og Pogge nævner i HIF-rapporten. Derfor er Selgelids kritik også rette mod denne metode og ikke QALY. Dette har dog, mener jeg, ingen betydning for hans argumenters styrke, på trods af forskelle i disse to metoder. Derfor mener jeg, at den kritik jeg her fremhæver også til dels gælder for QALY. For en mere teknisk definition af DALY og QALY se eksempelvis (Gold, Stevenson et al. 2002).

Reiss og Kitcher peger på en yderligere svaghed ved belønningsmekanismen i HIF-reformen, nemlig at den må være statistisk. Dvs. at medicinalvirksomhederne nødvendigvis må vide med sikkerhed, dels hvor meget de får udbetalt pr. QALY, samt dels hvorledes udmålingen af QALY praktiseres. Hvis ikke medicinalvirksomhederne har sikkerhed herfor, kan det synes yderst problematisk for virksomhederne at lave kvalificerede estimater af, hvad de kan forvente at tjene på et givent produkt. Systemet må således være statistisk, fordi disse parametre må fastsættes over en længere årrække, såfremt medicinalvirksomhederne skal kunne være sikre på, at deres økonomiske grundlag ikke pludseligt forsvinder. (Reiss, Kitcher 2009: 274ff)

Sker dette ikke vil det sandsynligvis skabe usikkerhed omkring HIF og færre vil dermed have tillid til denne. Dette vil følgelig resultere i at færre ønsker at registrere sit produkt hos HIF, hvilket vil resultere i at de fattige ikke får mulighed for, at den medicin de har brug for, bliver gjort tilgængelig.

Ifølge Selgelid, er det væsentligste derfor, at man får konstrueret en metode som tilfredsstillende alle HIF's samarbejdspartnere. Dvs. at medicinalvirksomhederne kan se tilstrækkeligt med muligheder for at få en tilbagebetaling af deres innovationsudgifter⁷², samt at de politikere – og ikke mindst skatteborgere – der er med til at finansiere HIF ikke finder betalingen urimelig. (Selgelid 2008: 144) Spørgsmålet bliver så blot, om hvorvidt dette er muligt? Det er ikke desto mindre svært at se HIF realiseres, hvis ikke dette punkt bliver yderligere afklaret.

5.1.3.1 Kausalitet

Problemerne omkring udmålingen af QALY, bringer således et væsentligt problem frem, nemlig spørgsmålet omkring *kausalitet*. Som Selgelid beskriver det:

“The most important technical difficulties for the practical implementation of a full-pull program⁷³ relate to problems of causation.” (Selgelid 2008: 139)

Selgelid beskriver to måder hvorpå kausalitet er problematisk: dels i forbindelse medbestemmelse af dødsårsag ved sygdom. Samt dels det forhold, Selgelid beskriver som »kausal tilskrivning«⁷⁴.

⁷² Og, som argumenteret for tidligere, de yderligere udgifter som en virksomhed må overveje i forbindelse med at registrere sit produkt hos HIF. Dvs. udgifter til eksempelvis at forbedre den sundhedsmæssige infrastruktur i de fattige lande, således at virksomheden kan sikre sig at medicinen bliver taget rigtigt, så at den har den størst mulige effekt.

⁷³ Selgelid betegner HIF som et »full-pull program« fordi den forsøger at løse både adgangs- og innovationsproblemet. (Selgelid 2008: 136)

⁷⁴ Oversat fra ”causal attribution”

Hvad angår den første problemstilling, så dækker det over at når en person, som er syg af en bestemt sygdom, dør, da bliver denne sygdom tilskrevet som årsag hertil. Dette gælder også selvom en person skulle dø af andet, eksempelvis en anden sygdom, end netop den sygdom, som personen oprindeligt er diagnosticeret med. Dvs. hvis en person oplever en følgesygdom i forbindelse med den oprindelige sygdom, da vil dødsårsagen, ifølge Selgelid, kun tilskrives den ene sygdom. (Selgelid 2008: 139f)

Spørgsmålet bliver således hvorledes HIF vil forholde sig situationer hvor en person bliver ramt af en følgesygdom, som har afgørende betydning for kvaliteten og længden af denne persons liv. Et eksempel kunne være en person, eksempelvis en ung afrikansk mand, som bliver smittet med HIV/AIDS, og får behandling med et HIF-registreret produkt. Dette præparat, vil under normale omstændigheder kunne give den inficerede et rimeligt godt liv i mange år. Altså kunne denne behandling tilskrives en del QALY. Desværre er personens immunforsvar blevet svækket en smule, og bliver et stykke tid efter smittet med tuberkulose. Desværre findes der i HIF ikke noget registreret produkt mod tuberkulose, og da personen ikke har råd til at købe den dyre tuberkulose medicin, der findes på markedet, forværres dennes sundhedstilstand kraftigt. Da han desværre ikke blive behandlet for tuberkulose, dør han efter et længere smertefuldt forløb. Ifølge Selgelid, vil dødsårsagen tilskrives HIV/AIDS, men hvordan vil man således belønne virksamheden? Vil den blive belønnet efter den *faktiske* effekt som patienten oplevede, dvs. vil HIV/AIDS medicinen også blive tilskrevet den situation som måske reelt var forårsaget af tuberkulosen? Eller vil man belønne for den *forventede* effekt som HIV/AIDS medicinen ville have haft, var patienten ikke også blevet ramt af tuberkulose?

Er førstnævnte mulighed løsningen, vil producenten af HIV/AIDS medicinen indirekte blive straffet for at patienten bliver ramt af anden sygdom, som dens medicin ingen relation har til? Er sidstnævnte mulighed en løsning, da bliver producenten af HIV/AIDS medicinen belønnet for en effekt som dens præparat ikke har haft. Dette synes i modstrid med den grundlæggende præmis for HIF. Det kan derfor tænkes at medicinalvirksomheder også må medtænke risikoen for at dens produkts målgruppe, kan blive ramt af andre alvorlige sygdomme, som kan have afgørende indflydelse på den belønning de selv vil kunne opnå fra HIF. En mulighed kunne også være at en producent af HIV/AIDS medicin, ville kræve at der også var registreret et produkt mod eksempelvis tuberkulose i HIF, før det selv ønsker at registrere sit produkt. For derved at minimere risikoen for at den målgruppe dens medicin sigter mod, ikke dør utilsigtet af andre sygdomme, som kan have betydning for denne virksomheds indtjeningsmuligheder igennem HIF.

Hvor ovenstående problemer drejer sig om at bestemme effekten i tilfælde hvor der opstår følgesygdomme, handler »kausal tilskrivning«, for Selgelid, om de problemer der især opstå i forbindelse med såkaldte »drug cocktails«. Dvs. hvor patienter får en kombinationsmedicin, hvori der indgår flere forskellige præparater. Her omhandler problemet det at bestemme effekten af de enkelte præparater, som hjælper til en samlet forbedring af den enkeltes sundhedstilstand.

5.1.3.2 »Drug cocktails«

Et problem i forbindelse med »drug cocktails« er det, som Selgelid – og Sønderholm – fremhæver, at HIF ikke kan give et konkret svar på, hvorledes man skal belønne de involverede medicinalvirksomheder.

Selgelid viser, hvilke økonomiske forskelle der kan opstå, alt efter om udgangspunktet for beregningerne er hvor mange liv det enkelte produkt – isoleret set – redder, eller ikke kan redde. Hans eksempel lyder som følger: virksomhed P producerer præparat A, som for patienter smittet med sygdom S, har en effektivitet på 20%⁷⁵. Virksomhed Q producerer præparat B, der for patienter med sygdom S, har en effektivitet på 30%. Gives begge præparater mod sygdom S, er der en effektivitet på 100%. Men hvordan skal de to virksomheder da belønnes af HIF, for denne »drug cocktail«? Er udgangspunktet effektiviteten for præparaterne vil belønningsforholdet mellem de to præparater være 2:3, da præparat A, isoleret set, vil redde 20 ud af 100 patienter, mens præparat B vil redde 30 ud af 100 syge patienter. Dvs. en udbetaling fra HIF på \$150 mio. vil fordele sig med \$60 mio. til virksomhed P, mens de resterende \$90 mio. vil gå til virksomhed Q. Vælger man derimod at lægge vægt på hvor mange liv det enkelte produkt redder, som følge af at det bliver kombineret med det andet præparat, lyder regnestykket således: er der 100 syge patienter, der modtager A da overlever 20 mens 80 dør. Det betyder at hvis præparat B også gives, da redder B, 80 ekstra menneskeliv, og omvendt, hvis B er det præparat der i udgangspunktet gives, og A efterfølgende gives, da vil A redde 70 ekstra liv. Det betyder altså at forholdet mellem de to præparater er 7:8. De \$150 mio. der udbetales af HIF skal derfor deles således at virksomhed P modtager \$70 mio. og Q modtager \$80 mio. (Selgelid 2008: 141)

I HIF-rapporten forsøger Hollis og Pogge at tage højde for denne problemstilling, idet de skriver at:

“... when there are beneficial synergistic effects from two separate medicines eligible for payments from the HIF, the two products should split the benefits of the

⁷⁵ Dvs. 20% af dem der tager medicinen overlever

synergistic impact equally between them for the purpose of determining how large a reward should go to each." (Hollis, Pogge 2008: 21) (min understregning)

Jeg mener ikke at det er fuldstændigt klart, hvad Hollis og Pogge mener, med det der her er understreget. Det kan lægge op til en diskussion som den ovenfor, men dette kan også forstås mere intuitivt. Altså således at virksomhederne skal dele belønningen ligeligt, dvs. ifølge ovenstående eksempel, med \$75 mio. til hver af virksomhederne. Spørgsmålet er dog om denne model er mere retfærdig end de to andre forslag? For heller ikke denne mere intuitive tilgang, er, ifølge Sønderholm, helt uproblematisk, såfremt der er stor forskel i de økonomiske udgifter til produktet. (Sønderholm 2010: 174) Hvordan skal HIF eksempelvis fordele belønningen såfremt at det ene produkt har haft nogle enorme udviklingsmæssige omkostninger, mens det andet produkt har været relativt billigt at udvikle? Er det således rimeligt at den økonomiske fordeling mellem virksomhederne er lige. Profitten for virksomhederne kan således blive meget forskellig, uanfægtet at de begge har samme effekt⁷⁶.

