

LÄKE- MEDELS- *förmånen*

Ulf-G Gerdtham
Bengt Jönsson

SNS FÖRLAG

Läkemedelsförmånen

Ulf-G Gerdtham
Bengt Jönsson

LÄKEMEDELS- FÖRMÅNEN

SNS FÖRLAG

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon 08-23 25 20

Läkemedelsförmånen

Ulf-G Gerdtham och Bengt Jönsson

1:a upplagan

1:a tryckningen

Boken ingår i en serie från SNS: *Den svenska sjukvården*

Tidigare har utkommit:

- Hur skall sjukvården betalas? *Lars Söderström*
- Valfrihet och konkurrens i sjukvården.
Red: *Arvidsson/Jönsson*
- Sjukvård i andra länder. Red: *Arvidsson/Jönsson*
- Svensk sjukvård – bäst i världen? *A J Culyer m fl*
- Patientmakt över vården. *Richard B Saltman*
- Tandvård i andra länder. Red: *Arvidsson/Jönsson*
- Prioritering i sjukvården. Red: *Arvidsson/Jönsson/Werkö*
- Ekonomisk utvärdering av läkemedel.
Magnus Johannesson/Bengt Jönsson

© 1993 Författarna och SNS Förlag
Omslag och typografi: Richard Frölich
Sättning: FaktorsTjänst i Malmö AB
Tryck: WSOY, Finland 1993

ISBN 91-7150-506-7

Innehåll

Förord 7

1. Introduktion 9

2. Läkemedelsutgifternas storlek och utveckling 26

3. Läkemedelsmarknaden och läkemedelsförmånen 41

4. Effekter av läkemedelssubventioneringen 57

5. Internationell översikt av subventioneringssystem 88

6. Sammanfattning och förslag 118

Appendix 1: Skattning av egenpriselasticiteten i läkemedelskonsumtionen 125

Appendix 2: Fördelningen av läkemedelskonsumtionen i Jämtlandsmaterialet på åldersgrupper och utgiftskategorier 132

Appendix 3: Två metoder att beräkna effekterna för staten och patienterna av förändringar i subventioneringssystemet för läkemedel 137

Referenser 141

Förord

Många offentliga utgiftssystem utformades under en period med hög tillväxt, ökande statsinkomster och expansion av de offentliga utgifterna. Detta gäller också läkemedelsförmånen, dvs subventioneringen av receptförskrivna läkemedel inom sjukförsäkringen, som nu kostar staten ca 8 miljarder kronor per år. Under senare år har flera förändringar vidtagits för att minska dessa offentliga utgifter. Förändringarna har tagit sig uttryck i en ökad detaljreglering som komplicerat tillvaron för konsumenterna, de förskrivande läkarna och läkemedelsföretagen utan att ge påtagliga effekter i form av besparingar. I ett längre perspektiv finns avsevärda risker för välfärdsförluster genom en allt sämre fungerande läkemedelsmarknad.

I den här studien presenteras ett alternativ till dagens system. Utgångspunkten är att dels ge förutsättningar för effektiv produktion och användning av läkemedel, dels skydda patienterna mot höga läkemedelsutgifter. Läkemedelsförmånen utformas som en försäkring med självrisk. Olika konstruktioner presenteras och diskuteras mot bakgrund av en analys av dagens läkemedelskostnader, läkemedelsmarknad och läkemedelsförmån. Resultaten pekar på att det finns en betydande effektiviseringspotential.

Studien har utförts av fil dr *Ulf-G Gerdtham* och undertecknad professor *Bengt Jönsson*, Centrum för Hälsoekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm, inom ramen för SNS forskningsprojekt *Nya spelregler för hälso- och sjukvården*. Projektet finansieras av Salénstiftelsen och följande företag: Apoteksbolaget, Astra, Folksam, LIC Care, LIF, Länsförsäkringsbolagen, PT-Vård, Praktikertjänst, Procordia, Rufi, SAS Service Partner, Skandia, Trygg-Hansa SPP och Wasa Försäkring. Arbetet har följts dels översiktligt av en referensgrupp sammansatt av företrädare för finansierarna, dels av en särskild referensgrupp bestående av avdelningschef *Bjarne Almström*, Riksförsäkringsverket, professor *Lars Erik Böttiger*, Institutet

för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), direktör *Ulf Edstedt*, Rofi, apotekare *Leif Eklund*, Karolinska apoteket, direktör *Åke Hallman*, Apoteksbolaget, direktör *Elof Johansson*, Procordia, direktör *Håkan Mandahl*, LIF, direktör *Bengt S Nilsson*, Astra Läkemedel, och generaldirektör *Kjell Strandberg*, Läkemedelsverket. Som alltid när det gäller SNS-publikationer svarar författarna själva för analyser och slutsatser.

Stockholm i september 1993

Göran Arvidsson
projektledare

Bengt Jönsson
vetenskaplig rådgivare

1. Introduktion

Bakgrund och problem

I Sverige och många andra länder finns en ambition att begränsa expansionen i sjukvårdsutgifterna och att effektivisera vården. Om sjukvården använder sina resurser till mindre angelägna ändamål medan andra väsentligare vårdbehov blir otillfredsställda kommer den totala effekten av sjukvården att bli lägre än vad den annars skulle kunnat vara. Teoretiskt är sjukvårdens storlek och inriktning på olika ändamål optimal först när den sista (marginella) kronan ger samma marginella nytta i utbyte för vart och ett av ändamålen. I princip är det alltså effektivt (och önskvärt) även att öka tilldelningen av resurser till sjukvården om kostnaderna för dessa resurser på marginalen understiger detta sociala värde, oavsett hur mycket kostnaderna har ökat tidigare år eller förhåller sig till motsvarande kostnader i andra länder. Ökad effektivitet inom sjukvården kan även kräva bättre avvägningar mellan olika metoder att behandla sjukdomar. Om resurser förslösas genom att dyrare behandlingsmetoder än nödvändigt används, kan detta göra att vissa patienter som skulle kunna ha nytta av de förslösade resurserna blir utan behandling.

I diskussionen om åtgärder för att begränsa sjukvårdens och den offentliga sektorns utgifter har läkemedelsområdet traditionellt tilldragit sig stort intresse, trots att läkemedlen utgör en mindre del i sjukvården, se t ex SOU 1966:28, SOU 1969:36, SOU 1987:20, RFV (1987), SPK (1990). För närvarande pågår dessutom en statlig läkemedelsutredning som skall se över läkemedelsförsörjningssystemet och framför allt detaljhandelsdistributionen (LFU 92). Mätt i apotekens utförsäljningspris uppgick läkemedelsutgifterna för Sverige år 1992

till 13 miljarder kronor. Av varje krona som gick till sjukvården utgjorde läkemedel knappt 10 öre. En stor del av läkemedelsnotan betalas genom statsskatten via sjukförsäkringen (läkemedelsförmånen) och genom landstingsskatten via sjukhusen.¹ Olika åtgärder har diskuterats för att begränsa de offentliga läkemedelsutgifterna. Under senare år har debatten främst handlat om läkemedelspriser och generisk substitution (SPK 1990, Läkartidningen 1990, Nytt om generika 1990). Sedan den 1 januari 1993 gäller nya regler för läkemedelsförmånen, bl a infördes referenspriser för läkemedel med generiska motsvarigheter.

För att utforma en rationell politik är det en fördel om man på ett någorlunda tillförlitligt sätt kan bedöma konsekvenserna av förslagen. Eftersom läkemedelsförsörjningen i Sverige bygger på ett komplext och integrerat system är detta dock inte helt enkelt; se Jönsson (1987) och Gerdtham (1989a,b). Förändringar i en del av systemet påverkar andra delar av systemet. Åtgärder för att t ex öka användningen av generiska läkemedel på bekostnad av originalpreparat får konsekvenser inte enbart för den forskande läkemedelsindustrin. Det generiska läkemedlets lägre pris påverkar också apotekens och grossisternas marginaler. Eftersom hanteringskostnaderna för ett originalläkemedel och en generisk kopia i stort sett är lika måste inkomstminskningarna på något sätt kompenseras. Antingen måste produktiviteten i distributionsledet höjas eller måste det procentuella påslaget höjas om man skall arbeta med bibehållen servicegrad.

En viktig aspekt är även att ingrepp på läkemedelsområdet kan vara samhällsekonomiskt ineffektiva om de leder till ökade kostnader för sjukvården som helhet. Läkemedlen ingår som en resursinsats i den samlade hälso- och sjukvården. De kan vara både komplement och substitut för andra produktionsfaktorer; läkare och sjukhus kan t ex öka sin produktivitet genom tillgång på effektiva läkemedel. Ibland kan även introduktion av nya läkemedel göra att betydelsen av andra produktionsfaktorer minskar, t ex kan läkemedel i vissa fall göra att patienter kan överföras från kostnads- och personalintensiv institutionell vård på sjukhus till billigare behandlingar inom den öppna vården. Magsårsläkemedel (anti-peptic ulcerants)

har minskat behovet av kirurgiska operationer (Geweke och Weisbrod 1984; Jönsson och Carlsson 1991), psykofarmaka har minskat behovet av institutionalisering av mentalsjuka (Weisbrod 1983), och högdosinhalationssteroider har minskat behovet av institutionalisering av astmapatienter (Ädelroth och Thompson 1984, 1988, Gerdtham et al 1993a). Dessa samband gör att storleken på den finansiella vårdbördan inte automatiskt minskar som följd av minskad läkemedelskonsumtion. Tvärtom kan till och med en generell minskning av läkemedelsutnyttjandet medföra att de totala vårdutgifterna för behandlingen av en viss sjukdom ökar på grund av ökad användning av mindre kostnadseffektiva behandlingar. Möjligheterna till besparingar för staten måste därför ses utifrån de totala offentliga vårdutgifterna och inte utifrån de offentliga utgifterna för en enskild produktionsfaktor som t ex läkemedel.²

Det finns två viktiga skäl att intressera sig för effektivitetsaspekten i subventioneringen av läkemedel. Det ena är finansieringsproblemet. Subventioner kan inte betalas ut utan att finansieringskostnader uppstår. På marginalen kan dessa kostnader vara betydande. En effekt av offentlig finansiering är att den åtföljande beskattningen medför kostnader för samhället på grund av att hushåll och företag som berörs av skatten ändrar sitt beteende på ett samhällsekonomiskt inoptimalt sätt, t ex vad gäller nivån på det totala utbudet av resurser (arbete, sparande) eller i fördelningen på olika användningar, t ex yrkesval, investeringar. Det är även möjligt att konsumtionsmönstret ändras och därmed utbytet av inkomsterna (resurserna). Kostnaden för beskattning brukar kallas för beskattningens "dödvikt" (dead weight eller excess burden); se Andersson et al (1986), Bertmark et al (1986), Stigmark (1986 a,b). Storleken på denna dödvikt varierar för olika typer av skatter och är en funktion av hur finansieringen sker och hur pengarna används. För läkemedelssubventioneringen kan dödvikten beräknas till 1,30 kronor, dvs det kostar 2,30 kronor att betala ut 1 krona i läkemedelssubvention; se Hansson (1984). Beräkningar av dödviktens storlek är osäkra. Vägverket använder i sina kalkyler en dödviktsfaktor på 1,25, dvs man antar att den reella kostnaden för varje skattekrona som används för vägin-

vesteringar är 1,25 kronor. Studier av dödvikten för sjukvårdsfinansiering finns inte. För oss räcker det dock att konstatera att subventionering innebär reella finansieringskostnader och att samhällsekonomiska vinster kan erhållas genom en ökad avgiftsfinansiering.

Det andra skälet är att utformningen av subventioneringen leder till effektivitetsförluster. Den vanligaste kritiken är att konsumenten på grund av subventionen inte är kostnadsmedveten vilket leder till onödigt hög konsumtion i relation till nyttan. En låg fast avgift per recept skapar incitament att få så mycket läkemedel som möjligt på receptet. De nya reglerna från 1 juli 1992 där varje extra läkemedelspost innebär en ökad egenbetalning är ett sätt att reducera denna effekt. Effekten försvinner dock inte helt. Skilda subventioneringsgrader för olika läkemedel kan också skapa snedvridningar i läkemedelsvalet; ett dyrare subventionerat läkemedel väljs framför ett billigare som inte är subventionerat. Olika subventionering för läkemedel jämfört med andra sjukvårdsinsatser kan också leda till snedvridningar och effektivitetsförluster. En viktig effektivitetsaspekt är också de administrativa kostnaderna för systemet. En klar och enkel utformning leder till låga administrativa kostnader. Komplicerade regler leder till högre utgifter för sjukvården, apoteken och socialförsäkringen.

Ett förslag som syftar till att öka incitamenten till kostnadsmedvetenhet vid receptförskrivning inom den öppna vården är att låta läkemedel ingå i öppenvårdsmottagningarnas budget (se t ex Jönsson och Andersson 1990). I ett sådant system tvingas läkarna att göra avvägningar mellan att spendera resurserna på läkemedel och att lägga dem på personal, diagnostik och andra insatser som fordras för vården. Rent praktiskt är det inga svårigheter att fördela subventionerna till läkemedelskonsumtionen till de olika landstingen. Detta kan ske enligt speciella kriterier eller inbakas i det nuvarande skattejämningsystemet. Apoteksbolaget debiterar sedan landstingen för de faktiska läkemedelskostnaderna. Sådana debiteringar sker redan för den slutna vården.

Det finns dock flera problem med att få detta förslag att fungera optimalt. Ett problem är att det inte finns incitament för läkarna inom den öppna vården att ta hänsyn till kostnader

utanför den öppna vården vid förskrivning av läkemedel, t ex slutenvård samt kostnader för sjukskrivning och förtidspensionering. Detta gör att det finns risk för suboptimeringar som antingen kan göra att för litet eller för mycket läkemedel används jämfört med andra insatser. En tänkbar lösning på även detta problem kunde vara att ge primärvården ett totalt kostnadsansvar för patienterna och att olika vårdenheter fick konkurrera om patienterna. En sådan förändring av sjukvårdens organisation och finansiering är dock förenad med ett antal andra problem; se SOU (1993). Ett ytterligare problem med denna modell är att den ställer stora krav på kunskaper om kostnader och effekter av olika behandlingar. Det räcker inte med att läkarna känner till de relativa kostnaderna för olika läkemedel, utan de måste även känna till kostnadseffektiviteten för olika alternativa sätt att behandla patienten. Således måste en sådan modell, om den skall kunna leda till en rationell läkemedelsanvändning, kombineras med ökad kunskap och utbildning i dessa frågor. En annan och ännu allvarigare risk är att det kan ske felprioriteringar när det gäller läkemedel vars effekter är långsiktiga eller inriktade på förbättringar i patienternas livskvalitet. I samband med olika besparingskrav som kan ställas på en öppenvårdsmottagning är det möjligt att läkarna hellre reducerar användningen av läkemedel än genomför förändringar i personalens storlek och sammansättning, även om detta vore mer effektivt.

Oberoende av om Riksförsäkringsverket (RFV) även fortsättningsvis skall finansiera en del av kostnaderna för receptförskrivna läkemedel eller om subventioneringen av läkemedelskonsumtionen skall ske via de olika landstingen, är det intressant att diskutera utformningen av systemet och nivån på patienternas egenavgifter. Syftet med denna bok är att diskutera läkemedelssubventioneringens utformning, möjligheterna att åstadkomma ökad samhällsekonomisk effektivitet i konsumtionen av subventionerade läkemedel och möjligheterna att genom ett förändrat subventioneringssystem för läkemedel uppnå budgetbesparingar för staten.

Bokens uppläggning och innehåll

Fortsättningsvis i detta inledande kapitel skall vi beskriva problemet med imperfekt information hos aktörerna på vårdmarknaden, vad som karakteriserar denna marknad och vad som utmärker läkemedel.

I kapitel 2 redogörs för läkemedelsutgifternas utveckling och hur dessa utgifter är fördelade på pris och kvantitet. Dessutom analyseras övergången till nya och dyrare läkemedel som spelar en central roll i den observerade ökningen av läkemedelsutgifterna. I detta sammanhang diskuteras även nyttan med ekonomiska utvärderingar och bl a ges exempel från tre läkemedelsområden, astma, hypertoni och magsår, för att illustrera hur ekonomiska utvärderingar kan användas för att belysa kostnadseffektiviteten av att gå över till en ny terapi.

Kapitel 3 redogör för den svenska läkemedelsmarknaden. Detta kapitel är uppdelat i fem avsnitt, där det första avsnittet beskriver produktion och distribution. Avsnitt två beskriver läkemedelsmarknadens tre delmarknader: sjukhus, receptbelagda läkemedel och handköpsläkemedel (OTC). Avsnitt tre och fyra beskriver läkemedelsutgifternas finansiering respektive det nuvarande systemet för läkemedelsrabatter. Avsnitt fem diskuterar frågan om läkemedelsutgifter är en försäkringsbar risk.

Kapitel 4 analyserar konsekvenserna av förändringar i läkemedelsförmånen. Först behandlas läkemedelssubventioneringens effekter på kvantiteten efterfrågade läkemedel utifrån de teoretiska prediktioner som den ekonomiska marknadsmodellen ger. Dessutom diskuteras mål inom sjukvården, som t ex rättvisa och vårdkvalitet som kan stå i konflikt med eventuella förändringar i subventioneringssystemet. I detta kapitel redogörs även för resultaten från bl a den s k RAND-studien i USA som empiriskt analyserat effekterna av olika egenavgifter på efterfrågan på sjukvård och, i viss mån, på hälsostatus och fördelning på olika grupper i befolkningen. Vi skattar också egenpriselasticiteten i Sverige utifrån månadsdata om läkemedelskonsumtion och patientavgifter per läkemedelspost från Apoteksbolaget och Swedish Drug Market (SDM) 1976–89. Utifrån de skattade priselasticiteterna simuleras effekterna av

fem olika förslag till förändring i förmånssystemet för läkemedel, dvs vad gäller överföringen av utgifter från staten till patienterna, utgiftsbesparingen totalt samt förbättringen av den samhällsekonomiska effektiviteten. I det första förslaget höjs egenavgiften per recept från 120 kronor (1992) till 250 kronor och högkostnadsskyddet från 1 600 kronor till 2 000 kronor. I det andra förslaget får patienterna betala alla utgifterna för sin läkemedelskonsumtion upp till 500 kronor innan staten går in och subventionerar övrig konsumtion av läkemedel under året till 100 procent. I det tredje förslaget har vi samma högkostnadsskydd på 500 kronor men utöver detta får patienterna betala en självrisk på 50 procent av kostnaderna i intervallet 501–1 000 kronor. Läkemedelskostnader över 1 000 kronor subventioneras till 100 procent av staten enligt detta förslag. I det fjärde förslaget sätts högkostnadsskyddet till 1 000 kronor varunder patienterna får betala fulla kostnaden för sina läkemedel. Läkemedelskostnader utöver 1 000 kronor subventioneras till 100 procent av staten. I det femte förslaget har vi kvar högkostnadsskyddet på 1 000 kronor men utöver detta får patienterna betala 50 procent av kostnaderna för sina läkemedel i intervallet 1 001–2 000 kronor. Läkemedelskostnader utöver 2 000 kronor subventioneras till 100 procent av staten. I samtliga fem förslag överförs gruppen kostnadsfria läkemedel till gruppen prisnedsatta läkemedel. Simuleringarna av dessa förslags effekter baseras på individdata från det s k Jämtlandsmaterialet.

Kapitel 5 ger en internationell översikt av subventioneringssystemen i sju europeiska länder. Kapitlet inleds med en redogörelse för olika principer av betalningsmodeller för subventionering av läkemedel. Därefter analyseras prisnivåer och totala läkemedelsutgifter för de olika länderna, och slutligen redogörs för de olika ländernas nuvarande läkemedelssubventioneringssystem.

Kapitel 6 sammanfattar och ger förslag till förändring i läkemedelsförmånen.

Sjukvårdsmarknadens särdrag

Den traditionella marknaden, som den beskrivs i läroböckerna, har två typer av aktörer: producenter och konsumenter. De finansiella relationerna mellan aktörerna på marknaden är enkla: producenterna levererar varor eller tjänster och konsumenterna kompenserar producenterna för detta genom betalningar som producenterna i sin tur kan använda för att betala leverantörer, arbetskraft och investeringar. Idealt står utbudet av varor och tjänster i relation till efterfrågan eftersom konsumenterna, som antas vara nyttoximerare, bara är villiga att betala ett pris för en vara eller tjänst som överensstämmer med deras värderingar. Producenterna, som förutsetts vara vinstmaximerare, antas tillverka sina produkter så att priserna på dem speglar producenternas kostnader och vinstanspråk. På en perfekt marknad med fri konkurrens, likartade varor och fullständig information om alternativ m m, har den fria prisbildningen central betydelse för hur resurser allokeras mellan producenter och hur varor fördelas mellan konsumenter. Priserna ger information om hur varor och tjänster värderas. Utifrån kända priser är det möjligt för producenter och konsumenter att kombinera sin produktion och konsumtion så att utbytet av varorna och tjänsterna blir maximalt. På detta sätt samordnar prissystemet varuproduktionens och varukonsumtionens sammansättning. I ett effektivt prissystem med givna priser är resurserna fördelade så att individernas konsumtionssammansättning är den bästa möjliga samtidigt som producenternas produktionssammansättning är den bästa möjliga.

Inom hälso- och sjukvården är förutsättningarna för en fungerande marknad inte uppfyllda. Prisbildningen är inte fri och konsumenternas betalningsvillighet kan inte mätas direkt. På grund av att sjukvården vanligen tillhandahålls till starkt subventionerade priser belastas konsumenten endast av en relativt liten del av kostnaderna för behandling, inklusive rese- och tidskostnader. Konsumenten har därför vare sig möjlighet eller tillräckliga incitament att väga sjukvårdskostnader mot behandlingens förväntade nytta. Det är främst den egna nyttan som en rationell sjukvårdskonsument kommer att ta hän-

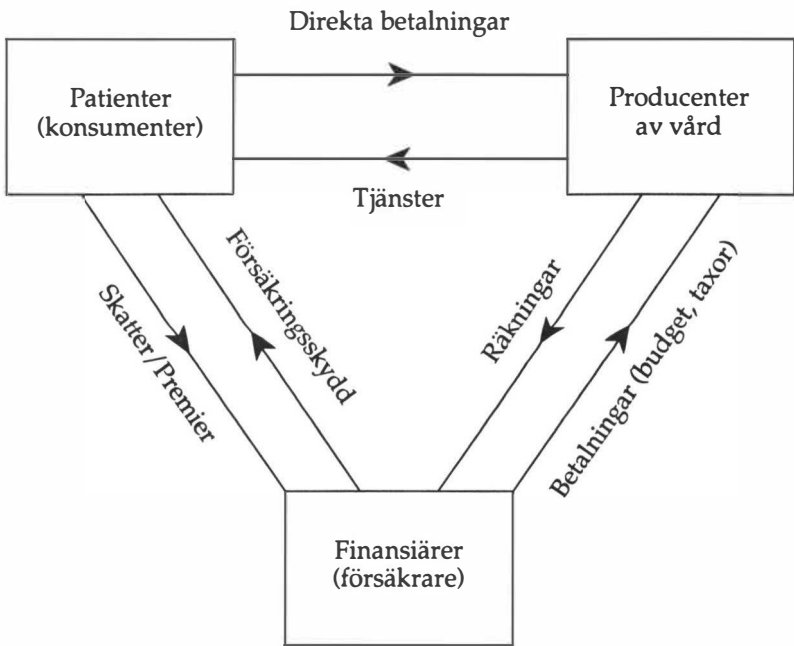
syn till. Av det skälet kan sjukvårdens optimala nivå inte bestämmas genom konsumenternas fria val av sjukvård. Rent allmänt kan inte heller utbudet av varor och tjänster ses som ett uttryck för producenternas kostnadstäckning eller lönsamhetsanspråk. Utbudet är hellre ett uttryck för konsumenternas behov av hälso- och sjukvårdstjänster.

Det har diskuterats mycket inom den hälsoekonomiska forskningen vad det egentligen är som gör att denna marknadsorganisation, som fungerar väl inom många andra sektorer, uppvisar flera nackdelar inom sjukvården. Det är vanligt att peka på osäkerheten om det individuella vårdbehovet och om effekten av behandling, konsumentens bristande information och läkarens informationsövertag, avsaknaden av vinstmotiv på utbudssidan och förekomsten av externa effekter, dvs positiva eller negativa konsekvenser av produktion av hälso- och sjukvårdstjänster: t ex köer för andra patienter, effekter på familjemedlemmar, individuella fördelar av att andra vaccinerar sig och minskade produktionsförluster på grund av kortare sjukdomstider; se Arrow (1963), Culyer (1971), och Pauly (1978).

Sjukdom är i hög grad oförutsägbar för en viss individ. Utifrån variabler som ålder, miljö och livsstil är det visserligen möjligt att definiera riskgrupper men det är sällan möjligt att förutsäga exakt vilka individer som kommer att drabbas av sjukdom. För de flesta individer är det framtida hälsotillståndet osäkert. Samtidigt är sannolikheten att drabbas av sjukdom vanligen relativt låg, men om man drabbas kan denna händelse innebära bl a stora ekonomiska konsekvenser. Flertalet individer är obenägna att utsätta sig för sådana risker, dvs de flesta har riskaversion och försöker begränsa risker och skapa trygghet.³ Individen kan på olika sätt skydda sig mot de ekonomiska förlusterna. Försäkring är en metod att reducera risk. Om ett tillräckligt stort antal riskutsatta individer går samman kan deras gemensamma förluster förutses. Dessa delas proportionellt av försäkringskollektivet genom inbetalade premier. Den individuella eventuella förlusten ersätts med en säker uppgift (premien). Den välfärdsteoretiska litteraturen, baserad på teorin om förväntad nytta, har visat att försäkringar, under vissa förutsättningar, förbättrar den samhällsekon-

miska effektiviteten vid förekomst av risk och osäkerhet (Arrow 1963, Evans 1984). Försäkringen introducerar en tredje part utöver konsumenterna och producenterna, vilket komplicerar de finansiella relationerna. Denna tredje part ger ett försäkringsskydd till patienten mot ersättning i form av premier, skatter eller avgifter. I gengäld betalar denna tredje part räkningarna från vårdproducenterna (alternativt lämnar anslag via en budget).

Figur 1.1 Ekonomiska relationer inom hälso- och sjukvården



Denna tredjepartsfinansiering gäller i alla sjukvårdssystem oberoende av om finansieringen är privat eller offentlig. Vi kan därför tala om en sjukvårdens "marknadstriangel". I denna triangel är det direkta flödet av betalningar mellan patienter och vårdgivare litet. Den tekniska utformningen av försäkringen kan göras på olika sätt. Försäkringsbolaget kan t ex ersätta försäkringstagaren med ett visst belopp eller stå för sjukvårdsutgifterna i händelse av sjukdom.

Tredjepartsfinansieringen löser visserligen riskproblemet

men introducerar samtidigt det problem som går under den svåröversatta beteckningen "moral hazard", dvs att utgifterna tenderar att bli högre om en grupp individer är försäkrade (Pauly 1968). Detta problem kan delas upp i två typer: dels kan sannolikheten att behov skall uppstå öka bl a genom minskade incitament till förebyggande åtgärder, dels kan utgiften vid ett givet behov bli större genom att försäkringsskyddet förändrar prisrelationerna (överkompensation vid vårdtillfället). Den förstnämnda typen av moral hazard är bl a skälet till självrisker i försäkringar. Moral hazard uppstår på grund av den skillnad i information som finns mellan de tre olika aktörerna i sjukvårdens marknadstriangel. Patienten kan förväntas ha bäst information om sin egen hälsa och vad han förväntar av konsultationen. Men patientens kunskap om olika läkemedel och deras effekter är väsentligt mindre än läkarens, som därför får ett avgörande inflytande på vilket läkemedel som skall förskrivas. Den instans som svarar för finansieringen saknar vanligen information för att bedöma lämpligheten av en viss förskrivning.

Detta innebär att varken konsumenter eller vårdgivare har något intresse av kostnader och kostnadseffektivitet när valet om behandling träffas. Den ojämna kunskapsfördelningen (informationsasymmetrin) mellan producent och konsument har även motiverat åtgärder för att skydda konsumenten från exploatering. Detta kan förklara vårdproduktionens utformning (se Arrow 1963; Weisbrod 1978, 1989). Enligt Evans (1984) är konsumenternas transaktioner med vinstdrivande sjukvårdsgivare minimala i flertalet sjukvårdssystem. Huvuddelen av vårdgivarna är offentliga eller privata icke-vinstdrivande institutioner. Argumentet har varit att man genom att minska konkurrensen minskar incitamenten hos vårdgivaren att exploatera konsumenten.

En försäkring kan tillhandahållas antingen på en marknad eller av en offentlig myndighet. Den kan vara frivillig eller obligatorisk, individuell eller kollektiv. Individuella sjukförsäkringar är dock sällsynta. Vanligen erbjuds en kollektiv försäkring, t ex för anställda på ett visst företag. I de flesta länder är tredjepartsfinansieringen offentlig eller offentligt reglerad och finansieras via skatter eller obligatoriska socialförsäkring-

ar. Den offentliga försäkringen kan kombineras med viss premiebetalning från försäkringstagaren. I de nordiska länderna uppgår den offentliga finansieringen till cirka 90 procent av utgifterna. I den svenska sjukvården är försäkringen och vårdgivarna till största delen integrerade genom att landstingen svarar för båda rollerna.⁴ Undantag finns dock; läkemedelsförmånen är ett exempel. Förskrivna läkemedel inom den öppna vården ersätts för närvarande separat av sjukförsäkringen. Detta innebär att landstingen i Sverige inte har några incitament att väga insatsen av läkemedel mot andra insatsfaktorer i vårdproduktionen.

En förklaring till varför tredjepartsfinansieringen ofta löses med offentlig finansiering, istället för att låta individerna köpa frivilliga privata försäkringar, kan vara att enskilda individer inte uppfattas som tillräckligt förutseende för att själva spara och försäkra sig mot risker för olyckliga omständigheter i framtiden. Tredjepartsfinansieringen kan därför ses som ett uttryck för "altruism". Offentlig finansiering i form av skatter och obligatoriska socialförsäkringar kan även ses som en metod att förhindra att vissa medborgare åker snålskjuts på andras altruism, dvs avstår från både att spara eller och att försäkra sig eftersom de förväntar sig att bli hjälpta av andra om de skulle hamna i ekonomiska svårigheter. Skattefinansiering tvingar alla skattebetalare att bidra till sin egen framtida försörjning vid sjukdom.