Problemerne bliver ikke mindre, hvis der eksempelvis i en behandling med to forskellige præparater, kun er ét af produkterne, som er registreret i HIF. Ville virksomheden så få belønning for den samlede virkning præparaterne har? Hvis så, ville den ikke tage belønning for noget som det ikke alene er skyld i? Virksomheden ville således modtage en belønning der er større end egentligt berettiget, hvilket vil betyde at denne virksomhed vil få del i en sum penge, som ellers ville gå til andre virksomheder, hvis produkter er registreret hos HIF. Belønningerne gives jo ud fra én samlet pulje.⁷⁷

Opsummerende kan Sønderholm således skrive at:

"... one of the key theoretical problems of Pogge's reform plan, therefore, consist in finding a fair principle that can guide the distribution of rewards to producers of ingredients in drug cocktails." (Sønderholm 2010: 175)

5.1.3.3 Medicin er ikke den eneste faktor for en forbedring i sundhedstilstanden

En yderligere komplikation angående kausalitet, er den pointe som Selgelid – og Faunce og Nasu – fremhæver, om at medicin ikke er den eneste faktor, der kan have en betydning for en forbedring i den globale sundhedstilstand. Disse andre faktorer kunne eksempelvis være en forbedring af sanitære forhold, som kan afhjælpe problemer med

⁷⁶ Dvs. den samlede effekt af denne »drug cocktail«

⁷⁷ Hollis og Pogge diskuterer forskellige problemer og løsningsforslag herfor i HIF-rapporten, men jeg har her valgt ikke at gå ind i en længere diskussion om disse problemstillinger. For Hollis og Pogge diskussion heraf se (Hollis, Pogge 2008: 21f)

diarre, eller myggenet som supplement til bekæmpelse af malaria. (Selgelid 2008: 136, Faunce, Nasu 2008: 150)

Ifølge Pogge mangler omkring 2,6 mia. mennesker netop ordentlige sanitære forhold. Samtidig indikerer en opgørelse lavet af WHO, at diarré i 2002 var skyld i knap 1,8 mio. dødsfald. (Pogge 2007: 12f)

Med så mange dødsfald kunne man således tænke sig, at der var et attraktivt incitament til at udvikle en kur mod diarré, som kunne redde mange af disse menneskers liv. En sådan kur ville derved have en positiv effekt på den globale sygdomsbyrde, hvorfor en producent heraf, ville kunne opnå en fornuftig belønning igennem HIF systemet. Men denne situation rejser nogle interessante problemstillinger. Det første angår kausaliteten mellem kur og en forbedring af den globale sygdomsbyrde, såfremt det ikke kun sikres, at de mennesker der er berørt af diarré, får adgang til en kur herimod, men at de samtidig får forbedret deres sanitære forhold. Begge disse forhold vil angiveligt resultere i en forbedring af den globale sygdomsbyrde. Men hvor stor en del vil man kunne henføre til hhv. medicin og forbedrede sanitære forhold?

Denne situation skaber et yderligere problem, som er væsentligt i forhold til et af argumenterne fra Hollis og Pogge, om HIF's positive følgevirkninger. Som beskrevet mener de at medicinalvirksomhederne gives et incitament til at hjælpe med at opbygge en sundhedsmæssig infrastruktur, der kan hjælpe med at sikre at medicinalvirksomhedernes produkter bliver indtaget retmæssigt, således at de har den størst mulige effekt. Men spørgsmålet er her, om ikke virksomhederne gives et incitament til at *hindre*, at der eksempelvis bliver investeret i at forbedrede de sanitære forhold? Dels vil disse forbedrede forhold, blive anset som en del af årsagen til en forbedring af sygdomsbyrden, hvilket vil gøre medicinens andel mindre, og dermed belønningen fra HIF mindre. Videre er det interessant at undersøge, om det reelt set vil kunne betale sig for medicinalvirksomheden *ikke* at få sygdommen fuldstændigt udryddet?

Et tænkt eksempel kunne være dette: i Afrika er der et område hvor 1 mio. dødsfald om året, kan relateres til dårlige sanitære forhold. Dette område får, igennem HIF, stillet en billig kur mod diarré til rådighed, samtidig med at de sanitære forhold i området, over en treårig periode, bliver væsentligt forbedret. Efter tre år med billig medicin og sanitære forbedringer er antallet af diarrerelaterede dødsfald reduceret til 10.000. En væsentlig forbedring i forhold til den globale sygdomsbyrde og dermed en pæn belønning til medicinalvirksomheden for dens produkts effekt. Men produktet bliver ikke tilskrevet hele årsagen for denne reduktion, da de forbedrede sanitære forhold ligeledes er en væsentlig årsag til reduktionen af antallet af dødsfald. Hvorfor belønningen fra HIF skal reguleres, så-

ledes at virksomheden blot betales for den reelle effekt som medicinen har haft. Samtidig har de sanitære forbedringer den konsekvens, at der sker en kraftig reduktion af antallet af diarreramte mennesker, hvorfor der ikke længere er brug for ret meget medicin herimod. Derfor vil belønningen til medicinalvirksomheden drastisk falde efter de tre år. Hvilken interesse vil medicinalvirksomheden da have, for at hjælpe med at forbedre den sundhedsmæssige infrastruktur, som eksempelvis forbedrede sanitære forhold? Det kunne ligefrem frygtes at medicinalvirksomheder vil kunne overveje at obstruere andre, som forsøger at tage initiativ til sådanne tiltag.

Det ville dermed – måske – være mere profitabelt for medicinalvirksomhederne, hvis de kunne ”kontrollere” diarreudbruddene, således at der eksempelvis et år var mange tilfælde af diarre. Året efter kunne man så indlede en intensiv behandling af de mange smittede og dermed skabe en stor effekt på den samlede sygdomsbyrde, hvorved man vil kunne score en stor betaling fra HIF. Der kunne således tænkes at være større incitament for virksomhederne, til på denne måde at kontrollere sygdomme, i stedet for at udrydde dem!⁷⁸

Da der altså kan være flere forskellige faktorer, som kan have en ligeså væsentlig effekt på den globale sygdomsbyrde, som ny medicin kan have, skriver Selgelid derfor, at man kunne:

“... directly reward interventions involving improvement of things like education, water, and nutrition as a function of the extent to which such activities lead to reduction in the global burden of disease. If it is true that the greatest gains in global health would be achieved through interventions such as these, then we should not rely too heavily on the pharmaceutical industry for technological fixes to what are ultimately social problems.” (Selgelid 2008: 136)

Hvis et sådan tiltag blev underlagt HIF vil det, mener jeg, have ét af to konsekvenser: enten vil HIF skulle tilføres flere penge for at kunne honorere disse yderligere tiltag, som kunne gavne den globale sygdomsbyrde. Eller, hvis HIF-budgettet holdes konstant, da vil belønningen til de forskellige tiltag, være tilsvarende lavere, hvorfor der vil være et tilsvarende mindre incitament til at påbegynde en relativ dyr forskning i medicin. For hvorfor forske i dyr malariamedicin, hvis man kan få en relativ tilsvarende belønning, for at sælge et myggenet, der vil være langt billigere at producere?

⁷⁸ En lignende problemstilling har Ravvin kritiseret det nuværende system for at have som konsekvens. (Ravvin 2008: 112)

5.1.4 Opsamling af ekstern kritik

Som beskrevet, var formålet med nærværende kapitel at lægge vægt på de argumenter der er fremført mod HIF – bl.a. dens »prudential appeal« til HIF's interessenter. Disse er bl.a. borgerne i den velhavende del af verden, som skal være med til at finansiere HIF, og deres politikere, som er dem der har magten til at gøre reformen til en realitet; samt medicinalvirksomhedernes ledere, der skal kunne se HIF som en reel mulighed de vil kunne benytte sig af.

Ovenstående kritik viser også, mener jeg, at der er centrale elementer af reformen, der kræver en del arbejde og udredelse, såfremt HIF skal virke attraktiv for disse interessenter. Som reformen ser ud nu, er der mange ubekendte faktorer, der gør sig gældende, eksempelvis hvorledes virksomhederne vil blive belønnet for deres produkters effektivitet, og hvorledes denne skal beregnes. Ligeledes er det værd at overveje om det er fornuftigt at betale virksomheder for at udvikle medicin, der reelt set allerede eksisterer. Interessant er det også at én af de helt centrale præmisser for HIF-reformen bliver betvivlet, nemlig den at patent er en nødvendig betingelse for innovation.

Disse udfordringer, mener jeg, er nødvendige at få undersøgt og afklaret inden reformen kan blive attraktiv *nok* for medicinalvirksomhederne. Jeg vil i næste kapitel forsøge at besvare en del af denne kritik, ud fra hvad jeg mener Hollis og Pogge kunne svare.

6. Kritisk diskussion

Jeg vil i dette kapitel forsøge at forholde mig til den ovenfor fremførte 'eksterne' kritik af HIF-reformen. Jeg vil, så vidt muligt, forsøge at kommentere på ovenstående kritik, ud fra hvad Hollis og Pogge har skrevet i HIF-reformen, samt andet relevant materiale de har produceret. Jeg vil også give min vurdering af en del af kritikken.

6.1 HIF *har* en overbevisende appel til de velhavende

Hollis og Pogge vil, mener jeg, afvise kritikken af at HIF ikke skulle være attraktiv for den velhavende del af verdens befolkning.⁷⁹ Dels har de konkret svaret på den kritik, Sønderholm har fremsat, om at HIF vil have en meget begrænset gavnlig effekt, for de velhavende lande. Som svar hertil skriver Hollis og Pogge bl.a. at:

"The evolution of H1N1, SARS and HIV/AIDS highlights the fact that infectious diseases do not recognize arbitrary delineations of 'rich' and 'poor' countries, and suggest that a global approach is relevant." (Peterson, Hollis et al. 2010: 184)

Vi kan altså ikke udelukke at de epidemier, der opstår i de fattige lande, ikke også vil sprede sig til de mere velhavende lande. Derfor vil disse lande også kunne have gavn af den relativt billige medicin, som HIF stiller til rådighed.