En annan förklaring till den offentliga finansieringen av individernas sjukvårdsutgifter är det problem med privata (konkurrerande) försäkringar som kallas adverse selection. Eftersom det är svårt och kostsamt att sätta individuella premier enligt individuella risker sätts istället en viss genomsnittspremie. Om försäkringstagaren känner till sina risker bättre än försäkringsbolaget, vilket är det troliga, kommer individer som har relativt låga risktal att avstå från att försäkra sig på grund av att de tycker att premierna är för höga. Alternativt kan de ansluta sig till en försäkring för personer med låg risk och därmed låga premier. Ju fler individer med låga risktal som hoppar av försäkringen, desto högre blir premierna eftersom de som blir kvar har högre risktal och högre förväntade utgifter. Detta problem kan undvikas genom att försäkringen

görs obligatorisk. Det kan även finnas andra skäl till varför offentlig finansiering ofta föredras framför privata försäkringar av sjukvårdsutgifter, t ex skalfördelar och transaktionskostnader. Kostnaderna för marknadsföring och utbetalningar av ersättningar är förmodligen högre vid privata försäkringar (Rehnberg 1993). Detta gör att den "loading factor" som återspeglar de kostnader som inte betalas ut som ersättning kan vara relativt hög för privata försäkringar.

Den kanske främsta anledningen till att man avstått från att låta individerna själva välja formen och omfattningen av sin egen sjukförsäkring är ojämnheten i inkomstfördelningen. Problemet accentueras av att ekonomiskt svaga grupper, t ex äldre och arbetslösa, även har det största vårdbehovet. Detta skulle dock kunna lösas genom åtgärder för att utjämna inkomstfördelningen, t ex med en "voucher" (check) som kunde användas för köp av sjukförsäkring. Problemet att kompensera för extra stora vårdbehov kvarstår dock.⁵

Speciella egenskaper hos läkemedel?

Inom sjukvården finns det ett uttalat beroende mellan olika produktionsfaktorer. Avancerad kirurgi skulle exempelvis vara omöjlig utan effektiva anestesimedel, och utan diagnostisk kunskap hos läkarna kan inte läkemedlen utnyttjas effektivt. Detta beroende mellan olika produktionsfaktorer talar för ett enhetligt finansieringssystem för sjukvården. Trots detta kan vi konstatera att läkemedlen ofta har särbehandlats vid utformningen av finansieringen av sjukvården. Vanligen är subventioneringsgraden lägre och ersättningen omgärdad med olika restriktioner som skall förhindra "överkonsumtion".

Bakgrunden till detta kan sökas i problemet med "moral hazard", dvs att förekomsten av en subventionering påverkar konsumentens konsumtionsval. Problemet med moral hazard är större när det gäller läkemedel än vid annan vårdkonsumtion. Läkarpbesök och sjukhusvård tar patientens tid i anspråk, och denna "tidskostnad" ökar patientens pris för vården. Det håller tillbaka vårdkonsumtionen. Kännetecknande för läke-

medelskonsumtion, och naturligtvis en av de stora fördelarna ur effektivitetssynpunkt, är att tidskostnaden i många fall är liten eller till och med försumbar. När det gäller sjukhusvård och läkarbesök kan vårdkonsumtionen ransoneras genom väntelistor av olika slag. Vi har inte några köer för att erhålla läkemedel. Ekonomiska incitament blir därför viktigare för att begränsa efterfrågan.

Det är dock viktigt att läkemedelssubventioneringen ses i relation till hur sjukvården i övrigt finansieras. Man bör även beakta vissa speciella egenskaper hos läkemedlen vid förändringar i subventioneringssystemet för läkemedel. Ett sådant särdrag, som redan nämnts, är att läkemedel inte kan ransoneras med hjälp av köer eller andra administrativa regleringar på samma sätt som andra vårdtjänster. Bland övriga särdrag kan nämnas:

1. Läkemedel kan vara såväl komplement till som substitut för andra produktionsfaktorer. Genom tillgång på effektiva läkemedel kan produktiviteten för läkare och sjukhus öka. Ibland kan nya läkemedel göra att betydelsen av andra produktionsfaktorer minskar. Exempelvis kan behandling med receptförskrivna läkemedel vara ett alternativ till medicinsk eller kirurgisk behandling inom slutenvård. För att sjukvården skall vara effektiv krävs att avvägningen mellan öppen och slutenvård är optimal. Det innebär att om den slutna vården subventioneras är det troligen effektivt att även konkurrerande behandlingar i öppen vård subventioneras på grund av skiljaktiga konsumtionsexternaliteter.

2. Självmedicinering är ibland ett alternativ till utnyttjandet av sjukvård. Intresset för egenvård har ökat under de senaste decennierna. Detta kan bero på att individerna har blivit mer hälsomedvetna genom ökad utbildning och information (Lindgren 1984, Svarvar et al 1992). En alternativ förklaring är att egenvård kan ses som ett medel att reducera de offentliga utgifterna för sjukvård (Jönsson 1984). På läkemedelsområdet kan detta märkas genom en ökad försäljning av naturläkemedel och OTC-läkemedel. Huvuddelen av alla hälsoproblem kommer inte till sjukvårdens kännedom utan löses genom nå-

gon form av egenvård. En effektiv sjukvård kräver även en optimal avvägning mellan egenvård och formell sjukvård. Subventioneringssystemets utformning kan påverka denna avvägning. Exempelvis kan låga eller inga egenavgifter för receptläkemedel öka efterfrågan på såväl läkarbesök som sådana läkemedel.

3. Läkemedelsframställning bygger på en starkt internationaliserad teknologi. Huvuddelen av läkemedlen kommer från andra länder. I detta avseende skiljer sig läkemedlen från exempelvis sjukhusvård och läkarvård som är en i huvudsak inhemsk produktion.⁶ Mer än hälften av vår läkemedelskonsumtion består av import. Detta innebär att våra möjligheter till att använda läkemedelsteknologin inte bara är beroende av våra egna forskningsinsatser utan även av forskningsinsatser internationellt. En effektiv läkemedelsförsörjning kräver en fungerande internationell arbetsfördelning och marknad för läkemedel.

4. Läkemedelsmarknaden är en starkt innovativ marknad. Även i avsaknad av subventionering kännetecknas marknaden snarare av produkt- än priskonkurrens. Innovativa produkter bidrar i hög grad till produktivitetssökningar inom sjukvården. För länder med en innovativ, exporterande läkemedelsindustri kan denna näringsgren ha stor ekonomisk betydelse. Det innebär t ex att resultaten av den svenska läkemedelsforskningen inte bara innebär bättre behandlingsmöjligheter för svenskar utan även leder till exportintäkter från försäljning av läkemedel till utlandet. 1992 hade Sverige ett överskott i handelsbalansen för läkemedel på ca 7 miljarder kronor (LIF/RUFI, 1993).

5. Utgifterna för läkemedel är relativt låga för genomsnittshushållet (se Jönsson och Andersson 1990). Det var t ex endast 6 procent av individerna år 1988 som konsumerade receptbelagda läkemedel för mer än 3 000 kronor på ett år. Bara ett fåtal individer har därför så höga utgifter att de kan betraktas som stora individuella ekonomiska problem. Detta är dock något som kan komma att ändras i framtiden. Nya läkemedelstera-

pier utvecklas kontinuerligt och priserna är ibland tusentals kronor per dygnsdos. Detta kan vara ett argument för en försäkringslösning och en utformning av subventionerna som ett högkostnadsskydd. Till detta högkostnadsskydd kan man eventuellt även knyta en självrisk för att reducera ett eventuellt missbruk av försäkringen. Frågan är i detta fall även på vilken nivå ett högkostnadsskydd bör träda i kraft och hur det bör utformas.

Noter

¹ Att en stor andel av utgifterna finansieras med offentliga medel är dock inget som skiljer läkemedel från övrig sjukvård. Sjukvården finansieras i de flesta länder till en dominerande del direkt över offentliga budgetar eller genom obligatoriska försäkringar. I genomsnitt för OECD länderna är 76 procent av vården offentligt finansierad (exklusive Grekland, Luxemburg, Portugal och Turkiet), se OECD (1993). Motsvarande andel för Sverige är ca 90 procent. Vanligen äger dessutom huvuddelen av vårdproduktionen rum inom offentliga förvaltningar som inte är utsatta för konkurrens. I den svenska sjukvården är finansiering och vårdproduktion till stor del integrerade genom att landstingen svarar för bådadera.

² Den relevanta frågan, i detta sammanhang, är således vilken vårdinsats som är effektivast i behandlingen av olika sjukdomar. För att kunna bestämma detta krävs bl a att man beaktar inte bara kostnader utan även effekter av olika alternativa behandlingar. Om t ex läkemedel inte har någon effekt alls medför de enbart en utgift för konsumenterna och samhället. Om de har effekter blir det en fråga om kostnadseffektivitet, dvs värdet i förhållande till kostnaderna. För läkemedel med dålig kostnadseffektivitet måste man beakta om det finns andra terapier som har bättre kostnadseffektivitet. Hälsoeffekter kan uppkomma både genom en reduktion av antalet "ineffektiva läkemedel", ett ökat antal "effektiva terapier" och genom minskade biverkningar. Vanligtvis krävs en kombination av olika produktionsfaktorer i behandlingen av olika sjukdomar. Den effektivaste kombinationen varierar mellan olika sjukdomar och förändras över tiden beroende på den medicinska forskningens framsteg, dvs ny kunskap och nya teknologier.

³ Med riskaversion menas att en viss individ t ex hellre avstår 1 krona med säkerhet än tar risken att behöva betala 100 kronor med sannolikheten 1/100. Om individen är indifferent vid detta val är han riskneutral.

⁴ Landstingens utgifter finansieras till cirka två tredjedelar av landstingsskatten, återstoden främst genom ersättningar från sjukförsäkringen och statsbidrag. Patientavgiften svarar för bara några få procent.

⁵ Dessa problem med privata sjukförsäkringar utesluter dock inte inslag av marknadslösningar. En marknad med konkurrerande försäkringsbolag kan etableras genom obligatorium för försäkringar och offentliga subventioner till vissa grupper.

⁶ Hög grad av internationalisering gäller även andra produktionsfaktorer inom sjukvården, t ex olja. En väsentlig skillnad är dock att läkemedlen är mycket mer specifika (svårutbytbara) än flertalet andra produktionsfaktorer. Viss medicinsk utrustning och vissa handikapphjälpmedel kan i detta avseende jämföras med läkemedlen.

2. Läkemedelsutgifternas storlek och utveckling¹

Läkemedelsutgifternas utveckling i Sverige

Läkemedelsutgifternas utveckling kan beskrivas på många olika sätt. Tabell 2.1 innehåller fem olika mått på läkemedelsutgifterna i Sverige 1974–92. I absoluta nominella termer, har läkemedelsutgifterna ökat kraftigt från 1 892 miljoner kronor (Mkr) i apotekens utförsäljningspris (AUP)² år 1974 till 13 035 Mkr 1992. Dessa utgifter har ökat med i genomsnitt 11,3 procent per år.³ Om hela den studerade perioden delas upp i tre lika långa (sex års) delperioder, 1974–80, 1980–86 och 1986–92, framgår att ökningen i läkemedelsutgifterna är ungefär lika stora under den första och tredje delperioden, och större än under den andra delperioden. Under den första delperioden ökade utgifterna med 12,2 procent i genomsnitt per år, 9,7 procent i den andra delperioden och 12,1 procent i den tredje.

Det mesta av de observerade utgiftsökningarna för läkemedel kan förklaras av inflation. Om vi istället analyserar de absoluta reala läkemedelsutgifterna, dvs de nominella läkemedelsutgifterna deflaterade med nettoprisindex (exklusive moms), som kan ses som ett mått på läkemedlens alternativkostnad, kan vi se att mönstret förändras. Läkemedelsutgifterna ökade med 3,5 procent i genomsnitt per år totalt under hela den studerade perioden 1974–92, från 1 892 Mkr till 3 504 Mkr i fasta priser (1974). Nu kan vi dock se att läkemedelsutgifterna ökade klart snabbare under den tredje delperioden, dvs med 6,4 procent per år. Motsvarande ökning för första och andra delperioden var 1,8 procent respektive 2,3 procent. Orsaken till att utgiftsmönstret är olika nominellt och reellt förklaras av att inflationen var högre under de tidigare två delperioderna (1974–80 och 1980–86); nettoprisindex steg då med

Tabell 2.1 Olika mått på läkemedelsutgifterna i Sverige, 1974–92

År	(1) N läke- medels- utgifter	(2) R läke- medels utgifter	(3) R läkemedels utgifter per innevånare	(4) % av hälso- och sjukvårds- utgifter	(5) % of BNP
1974	1 892	1 892	232	10,2	0,73
1975	2 203	2 014	246	9,7	0,73
1976	2 467	2 041	248	9,2	0,72
1977	2 843	2 125	258	8,8	0,76
1978	3 174	2 161	261	8,8	0,76
1979	3 408	2 109	254	8,6	0,73
1980	3 765	2 100	253	8,0	0,71
1981	4 100	2 063	248	7,9	0,71
1982	4 709	2 161	260	8,1	0,74
1983	5 277	2 290	275	8,2	0,74
1984	5 567	2 233	268	7,9	0,70
1985	6 087	2 301	276	8,5	0,70
1986	6 570	2 410	288	8,7	0,69
1987	7 335	2 603	310	8,9	0,72
1988	8 280	2 743	325	9,3	0,74
1989	9 167	2 860	340	9,2	0,74
1990	10 145	2 949	344	9,1	0,75
1991	11 405	3 154	366	9,0	0,79
1992	13 035	3 504	404	10,0*	0,91

Källa: Apoteksbolaget (1993).

Kol 1: Nominella läkemedelsutgifter, kr, 1974–92.

Kol 2: Reala läkemedelsutgifter, kr, 1974–92 fasta priser 1974.

Kol 3: Reala läkemedelsutgifter per innevånare, kr, 1974–92 fasta priser 1974.

Kol 4: Läkemedelsutgifterna i procent av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna, 1974–92.

Kol 5: Läkemedelsutgifterna i procent av bruttonationalprodukten (BNP), 1974–92.

* Preliminär skattning.

Notera: Andelen av sjukvårdsutgifterna (exklusive investeringar), är baserade på en tidsserie där kostnaderna för "vård mental + handikappade" är exkluderade från hälso- och sjukvårdsutgifterna från 1985.

10,2 procent respektive 7,2 procent, mot 5,8 procent under den tredje delperioden (1986–92). Att utgiftsökningen tycks vara högre reallt under den tredje delperioden förändras inte om utgifterna uttrycks i per capita-termer. De reala utgifterna per innevånare ökade totalt med 3,1 procent; från 232 kr 1974 till 404 kr i fasta priser år 1992, och med 1,5 procent, 2,2 procent och 5,8 procent, under de tre delperioderna 1974–80, 1980–1986 respektive 1986–92. Den årliga genomsnittliga ökningen är klart större under den tredje delperioden än under de första två. Drygt 60 procent av den totala ökningen under hela den studerade perioden i reala per capita-termer kan hänföras till den tredje delperioden.