Sønderholms kritik af at der bliver pålagt en økonomisk byrde på de rige, ved at de skal betale for behandlingen af de fattige, bliver også afvist. Dog ikke ved at Hollis og Pogge argumenterer for at de velhavende *ikke* betaler herfor, men ved at HIF sænker prisen for de produkter, der er registreret hos HIF, hvilket også kommer de velhavende til gavn. De lande, eksempelvis de skandinaviske, der nyder godt af at få en stor del af deres medicinudgifter og andet, betalt af det offentlige, vil dermed indirekte spare penge igennem skatten, grundet den reducerede pris på medicin. Det er videre Hollis og Pogges forventning at denne sænkning i skatten, grundet lavere udgifter til medicin, vil modsvare den øgede betaling, som skal bruges for at finansiere HIF. (Peterson, Hollis et al. 2010: 184)

Ydermere argumenterer Pogge i kap. 9 af *WPHR* for, at implementeringen af en institution som HIF, hvis den blot skulle finansieres af lande svarende til den tredjedel af verdensøkonomien, vil resultere i en øget beskatning på mellem 0,3 og 0,6 procent. Men dette dog under den forudsætning, at HIF-reformen vil koste omkring \$45-\$90 mia. om året. (Pogge 2008: 258) I selve HIF-rapporten er dette beløb dog kraftigt reduceret, idet at Hollis

⁷⁹ Jeg vil i næste kapitel bl.a. gå i dybden med, og stille mig kritisk overfor, de gavnlige effekter som Hollis og Pogge argumenterer for at HIF vil have *også* for den velhavende del af verdens befolkning.

og Pogge anslår at reformen kan starte med et budget på blot \$6 mia. (Hollis, Pogge 2008: 44) Hvilket altså vil betyde en øget beskatning på omkring 0,04%⁸⁰, for borgerne i disse lande. En forøgelse af disse \$6 mia., til at udvide HIF med, kan ske efterfølgende, alt efter hvor meget politik velvilje, der er herfor. Det er jo netop én af Pogges pointer at en reform som HIF, skal kunne skaleres op, som man finder det nødvendigt.

At det er rimeligt at vi i de velhavende lande skal afgive lidt mere af vores rigdom, mener Hollis og Pogge derved at:

“Given the actual history, affluent people and nations cannot have the kind of confidence in the full legitimacy of their holdings that would entitle them to decline to contribute a tiny fraction of one percent of their income toward making our newly globalized pharmaceutical patent regime much more responsive to the health needs of poor people worldwide, whose starting position makes them victims of the same unjust past that gives the affluent such vastly superior starting positions.”
(Hollis, Pogge 2008: 67f)

Dette er dog, mener jeg, ikke en ukontroversiel bemærkning, som Hollis og Pogge her kommer med. Som beskrevet tidligere, i en note, afviser de netop at det diakroniske argument, dvs. at vi kan bruge den historiske udvikling, som et udgangspunkt for at bestemme, hvad der er retfærdigt eller ej. Jeg mener derfor at ovenstående citat, får Hollis og Pogges argumentation for, hvorfor HIF har en overbevisende appeal til den velhavende del af verden, til at stå svagere.

Jeg mener også at Hollis og Pogges argumentet om, at stigningen i de velhavende borgers skat vil modsvare det, der vil blive sparet på udgifter til medicin og forsikring, virker tvivlsomt. Hollis og Pogge fremfører et eksempel på, hvordan de forestiller sig det at betale til HIF, kan udligne det at betale en høj pris for medicin. De forestiller sig således en virksomhed der skaber et nyt produkt. Dette produkt har en produktionspris på \$5 og bliver solgt for \$50, hvilket giver en profit på \$45 pr. solgte enhed. Virksomheden sælger således 7 mio. enheder i de velhavende lande og opnår en samlet profit på \$315 mio. Men hvad nu hvis virksomheden kunne opnå en tilsvarende betaling, ved at registrere sit produkt hos HIF? Således kunne virksomheden stadig tjene \$315 mio., samtidig med at medicinen blev gjort tilgængelig for langt større antal mennesker. Udgiften for de velhavende er således, ifølge Hollis og Pogge konstant, og det koster derfor ikke noget at udvide antallet af potentielle købere. (Hollis, Pogge 2008: 46) Men denne beregning er ikke uproblematisk. Umiddelbart kunne det synes at argumentet er immun over for den indvending at

⁸⁰ I HIF-rapporten beregner Hollis og Pogge det til 0,03 %. Forskellen er dog ubetydelig, hvis pointen blot er den at det vil koste den velhavende del af verden en ubetydelig del af deres indkomster, for at implementere HIF-reformen

produktet nødvendigvis må henvende sig til *både* de velhavende og de fattige patienter. Udgiften for de velhavende er konstant, dvs. om der er flere end de 7 mio. patienter der køber produktet, ændrer intet for de samlede udgifter for de velhavende. Men, såfremt virksomheden skal opnå en belønning på \$315 mio. så betyder det at produktets effekt på den globale sygdomsbyrde skal svare til ca. 5% af den samlede årlige stigning heraf⁸¹. Spørgsmålet bliver således om 7 mio. solgte enheder er nok til at opnå en sådan forbedring? Eller om den tilgængelighed HIF giver til produktet, øger antallet af brugere, således at effekten af produktet kommer op på 5%? Det kræver i hvert fald at den pågældende sygdom har en vis udbredelse, og/eller betydning i forhold til QALY-værdien heraf. Ydermere fordrer det også at de borgere, der lever i de velhavende lande, accepterer at betalingen for medicin, i højere grad bliver fordelt ud på kollektivet, frem for den enkelte.

Ifølge Hollis og Pogge er det i USA således at den enkelte patient i gennemsnit har en egenbetaling på 20% af prisen for et medikament⁸², 45% bliver betalt af en privat forsikring og de resterende 35%, bliver betalt igennem staten. Dvs. at 80% af prisen på medicin, bliver betalt af et kollektiv, hhv. forsikringselskabets kunder og samfundet. (Hollis, Pogge 2008: 94) I førnævnte eksempel af Hollis og Pogge, vil egenbetalingen falde til 10% og den kollektive betaling stige til 90%. Hvilket konkret betyder at det velhavende samfund, samlet set, betaler den samme sum for et givet medikament, men at halvdelen af egenbetalingen er flyttet fra den enkelte til kollektivet, selvom den enkelte sagtens selv kunne købe medikamentet. Spørgsmålet er således om de velhavende borgere vil acceptere at betale for naboens medicin, selvom denne, ikke bare *kan* betale den pris det ville koste under det nuværende system, men også gerne *vil* betale denne pris!

6.1.1 Hvorfor kun ny medicin

Jeg tror Hollis og Pogge vil afvise kritikken af, at HIF kun gælder *ny* medicin, med følgende to pointer. For det første gælder det at hvis der allerede findes medicin, som kan bekæmpe disse sygdomme, da vil det være desto nemmere at videreudvikle disse produkter, evt. gøre dem mere effektive, og derved skabe nye medikamenter, som kan opnå patent. Forskningen vil således ikke starte fra bunden, men kan blot bygge videre på den allerede eksisterende forskning, indenfor det givne område. Eksempelvis kunne man udnytte det, at GlaxoSmithKlein har gjort det muligt for andre at benytte sig af deres forskning inden for malariamedicin. Dette vil gøre omkostningerne for udviklingen lavere,

⁸¹ HIF's budget er, som beskrevet, i udgangspunktet \$6 mia. hvorfor \$315 mio. er ca. 5% af den pulje HIF har til rådighed. Faktisk er 5% lavt sat, da puljen vil være mindre end de \$6 mia. da en del af disse også skal dække de driftsomkostninger, der er forbundet med HIF.

⁸² Herved forstås den pris det bekoster patienten når denne køber medicinen.

hvilket betyder at en medicinalvirksomhed vil kunne skabe en relativt stor profit, på baggrund af disse nye produkter.

For det andet vil en allokering som forslået, altså en allokering fra HIF's udbetalingssum, til et opkøb af allerede eksisterende medicin, bero på én af to antagelser. Dels det at vi derved vil handle ud fra en forestilling om at vi *bør hjælpe* de fattige ved at købe medicin og give dem den gratis. Men, som allerede argumenteret, har vi ikke en sådan positiv pligt, hvorfor det kan være svært at finde politisk opbakning til en sådan beslutning. Dels afhjælper det ikke det problem at den sundhedsmæssige infrastruktur i de fattige lande ofte er utilstrækkelig. Det at vi køber en masse medicin til de fattige, betyder nemlig ikke nødvendigvis at de fattige får medicinen, eller at den bliver taget korrekt. Men HIF, derimod, giver netop incitament for medicinalvirksomhederne til at investere i denne infrastruktur, for derved at sikre sig at deres produkter bliver taget korrekt, således at de har den største effekt på den globale sygdomsbyrde. Det er jo netop denne effekt, der er afgørende for den udbetaling, som medicinalvirksomhederne får af HIF. Det er altså derfor nødvendigt at HIF *kun* gælder for ny medicin.

6.1.2 HIF er mest omkostningseffektiv

Hollis og Pogge vil helt klart afvise Päivänsalo's argumentation, ved at pointere at de penge som Päivänsalo mener kan fordeles bedre, ikke eksisterer. Forstået således at Päivänsalo antager at de penge, der skal gå til HIF, enten er: 1) penge, der allerede i dag bliver brugt på ulandsbistand og derfor vil blive taget fra de fattige og flyttet over i medicinalvirksomhedernes pengekasse; eller 2) at de "nye" skatter, der skal betale for HIF, skal anses som en forøgelse af den ulandsbistand landene allerede giver. Men denne påstand mener jeg at Hollis og Pogge vil afvise. Problemet med Päivänsalo er, at hans forestilling om ulandshjælp vil basere sig på en positiv pligt overfor de fattige. Altså at vi anså HIF som et udtryk for at vi har en pligt til at hjælpe og beskytte de fattige og derfor er nød til at implementere HIF. Hvis dette er korrekt, er det meget muligt at HIF ikke vil være den mest effektive reform at sætte i gang. Men denne præmis er jo netop én som Hollis og Pogge afviser, hvorfor de kan argumentere for, at de penge som Päivänsalo gerne så brugt andetsteds, netop kun skal gives ud fra en idé om en negativ pligt over for de fattige. Hollis og Pogge argumentere netop for at vi blot må ændre den systemfejl, som det nuværende patentsystem udgør. Men dette gøres ikke ved bare at bruge penge på at købe og distribuere medicin til de fattige. Vi må ændre incitamentsstrukturen, således at det bliver attraktivt for medicinalvirksomhederne at producere medicin *til* de fattige, og derved skabe et marked *for* de fattige.

Vi har, som beskrevet, ikke en pligt til at hjælpe og beskytte de fattige, men udelukkende kun en pligt til at sikre at vores institutionelle indretning ikke skader disse – såfremt vi kan indrette dette system anderledes. Det er herigennem at HIF kan appellere til de velhavende lande, ved ikke at være en filantropisk institution, men netop et markedsbaseret reformforslag. Et reformforslag der anerkender at medicinalvirksomheder er virksomheder, ligesom alle mulige andre virksomheder, hvis logik er markedsorienteret, dvs. deres formål er at skabe profit.

Hollis og Pogge vil, mener jeg, netop indvende dette mod Päivänsalo, at han ikke har forstået grundlaget for oprettelsen af HIF. Päivänsalo tænker ud fra et perspektiv, hvor vi har en positiv pligt overfor de fattige, hvorfor den økonomiske støtte til HIF, anses for at være en hjælpende og beskyttende gestus overfor de fattige. Men det er forkert. Den økonomiske støtte til de fattig er nok moralsk funderet – eller kan være det – men et moralsk fundament, der tilsiger os at vi må implementere HIF, fordi vores nuværende institutionelle orden skader de fattige⁸³. HIF er altså blot et instrument til at sikre at den velhavende del af verden *ikke længere* opretholder et system, der skader de fattige. Men det betyder ikke at vi skal hjælpe dem – det betyder at vi ikke skal forhindre dem i at hjælpe sig selv. Pogge vil derfor kunne argumentere for, at *hvis* man vil lave en reel sammenligning med HIF-reformen, er man nødt til at vælge en tilgang, der bygger på samme moralske grundlag som HIF. Ellers bliver diskussionen en anden, nemlig om den opfattelse af, at vi udelukkende har en *negativ pligt* overfor de fattige, er korrekt eller ej. Hvis man vil lave en sammenligning, er det i hvert fald nødvendigt at man gør sig det klart, på hvilket grundlag det enkelte forslag hviler.

6.2 HIF løser netop de grundlæggende problemer ved patentsystemet

Jeg tror Hollis og Pogge vil anerkende »Open Lab Foundation«, som et godt initiativ fra medicinalbranchens side, men desværre også et temmelig uambitiøst foretagende. Ifølge GlaxoSmithKline selv, har de ydet én donation på £5 mio.⁸⁴ til organisationen, tilbage i 2010. (GlaxoSmithKline 2013) Men dette beløb er lang under \$1 mia., som det angiveligt koster at bringe et produkt på markedet. Spørgsmålet er således hvem der skal betale for denne difference – såfremt at det er målet at skabe et produkt, der kan komme på markedet⁸⁵? Hollis og Pogge vil, mener jeg, stille sig ekstremt skeptisk overfor, om der

⁸³ Det er her væsentligt at notere at Pogge faktisk mener at vi har en positiv pligt overfor de fattige. Hans hensigt, med HIF, - og ikke mindst *World Poverty and Human Rights* – er dog netop at vise, at selv ud fra en minimal forståelse af moralen, blot ud fra en forståelse af negative pligter, har vi stadig en forpligtigelse til ændre det nuværende system. (Pogge 2010: 196)

⁸⁴ Svarene til ca. 7,65 mio. \$

⁸⁵ Restsummen, der skal bruges på at få produktet på markedet, vil naturligvis være et godt stykke under \$1 mia., da en del af arbejdet allerede er lavet. Men der vil, skønner jeg, stadig være tale om en udgift på adskillige hund-

er nogen medicinalvirksomheder, som vil investere de flere hundrede mio. dollars, som det koster at få en produkt testet og godkendt. Som bekskrevet er produktet ikke underlagt nogen form for patent, hvorfor de virksomheder, som ønsker det, kan producere produktet. Det vil altså være ekstremt usikkert, om den virksomhed, der investere disse flere hundrede mio. dollars i at bringe produktet på markedet, vil kunne genindtjene disse penge. Derved løser Open Lab Foundation ikke de grundlæggende problemer ved det nuværende system.

Hvis Open Lab Foundation skal blive en succes – dvs. ende med et produkt, som kan komme på markedet – vil det være nødvendigt at supplere initiativet. Dette kunne gøres enten ved: 1) at anse Open Lab forskningen som en form for grundforskning, og derved gøre det muligt for en medicinalvirksomhed at udnytte denne viden, til at skabe konkrete produkter, der vil være muligt at patentere; 2) at sørge for at godkendelsen af et produktet, kan ske for penge der er indsamlet igennem yderligere donationer.

Men hertil, mener jeg, vil Hollis og Pogge svare, at det blot vil være en videreførelse af den nuværende tilstand. Det vil for det første stadig ikke være økonomisk rentabelt at investere flere hundrede mio. dollars i at få et produkt ud på et marked, hvor der ikke er købekraft til at betale for den givne medicin. Medicinens pris vil jo være relativt højere end produktionsomkostningerne, da virksomheden skal indtjene deres udgifter til godkendelsen og testningen af produktet. Situationen vil endda være mere grotesk end den nuværende situation, da vi så vil stå med yderligere konkret viden om, hvordan vi kunne behandle – og dermed redde livet for – tusindvis af mennesker. Den anden mulighed, vil også være problematisk for Hollis og Pogge at acceptere. Denne løsning vil nemlig appellere til en forståelse af en positiv pligt over for de fattige. Hvilket vil betyde at hvis et produkt, initieret af Open Lab Foundation, skal komme frem til de patienter, der har brug for dette, da vil det være på den velhavende del af verdens befolknings nåde. Hermed ment, om vi føler for at vi har en pligt overfor de fattige. Dvs. at forslaget ingen, eller i hvert fald yderst begrænset, indvirkning har på den nuværende tilstand. Forslaget er derfor kun i et begrænset omfang, udtryk for nytænkning og vil angiveligt blot have en minimal indflydelse, på de problemer det umiddelbart forsøger at adressere.

Yderligere tror jeg at Hollis og Pogge vil argumentere for at Timmermann og Belt, drager en forhastet konklusion, angående den faldende effektivitet inden for medicinalbranchen de sidste tredive år⁸⁶. Timmermann og Belt mener på denne baggrund at kunne

rede mio. \$ til den virksomhed, som skal forsøge at gøre et produkt klar til at komme på markedet. Dvs. føre produktet igennem de dyre fase 1-3 forsøg.

⁸⁶ Dvs. hovedsageligt i den periode hvor patentrettighederne er blevet indført

vide at sammenhængen mellem patentrettigheder og incitament til innovation er stærk tvivlsom. Således henviser de til en undersøgelse der viser at:

“... new molecules brought to market per dollar spent on R&D – has declined markedly.” (Timmermann, Belt 2013: 67)

Men, mener jeg, Hollis og Pogge vil anfægte dette, som et utilstrækkeligt grundlag for at konkludere, at patentrettigheder derfor ikke har nogen indflydelse på incitament for innovation. Der kan således være en række andre faktorer, som har gjort at prisen for innovation af ny medicin er steget. For det første sker der hele tiden teknologiske fremskridt, ikke mindst inden for medicinalbranchen. Derfor kan det sagtens tænkes at investeringer i ny teknologi, har været med til at øge prisen for nye innovationer, og dermed sænke effektiviteten⁸⁷. Her vil patentrettighederne altså ingen betydning have for et fald i effektiviteten. En anden årsag kan være de strammere kvalitetskrav, der kontinuerligt bliver stillet til branchen. Det mener i hvert fald Novo Nordisk. (Mortensen 2011) De skal eksempelvis over de næste fem år, bruge op mod halvanden milliard kroner på ekstra undersøgelse, som den amerikanske sundhedsstyrelse kræver, for at de kan få godkendt deres nye insulinpræparat, Tresiba. (Erhardtson 2013) Disse krav gør således innovationsprocessen dyrere, hvorfor der også her vil ske et fald i effektiviteten, som ikke har noget med patentrettigheder at gøre. Man vil derfor kunne så tvivl om Timmermann og Belts konklusion om at patentrettigheder ingen betydning har, for incitament til innovation – i hvert fald inden for medicinalbranchen.

Hvad angår Reiss og Kitchers betragtning om at patenter, i sig selv, ikke er en tilstrækkelig betingelse for innovation, tror jeg at Hollis og Pogge vil være enige heri. Jeg tror også at de vil være enige i at patent ikke er en nødvendig betingelse for innovation. Patenter skal derimod opfattes som et instrument der sikrer at medicinalvirksomhederne har muligheden for at tjene de penge ind, som de har brugt på forskning og udvikling. Problemet med at medicinalvirksomhederne, indtil HIF-reformen bliver realiseret, blot har interesseret sig for de såkaldte »me-too drugs«, er netop fordi systemet har tilgodeset sådan forskning.

Implementeringen af HIF vil således være en tilstrækkelig betingelse for at medicinalvirksomhederne, vil blive innovative hvad angår »neglected diseases«. Og HIF-reformen forudsætter patenter som en nødvendig betingelse for registrering af et produkt. HIF-reformen skal netop gøre det attraktivt for medicinalvirksomhederne at forske i disse forsømte sygdomme, hvilket vil sikre at medicinalbranchen bliver mere innovativ. Men det

⁸⁷ Der her hos Timmerman og Belt bliver defineret som antal molekyler (dvs. nye produkter) pr. dollar

betyder ikke at der ikke findes andre måder at give incitament til innovation af medicin. Et andet eksempel er igennem såkaldt »prizing«⁸⁸, dvs. hvor man udlover en pris til den medicinalvirksomhed, der først kan fremskaffe et nærmere defineret produkt. Men som allerede argumenteret af Hollis og Pogge, så er der alvorlige problemer relateret hertil, hvorfor dette ikke, ifølge dem, vil være den mest optimale måde at komme frem til ny medicin på.

Altså er patenter i sig selv, hverken en tilstrækkelig eller nødvendig betingelse for innovation, men det er den mest effektive metode til at give incitament til medicinalvirksomheder. Såfremt man anerkender at medicinalvirksomheder er underlagt almindelige markedsvilkår, ligesom alle andre virksomheder. Derfor er patenter også en forudsætning for HIF-reformen, og igennem den, skaber man derved de optimale betingelser for fornyet innovation til medicin, rettet mod de fattigste mennesker i verden.

Og som allerede beskrevet er det jo netop én af grundpræmisserne for HIF-reformen, at Hollis og Pogge netop ønsker at skabe en incitamentsstruktur, der er baseret på den markedsorienterede tankegang. En medicinalvirksomhed agerer som en virksomhed blandt andre virksomheder, i et kapitalistisk markedsorienteret system, og skal følgelig accepteres herfor.