Två ytterligare mått på de reala läkemedelsutgifterna fås genom att uttrycka dessa utgifter som andel av BNP eller som andel av sjukvårdsutgifterna. Läkemedlen som andel av BNP har varit relativt konstant 1974–92, ca 0,75 procent. Vi kan dock observera en ökning mellan åren 1990 och 1992 då denna andel ökade med 0,16 procentenheter. Ökningen mellan dessa år kan delvis förklaras av den svaga utvecklingen i BNP under dessa år. Andelen läkemedel i sjukvården räknat på hela perioden 1974–92 har varit oförändrad: 10,2 procent år 1974 och 10,0 procent år 1992. Under första halvan av perioden minskade andelen successivt för att sedan öka igen efter mitten på 1980-talet. Förändringen i sjukvårdspolitiken från sjukhusinriktad vård till mer öppna vårdformer gör det rimligt att anta att denna andel kommer att fortsätta öka i framtiden (Jönsson 1991).

Vår slutsats blir därför att ökningen i de reala läkemedelsutgifterna 1974–92 inte har varit anmärkningsvärt hög. Under den studerade perioden har läkemedlens andel av sjukvårdsutgifterna och BNP, i stort sett, varit oförändrad. Båda dessa andelar tenderar dock att öka något i slutet av perioden. I absoluta per capita-termer, har de reala läkemedelsutgifterna ökat totalt med 74 procent 1974–92, varav drygt 60 procent kan hänföras till den tredje delperioden 1986–92.

Pris och kvantitet i de reala läkemedels- utgifterna

Ökningen i de reala läkemedelsutgifterna kan analyseras ytterligare genom att dela upp utgifterna i tre komponenter: pris, kvantitet och en residual.

Residualen uppstår på grund av svårigheter att mäta pris- och kvantitetsförändringar över tiden. Problemet är främst introduktionen av nya läkemedel. När prisindexet beräknas använder Apoteksbolaget alla apotekens inköpspriser (AIP) för aktuell månad (ca 5 000 priser) som vägs med antalet under den senaste 12-månadersperioden inköpta enheter av respektive artikelnummer. December månad året före är alltid basmånad i beräkningarna. Alla de förpackningar för vilka pris är angivet i både basmånaden och aktuell månad medtages. Inköpsbeloppet för årskvantiteten i aktuella priser divideras därefter med motsvarande belopp, räknat i basmånadens priser.⁴ När ett läkemedel först introduceras på marknaden kan det således inte inkluderas i prisindex eftersom det inte finns något pris mot vilket vi kan mäta en förändring. Det nya läkemedlet kan först inkluderas när prisinformation finns tillgänglig för två successiva perioder.

Utöver introduktionen av nya läkemedel sker även förändringar i läkemedelskonsumtionens sammansättning, vilket leder till problem eftersom prisindex antingen använder kvantitetsinformation som vikter från basperioden (Laspeyres index) eller från varje given period (Paasches index). Ett annat problem är att mäta kvantiteten läkemedel eftersom det inte finns något kvantitetsmått tillgängligt som fångar upp förändringar i kvalitet, t ex antal förskrivningar eller definierade dygnsdoser (DDD). Dessa problem med att konstruera pris- och kvantitetsindex gör att ökningen i reala läkemedelsutgifter inte ens approximativt motsvarar ökningen i prisindex multiplicerat med något fysiskt kvantitetsmått. Vi får en betydande skillnad, den s k residualen.

Tabell 2.2 visar index för relativpriser, kvantitet och residualen. Relativpriset på läkemedel mäts genom att dividera läkemedelsprisindex (AUP, exklusive moms) med nettoprisindex (exklusive moms) (december 1974=100); kvantiteten mäts med antal förskrivna läkemedel; residualen mäts genom att divide-

ra indexet för reala läkemedelsutgifter med produkten av pris- och kvantitetsindexen. Indexet för de totala läkemedelsutgifterna är således pris · kvantitet · residual.

Vi kan se att indexet för reala läkemedelsutgifter ökade från 100 till 185 under 1974–92, dvs med 85 procent eller 3,5 procent per år. Under denna period föll relativpriset på läkemedel kraftigt från ett indexvärde på 100 till 68, dvs med 32 procent. Antalet förskrivna läkemedel ökade från index 100 till 119 eller med 19 procent. Antalet förskrivningar har använts i denna

Tabell 2.2 Reala läkemedelsutgifter, relativpris och kvantitet för läkemedel i Sverige 1974–92 (index)

År	(1) Reala utgifter	(2) Relativpris	(3) Förskrivna läkemedel	(4) Residual
1974	100	100	100	100
1975	106	98	103	105
1976	108	96	101	111
1977	112	99	102	111
1978	114	95	100	120
1979	111	89	99	126
1980	111	87	100	128
1981	109	86	94	135
1982	114	85	96	140
1983	121	84	98	147
1984	118	81	95	153
1985	122	80	97	157
1986	127	80	96	165
1987	138	80	98	176
1988	145	76	104	183
1989	151	73	106	195
1990	156	71	109	202
1991	167	70	111	215
1992	185	68	119	229

Källa: Apoteksbolaget (1993).

Kol 1: Reala läkemedelsutgifter index, 1974–92, 1974=100.

Kol 2: Prisindex (AUÅ, exklusive moms) dividerat med nettoprisindex (exklusive moms), 1974–92, 1974 = 100.

Kol 3: Förskrivna läkemedel index, 1974–92, 1974=100.

Kol 4: Kol 1/(Kol 2 · Kol 3)/100.

studie på grund av att uppgifter om dygnsdoser (DDD) inte finns tillgängliga för hela den analyserade perioden. Detta spelar förmodligen ingen roll eftersom alla fysiska kvantitetsmått lider av samma grundläggande problem, dvs att de inte fångar upp kvalitetsförändringar. Huvuddelen av den totala ökningen i reala läkemedelsutgifter kan således hänföras till residualen, som ökade med 129 procent 1974–92.

Vi kan också se att ökningen i de reala läkemedelsutgifterna åren 1986–92 sammanfaller med ökningen i antalet förskrivningar. Förskrivningarna ökade med 24 procent 1986–92 efter att tidigare under perioden minskat något; residualen ökade med 28 procent och 29 procent i den första respektive andra delperioden, men 39 procent i den tredje delperioden. Relativpriset på läkemedel var ungefär oförändrat.

Övergången till dyrare läkemedel

Eftersom residualen spelar en nyckelroll för utvecklingen av de totala läkemedelsutgifterna, kan det vara intressant att veta vad denna komponent mer exakt består av. Vi kan tänka oss att residualen består av fem olika faktorer: den första är introduktion av nya läkemedel för sjukdomar som tidigare inte behandlats med läkemedel; den andra är övergången från billiga läkemedel till dyra läkemedel för en viss sjukdom; den tredje är introduktionen av nya och billigare generiska läkemedel (exakta kopior av originalpreparat vars patent har löpt ut); den fjärde är gamla läkemedel som försäljs i större förpackningar än tidigare; den femte är gamla läkemedel som försäljs i mindre förpackningar än tidigare.

Vår hypotes är att det är övergången från billigare till dyrare läkemedel som har varit den viktigaste av dessa fem faktorer. Ett typiskt exempel är läkemedel för behandling av högt blodtryck där diuretika, som kostar ca 500 kronor per år successivt har ersatts av beta-receptorblockerare, som kostar 1 000 kronor per år. Under senare år har ACE-hämmare och kalciumantagonister, som kostar 2 000 kronor eller mer per år, ta-

git en allt större del av marknaden vid högt blodtryck (Johannesson et al 1991). Ett annat exempel är läkemedel för behandling av magsår, där cimetidin har ersatt antacida, som under 1980-talet förlorat marknadsandelar till det betydligt dyrare ranitidin. De senare åren har omeprazol tagit en signifikant del av marknaden för magsår, trots en högre behandlingskostnad per dag.

Om vi i detalj vill undersöka hur mycket av de ökade utgifterna som beror på övergången till dyrare läkemedel har vi en avsevärd forskningsuppgift framför oss. Vi nöjer oss här med att belysa denna fråga med data från tre läkemedelsområden: astma, hypertoni och magsårsläkemedel.

Utgifter, pris och kvantitetsdata (DDD) för hypertoni, magsår och astma, för fem år 1987–92 har insamlats från Diagnos-receptundersökningen.⁵ Denna undersökning följer läkemedelsförskrivningar i öppenvård sedan 1978, och visar bl a förskrivningar fördelade på diagnos. Diagnos-receptundersökningen räknas upp från ett slumpmässigt stickprov som omfattar läkare i öppen vård. Den är baserad på ett löpande urval av Sveriges läkare. Detta urval omfattar en åttandedel av läkarna. Läkare som deltagit i undersökningen utesluts ur urvalet påföljande fyra år. År 1992 omfattade urvalet 2 261 läkare. Av dem var 1 570 (69 procent) villiga att delta; 501 av dem hade inga patientbesök, vanligen till följd av semester, föräldraledighet eller annan ledighet. Av urvalets läkare ville alltså 691 (31 procent) inte delta i undersökningen. Den vanligast angivna anledningen till att ej delta var tidsbrist. Varje läkare deltog i en vecka, och kopior av förskrivningar är kompletterade med information om de ställda diagnoserna eller symptomen och annan information som relateras till läkemedelsbehandlingen. De deltagande läkarna hade sammanlagt 32 213 patientbesök som resulterade i 30 482 förskrivna läkemedel. Varje patient ges en eller flera diagnoser vid läkarbesöket. Varje diagnos resulterar i en konsultation. Antalet konsultationer var 39 018, och vid 63 procent av konsultationerna förskrevs ett eller flera läkemedel.

Tabell 2.3 visar index på de totala läkemedelsutgifterna, relativpriset på läkemedel och DDD (kvantitet) för astma, hypertoni och magsår 1987–92.

De nominella utgiftsökningarna för astmaläkemedel var

omkring 145 procent mellan 1987 och 1992; från 453 Mkr till 1 111 Mkr. Realt ökade utgifterna för astmaläkemedel med 86 procent. DDD-antalet ökade från cirka 153 miljoner till 238

Tabell 2.3 Nominella och reala läkemedelsutgifter, relativpriser, kvantitet (DDD) och övergången till nya och dyrare läkemedel för astma, hypertoni och magsår 1987–92 (index)

	1987	1988	1989	1990	1991	1992
ASTMA ICD 493						
Totala nominella utgifter	100	127	171	208	209	245
Totala reala utgifter	100	119	150	170	163	186
Astma, relativprisindex (AUP)	100	96	91	89	86	83
Kvantitet (DDD)	100	124	131	141	143	155
Övergång till dyrare läkemedel	100	100	126	135	133	145
HYPERTONI ICD 401A-401X						
Totala nominella utgifter	100	106	112	119	139	143
Totala reala utgifter	100	99	99	97	108	108
Hypertoni, relativprisindex (AUP)	100	96	92	89	85	81
Kvantitet (DDD)	100	100	89	86	90	89
Övergång till dyrare läkemedel	100	103	121	127	141	150
MEDEL VID MAGSÅR ICD 531,532,533,534,+(535)						
Totala nominella utgifter	100	101	130	134	158	232
	(100)	(90)	(154)	(136)	(165)	(239)
Totala reala utgifter	100	94	114	110	123	176
	(100)	(84)	(135)	(111)	(129)	(181)
Magsår, relativprisindex (AUP)	100	94	88	82	78	73
Kvantitet (DDD)	100	87	97	106	106	184
	(100)	(81)	(123)	(104)	(108)	(162)
Övergång till dyrare läkemedel	100	115	134	127	149	131
	(100)	(110)	(125)	(130)	(153)	(153)

Källa: Apoteksbolaget (1993).

miljoner, dvs 55 procent. Relativpriset på astmaläkemedel, dvs läkemedelsprisindex för astmaläkemedel dividerat med nettoprisindex, minskade med 17 procent. Minskningen i relativpriset motsvaras ungefär av prisminskningen för läkemedel som helhet. Under den studerade perioden ökade residualen för astmaläkemedel med 45 procent, vilket kan tolkas som en övergång till dyrare läkemedel.

För hypertoni-läkemedel ökade de nominella utgifterna med 43 procent mellan 1987 och 1992; från 774 Mkr till 1 074 Mkr. Realt var dock denna ökning endast 8 procent. Relativprisindex för hypertoni-läkemedel och kvantiteten DDD minskade med 19 procent respektive 11 procent. I absoluta termer minskade DDD-mängden från cirka 299 miljoner till 266 miljoner. Även för hypertoni verkar övergången till dyrare läkemedel vara den mest kostnadsdrivande faktorn. Residualen ökade mellan 1987 och 1992 med 50 procent.

För magsårsläkemedel rapporterar vi data både exklusive och inklusive gastrit (ICD 535). Den senare siffran är angiven inom parentes. De nominella utgifterna för magsårsläkemedel (exklusive gastrit) ökade med 132 procent mellan 1987 och 1992; från 79 Mkr till 183 Mkr, eller med 76 procent i reala termer. Relativprisindex för magsårsläkemedel föll kraftigt med 27 procent, vilket var en större minskning än för läkemedel i allmänhet. Kvantiteten DDD ökade med 84 procent; från cirka 8,0 miljoner till 14,7 miljoner. Övergången till dyrare läkemedel tycks vara den viktigaste faktorn bakom ökningen i läkemedelsutgifterna även inom detta område. Mellan 1987 och 1992 ökade residualen med 31 procent. Vi kan också se att om gastrit (ICD 535) inkluderas i magsårsbegreppet, är förändringen i reala utgifter ungefär lika som för magsårsläkemedel exklusive gastrit.⁶ Kvantitetsökningen är dock betydligt kraftigare exklusive gastrit och residualökningen är större inklusive gastrit. När gastrit inkluderas kan vi även se att magsårsläkemedlen expanderade kraftigt mellan 1987-89, från ett indexvärde i de reala utgifterna på 100 år 1987 till 135 år 1989. Denna kraftiga ökning för gastrit i reala utgifter kan huvudsakligen förklaras av en ökning i de fysiska kvantiteterna (DD ökade med 23 procent 1987-1989).

Den totala ökningen i de reala utgifterna för astma- och

magsårsläkemedel (exklusive gastrit) var 86 procent respektive 76 procent, och var större än motsvarande ökning i de totala läkemedelsutgifterna som var 34 procent under 1987–92. Utgifterna för hypertoni-läkemedel ökade med 8 procent vilket är klart mindre än motsvarande ökning för de totala läkemedelsutgifterna. Detta beror delvis på en kraftig minskning i kvantitet med cirka 11 procent. Övergången till dyrare läkemedel har spelat en stor roll för alla tre läkemedelsområdena; residualen ökade nämligen med 45 procent, 50 procent och 31 procent för astma-, hypertoni- respektive magsårsläkemedel, vilket kan jämföras med motsvarande ökning för de totala läkemedelsutgifterna som var 30 procent.

Behovet av ekonomiska utvärderingar

Residualen svarar således för det mesta av ökningen i de reala läkemedelsutgifterna. Denna residual kan till stor del förklaras av övergången till nya och dyrare läkemedel som därmed också kan förklara ökningen i de reala läkemedelsutgifterna.

Av detta följer inte att det är sjukvårdsekonomiskt effektivt att begränsa utgifterna för läkemedel genom att sluta med att införa dyrare läkemedel. Vad som behövs är en bedömning som väger förväntade fördelar av utgifterna mot kostnaderna (Weisbrod 1961, s 174). I många fall kan introduktionen av nya och dyrare läkemedel visserligen öka utgifterna för läkemedel men ändå minska de totala behandlingsutgifterna. Läkemedelsutgifterna kan därför inte ses isolerade från andra produktionsfaktorer i produktionen av hälsa (Zöllner 1984). Efter som nya och dyrare läkemedel också innebär positiva effekter i jämförelse med redan existerande alternativ, är det nödvändigt att beakta både kostnaderna och effekterna av nya läkemedel. Den viktiga frågan att ställa vid introduktion av ett nytt läkemedel som medför högre kostnader, är om de extra kostnaderna uppvägs av de extra fördelarna.⁷ Denna fråga skall ekonomiska utvärderingar ge svar på. (I denna serie SNS-böcker ingår en bok som särskilt behandlar metodproblem och policyimplikationer i samband med ekonomiska utvärderingar,

Johannesson och Jönsson 1993).