At patenter er en afgørende faktor for innovation inden for medicinalbranchen, fremgår også af følgende citat fra medicinalgiganten GlaxoSmithKline:

“It is misleading and counter-productive to focus on patents in the access debate. Patent protection stimulates and fundamentally underpins the continued research and development for new and better medicines for diseases including those which occur in the developing world. Without adequate intellectual property protection, the medicines that are needed in the developing world are far less likely to be developed. (GlaxoSmithKline 2011)

Det at udvikle ny medicin, er en bekostelig affære og hvis ikke medicinalvirksomhederne har en mulighed for at tjene de penge ind, som de investere i deres forskning, bliver der ikke udviklet ny medicin. Dette er netop hvad patenter giver muligheden for. Jeg er derfor selv meget skeptisk overfor Timmermann og Belts konklusioner, og anser det for usandsynligt at medicinalvirksomheder, generelt set, ikke anser et instrument, der skal sikre at de kan indtjene de penge de bruger på forskning og testning af deres produkter, er af betydning for hvordan de bruger deres midler.

⁸⁸ Se eksempelvis (Love, Hubbard 2007)

Hvad angår Hollis og Pogges betænkning om at HIF vil være den rette supplerende betingelse, for at skabe innovation for medicinalvirksomheder, kan denne synes rimelig. Men om det er det *rigtige* at gøre, med henblik på om HIF er den mest optimale måde at sikre den største effekt på den globale sygdomsbyrde, synes at være et mere kompliceret spørgsmål. Således forekommer det mig, at problemet omkring medicin og de fattige, ikke så meget er centreret omkring det *innovative*, som om det *adgangsmæssige*. Såfremt vi blot ser isoleret på at skabe en forbedring af den globale sygdomsbyrde, her og nu! Hvad Hollis og Pogge gør, er netop at forsøge at skabe et varigt fundament for en kontinuerlig udvikling af medikamenter, *også* til den fattigste del af verdens befolkning.

6.2.1 »Need principle« eller markedsorientering?

En grundlæggende diskussion i forbindelse med patenter generelt, og HIF-reformen specifikt, er, hvad der ligger bag den tilgang, hvormed man går til patenter og det dobbelte problem omkring adgang og innovation. Mange har den umiddelbare tilgang til denne problematik, som den Peter Dietsch udtrykker som et »need principle«⁸⁹. Han beskriver det således at:

“... the distribution of health goods should depend on medical need rather than on the ability to pay. I call this the need principle.” (Dietsch 2008: 230)

Dette er også, hvad der grundlæggende lægger bag Hollis og Pogges tilgang, til denne problemstilling. At det ikke skal være afgørende for de fattige, at de ikke har råd til at betale for dyr medicin, men at de skal have sikker adgang til den medicin, som de har brug for. De har faktisk, ifølge Hollis og Pogge, en moralsk ret til en sådan adgang!

Hollis og Pogge forsøger således at kombinere den moralske fordring med en markedsorienteret tilgang, der forsøger at sikre, at vores moralske forpligtigelse – der tilsiger at vi skal indrette vores system, således at vi ikke skader andre – er i overensstemmelse med medicinalvirksomhedernes eksistensgrundlag, det kapitalistiske marked. De ser således ikke en absolut dikotomi i mellem et »need principle« og det faktum at medicinalvirksomheder er markedsorienteret. Hollis og Pogge accepterer netop denne dobbelte præmis, og forsøger at skabe en mulighed for, at disse to elementer kan koeksistere, således at deres formål forenes.

6.3 Beregning af effekt er ikke afgørende problematisk - eller?

At Hollis og Pogge har fået en del kritik på dette punkt, mener jeg ikke har overrasket dem. Således skriver de i HIF-rapporten at:

⁸⁹ Se eksempelvis også (Faunce, Nasu 2008, Reiss, Kitcher 2009)

“Measuring the health impact of medicines is an essential task of the HIF. [...] We recognize that there is no perfect metric for health or disease and no perfect algorithm for health impact assessment, and that any such assessment will inevitably rely on imperfect data. Perfection, however, is not the relevant standard. What matters is that pharmaceutical firms should have strong new incentives to deliver health improvements...” (Hollis, Pogge 2008: 27)

Det væsentligste er altså, for Hollis og Pogge, at medicinalvirksomhederne får et væsentligt incitament til at forske i sygdomme, som det i dag ikke er rentabelt, at forske i. Et spørgsmål som derfor rejser sig, er det som Reiss og Kitcher anfører, om hvorvidt det er nødvendigt med en stabil pris pr. QALY?

Til dette mener jeg at Hollis og Pogge vil svare, at Reiss og Kitcher til dels har en pointe, når de antager at prisen pr. QALY må være stabil. Som de også skriver i HIF-rapporten, så er det væsentligt at der både er en maksimumpris pr. QALY, men også en minimumspris. Således vil der altså være et spænd mellem disse to niveauer, hvor den pris pr. QALY, der blive udbetalt til den givne virksomhed, vil befinde sig. Disse to begrænsninger skal sikre, at der, dels ikke bliver udbetalt for meget og at ét produkt scorer næsten hele puljen, således at andre virksomheder ikke får en høj nok fortjeneste. Og dels skal en minimumspris pr. QALY, sikre en vis økonomisk sikkerhed, for enhver medicinalvirksomhed, der ønsker at registrere et produkt hos HIF. (Hollis, Pogge 2008: 19, 47) Man vil dermed på den måde minimere usikkerheden ved én af de variable – men centrale – elementer i reformen.

Spørgsmålet er naturligvis også, hvorvidt dette variable element, er mere usikker end normalt, for medicinalvirksomhederne. De må jo også under de gældende omstændigheder, estimere hvor meget de vil kunne tjene på et givent produkt. Derfor er et andet af de væsentlige variable elementer, måske mere interessant at diskutere, nemlig hvorledes man definere kausaliteten mellem et produkt og en forbedring af den globale sygdomsbyrde.

6.3.1 Kausalitet

Som beskrevet retter Selgelid en alvorlig kritik mod HIF og dens problemer med at definere et begreb om kausalitet. Ikke mindst hvad angår de problemer med tilskrivning af kausalitet, såfremt man bliver ramt af en følgesygdom.

Det er, som beskrevet, én af de helt centrale præmisser i HIF-reformen, at medicinalvirksomheder bliver belønnet for den effekt deres produkter har på den globale sygdomsbyrde. Derfor mener jeg ikke, at Hollis og Pogge vil finde det muligt at medicinalvirksom-

hederne vil blive kompenseret, fordi personer der bruger virksomhedens medicin, bliver ramt af, og evt. dør pga. anden sygdom. Dette er blot den risiko, som en medicinalvirksomhed må løbe.

Med hensyn til argumentet om at virksomheder måske ville stille krav om at der også skal være andre præparater registreret i HIF, for at minimere at patienternes tilstand skal forværres af en følgesygdom, tror jeg ikke at Hollis og Pogge vil se dette som et problem. Tværtom kunne dette bruges til at medicinalvirksomhederne arbejdede sammen om at sikre at der var flere produkter, som blev registreret hos HIF.

For at det skal give en betydelig indvirkning i det samlede antal QALY, at eksempelvis patienter, der er smittet med HIV/AIDS, også bliver smittet med tuberkulose, og får forringet deres livskvalitet væsentligt herved, må det antages at der er en betydelig risiko for overhovedet at blive smittet med tuberkulose. Dvs. at hvis der skal opstå en sådan situation, kræver det at de sygdomme der er involverede, har et vist omfang. At eksempelvis én patient ud af 1 mio. bliver ramt af en alvorlig følgesygdom, har en minimal indvirkning for det samlede antal QALY, som det præparat der bruges til behandlingen af de 1 mio. patienter, kan opnå.

Kunne man få medicinalvirksomhederne til at arbejde sammen, ved eksempelvis at virksomhed A registrerer et produkt mod HIV/AIDS, virksomhed B et præparat mod tuberkulose og virksomhed C et præparat mod malaria, for at modvirke at de enkelte virksomheder vil blive utilsigtet straffet for at deres patienter blev ramt af én af de andre sygdomme, tror jeg Hollis og Pogge vil være begejstret.

Det virker tilsyneladende heller ikke dybt problematisk, for Hollis og Pogge, hvad angår »drug cocktails«⁹⁰. Jeg tror nemlig her, at Hollis og Pogge vil acceptere Sønderholms intuitive tilgang til dette spørgsmål, og altså dermed mene, at ved sådanne behandlinger, skal belønningen deles ligeligt – som også Hollis og Pogge skriver i rapporten. (Hollis, Pogge 2008: 21) Grundet deres markedsøkonomiske tilgang til HIF, mener jeg, at de ikke opfatter det som grundlæggende uretfærdigt at to virksomheder bliver belønnet ens, selvom de har haft forskellige udgifter til udviklingen af deres produkter. HIF betaler for den *effekt* det enkelte produkt har på den globale sygdomsbyrde, og det må således være op til den enkelte medicinalvirksomhed at vurdere, om det kan betale sig for den at registrere dens produkt eller ej.

⁹⁰ Jeg holder mig her, ligesom tidligere, fra at diskutere eksempler, hvor det ene produkt er registreret hos HIF, og det andet ikke er.

6.3.2 HIF må nødvendigvis kun gælde medicin

Jeg mener at Hollis og Pogge vil anerkende at der er mange forskellige tiltag, som vil være til stor gavn for mange fattige mennesker. Men samtidig tror jeg også at de vil mene at HIF-reformen må begrænse sig til kun at omhandle medicin. Således skriver Pogge i kapitel 9, i *WPHR* at:

*“For reform to have any chance of political success, two elements are crucial⁹¹.
First, the reform must have a clearly limited objective...”* (Pogge 2008: 255)

Det er altså nødvendigt at sikre at reformen har et konkret omfang, såfremt reformen skal have en realistisk mulighed for at opnå politisk succes. Hvorfor HIF-reformen *kun* bør gælde for medicin. Det betyder dog ikke, at det ikke kan tænkes at andre lignende institutioner, inden for andre områder, kan oprettes. Som beskrevet, i en note, har Pogge allerede forslået en »Ecologic Impact fund«.

⁹¹ Det andet element er at medicinalvirksomhederne får en garanti for at denne begrænsning overholdes.

7. Hvad så nu?

Ovenstående diskussion af den kritik der har været fremført mod HIF, skulle gerne have vist hvilke elementer af reformen står stærkt, og hvilke der står svagere. Jeg vil i dette kapitel forsøge at uddybe en del af den kritik, som jeg mener står stærkt overfor HIF-reformen. Dette kapitel indeholder således tre punkter: 1) en kort diskussion af hvorfor QALY-metoden er så datakrævende som den er; 2) en uddybende kritik af HIF-reformens »prudential appeal«, dvs. en diskussion af HIF's gavnlighed for den velhavende del af verden. Herunder en diskussion af: a) en formindsket risiko for pandemier; b) om de velhavende også får også gavn af billig medicin; samt c) om de velhavende får adgang til medicin, som de uden HIF ikke ville have haft adgang til; samt 3) en afsluttende kommentar.