I princip är det möjligt att utföra ekonomiska utvärderingar av nya läkemedel både på makronivå och på mikronivå. Den första typen av analys syftar till att besvara frågan om ökningen i läkemedelsutgifterna för nya läkemedel totalt sett kan kompenseras av fördelar av minst samma storlek. Den andra typen av analys syftar till att besvara frågan om ett specifikt läkemedel är samhällsekonomiskt lönsamt. Det är dock inte praktiskt möjligt att utföra ekonomiska utvärderingar på makronivå av ökade totala utgifter för läkemedel beroende på problemen när det gäller att separera pris- och kvantitetseffekter i residualen (se ovan). Vi kan därför inte heller dra några normativa slutsatser om ökningen i de totala läkemedelsutgifterna och nya läkemedel, eftersom den enda information vi har är att dessa läkemedel medför extra utgifter. Även om det vore möjligt att utföra ekonomiska utvärderingar på makronivå skulle det ändå vara nödvändigt att jämföra varje nytt läkemedel på mikronivå med existerande läkemedelsbehandlingar, andra behandlingar eller ingen behandling.

Det finns olika typer av ekonomiska utvärderingar (Drummond et al 1987). Alla tar hänsyn till kostnaderna men skiljer sig åt när det gäller sättet att mäta konsekvenserna. En kostnadsminimeringsanalys kan utföras om effekterna av två olika behandlingsalternativ är identiska. Alternativet med den lägsta kostnaden bör väljas.

Effekterna är dock sällan identiska, och därför måste kostnaderna och effekterna av olika alternativ jämföras. I kostnads-effektanalyser mäts kostnaderna i monetära termer och effekterna i fysiska termer, t ex vunna levnadsår. Kostnads-nyttoanalyser är en särskild form av kostnads-effektanalyser där effekterna mäts i kvalitetsjusterade vunna levnadsår. I kostnads-effektanalysen är det inte möjligt att värdera huruvida fördelarna (effekterna) överskrider kostnaderna eller inte. Det är bara möjligt att jämföra kostnads-effektkvoter.

I s k cost-benefitanalyser mäts både kostnaderna och fördelarna i monetära termer, vilket gör det möjligt att direkt bestämma huruvida fördelarna med t ex ett nytt läkemedel överskrider kostnaderna (Johansson 1991; Johannesson & Jönsson 1991, 1993; Johannesson et al 1992a).

Användningen av ekonomiska utvärderingar för att värdera övergången till dyrare läkemedel kan illustreras med tre svenska studier i de tre läkemedelsområden som analyserades i föregående avsnitt: astma, hypertoni och magsår.

Ädelroth och Thompson (1984, 1988) jämförde två olika typer av läkemedel för kontroll av instabil astma; peroral steroidbehandling (prednisolon) och lågdosinhalationssteroider (beklometason) och högdosinhalationssteroider. I en två-årsstudie undersöktes effekterna av att ersätta 36 kortisonberoende astmapatienters perorala steroidbehandling med inhalationssteroiden budesonid. Patienterna fick budesonid i tillägg till övrig medicinering och efter två veckor påbörjades reduktionen av den perorala steroiden. Efter två års behandling med budesonid var det 18 patienter som inte längre behövde det perorala kortisonet och 11 hade kraftigt reducerat sitt intag. För att värdera den ekonomiska effekten av övergången till inhalerad budesonid skattades de totala direkta kostnaderna före och efter insättandet av inhalerad budesonid. De totala direkta kostnaderna beräknades som de totala kostnaderna för astmaläkemedel och kostnaderna för sluten- och öppenvård. I tabell 2.4 visas de årliga direkta kostnaderna per patient för patienterna 2 år före studien och 3 år efter insättande av budesonid.

Läkemedelskostnaderna av perorala steroider per år skattades till omkring 1 000 kronor per patient och år och kostnaden

Tabell 2.4 Totala årliga direkta kostnader per astmapatient före och efter insättande av behandling med inhalationssteroiden budesonid, 1982 års priser, kr

Kostnader	Före användandet av budesonid	Efter användande av budesonid
Läkemedel	1 000	2 300
Slutenvård	19 600	4 500
Öppenvård	4 000	7 600
Totala direkta kostnader	24 600	14 400

Källa: Ädelroth och Thompson (1984).

för inhalationssteroiden budesonid skattades till omkring 2 300 kronor per patient och år (1982 års priser). Trots en ökning i både läkemedelsutgifterna och utgifterna i öppenvård, minskade de totala direkta utgifterna efter användande av budesonid beroende av en kraftig minskning i utgifterna för slutenvård. De årliga kostnaderna per patient skattades till 24 600 kronor före introduktion av budesonid och till 14 400 kronor efter introduktionen, vilket indikerar en årlig kostnadsbesparing av 10 200 kronor per patient som behandlas med budesonid. Till denna vinst bör man även lägga eventuella vinster i indirekta morbiditetskostnader och hälsoeffekter av inhalerad budesonid för att utföra en fullständig ekonomisk utvärdering. Det bör dock noteras att skattningen av kostnadsimplikationerna av inhalerad budesonid jämfört med perorala steroider bör tolkas med försiktighet, eftersom skattningarna inte baserades på en randomiserad studie som jämförde två olika behandlingsalternativ.

Johannesson et al (1992b) jämförde två av de mest vanliga hypertoni-läkemedlen, metoprolol (en beta-blockerare) och thiazide diuretika i behandlingen av mild till moderat hypertoni för medelålders män. En kostnads-effektanalys utfördes för att undersöka om marginalkostnaderna för metoprolol, omkring 800 kronor per år, kompensades av de marginella fördelarna. Studien baserades på MAPHY-(Metoprolol Arteriosclerosis Prevention in Hypertensives)-studien (Wikstrand et al 1991), som är ett kliniskt försök och som visade att risken för koronar hjärtsjukdom var 24 procent lägre i gruppen som behandlats med metoprolol. Risken för stroke var liknande i de två grupperna. Kostnaderna i studien mättes som ökningen i läkemedelskostnaderna av metoprolol minus inbesparade morbiditetskostnader som följd av minskad (koronar) risk. Effekterna mättes som ökad förväntad livslängd med metoprolol jämfört med thiazide diuretika. Resultatet per patient behandlad med metoprolol för den genomsnittliga uppföljningsperioden på 5 år visas i tabell 2.5.

Läkemedelskostnaderna ökade med omkring 3 500 kronor per patient med metoprolol jämfört med thiazide diuretika. Denna kostnadsökning togs mer än väl ut av minskade morbiditetskostnader som var 4 300 kronor per patient vilket gav en

total kostnadsminskning med 800 kronor per patient. Under samma period ökade metoprolol också den förväntade livslängden jämfört med thiazide diuretika, dvs 0,17 vunna levnadsår. Metoprolol minskade således kostnaderna och ökade den förväntade livslängden om både direkta och indirekta kostnader inkluderas. Med bara direkta kostnader inkluderade var kostnaden per vunnet levnadsår 16 000 kronor.

Jönsson och Carlsson (1991) studerade förändringen i kostnaderna för magsår 1978 till 1983 beroende på introduktionen av cimetidin i Sverige. Ökningen i läkemedelskostnaderna jämfördes med minskningen i direkta och indirekta morbiditetskostnader för Sverige som helhet. Som framgår av tabell 2.6

Tabell 2.5 Kostnads-effektanalys av metoprolol versus thiazide diuretika, 5 procent diskonteringsränta, 1991 års priser, kr

Resultat	Kostnader	
	Direkta	Direkta och Indirekta
Läkemedelskostnader	3 500	3 500
Morbiditetskostnader	- 800	- 4 300
Totala kostnader	2 700	- 800
Vunna levnadsår	0,17	0,17
Kostnad per vunnet levnadsår	16 000	Kostnadsbesparing

Källa: Johansson et al (1992b).

Tabell 2.6 Förändring i kostnader beroende på introduktionen av cimetidin i Sverige, löpande priser, Mkr

År	Läkemedel	Direkta kostnader	Indirekta kostnader	Totalt
1978	+ 7,1	- 4,2	-3,8	- 0,9
1979	+11,6	- 7,7	-9,6	-5,7
1980	+15,8	-7,3	-16,6	-8,1
1981	+19,6	- 9,5	-26,7	-16,6
1982	+29,8	-11,5	-40,3	-22,0
1983	+39,6	-11,9	-53,4	-25,7

Källa: Jönsson och Carlsson (1991).

minskade de totala kostnaderna, trots ökningen i läkemedelskostnaderna. Minskningen i de totala kostnaderna varierade från 0,9 Mkr 1978 till 25,7 Mkr 1983. Ökningen i fördelarna för hälsotillståndet på grund av cimetidin borde också läggas till de minskade kostnaderna men skattades inte i studien.

Dessa tre exempel visar betydelsen av att göra ekonomiska utvärderingar i samband med introduktion av nya och dyrare läkemedel. Eftersom läkemedel kan vara substitut för andra aktiviteter inom hälso- och sjukvården kan ökningar i läkemedelskostnaderna medföra reduktion i kostnaderna inom andra delar av sjukvården. Det är därför viktigt att ta hänsyn till alla kostnader och också undersöka de nya läkemedlens effekter på hälsan för att värdera de samhälleliga fördelarna av en övergång till dyrare läkemedel.

Noter

¹ Detta kapitel bygger till stor del på Gerdtham et al 1993b.

² AUP står för apotekens utförsäljningspris. På apotekens inköpspris (AIP) lägger apoteken på 41 procent vilket ger apoteken en marginal på 29 procent. På fabrikantens pris lägger droghandeln på 4,2 procent vilket ger droghandeln en marginal på 4 procent och utgör 2,8 procent av apotekens utförsäljningspris. Fabrikantens pris till droghandeln (DIP) utgör 68,2 procent av apotekens utförsäljningspris.

³ Läkemedel som förskrivs av läkare är inte momsbelagda. Det är däremot OTC-läkemedel (OTC = over the counter) vars pris innehåller momspåslag på 25 procent.

⁴ AIP-index avser apotekens totala inköp för såväl öppen som sluten vård.

⁵ Diagnos- receptundersökningen är baserad på antalet förskrivningar och inte på faktiska läkemedelsutköp. Detta innebär att kostnads-skattningar som baseras på denna undersökning kommer vara över-skattade eftersom de också inkluderar de förskrivningar som aldrig kommer att resultera i faktiska köp av läkemedel. Det är viktigt att komma ihåg detta när siffrorna tolkas. Om det emellertid kan antas att denna bias inte påverkar förändringen i läkemedelskostnaderna över tiden, kan våra siffror vara relevanta för att undersöka trender i läkemedelskostnaderna för dessa tre läkemedelsområden.

⁶ Prisindexet som här använts för gastrit är detsamma som magsårs-läkemedel i sin helhet.

⁷ Introduktionen av nya läkemedel prövas av Läkemedelsverket som ställer krav på redovisning av effekter av nya preparat.

3. Läkemedelsmarknaden och läkemedelsförmånen

Produktion och distribution

Läkemedelsindustrin

De läkemedel som säljs på den svenska marknaden produceras dels i Sverige, dels utomlands. På den svenska marknaden finns 29 svenska och 192 utländska tillverkare representerade (definierat som antal säljande läkemedelsföretag efter moderbolagets juridiska hemvist). Antalet säljande företag är färre eftersom flera företag representeras av ett och samma ombud. Importerade läkemedel svarar för en allt större del av den totala försäljningen i Sverige. År 1991 svarade utländsk industri för 58 procent av läkemedelsförsäljningen i Sverige.

Den svenska läkemedelsindustrins förlorade andelar på den svenska marknaden har mer än väl kompenseras genom ökade exportintäkter. Handelsbalansen för läkemedel har under senare år varit positiv och starkt växande. År 1992 var exportöverskottet 7,4 miljarder kronor.

Huvuddelen, ca 97 procent, av alla läkemedel säljs till partihandeln för vidarebefordran till apoteken. En liten del går dock direkt från läkemedelsindustrin till apoteken eller sjukhusen.

Partihandeln

Distributionsledet mellan industri och detaljhandel består av två grossister, ADA AB och Kronans Droghandel AB (KD). ADA ägs av Apoteksbolaget och KD av ett konsortium av

främst utländska läkemedelsföretag. Distributionskostnaden fastställs efter förhandlingar mellan industri och partihandel. År 1992 var denna marginal ca 4 procent på apotekens inköpspris (AIP), en i internationellt perspektiv låg siffra.

Detaljhandel

Detaljhandel med läkemedel är i Sverige enligt lag ett monopol. Den får endast bedrivas av staten eller av statligt bolag. För närvarande pågår dock en statlig utredning om den svenska läkemedelsförsörjningen som även kommer att utreda vilken förändring som kan komma att behöva göras avseende Apoteksbolagets framtida verksamhet, bl a med tanke på utvecklingen inom EG (LFU 92). Idag har Apoteksbolaget, Statens bakteriologiska laboratorium (SBL) och Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA) rätt att bedriva detaljhandel med läkemedel. Apoteksbolaget med sina ca 12 000 anställda, 849 apotek (inklusive sjukhusapotek) och mer än 1 000 ombud och filialer, dominerar detaljhandeln. SBL och SVA svarar endast för ca 1 procent av den totala försäljningen. Apoteksbolagets omkostnader täcks genom att ett pålägg läggs på inköpspriset.

Tre delmarknader

Den svenska läkemedelsmarknaden kan delas upp i tre olika delmarknader: sjukhus, receptbelagda läkemedel och OTC. Tabell 3.1 visar den relativa storleken på de tre delmarknaderna och deras utveckling 1974–92.¹ Apoteksbolagets totala försäljning år 1992 uppgick till nästan 13 miljarder kronor. Dessa intäkter skall finansiera produktion, partihandel och detaljhandel. Av Apoteksbolagets försäljning gick knappt 1,9 miljarder kronor (15 procent) till den slutna vården och 11 miljarder kronor (85 procent) till konsumtion i öppen vård.² Av försäljningen till den öppna vården var 90 procent (9,9 miljarder kronor) receptförskrivna läkemedel och 10 procent (drygt 1 miljarder kronor) handköpläkemedel.

Tabell 3.1 Apoteksbolagets försäljning (inklusive licenspreparat och extempore) 1974–92 i Sverige fördelad på försäljning till sjukhus, enligt recept till allmänheten och handköp, löpande priser. AUP, Mkr, exklusive moms. Procent av Apoteksbolagets försäljning anges inom parentes*

År	Apoteks- bolagets försäljning Mkr	Sjukhus Mkr (%)	Till allmänheten	
			Enligt recept Mkr (%)	Handköp (OTC) Mkr (%)
1974	1 816	292 (16)	1 319 (73)	205 (11)
1975	2 117	338 (16)	1 548 (73)	231 (11)
1976	2 369	384 (16)	1 739 (74)	246 (10)
1977	2 725	447 (16)	2 018 (74)	260 (10)
1978	3 049	503 (17)	2 263 (74)	283 (9)
1979	3 273	552 (17)	2 422 (74)	299 (9)
1980	3 619	604 (17)	2 696 (74)	319 (9)
1981	3 945	660 (17)	2 915 (74)	370 (9)
1982	4 526	733 (16)	3 369 (75)	424 (9)
1983	5 084	846 (17)	3 786 (74)	452 (9)
1984	5 359	926 (17)	3 943 (74)	490 (9)
1985	5 860	1 021 (18)	4 287 (73)	552 (9)
1986	6 333	1 057 (17)	4 690 (74)	586 (9)
1987	7 168	1 262 (18)	5 269 (73)	637 (9)
1988	8 194	1 469 (18)	6 016 (73)	709 (9)
1989	9 054	1 529 (17)	6 764 (75)	761 (8)
1990	10 051	1 615 (16)	7 606 (76)	830 (8)
1991	11 313	1 774 (16)	8 572 (76)	967 (8)
1992	12 910	1 948 (15)	9 895 (77)	1 067 (8)

Källa: Apoteksbolaget (1993).

* Fr o m andra halvåret 1987 inkl apoteken i Stockholms läns landsting.

Skillnaden mellan dessa tre delmarknader är viktig. Speciellt skiljer sig efterfrågeförhållandena och incitamenten till att vara prismetveten på de tre delmarknaderna.

Sjukhusens del i Apoteksbolagets försäljning har varit relativt konstant under perioden 1974–92. Det bör dock observeras att andelen har minskat några procentenheter under senare år. Under den sista delperioden 1986–92 har sjukhusens andel minskat med 1,6 procentenheter. År 1992 var denna andel 15 procent. Sjukhusmarknaden finansieras av landstingen som äger sjukhusen. Sjukhusen köper läke-

medel som en produktionsfaktor i sjukhusproduktionen och varje sjukhus har en läkemedelskommitté som ger rekommendationer vad gäller läkemedelsköp inom ramen för sjukhusbudgeten. Denna budgetrestriktion innebär att sjukhusen har incitament att vara kostnadsmedvetna i sina beslut om läkemedelsanvändning. Resurserna som används till läkemedelsköp har en alternativkostnad. Det är dock mer osäkert om läkarna som använder läkemedel inom sjukhusen är medvetna om denna alternativkostnad. Sjukhusmarknaden kan antas vara mer effektiv när individuella sjukhusavdelningar är ansvariga för läkemedelsutgifterna. När sjukhusen har en global läkemedelsbudget finns det inga incitament för individuella avdelningar och kliniker att kontrollera läkemedelsutgifterna. Detta gäller dock enbart ineliggande patienter och ej patienter på sjukhus som behandlas ambulantly.

En klarare nedåtgående trend än den för sjukhusens andel av läkemedelsförsäljningen, kan ses för den andel av läkemedelsförsäljningen som utgörs av handköp. Mellan 1974 och 1992 har denna andel sjunkit från 11 procent till 8 procent. Marknaden för handköpsläkemedel utgörs till stor del av välkända lågprisläkemedel som har funnits på marknaden under en relativt lång period. Handköpsmarknaden kan antas vara den som fungerar bäst av de tre delmarknaderna. Eftersom individer som köper OTC-preparat måste betala hela kostnaden ur egen ficka har de skäl att vara kostnadsmedvetna och beakta priserna vid besluten att köpa. Denna marknad kan därför antas fungera bra på efterfrågesidan och detta ger i sin tur incitament till priskonkurrens på utbudssidan. Under den första delperioden, 1974–80, minskade handköpens andel relativt kraftigt, med 2,5 procentenheter. Denna andel var ungefär oförändrad under den andra delperioden för att åter minska med en procentenhet under den tredje delperioden, 1986–92.

Samtidigt med att andelen handköpsläkemedel har minskat under den studerade perioden, har andelen receptförsäljning ökat från 73 procent år 1974 till 77 procent 1992. Förklaringen till denna utveckling är delvis införandet av nya, effektivare och dyrare läkemedel. Dessa nya läkemedel

är dessutom vanligen mer komplicerade att använda och innebär större potentiella risker varför de har receptbelagts. En annan förklaring till handköpens nedgång kan vara förändringen i systemet för läkemedelsrabatteringen. Nästan hälften av försäljningen av receptfria läkemedel i öppen vård sker på recept. Hur denna andel utvecklats över tiden finns det inga säkra uppgifter om.

Inom receptmarknaden är incitamenten för konsumenterna att vara prismedvetna svaga. Det svenska läkemedelssubventioneringssystemet, den s k läkemedelsförmånen, gäller för alla receptbelagda läkemedel med några få undantag. Den grundläggande regeln idag är att läkemedelsförmånen täcker alla kostnader för läkemedel per förskrivningstillfälle över cirka 120 kronor för som mest 90 dagars användning. Eftersom konsumenterna endast behöver betala cirka 120 kronor vid varje förskrivningstillfälle kommer de bara att vara kostnadsmedvetna upp till detta belopp. Läkarna som förskriver läkemedel har inga incitament alls att beakta priset på läkemedlen eftersom läkemedelskostnaderna inte ingår i öppenvårdsmottagningarnas budget utan till största delen ersätts genom läkemedelsförmånen, dvs av staten. Detta gör att efterfrågans (patientens och läkarens) priselasticitet kommer att vara låg. Vi kan uttrycka det så att priselasticiteten är lägre och att efterfrågekurvan är brantare än vad som varit fallet med högre kostnadsmedvetenhet.

Läkemedelsutgifternas finansiering

I den slutna vården betalas läkemedlen helt av landstingen. I öppen vård betalar patienten hela utgiften vid handköp eller en del av utgiften vid receptförskrivningar. Den del av utgiften vid receptförskrivningar som patienten inte själv betalar finansieras av sjukförsäkringen och betalas av Riksförsäkringsverket (RFV) genom läkemedelsförmånen. I tabell 3.2 redovisas Apoteksbolagets totala läkemedelsförsäljning 1974–92 fördelat på dessa finansieringskällor.

Tabell 3.2 Apoteksbolagets försäljning (inklusive licenspreparat och extempore) 1974–92 i Sverige fördelad efter olika finansieringskällor, löpande priser. AUP, Mkr exklusive moms. Inom parentes anges dessa källor i procent av Apoteksbolagets försäljning*

År	Apoteksbolagets försäljning		Finansieringskällor	
	Mkr	Lands- tinget Mkr (%)	Sjuk- försäkringen Mkr (%)	Patienter Mkr (%)
1974	1 816	292 (16)	995 (55)	529 (29)
1975	2 117	338 (16)	1 211 (57)	568 (27)
1976	2 369	384 (16)	1 334 (56)	651 (27)
1977	2 725	447 (16)	1 590 (58)	688 (25)
1978	3 049	503 (17)	1 748 (57)	798 (26)
1979	3 273	552 (17)	1 896 (58)	825 (25)
1980	3 619	604 (17)	2 150 (59)	865 (24)
1981	3 945	660 (17)	2 180 (55)	1 105 (28)
1982	4 526	733 (16)	2 645 (58)	1 148 (25)
1983	5 084	846 (17)	3 031 (60)	1 207 (24)
1984	5 359	926 (17)	3 085 (58)	1 348 (25)
1985	5 860	1 021 (18)	3 356 (57)	1 483 (25)
1986	6 333	1 057 (17)	3 641 (57)	1 635 (26)
1987	7 168	1 262 (18)	4 111 (57)	1 795 (25)
1988	8 194	1 469 (18)	3 837 (47)	2 888 (35)
1989	9 054	1 529 (17)	5 256 (58)	2 269 (25)
1990	10 051	1 615 (16)	5 927 (59)	2 480 (25)
1991	11 313	1 774 (16)	6 714 (59)	2 825 (25)
1992	12 910	1 948 (15)	7 623 (59)	3 339 (26)

Källa: Apoteksbolaget (1993).

*Under 1988 utbetalades ersättning endast för 10 månader till följd av ändring i betalningsrutinen (från förskotts- till efterskottsbetalning).

Tabellen visar att sjukförsäkringens andel av Apoteksbolagets läkemedelsförsäljning har ökat över tiden från 55 procent till 59 procent, samtidigt som patienternas andel har minskat, från 29 procent till 26 procent. De totala utgifterna för läkemedelsförmånen var drygt 7,6 miljarder kronor år 1992. Vi kan dock se att det är under den första delperioden som sjukförsäkringens andel har ökat och patienternas andel minskat. Under denna delperiod 1974–80 ökade sjukförsäkringens andel med 4,6

procentenheter samtidigt som patienternas andel av betalningarna till Apoteksbolaget minskade med 5,2 procentenheter. Landstingens andel av läkemedelsfinansieringen ökade något med 0,6 procentenheter. Under den andra delperioden 1980–86 minskade sjukförsäkringens andel med 1,9 procentenheter och patienternas andel ökade med lika mycket. Under den tredje delperioden 1986–92 kan vi se att patienternas andel är oförändrad men att sjukförsäkringens andel har ökat med 1,6 procentenheter och att landstingens andel har minskat med lika mycket.

Nuvarande systemet för rabatter av läkemedel

Ersättning för läkemedelskostnader medgavs i viss omfattning redan av sådana sjukkassor som var inregistrerade enligt 1910 års sjukkasselag. 1931 års förordning om erkända sjukkassor gav kassorna rätt att med tillsynsmyndighetens tillstånd bidra till sina medlemmars sjukvård i vidare omfattning än vad lagens minimivillkor angav. Detta gjorde att bidrag även kunde lämnas till läkemedelskostnader. Vårt nuvarande system för läkemedelsrabatter härstammar från 1954 års läkemedelsreform vars författningar trädde ikraft 1955, se SOU 1966:28 s 7. Läkemedelsreformen utformades närmare i förordningen (1954:519) angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel, och i kungörelsen (1954:520) utfärdades en förteckning över kostnadsfria läkemedel.

Det är främst två motiv som har legat bakom förmånssystemet för läkemedel. Det första, och viktigaste, var fördelningpolitiskt. Syftet var att åstadkomma större social trygghet för främst de grupper som hade sämre ekonomiska förutsättningar att själva betala sina läkemedel. Det andra motivet var att använda subventioneringen som ett instrument att befrämja ett såväl kvalitativt som kvantitativt rationellt läkemedelsutnyttjande. I bakgrunden låg en önskan att kunna styra utgifterna för läkemedel till de områden där de hade störst effekt.

Det sistnämnda skälet har kommit att öka i betydelse.

För den försäkrade fungerar försäkringen så att den träder i kraft vid varje köp av receptbelagt läkemedel. Staten subventionerar läkemedelsutgifter genom olika läkemedelsförmåner. Dessa utgår i form av prisnedsatta läkemedel, vissa prisnedsatta födelsekontrollerade läkemedel (p-piller), kostnadsfria läkemedel och kostnadsbefriade inköp. Alla i Sverige folkbokförda personer har rätt till prisnedsatta läkemedel i enlighet med det icke-selektiva förmånssystemet. Från och med år 1984 fick prisnedsättning inte avse större mängd läkemedel än vad som svarar mot det beräknade behovet i 90 dagar. För närvarande betalar konsumenten högst 120 kronor för en läkemedelspost som är förskrivet av samma läkare vid samma tillfälle, 130 kronor för två läkemedelsposter, 140 kronor för tre läkemedelsposter, etc (för en 90-dagarskurs). Patientavgiften har höjts med relativt jämna mellanrum enligt följande:

Patientavgift 1 jan 1968:	15 kr
Patientavgift 1 jan 1976:	20 kr
Patientavgift 1 jan 1978:	25 kr
Patientavgift 1 jan 1981:	40 kr
Patientavgift 1 jan 1984:	50 kr
Patientavgift 1 jan 1986:	55 kr
Patientavgift 1 juli 1987:	60 kr
Patientavgift 1 juli 1988:	65 kr
Patientavgift 1 juli 1990:	75 kr
Patientavgift 1 juli 1991:	90 kr
Patientavgift 1 juli 1992:	1 läkemedelspost (recip) 120 kr, 2 läkemedelsposter 130 kr, 3 läkemedelsposter 140 kr osv

I april 1992 presenterade regeringen en proposition (Prop 1991/92:107), som i huvudsak antogs den 9 juni 1992, om ny läkemedelslag som skall ersätta den nu gällande läkemedelsförordningen. Reglerna i den föreslagna läkemedelslagen är förenliga med de regler på läkemedelsområdet som Sverige har att beakta enligt det förslag till avtal om ett europeiskt ekonomiskt samarbetsområde (EES) som nu föreligger. Lagen föreslås att träda i kraft samtidigt som EES-avtalet. Bland de

viktigare förändringarna i den nya lagen är att läkemedelskontrollen skall omfatta, förutom traditionella läkemedel, även s k fria läkemedel (sårsalvor, antiseptika, lösningar och liniment) och naturläkemedel. En annan förändring rör priskontrollen. Denna har varit knuten till registreringsförfarandet. Enligt de tidigare reglerna i läkemedelslagstiftningen skulle varje nytt läkemedel åsättas ett "skäligt pris" innan det registrerades (som farmaceutisk specialitet) av Läkemedelsverket. Det var Apoteksbolaget som enligt avtalet med staten hade att göra denna skälighetsbedömning av priset efter överläggningar med producenten.

Kravet att priset skulle vara skäligt var dock inte förenligt med EG:s regler. Enligt den nya lagen har priskontrollen därför frigjorts från produktkontrollen, vilket gör att prissättningen på läkemedel, i princip, blir fri. För veterinärläkemedel och humanläkemedel som inte ingår i försäkringen (de flesta receptfria läkemedlen, vissa receptbelagda samt flertal medel som enbart används i slutenvård) kan producenten själv sätta priset. Eftersom den nya läkemedelslagen inte innehåller några regler för prissättning av läkemedel och priskontroll ändå anses nödvändig för att begränsa konsumenternas och samhällets kostnader för läkemedel, löser man denna fråga genom de nya reglerna för läkemedelsförmånen. Dessa regler gäller sedan den 1 januari 1993. För att patienten skall erhålla prisnedsättning eller full kostnadsfrihet krävs det att RFV har fastställt ett pris för läkemedlet. För vissa läkemedel där det finns generiskt likvärdiga läkemedel registrerade i Sverige kan RFV besluta om ett högsta rabattgrundande pris. Det blir då det priset som ligger till grund för beräkningen av rabatten. För läkemedel som har ett högre pris än detta rabattgrundande pris (referenspris) får patienten själv betala mellanskillnaden. RFV har beslutat att för de läkemedel som skall omfattas av referenspriser skall detta utgöra priset för den billigaste synonymprodukten med ett tillägg på 10 procent. Prislistan skall uppdateras kvartalsvis. Samtidigt med referensprisets införande har Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ställt upp regler för utbyte av läkemedel, s k substitution, på apotek. Läkemedelsverket bedömer vilka läkemedel som har likvärdiga generiska motsvarigheter.³

För att ett läkemedel skall kunna omfattas av ett referenspris måste följande sex krav vara uppfyllda:

- 1) Läkemedlet skall vara bioekvivalent.
- 2) Patenttiden för originalprodukten skall ha löpt ut.
- 3) Läkemedlet skall ej förutsätta dostitrering.
- 4) Läkemedlet skall omfattas av läkemedelsrabatter.
- 5) Läkemedlet skall till minst 20 procent försälgas för användning i den öppna vården.
- 6) Läkemedlet skall vara utbytbart. Detta innebär att endast läkemedel i sådana läkemedelsformer och styrkor som har sina motsvarigheter hos ett generiskt läkemedel kan omfattas av referenspriser.