7.1 QALY-metoden

Jeg mener at kritikken omkring beregningen af effekten for det enkelte produkt, viser hvilke væsentlige problemer HIF-reformen står overfor. Jeg vil her diskutere hvorfor jeg mener at dette argument er stærkt, og jeg vil vise hvorfor QALY-metoden kræver så mange data, som kritikerne påstår.

Hollis og Pogge skriver i HIF-rapporten at:

“The HIF [...] motivates firms to invest in research with the greatest impact on health.” (Hollis, Pogge 2008: 6)

Som beskrevet har Hollis og Pogge, med hensyn til valg af enhed for måling af effekten af de enkelte produkter, valgt at lægge fokus på QALY i stedet for DALY. Hvor DALY måler et såkaldt »health gap«, mellem den faktiske sundhed og et ideelt niveau for sundhed, er QALY designet til at måle en forbedring af sundheden, ud fra det nuværende niveau. Begge metoder har således brug for en »baseline«, hvor DALY's udgør den perfekte sundhed, dvs. et liv uden sundhedsmæssige problemer. DALY er en kvantitativ metode, der udregnes på baggrund af hvor mange år der er tabt (i forhold til det ideelle), samt hvor mange år man har levet med en given sygdom (hvor nogle sundhedsekspertter, har fastsat en værdi for, hvor meget en sygdom hæmmer den enkelte, i form af tabt leveår⁹²).

QALY's »baseline« er derimod mere krævende at beregne. Således må den, for at kunne måle en forbedring, være den tilstand, der opstår på det tidspunkt T, hvor personen P, bliver ramt af sygdom S. Det samme gør sig grundlæggende også gældende for

⁹² Hvis eksempelvis en sygdom gives værdier 0,5, betyder det at 1 levet år med denne sygdom svarer til at have mistet et halvt års levetid. Dvs. sygdommen bliver tilskrevet 0,5 DALY.

DALY, men til forskel fra DALY er værdien af disse bestemt, ikke af eksperter, men af patienterne (eller den bredere befolkning) selv. Det betyder altså at der skal indsamles informationer omkring hvordan forskellige folk, med forskellige aldre, i forskellige lande, oplever forskellige sygdomme!

Det mest åbenlyse problem, er naturligvis hvorledes man får indsamlet nok data, til at kunne lave kvalificerede udregningsværdier – især fra de fattigste lande, hvor det kan være svært overhovedet at lave sådanne undersøgelser⁹³. Det næste problem er naturligvis om man således skal lave en universel værdi for hver sygdom, eller om man vil lave en regional, eller national værdi. Dvs. skal der for alle mænd på 40 år, som bliver ramt af HIV/AIDS, gælde at deres livskvalitet bliver nedsat med 60%? Eller skal der gælde at mænd på 40 år i den vestlige verden får nedsat deres livskvalitet med 50%, mens mænd på 40 år i Afrika får nedsat deres med 70%? Pointen er altså her: desto flere inddelinger, desto flere informationer er nødvendige, desto mere kompliceret bliver udregningerne (og gennemskueligheden), og desto flere af HIF's midler skal bruges på bureaukrati. Hvilket betyder færre midler til udbetaling pr. QALY.

Helt grundlæggende må der altså, som minimum, udføres to værditilskrivelser for at få en vurdering af et produkts effekt på sygdomsbyrden, målt i QALY. Der må således tilskrives en værdi til en patient på det tidspunkt hvor denne bliver smittet med en sygdom. Denne tilskrivelse kan ske enten teoretisk eller praktisk. Dvs. enten ud fra en beregningsmekanisme⁹⁴ eller ud fra en praktisk måling af den enkelte patient. Ydermere må der laves en værditilskrivelse når den årlige opgørelse – hvorudfra HIF's midler fordeles – bliver lavet. Denne kan ligeledes laves enten teoretisk eller praktisk. Uanset om disse værditilskrivelser udføres teoretisk eller praktisk, kræver de at der er et system der kan håndtere enorme mængder data. Hvilket, som argumenteret af bl.a. Selgelid og Sønderholm, vil dette være behæftet med store usikkerhedsmomenter, samt problemer med manglende teknologisk udstyr. Jeg er derfor også enig med disse kritikere i at der om dette punkt må herske fuld klarhed og transparens, for at HIF skal være mest mulig attraktiv for medicinalvirksomhederne.

7.2 Kritik af Hollis og Pogges argumenter for at HIF ikke er velgørenhed for de fattige

Nemlig Hollis og Pogge pointerer i HIF-rapporten at:

“The HIF is not charity for the developing world.” (Hollis, Pogge 2008: 7)

⁹³ Her tænkes naturligvis på den manglende sundhedsmæssige og teknologiske infrastruktur.

⁹⁴ Der selv må kræve et enormt data materiale for at blive etableret.

Jeg vil her forsøge at diskutere Hollis' og Pogges egen definition af hvorfor HIF *ikke* er velgørehed overfor de fattige. Jeg vil igennem en diskussion heraf betvivle Hollis og Pogges argumenter for at HIF *også* gavner de velhavende. Jeg mener således at disse argumenter er vage, og ikke i tilstrækkelig grad udgør et stærkt nok fundament til at argumentere for at HIF *også* gavner de velhavende.

Hollis og Pogge skriver i HIF-rapporten at HIF *ikke* er velgørehed overfor de fattige, fordi:

"... the HIF has corresponding benefits also for the affluent." (Hollis, Pogge 2008: 7)

Således argumenterer Hollis og Pogge for, at de velhavende *også* vil få gavn af HIF. De velhavende vil således: 1) få mulighed for at købe effektiv medicin billigt⁹⁵, hvilket gavner både dem med og uden sundhedsforsikring, da den billige medicin vil resultere i billigere forsikringspræmie og/eller lavere udgifter for det offentlige sundhedssystem; samt 2) få gavn af medicin, som ellers ikke ville være udviklet. (Hollis, Pogge 2008: 7)

Men der er her en væsentlig implicit præmis som må eksponeres, for at kunne vurdere om disse to antagelser er realistiske. Nemlig at en virksomhed har incitament til at registrere sit produkt hos HIF, hvis, og kun hvis, virksomheden vurderer at dette vil være den mest optimale mulighed for at maksimere dens profit. Dvs. virksomheden skal vurdere om det vil være mest profitabelt at blive belønnet for den effekt dens produkt vil kunne opnå, på en periode på maksimalt 10 år, set i forhold til de andre produkter, der er registreret hos HIF, og set i forhold til det (endnu ikke klart definerede) maksimum de vil kunne modtage fra HIF. Eller om virksomheden vil have bedre mulighed for, igennem en relativ høj prissætning, inden for den periode de har tilbage på deres patent, at kunne indtjene flere penge. Det skal ydermere huskes på at virksomheden stadig efter patentets udløb, har mulighed for at tjene penge på sit produkt, hvilket det *ikke* har hvis det registrerer sit produkt hos HIF.

7.2.1 Formindsket risiko for pandemier

Hollis og Pogge argumenterer for at HIF vil have som konsekvens at risikoen for pandemier vil blive mindsket. Dette er umiddelbart en rimelig antagelse, da den medicin der vil blive registreret i HIF, højst sandsynlig, vil være medicin rettet mod verdens fattigste, hvor smitsomme sygdomme udgøre de største helbredsmæssige udfordringer. (Hollis, Pogge 2008: 55, WHO 2008: 44)

⁹⁵ Uden HIF ville denne medicin blive solgt meget dyrere.

Men der findes empirisk data der kan betvivle denne antagelse. Da WHO i 2009 erklærede den verserende svine-influenza epidemi for en pandemi, skabte det frygt blandt verdens borgere – især de velhavende. Denne frygt materialiserede sig i at de velhavende lande begyndte at indkøbe vaccinemedicin for at kunne bekæmpe sygdommen, såfremt den skulle ramme dem. Det resulterede i at de to førende vaccineproducenter på et år, tjente mellem 42 og 55 mia. kr. (Pedersen 2010) En gennemgang af regnskaberne for medicinalvirksomheden Roche, der står bag produktet Tamiflu, som var et af de produkter der blev indkøbt i forbindelse med svine-influenza pandemien, viser at virksomheden siden 2003, har omsat Tamiflu for i omegnen af 75,5 mia. kr. Salgstallet steg naturligvis betragtelig i 2009, hvor frygten for pandemien var størst. Roche har desuden patent på Tamiflu indtil 2016, hvorfor der altså stadig er en del indtjening at hente på produktet. (Roche 2013) Roche har således – angiveligt – tjent ganske betragtelige summer på dette produkt. Hvilket de ikke vil have gjort igennem en registrering af produktet hos HIF, da en stor del af ovenstående salg har været præventivt, dvs. for at gardere sig *hvis* pandemien skulle ramme eksempelvis de velhavende lande. Roche ville således ikke have været berettiget til en belønning igennem HIF, da Tamiflu, i et betydeligt omfang, ikke har haft nogen effekt.⁹⁶

Dermed ikke sagt at der ikke vil være en medicinalvirksomhed, der kan finde det interessant at registrere et lignende produkt hos HIF. Min indvending er blot at *hvis* en medicinalvirksomhed registrerer sit produkt hos HIF, må det, med overvejende sandsynlighed, være fordi den anser det som den mulighed, der giver virksomheden den største profit.

Fordi mange af de sygdomme der huserer i den fattige del af verden, er smitsomme sygdomme, mener Hollis og Pogge at HIF, vil mindske risikoen for pandemier, da den registrerede medicin hos HIF, vil bekæmpe disse sygdomme. Men som eksemplet med Tamiflu indikerer, vil det måske være mere værd for medicinalvirksomheder, hvis frygten for pandemier bibeholdes. Således at de, i et tilfælde som med svine-influenzaen, kan sælge enorme mængder af deres medicin, til den velhavende del af verdens befolkning. Blot frygten for at kunne blive syg, kan altså sælge masser af medicin. Dermed er det ikke sikker at risikoen for pandemier bliver minimeret⁹⁷. Hvilket også kan have den conse-

⁹⁶ Det viste sig dog at de eksperter i WHO, der erklærede svineinfluenzaen for en pandemi, angiveligt var betalt af de to vaccineproducenter. Hvor problematisk dette end er, viser det blot at nogle medicinalvirksomheder sætter profit før alt andet. Deres motivation er at tjene penge!

⁹⁷ Skulle en mindskning af risikoen herfor dog være tilstede, vil den i høj grad, mener jeg, være betinget af WHO's fremskrivning af omfanget af disse smitsomme sygdomme. WHO mener således at de sygdomme der vil udgøre de største byrder for den globale sundhed, vil være ikke-smitsomme sygdomme. Se (WHO 2008: 51)

kvens at den, af Hollis og Pogge, forventede reduktion i prisen for sundhedsforsikringer, ikke umiddelbart kan forventes.

7.2.2 Billig medicin til de velhavende

Ét af Hollis og Pogge argumenter for hvor HIF ikke er velgørenhed overfor de fattige er at den velhavende del af verdens befolkning også vil få stillet billig medicin til rådighed igennem HIF. Sønderholm har, som beskrevet, kritiseret Pogge for at være for optimistisk på dette punkt. Dels ved at argumentere for at eksempelvis de skandinaviske lande allerede har adgang til relativ billig medicin, og dels ved at argumentere for at den billige medicin igennem HIF, blot bliver tilgængelig igennem en omfordeling af betalingen herfor – ikke igennem en reducere af prisen. til Han skriver således at:

“The reform plan does not make essential drug significantly cheaper. However, it re-allocates the burden of paying for these drugs from patients to taxpayers.”
(Sønderholm 2010: 173)

Jeg er enig i denne kritik, men mener den kan suppleres yderligere. Det er nemlig ifølge HIF's belønningsmekanisme nødvendigt at et registreret produkt må henvende sig til sygdomme, der har en vis udbredelse. Men hvis en sygdom således har et vis udbredelse blandt de velhavende, kan det også forventes at disse er villige til at betale en relativ høj pris for deres medicin, hvis det er medicin, der kan have en betydelig effekt for deres sundhedstilstand. Altså: hvis de velhavende borgere selv kan siges at have gavn af den billige, registrerede medicin, må det forventes at en betydelig del af disse borgere lider af den sygdom som medicinen er rettet i mod. Men hvis dette er tilfældet, har medicinalvirksomheden da ikke et vægtigt argument for *ikke* at registrere sit produkt hos HIF? Det vil derfor med stor sandsynlighed, at de produkter der kan tænkes at blive registreret i HIF er mod de sygdomme der flourerer i de fattige lande, hvorfor disse produkter ikke vil være attraktive for den velhavende del af verdens befolkning.

Jeg tror ikke Pogge vil være uenig i denne kritik, og jeg anerkender at dette vil være en positiv konsekvens af HIF-reformens implementering. Men jeg mener samtidig, at man derved ikke overbevisende kan argumentere for den velhavende del af verdens befolkning får stillet billig medicin til rådighed, da disse velhavende mennesker ikke har *brug* for den slags medicin, som kan tænkes at blive registreret i HIF.

I overensstemmelse med ovenstående, kræves det også at der bliver udskrevet en ikke ubetydelig mængde af den HIF-registrerede medicin, såfremt at HIF skal have en indvirkning for sundhedsudgifterne for de velhavende lande. Men hvis der udskrives en betydelig del af den HIF-registrerede medicin, må det være ensbetydende med at der er et

ikke ubetydeligt marked, hvilket igen – højst sandsynligt – vil gøre det muligt for en medicinalvirksomhed at kunne afsætte dens medicin til et relativ høj pris. Og medicinalvirksomheden vil dermed, angiveligt, vælge *ikke* at registrere dens produkt hos HIF. Samme argument vil gøre sig gældende for en reduktion af prisen for sundhedsforsikringer.

For at det skal være økonomisk attraktivt for en medicinalvirksomhed at registrere sit produkt i HIF, mener jeg derfor, at der må været et yderst begrænset mulighed for at kunne afsætte den givne medicin på de velhavendes marked. Men hermed følger det også at de velhavende – generelt set – ikke vil have brug for denne medicin, hvorfor HIF, som sådan, ikke vil gavne den velhavende befolkning, i kraft af billig medicin. At HIF *også* gavner den velhavende del af verdens befolkning, med en positiv indvirkning for eksempelvis lavere sundhedsudgifter, er også tvivlsomt, da den registrerede medicin netop har et, i bedste fald, yderst begrænset antal potentielle brugere.

7.2.3 Adgang til medicin som de velhavende ellers ikke ville have haft adgang til

Jeg vil også stille mig kritisk overfor argumentet om at den velhavende del af verdens befolkning, vil få adgang til medicin som den ellers ikke vil have haft adgang til.⁹⁸ Som beskrevet er medicinalvirksomhederne en del af den kapitalistiske markedsøkonomi, hvilket betyder at hvis der er tilstrækkelig med efterspørgsel på et bestemt produkt, så er der incitament til at producere dette. Dermed ment at hvis det er muligt for medicinalvirksomhederne at afsætte et produkt til de velhavende, da er det fordi der er tilstrækkelig mange mennesker som er villig til at betale en bestemt pris, for et givent produkt. At den velhavende del af verdens befolkning, derfor skulle få gavn af medicin som ellers ikke ville have været tilgængeligt for den, kan derfor betyde at den vil få stillet produkter, som den ellers ikke ville have været villig til at bruge mange penge på⁹⁹, til rådighed. Dvs. at den pågældende sygdom ikke er af væsentlig betydning, for den velhavende del af verdens befolkning¹⁰⁰. Jeg vil altså dermed ikke afvise at den velhavende del af verdens befolkning vil få adgang til ny medicin, som ikke ville være blevet udviklet, havde det ikke

⁹⁸ Sønderholm har også rettet en kritik herimod af HIF-reformen. Han har kritiseret reformen for at, grundet manglende teknologisk, uddannelsesmæssig og sundhedsmæssig infrastruktur i mange fattige lande, vil medicinalvirksomheder have incitament til at udvikle lavteknologisk (low-tech) medicin, hvorimod der til den velhavende del af verden vil være mulighed for at udvikle højteknologisk (og dermed mere effektiv) medicin. Det betyder, mener Sønderholm, de penge der bliver brugt igennem HIF til at udvikle lavteknologiske medikamenter, kunne, for de velhavende, være bedre brugt, såfremt de blev brugt på at udvikle højteknologiske medikamenter. (Sønderholm 2010: 171f)

⁹⁹ Eller at den velhavende del af verdensbefolkning vil blive ramt af sygdomme, som ellers kun flourerer i de fattige lande. (Da medicinen "kun" vil blive registreret hos HIF, såfremt der ikke er tilstrækkeligt marked til at sælge den i de velhavende lande, hvilket vil sige at det enten ikke er en særlig væsentlig lidelse, eller at der ikke er særligt mange der lider af denne sygdom i den velhavende del af verden.)

¹⁰⁰ Hvilket også vil afspejle sig i QALY-værdien, hvorfor belønningen for effekten blandt de velhavende vil være tilsvarende lavere!

været for HIF. Jeg mener blot, at hvis en sådan medicin vil blive gjort tilgængelig for den velhavende del af verdens befolkning, da vil den ikke have en signifikant betydning for disse. Hermed ment at det enten vil være en sygdom som ikke vil blive vurderet særligt højt i forhold til QALY og/eller at der ikke vil være en tilstrækkelig stor andel af de velhavende, som ville være ramt af denne sygdom. Derfor vil gavnligheden af dens registrering i HIF, generelt set, være nærmest ubetydelig for de velhavende.

Jeg mener dermed grundlæggende, i overensstemmelse med bl.a. Selgelid og Sønderholm, at HIF umiddelbart vil have en relativ lille effekt for den velhavende del af verdens befolkning, i form af formindskelse af risikoen for pandemier, øget adgang til billig (brugbar) medicin, reduktion af medicinudgifter og mulighed for adgang til medicin, som ellers ikke ville være frembragt. Derved stiller jeg mig grundlæggende skeptisk overfor Hollis og Pogge argumenter for at HIF *ikke* er velgørehed overfor de fattige. Om ovenstående kritik således er en tilstrækkelig betingelse til at erklære at HIF dermed *er* velgørehed overfor de fattige, vil jeg derimod afholde mig fra at svare på. En besvarelse heraf mener jeg vil kræve dybere og yderligere undersøgelser.

7.3 En afsluttende kommentar

Jeg startede nærværende speciale med at nævne at jeg ville undersøge den »evident-based rationality« forfatterne mener ligger bag HIF-reformen. Men som specialet gerne skulle have vist, er der en del af denne »rationality«, der kræver yderligere undersøgelse. Jeg har her afsluttende forsøgt at diskutere de gavnlige elementer som Hollis og Pogge mener reformen tilføre den velhavende del af verdens befolkning. Jeg stiller mig umiddelbart kritisk overfor den indflydelse som Hollis og Pogge mener at reformen vil have for den velhavende del af verdens befolkning, men anerkender også at dette område kunne bruge en del yderligere undersøgelser.

Ligeledes, mener jeg, viser diskussion omkring problemerne vedrørende QALY-metoden og kausalitet, hvilke problematikker der må forventes at blive skabt klarhed over, inden at HIF kan blive en realistisk mulighed.

Jeg mener personligt, som også beskrevet indledningsvis, at HIF-reformen er et yderst interessant forslag og jeg tror at det vil kunne have en enorm positiv effekt for sundhedstilstanden hos den fattigste del af verdens befolkning. Om reformen vil kunne finde opbakning blandt dens interessenter, til at blive en realitet, vil kun fremtiden vise. Og her mener jeg at en yderligere undersøgelse af, hvilke gavnlige effekter HIF-reformen kan have *også* for den velhavende del af verdens befolkning, kunne hjælpe HIF-reformen på vej i den rigtige retning.