Effekterna av det nyss införda referensprissystemet är bl a att ett antal läkemedel har lämnat försäkringssystemet. Av de 5 000–6 000 varunummer som finns har ca 500 lämnat systemet. Några av dem har efter en tid åter inträtt i systemet.

Apoteksbolaget gör uppskattningar av patienternas sammanlagda utgifter för kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel. Kostnadsfria läkemedel (det selektiva systemet) är helt avgiftsfria för patienten. De läkemedel som är kostnadsfria framgår av en förteckning över speciella användningsområden, s k giltiga indikationer. Främst är det läkemedel för behandling av vissa svåra kroniska sjukdomar som omfattas. Högkostnadsskyddet för läkemedel och sjukvård i dess nuvarande utformning infördes den 1 juli 1981 mot bakgrund av att det ansågs att prisnedsatta och kostnadsfria läkemedel inte gav ett tillräckligt omfattande skydd mot höga utgifter för personer som ofta anlidade sjukvården och köpte läkemedel mot recept. Högkostnadsskyddet avser de totala kostnaderna för behandling i öppen vård under en tidsperiod av ett år. Skyddet var från början baserat på det sammanlagda antalet besök i öppen vård och antalet inköp av prisnedsatta läkemedel (15-kortet). När den statliga regleringen av patientavgifterna inom den öppna vården slopades den 1 januari 1991 ändrades högkostnadsskyddet på så sätt att det numera avser de sammanlagda kostnaderna under en ettårsperiod. För att erhålla kostnadsbefrielse skulle den försäkrade ha köpt förskrivna läkemedel eller erlagt patientavgifter

för minst 1 500 kronor (Lag 1981:49 om begränsningar av läkemedelskostnader, m m, paragraf 7). Från och med 1993 gäller att högkostnadsskyddet är 1 600 kronor. Landstingen kan själva välja ett lägre utgiftstak och enligt propositionen 1991/92:40 har samtliga landsting utnyttjat denna möjlighet.

Statens utgifter för läkemedelssubventioneringen redovisas månatligen i form av faktura från Apoteksbolaget till RFV. Vanligen tillämpas och administreras socialförsäkringens förmåner via försäkringskassorna över vilka RFV har ett tillsynsansvar. För läkemedelsförmånen var den totala utgiften år 1992 sammanlagt 7,6 miljarder kronor, vilket kan ses i tabell 3.3.

Tabell 3.3 Försäkringens (Lagen om allmän försäkring) utgifter för läkemedel fördelade efter förmånsslag perioden 1974–92.⁴, AUP, Mkr, exklusive moms, löpande priser

År	Pris- nedsatta	Läkemedel		Summa	Patient- andel %
		Kostnads- fria	Kostnads- befriade inköp genom frikort ⁵		
1974	820	175	-	995	24,6
1975	1 000	211	-	1 211	21,8
1976	1 083	251	-	1 334	23,3
1977	1 284	306	-	1 590	21,2
1978	1 382	366	-	1 748	22,8
1979	1 478	418	-	1 896	21,7
1980	1 660	490	-	2 150	20,3
1981	1 599	566	15	2 180	25,2
1982	1 704	677	264	2 645	21,5
1983	1 941	780	311	3 032	19,9
1984	1 865	871	349	3 085	21,8
1985	2 006	1 007	343	3 356	21,7
1986	2 237	1 062	343	3 642	22,3
1987	2 339	1 295	477	4 111	22,0
1988	2 062	1 297	478	3 837	36,2*
1989	2 854	1 738	665	5 257	22,3
1990	3 265	1 880	782	5 927	22,1
1991	3 437	2 114	1 163	6 714	21,7
1992	3 509	2 324	1 790	7 623	23,0

Källa: LIF/RUFI (1993) och Apoteksbolaget (1992, 1993) och RFV (1993).

* Till följd av omläggning av betalningssystemet från förskotts- till efterskottsbetalning avser år 1988 endast 10 månaders utgifter.

Observera minskningen mellan år 1987 och 1988. Detta beror på att 1988 endast omfattade 10 månader på grund av ändringar i betalningsrutinen mellan Apoteksbolaget och RFV. Detta förhållande ligger till en viss del bakom den kraftiga ökningen för år 1989, vilket på grund av ändringar i betalningsrutinen gör att 1989 omfattar 14 månader.

Tabellen visar att det har skett en konstant ökning av samhällets (RFVs) utgifter för läkemedelssubventioneringen. En av orsakerna till detta är att man vidgat själva systemet för subventioneringen genom införandet av högkostnadsskyddet. År 1982 var RFVs utgifter för högkostnadsskyddet 264 Mkr och 1992 1 790 Mkr. Detta har också gjort att dess andel av den totala läkemedelssubventioneringen ökat från 10 procent år 1982 till 23 procent år 1992. Det är intressant att observera att högkostnadsskyddets andel av de totala utgifterna för läkemedelsförmånen ökat med nästan 12 procentenheter under den tredje delperioden 1986–92. Vi kan också se att denna andel ökat från drygt 17 procent år 1991 till drygt 23 procent 1992. En allt större andel av läkemedelsförmånen faller alltså på högkostnadsskyddet. De prisnedsatta läkemedlens andel av läkemedelsförmånen har minskat med 15 procentenheter under den tredje delperioden och andelen kostnadsfria läkemedel har ökat något under denna delperiod med 1,3 procentenheter. Patienternas genomsnittliga andel varierar mellan 19,9 procent och 25,2 procent under perioden 1980–92 om vi bortser från 1988 som återspeglar omläggningen i betalningsrutinen.

Är läkemedelsutgifter en försäkringsbar risk?

Sjukdom kan få allvarliga konsekvenser och resultera i minskad eller utebliven inkomst samt kraftigt ökade utgifter i form av behandlingarkostnader.⁶ Risken att bli sjuk är i stor utsträckning oförutsägbar. Ett sätt att lösa problemet med minskad inkomst och ökade utgifter vid sjukdom är en försäkring där riskutsatta individer regelbundet betalar en avgift för att i gengäld erhålla ersättning vid eventuell sjukdom. Försäkringsfördelen ligger således i att en osäker, potentiellt stor förlust

för individen förändras till en liten, men fast avgift (försäkringspremien). Betalningsmottagaren (försäkringsgivaren) kan vara ett offentligt organ eller ett privat försäkringsbolag.

För att en risk skall vara försäkringsbar förutsätts att antalet individer som utsätts för risken är relativt stort, vilket stämmer för läkemedel. Det finns dock andra villkor som måste vara uppfyllda:

1. Förlusten skall vara möjlig att fastställa objektivt.
2. Förlusten skall vara utanför kontroll från den försäkrades sida.
3. Förlusten måste vara kännbar för den enskilde så att han är villig att betala ett pris för att undvika förlusten.
4. Sannolikheten för förlust måste vara kalkylerbar.
5. Risken får inte vara av sådan natur att ett stort antal individer drabbas av förlust samtidigt.

Det är tveksamt om dessa villkor är uppfyllda när det gäller läkemedel. Framförallt gäller detta villkor 2 och 3.

En försäkring mot höga utgifter ökar sannolikheten för att den försäkrade konsumerar mer sjukvård då utgiften för vården kraftigt reduceras (den prisförändrade effekten), se Petersen (1990). Det kan också leda till att förebyggande åtgärder (prevention) minskar, dvs den försäkrade ändrar sin livsstil och sitt riskbeteende.⁷ För att förebygga främst det första av dessa två problem innehåller försäkringen ofta någon typ av självrisk (cost-sharing). Patienten får betala en del av sjukvårdsutgifterna ur egen ficka, trots att han är försäkrad. Det finns flera former av "cost-sharing". En form går under begreppet "co-insurance". Det innebär att patienten får betala en viss procent av sjukvårdsutgifterna. Med exempelvis 25 procent co-insurance menas att patienten betalar 25 procent av utgifterna för sin behandling. Det kan alltså löna sig för patienten att leta efter kostnadseffektiva vårdalternativ, även om detta incitament är svagare än om han inte haft någon försäkring.

En annan form av självrisk är "co-payment". Här sätts ett fast pris för varje form av sjukvård som patienten konsumerar, exempelvis 120 kr i patientavgift för ett recept.

En tredje form är "deductibles". Här bestäms, för en viss pe-

riod (oftast ett år), en avgiftsgräns varunder patienten får betala hela sin konsumtion av sjukvård. När gränsen är nådd ersätts övrig konsumtion av försäkringsgivaren under resten av perioden. En form av deductibles är uppbyggd på så vis att patienten betalar en hög avgift innan perioden börjar. All konsumtion av sjukvård under denna period är "gratis" för patienten. För att "gå med vinst" ligger det därför i patientens intresse att konsumera mer sjukvård än vad han betalat för och vad han kanske egentligen behöver. Denna form av deductible finns bl a i Storbritannien (kallas där prepayment), där man för läkemedel kan göra en dylik förhandsinbetalning för tre eller tolv månader (se vidare kapitel 5).

Det tredje villkoret, att förlusten skall vara kännbar, har över tiden kommit att bli försäkringsteoretiskt starkare eftersom det under senare år introducerats en rad relativt dyra läkemedel för långvarig behandling, exempelvis vid blödarsjuka, behandling mot AIDS, cancerbehandlande preparat och behandling med cyklosporin vid njurtransplantationer, vilket gör behandlingskostnaden till en kännbar utgift för individen. Även mera vanliga läkemedel, t ex mot magsår, högt blodtryck och infektioner har successivt blivit dyrare genom introduktionen av nya och effektivare produkter. Dock är fortfarande den genomsnittliga kostnaden för en förskrivning vid akut sjukdom eller den årliga terapikostnaden vid kronisk sjukdom mycket låg i relation till exempelvis sjukhusvård.

Evans (1984) är tveksam när det gäller försäkring mot läkemedelsutgifter och menar att utgifter på receptbelagda läkemedel är vanliga och små. Det är endast en liten grupp individer som konsumerar läkemedel i större kvantiteter (de kroniskt sjuka). Denna grupp kräver subventionering, men deras tillstånd är väl känt, vilket gör att de kan särbehandlas. Fördelarna av en försäkring mot höga läkemedelsutgifter är därför små.

Det kan dock tyckas att Evans litet för enkelt glider förbi problemet med att definiera gruppen storkonsumenter. Skall man definiera gruppen efter vilka läkemedel de konsumerar, efter sjukdomar eller efter totala läkemedelsutgifter? Valet kan vara av stor betydelse, både för staten och för patienterna.

Efter att ha granskat de teoretiska argumenten för läkeme-

delsutgifter som försäkringsbar risk kan man bli något förvånad av att finna att det faktiskt förekommer privat försäkring mot läkemedelsutgifter i Danmark. Läkemedel ingår som en del av en allmän privatförsäkring mot egenavgifter inom sjukvården. Det är dock tveksamt om man kan kalla det en försäkring. Det är tydligt att danskarna finner det vara ett lämpligt sätt att via en premie betala för sina läkemedel. Företagens sk loading factor (pålägg på den aktuariska premien för exempelvis vinst, reklam och administrativa kostnader) uppvägs således av individens vinst.

Även i det svenska subventioneringssystemet för läkemedel finns vissa försäkringsekonomiska element. Det svenska systemet är en komplicerad kombination av "co-insurance", "co-payment" och "deductible". Idag finns det två former av skydd mot höga läkemedelsavgifter för individen. Det ena omfattar gruppen kostnadsfria läkemedel och riktar sig till dem som behöver vissa utvalda läkemedel. Det andra omfattar högkostnadsskyddet, vilket riktar sig till alla storkonsumenter.

Noter

¹ De läkemedel som läkemedelsförordningen är tillämplig på kan grovt delas in i registrerade farmaceutiska specialiteter, licenspreparat samt extemporeberedda läkemedel. Registrerade farmaceutiska specialiteter är färdigförpackade och standardiserade läkemedel och utgör 97–98 procent av försäljningen. Licenspreparat är icke registrerade läkemedel som får användas av exempelvis kliniker under en viss tid. Extemporeberedda läkemedel är läkemedel som är hantverksmässigt beredda vid apotek eller serviceapotek och tillreds efter anvisning av läkare, tandläkare eller veterinär i varje enskilt fall.

² Apoteksbolaget har sedan 1 januari 1971 ensamrätt att driva detaljhandel med läkemedel enligt lagen (1970:205) om detaljhandel med läkemedel. I Apoteksbolagets verksamhet ingår även sjukhusens läkemedelsförsörjning. Inom den slutna vården regleras läkemedelsförsörjningen i avtal mellan Landstingsförbundet och Apoteksbolaget.

³ Definitionen på generiska läkemedel är läkemedel som har samma läkemedelsform och innehåller samma mängd aktiv substans som ett registrerat läkemedel med dokumenterad medicinsk ändamålsenlighet (originalläkemedel). Ett generiskt läkemedel skall möta samma

kvalitetskrav som originalläkemedlet och de två produkterna skall vara bioekvivalenta, vilket skall visas genom biotillgänglighetsstudier.

⁴ I lagen om allmän försäkring ingår även utgifter för kostnadsfria förbrukningsartiklar samt utgifter för prisnedsatta livsmedel. År 1992 uppgick dessa till 1 077 (1 015 respektive 62) miljoner kronor.

⁵ Kallas också "högekostnadsskydd".

⁶ Detta avsnitt baseras till stor del på Petersen (1990) och Evans (1984).

⁷ Exempelvis genom att den försäkrade motionerar mindre eller äter "fel" sorts mat.

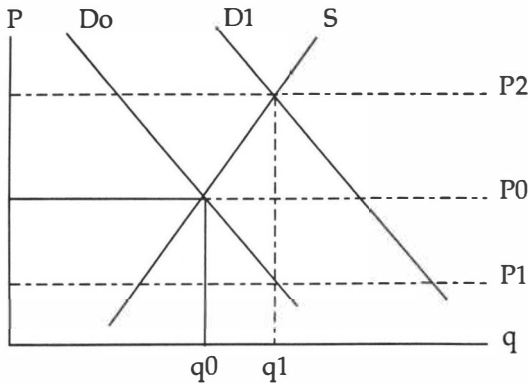
4. Effekter av läkemedels- subventioneringen

Den ekonomiska marknadsmodellen

Enligt den ekonomiska mikroteorin förväntas de totala läkemedelskostnaderna att öka vid införandet av subventionering. Den nya situationen innebär ett högre marknadspris och en högre konsumerad (och producerad) kvantitet. Se figur 4.1. Antag att marknadspriset vid utgångsläget utan subventionering är p_0 och den efterfrågade och utbudna kvantiteten är q_0 . Den totala läkemedelsutgiften är då $p_0 \cdot q_0$. Nu införs en subvention på läkemedlet så att priset för konsumenten blir p_1 . Den efterfrågade och utbudna kvantiteten, det nya jämviktsläget, blir då q_1 och det nya marknadspriset p_2 . Den totala läkemedelsutgiften blir $p_2 \cdot q_1$. Konsumenten betalar $p_1 \cdot q_1$ och staten $(p_2 - p_1) \cdot q_1$ eftersom $p_2 - p_1$ motsvarar subventionen. Hur stor prisökningen respektive kvantitetsökningen blir till följd av subventionen är beroende av lutningen på efterfråge- respektive utbudskurvan. Endast i extremfallet lodrät efterfrågekurva är den efterfrågade kvantiteten oberoende av priset. En subvention påverkar då inte läkemedelskonsumtionen och de totala läkemedelsutgifterna blir oförändrade. Resultatet blir endast en inkomstöverföring till patienter som använder läkemedlet.