8. Bibliografi

- BELLEFLAMME, P., 2008. How Efficient is the Patent System? A General Appraisal and an Application to the Pharmaceutical Sector. In: A. GOSSERIES, A. MARCIANO and A. STROWEL, eds, *Intellectual property and theories of justice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, pp. 210-229.
- CI, J., 2010. What Negative Duties? Which Moral Universalism? In: A.M. JAGGAR, ed, *Thomas Pogge and His Critics*. Cambridge: Polity Press, pp. 66-102.
- CRUFT, R., 2005. Human Rights and Positive Duties. *Ethics & International Affairs*, **19**(1), pp. 29-37.
- DANSKE REGIONER, 2012-last update, Fakta om sundhedsvæsenet - sundhedsvæsenet i tal [Homepage of Danske Regioner], [Online]. Available: <http://www.regioner.dk/aktuelt/temaer/fakta+om+regionernes+effektivitet+og+%C3%B8konomi/kopi+af+fakta+om+sundhedsv%C3%A6senet> [05/09, 2013].
- DIETSCH, P., 2008. Patents on Drugs - the Wrong Prescription? In: A. GOSSERIES, A. MARCIANO and A. STROWEL, eds, *Intellectual property and theories of justice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, pp. 230-245.
- ERHARDTSEN, B., 02/20, 2013-last update, Novo gennemfører nye Tresiba-forsøg uanset pris [Homepage of Berlinske Media], [Online]. Available: <http://www.business.dk/oekonomi/novo-gennemfoerer-nye-tresiba-forsoeg-uanset-pris-0> [29/04, 2013].
- FAUNCE, T.A. and NASU, H., 2008. Three Proposals for Rewarding Novel Health Technologies Benefiting People Living in Poverty. A Comparative Analysis of Prize Funds, Health Impact Funds and a Cost-Effectiveness/Competitive Tender Treaty. *Public Health Ethics*, **1**(2), pp. 146-153.
- GLAXOSMITHKLINE, 2013-last update, Tres Cantos Open Lab Foundation [Homepage of GlaxoSmithKline], [Online]. Available: <http://www.gsk.com/research/research-funding/tres-cantos-open-lab-foundation.html> [04/11, 2013].
- GLAXOSMITHKLINE, 2011-last update, Intellectual Property & Access to Medicines in Developing Countries [Homepage of GlaxoSmithKline], [Online]. Available: <http://www.gsk.com/content/dam/gsk/globals/documents/pdf/GSK-on-IP-and-access-to-medicines-in-developing-countries.pdf> [04/26, 2013].
- GOLD, M.R., STEVENSON, D. and FRYBACK, D.G., 2002. HALYs and QALYs and DALYs, oh my: Similarities and differences in summary measures of population health. *Annual Review of Public Health*, **23**, pp. 115-134.
- HOLLIS, A., 2008. The Health Impact Fund: A Useful Supplement to the Patent System? *Public Health Ethics*, **1**(2), pp. 124-133.
- HOLLIS, A. and POGGE, T., 2008. *The Health Impact Fund: Making New Medicines Accessible for All*. Incentives for Global Health.

INCENTIVES FOR GLOBAL HEALTH, 2013-last update, Health Impact Fund [Homepage of Incentives for Global Health : The Whitney and Betty MacMillan Center at Yale], [Online]. Available: <http://www.healthimpactfund.org/> [03/18, 2013].

JAGGAR, A.M., 2010. Introduction. In: A.M. JAGGAR, ed, *Thomas Pogge and his critics*. Cambridge: Polity Press, pp. 1-17.

LOCKE, J., 2005. *Two Treatises of Government and A Letter Concerning Toleration*. Stilwell: Digireads.com Publishing.

LOVE, J., 2008-last update [Homepage of Knowledge Ecology International], [Online]. Available: <http://keionline.org/blogs/2008/11/27/trade-off-innov-access> [04/10, 2013].

LOVE, J. and HUBBARD, T., 2007. The Big Idea: Prizes to Stimulate R&D for New Medicines. *Chicago-Kent Law Review*, **82**(3), pp. 1519-1554.

MORTENSEN, S.W., 04/05, 2011-last update, Nye Novo-midler er milliarder [Homepage of Dagbladet Børsen], [Online]. Available: http://borsen.dk/nyheder/topnyhed/artikel/1/204985/nye_novo-midler_er_milliardsats.html [04/29, 2013].

NICHOLS, M., 2012-last update, U.S. charitable giving approaches \$300 billion in 2011 [Homepage of Thomson Reuters], [Online]. Available: <http://www.reuters.com/article/2012/06/19/us-usa-charity-idUSBRE85I05T20120619> [05/11, 2013].

OPEN LAB FOUNDATION, 2013-last update, Tres Cantos Open Lab Foundation [Homepage of Tres Cantos Open Lab Foundation], [Online]. Available: <http://www.openlabfoundation.org/default.aspx> [04/11, 2013].

PÄIVÄNSALO, V., 2009. Responsibilities for Global Health: The Efficiency of the Health Impact Fund? *Public Health Ethics*, **2**(1), pp. 100-104.

PEDERSEN, P.A., 2010-last update, Øf øf, sådan tjener man 42 milliarder [Homepage of Politiken], [Online]. Available: <http://politiken.dk/debat/signatur/ECE991361/oef-oef-saadan-tjener-man-42-milliarder/> [05/24, 2013].

PETERSON, M., HOLLIS, A. and POGGE, T., 2010. A Critique in Need of Critique. *Public Health Ethics*, **3**(2), pp. 178-185.

POGGE, T., 2010. Responses to the Critics. In: A.M. JAGGAR, ed, *Thomas Pogge and his critics*. Cambridge: Polity Press, pp. 175-250.

POGGE, T., 2008. *World poverty and human rights : cosmopolitan responsibilities and reforms / Thomas Pogge*. Cambridge : Polity.

POGGE, T., 2007. Severe Poverty as a Human Rights Violation. In: T. POGGE, ed, *Freedom from poverty as a human right, who owes what to the very poor?* New York: New York : Oxford University Press, pp. 11-53.

- POGGE, T., 2005. Human Rights and Global Health: A Research Program. *Metaphilosophy*, **36**(1/2), pp. 182-209.
- RAMELLO, G.B., 2008. Access to vs. Exclusion from Knowledge: Intellectual Property, Efficiency and Social Justice. In: A. GOSSERIES, A. MARCIANO and A. STROWEL, eds, *Intellectual property and theories of justice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, pp. 73-93.
- RAVVIN, M., 2008. Incentivizing Access and Innovation for Essential Medicines: A Survey of the Problem and Proposed Solutions. *Public Health Ethics*, **1**(2), pp. 110-123.
- REISS, J., 2010. In favour of a Millian proposal to reform biomedical research. *Synthese*, **177**(3), pp. 427-447.
- REISS, J. and KITCHER, P., 2009. Biomedical Research, Neglected Diseases, and Well-Ordered Science. *THEORIA*, **24**(3), pp. 263-282.
- RISSE, M., 2005. Do We Owe the Global Poor Assistance or Rectification? *Ethics & International Affairs*, **19**(1), pp. 9-18.
- ROCHE, 2013-last update, Annual Reports [Homepage of F. Hoffmann-La Roche Ltd], [Online]. Available: http://www.roche.com/investors/annual_reports/annual_reports_archive.htm [05/24, 2013].
- SELGELID, M.J., 2008. A Full-pull Program for the Provision of Pharmaceuticals: Practical Issues. *Public Health Ethics*, **1**(2), pp. 134-145.
- SHIFFRIN, S.V., 2008. The Incentives Argument for Intellectual Property Protection. In: A. GOSSERIES, A. MARCIANO and A. STROWEL, eds, *Intellectual property and theories of justice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, pp. 94-105.
- SHUE, H., 1996. *Basic rights : subsistence, affluence, and U.S. foreign policy*. Princeton, N.J. : Princeton.
- SINGER, P., 1972. Famine, Affluence and Morality. *Philosophy & Public Affairs*, **1**(3), pp. 229-243.
- SØNDERHOLM, J., 2011. Advance Monopoly Commitment? *Public Health Ethics*, **4**(3), pp. 297-302.
- SØNDERHOLM, J., 2010. A Reform proposal in Need of Reform: A Critique of Thomas Pogge's Proposal for How to Incentivize Research and Development of Essential Drugs. *Public Health Ethics*, **3**(2), pp. 167-177.
- SUNDHEDSSTYRELSEN, 2012. *Tal på sundhed - Den nationale sundhedsprofil*. Ministeriet for Sundhed og Forbyggelse.
- SUNDHEDSSTYRELSEN, 2010. *Sundhedsvæsnet i national perspektiv*. Indrigs- og Sundhedsministeriet.
- TAN, K., 2010. Rights, Harm, and Institutions. In: A.M. JAGGAR, ed, *Thomas Pogge and His Critics*. Cambridge: Polity Press, pp. 46-65.

THE WASHINGTON POST, 01/28, 2003-last update, Text of President Bush's 2003 State of the Union Address [Homepage of The Washington Post], [Online]. Available: http://www.washingtonpost.com/wp-srv/onpolitics/transcripts/bushtext_012803.html [04/24, 2013].

TIMMERMANN, C. and BELT, H., 2013. Intellectual Property and Global Health: From Corporate Social Responsibility to the Access to Knowledge Movement. *Liverpool Law Review*, **34**(1), pp. 47-73.

TRERISE, J., 2008. Liberty and the Rejection of Strong Intellectual Property Rights. In: A. GOSSERIES, A. MARCIANO and A. STROWEL, eds, Basingstoke: Palgrave Macmillan, pp. 122-137.

VERDENSBANKEN, 2013-last update, Poverty Overview [Homepage of Verdensbanken], [Online]. Available: <http://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview> [05/09, 2013].

WALSH, D., 10/20 2011, 2011-last update, A New Way To Reward Innovation [Homepage of New York Times], [Online]. Available: <http://green.blogs.nytimes.com/2011/10/20/a-new-way-to-reward-innovation/> [04/15, 2013].

WHO, 2013b-last update, Global Health Observatory (GHO) [Homepage of World Health Organization], [Online]. Available: <http://www.who.int/gho/en/> [05/17, 2013].

WHO, 2013a-last update, Essential Medicines [Homepage of World Health Organization], [Online]. Available: http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/ [05/14, 2013].

WHO, 2008. *The global burden of disease: 2004 update*. Switzerland: World Health Organization.

WHO, 2006. *Public health - Innovation and Intellectual Property Rights*. World Health Organization.

WHO, 1999-last update, Report on Infectious Diseases: Removing Obstacles to Healthy Development [Homepage of World Health Organization], [Online]. Available: <http://www.who.int/infectious-disease-report/pages/textonly.html> [05/14, 2013].

WHO, WIPO and WTO, 2012. *Promoting Access to Medical Technologies and Innovation - Intersections between public health, intellectual property and trade*. Schweiz: World Health Organization; World Intellectual Property Organization; World Trade Organization;.

WTO, 2013c-last update, Members and Observers [Homepage of World Trade Organization], [Online]. Available: http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/org6_e.htm [05/10, 2013].

WTO, 2013b-last update, Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights [Homepage of World Trade Organization], [Online]. Available: http://wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips.pdf [03/25, 2013].

WTO, 2013a-last update, Intellectual property: protection and enforcement [Homepage of World Trade Organization], [Online]. Available: http://wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/agrm7_e.htm [03/24, 2013]