Effekterna av införandet av en subvention på en marknad med perfekt konkurrens är således beroende av utbuds- och efterfrågeelasticiteterna.¹ Helt klara förutsägelser får vi endast i extremfallen. I alla övriga fall blir resultatet beroende på elasticiteternas relativa storlek. Om vi förutsätter att utbudet är relativt elastiskt (dvs påverkas ganska mycket av prisförändringar) och efterfrågan relativt oelastisk, innebär subventioneringen endast en marginell pris- och kvantitetsökning. Den totala utgiftsökningen är blygsam, men konsumenterna får en kraftig sänkning av sitt pris och sina totalutgifter.

Figur 4.1 Effekt av subventionering



Exempel på kvantitets- och prisökning som effekt av subventionering.

p = pris
q = kvantitet
s = utbud
d = efterfrågan

Om vi kunde förutsätta att marknaden var perfekt skulle därför läkemedelsmarknaden vara ett idealt fall för subventionering. Det är dock tveksamt om denna modell är tillämpbar på läkemedelsmarknaden.

Den ekonomiska mikroteorin ger oss värdefulla insikter i vad som är de troliga effekterna av läkemedelssubventionering. Vi får dock inte glömma bort att detta är teoretiska förutsägelser som är baserade på vissa antaganden om marknadsstruktur och beteende hos aktörerna. Bland antaganden som inte är uppfyllda på läkemedelsmarknaden kan nämnas:

- Efterfrågan är ej oberoende av utbudet; läkarna kan påverka läkemedelsvalet i eget intresse (supplier induced demand).
- Andra marknader är ej perfekta, t ex marknaden för läkartjänster eller sjukhusvård; det har betydelse för vad som är op-

timalt på läkemedelsmarknaden (den s k näst-bästa-problematiken).

Dessa invändningar innebär att de ekonomiska modellernas förutsägelser är osäkra, vilket innebär att det är nödvändigt att empiriskt undersöka deras giltighet.

Det är dock knappast praktiskt möjligt att utveckla en fullständig teori för läkemedelssubventioneringen och sedan testa denna. Det är mer praktiskt att se problemet som en målmedelanalys. Utgångspunkten måste därför bli vilka centrala mål som skall uppnås genom läkemedelssubventioneringen eller förändringen i denna. Frågan gäller inte "subvention eller ej subvention", utan effekterna av förändring i subventioneringssystemet. Här ger marknadsmodellen en viss, men begränsad vägledning.

Vi kan särskilja följande mål:

- 1) Fördelningsmålet, dvs att påverka läkemedelsutgifternas storlek för olika grupper av medborgare.
- 2) Kvalitetsmålet, dvs att påverka läkemedelsanvändningen mot en rationell läkemedelsterapi.
- 3) Finansieringsmålet, dvs att reducera statens utgifter för försäkringen, och därmed också den s k excess burden.
- 4) Reducera priset per förskrivning, t ex genom incitament till förskrivning av billigare preparat (ofta generiska).
- 5) Reducera antalet förskrivningar, t ex genom att minska trycket på läkaren att skriva ut "extra gratis-läkemedelspost".
- 6) Administrativ enkelhet för att reducera administrationskostnader och för att undvika rättsförluster i en komplicerad behovsprövning.

Listan skulle säkerligen kunna göras mycket längre även om den räcker för att illustrera problemets komplexitet.² Olika subventioneringssystem kommer att i olika grad uppfylla de olika målen. Inget system kommer att vara bättre i alla avseenden. Det blir nödvändigt med en avvägning mellan olika grad av måluppfyllelse för de olika delmålen.

Ett problem i sammanhanget är att intresset vanligen fokuseras till ett eller två mål åt gången och att övriga mål glöms

bort. Exempelvis kommer ofta fördelningsmålet och kvalitetsmålet bort i diskussionen om olika metoder att reducera den finansiella belastningen för staten. Olika intressegrupper tenderar att poängtera endast de mål som är av betydelse för gruppen ifråga.

Tidigare studier av egenavgifternas effekter

Tre antaganden kan i princip göras vad gäller effekterna av egenavgifter. Det första är att egenavgifter kan reducera läkemedelsutgifterna genom att utnyttjandet minskar och att utgifter överförs från staten till patienterna. Det andra antagandet är att egenavgifter kan leda till ett mer rationellt läkemedelsutnyttjande. Detta förutsätter att reduktionen i läkemedelsutnyttjandet sker för onödig läkemedelskonsumtion, dvs konsumtion som inte har någon eller endast en marginell effekt på patientens hälsotillstånd. Det tredje antagandet är att egenavgifter kan öka den tekniska effektiviteten genom att mer kostnadsmedvetna konsumenter uppträder på läkemedelsmarknaden. Effektivitetsökningen kan antas vara ett resultat av ökad priskonkurrens på grund av att konsumenterna i större utsträckning försöker minimera kostnaderna för sina recept.

Kan staten spara pengar genom egenavgifter?

Resultatet från empiriska studier av förändringar i patientavgiften för läkemedel tycks vara relativt entydiga vad gäller subventioneringens effekt på efterfrågan av läkemedel: ökade egenavgifter leder till minskad efterfrågan och minskade utgifter, men priselasticiteten är låg. Den största och mest kända experimentella studien är den amerikanska Rand Health Insurance Study (RAND) (Newhouse et al, 1981; Leibowitz, 1985; Manning et al, 1987) som utfördes från 1974 till 1982.

Målgruppen i RAND's sjukförsäkringsexperiment "Health Insurance Experiment" (HIE) var medborgare i USA under 62 år som inte var täckta av Medicare på grund av kronisk sjuk-

dom eller invaliditet. Inte heller ingick personer som erhöll en relativt stor del av sin inkomst i form av bidrag. Dessa grupper utslöts eftersom de hade möjligheter att övervältra avgiftsbetalningar på sociala myndigheter och därför kunde antas reagera "onormalt" på prisändringar. Ett stickprov på över 7 000 individer fördelades slumpmässigt på olika försäkringsmodeller med patientavgifter som varierade från 0 procent till 95 procent. Alla var garanterade att deras totala vårdutgifter inte skulle överstiga en viss andel av inkomsten eller 1 000 dollar per år per familj. Försökspersonerna kunde inte själva avgöra vilken modell de skulle ha. Men de som fick en modell med hög patientavgift kompenenserades med engångsbelopp. Individernas sjukvårdskonsumtion, inklusive läkemedel, och utgifter registrerades över en period av 3–5 år så att det kunde antas att långtidseffekterna i konsumtionen fångats upp. Innan experimentet inleddes blev deltagarna intervjuade och hälsoundersökta för att erhålla bakgrundsinformation om socio-ekonomiska förhållanden, förbrukning av sjukvårdstjänster och hälsotillstånd.

Försäkringsmodellerna i HIE varierade med hänsyn till egenavgifter och inkomstberoende tak för de årliga betalningarna. I den första betalningsmodellen (Free Care Plan) fick deltagarna alla utgifter betalda. I den andra modellen fick individerna betala 25 procent av utgifterna och 75 procent betalades av försäkringen. När en familjs utgifter under loppet av ett år uppnått vissa inkomstberoende gränser betalades alla utgifter av försäkringen under resten av året. Dessa tak utgjorde 5 procent, 10 procent och 15 procent av inkomsten, men kunde aldrig överskrida 1 000 dollar per kalenderår. Detta belopp gällde för hela perioden från 1974–82. I den andra, tredje och fjärde modellen var motsvarande patientavgifter 50 procent respektive 95 procent med samma inkomstberoende tak 5 procent, 10 procent och 15 procent och maximala utgift på 1 000 dollar. Den femte betalningsmodellen avvek från de övriga på två sätt. För det första innebar denna modell gratis sjukhusbehandling men 95 procent egenavgift för alla utgifter inom den öppna vården (alla tjänster som inte kräver inläggning på sjukhus). För det andra fanns det i denna modell inget inkomstberoende utgiftstak; utgiftstaket var antingen 450 dol-

lar per år för familjen eller 150 dollar för enfamiljshushåll oavsett inkomst. Denna modell inkluderades för att undersöka hypotesen att egenavgifter för tjänster inom den öppna vården men inte för inläggningar kommer att öka inläggningarna.

Resultaten av studierna uppvisade en tydlig minskande trend i efterfrågan och utgifterna för läkemedel som effekt av ökande patientandelar. Efterfrågan på receptbelagda läkemedel var 18 procent till 33 procent mindre i de olika grupperna relativt gruppen med fria läkemedel (p -värde $<0,05$ vid parvisa jämförelser), och utgifterna på läkemedel är 24 procent till 42 procent lägre ($p<0,01$). Det fanns en tendens att utgifterna minskade kraftigare än efterfrågan men det fanns ingen signifikant skillnad i den genomsnittliga utgiften per recept mellan grupperna. På samma sätt fanns det likartade tendenser för annan sjukvård som studerades. Frekvensen av inläggningar var minst känslig för olika patientandelar. Det kunde även observeras att minskningen för läkemedelsutgifter var kraftigare än för totala utgifter inom den öppna vården, men skillnaden var inte signifikant.

Priskänsligheten mäts som kvoten mellan den procentuella minskningen i efterfrågad kvantitet och procentuell prisökning. Denna elasticitet kan variera mellan olika egenandelar. Egenpriselasticiteten för läkemedelsutgifter var ungefär 10 procent i intervallet mellan fria läkemedel och 25 procent egenandel, och ungefär 20 procent i intervallet mellan 25 procent egenandel och 95 procent egenandel. En elasticitet på 20 procent innebär att om patientavgiften ökas med 50 procent kommer efterfrågan att minska med 10 procent.

Manning et al (1987) kunde på basis av data från RAND-studien förkasta hypotesen att mindre skydd för öppenvårdskostnader ledde till en ökad total konsumtion av sjukvård (t ex genom minskad preventiv vård eller ökad slutenvård). Det är dock svårt att dra slutsatser rörande läkemedelssubventioneringens närmare utformning. Effekterna på läkemedelskonsumtionen var en konsekvens av en högre patientavgift för alla typer av vård.

Harris et al (1990) fann för en kohort av individer i en stor Health Maintenance Organization (HMO) att införandet av en avgift på \$1,50 under ett år och sedan öka den till \$3,00 resul-

terade i en reduktion på 10,7 procent respektive 10,6 procent i antalet erhållna förskrivningar jämfört med kontrollgruppen. Avgiftshöjningen verkade inte öka förskrivningsstorleken tillräckligt för att uppväga minskningen i antalet recept.

Soumerai et al (1987) analyserade effekterna av två olika typer av ersättningssystem. Det första systemet begränsade ersättningen för "New Hampshire Medicaid program" till tre recept per månad under 11 månader. Det andra systemet som direkt följde på det första introducerade en avgift per recept på \$ 1,00 för ett obegränsat antal recept. Soumerai et al fann att med ersättningstaket på tre recept minskade det genomsnittliga antalet recept med konstant storlek per förmånstagare och månad med 46 procent, från 5,2 till 2,8 recept per förmånstagare. När ersättningstaket byttes ut mot avgift på \$ 1,00 ökade läkemedelsutnyttjandet till 4,7 men låg fortfarande under den nivå på 5,2 recept per förmånstagare som förelåg före ersättningstaket på tre recept.

National Health Service (NHS) i Storbritannien höjde de reala receptavgifterna med 600 procent mellan 1979 och 1986. Denna höjning av egenavgifterna för läkemedel har givit upphov till en rad vetenskapliga studier, t ex Smith and Watson (1990), Birch (1986), Ryan and Birch (1989), O'Brian (1989) och Lavers (1983) som undersökt effekterna på utnyttjandet och skattat läkemedlens priselasticitet. Med undantag av en skattning av O'Brian faller samtliga skattningar av egenpriselasticiteten i ett intervall $-0,1$ till $-0,3$. De är konsistenta med elasticitetsskattningar erhållna för andra sjukvårdstjänster (Manning et al 1987). En höjning av receptavgiften med 10 procent medför således en direkt minskning av läkemedelskonsumtionen med 1–3 procent.

Genom att utnyttja dylika skattningar av egenpriselasticiteten skattade Hurley (1989) de förväntade effekterna av att införa en fast avgift per recept för förmånstagare (exklusive äldre) i Ontario's Drug Benefit Program. Hurley fann att de potentiella besparingarna i de offentliga utgifterna är stora. I sina simuleringar antog han en årlig gräns för patientavgifterna på högst \$ 100 och att individer som år 1988 hade en konsumtion som innebar att de under den nya egenavgiftsmodellen skulle överskrida en gräns på \$ 100 inte skulle ändra sitt

beteende. Simuleringarna utfördes för två egenavgiftsnivåer och två nivåer av priskänslighet. De äldre utgjorde ca 2/3 av förmånstagarna i Ontarios Drug Benefit Program. För en egenavgift på \$3,15 och relativt konservativa antaganden om priskänslighet, förväntades de totala programutgifterna att minska med 14 procent. Om större elasticiteter antogs och en avgift på \$4,75 valdes steg de förväntade besparingarna till ca 20 procent av de totala programkostnaderna. Kostnader som överfördes till konsumenter utgjorde en stor andel av besparingarna i de offentliga utgifterna. Beroende på antaganden om priselasticitetens storlek ökade konsumenternas utgifter med 50–75 procent av besparingarna för Ontario Drug Benefit Program.

Sammanfattningsvis kan man dra slutsatsen att det finns empiriskt stöd för att läkemedelskonsumtionen minskar när patientavgifterna ökar och att priselasticiteten är ungefär $-0,1$.

Blir läkemedelsutnyttjandet mer rationellt?

Ett argument för egenavgifter är att rationaliteten i läkemedelsutnyttjandet kan öka genom att onödigt och ibland även skadligt konsumtion reduceras. Överkonsumtion av läkemedel är väldokumenterad, särskilt bland äldre personer. I RFV (1987) menade man att det är möjligt att både överkonsumtionen och kassationen av läkemedel kan reduceras genom att patientavgifterna höjs. Avgörande för om egenavgifter på receptförskrivna läkemedel ökar rationaliteten i utnyttjandet är på vilket sätt utnyttjandet av läkemedel minskar, dvs om det bara är "onödigt" läkemedelsanvändning som minskar eller om det är både onödigt och "nödvändig" konsumtion som minskar. För att kunna bedöma om egenavgifter ökar rationaliteten av läkemedelsterapi krävs därför att man studerar läkemedelskonsumtionen för enskilda individer före och efter en förändring i egenavgifterna. Några sådana studier känner vi dock inte till. Vi måste därför lita till indirekta metoder att värdera rationalitetseffekterna i läkemedelsutnyttjandet.

En möjlighet vore att studera om det är patienten eller läka-

ren som fattar beslutet om reducerad konsumtion. På grund av bristande kunskaper kan konsumenterna oftast inte bedöma nödvändigheten av ett visst läkemedel eller lämplig dos. Detta är ju motivet till att läkemedlet måste förskrivas av läkare. Om det huvudsakligen är patienterna som beslutar om minskad användning av läkemedel, t ex genom att inte lösa in receptet, kan detta indikera att rationaliteten inte ökar om egenavgifterna för patienterna höjs. Några studier av detta slag känner vi dock inte till.

Studier av hur utnyttjandet av olika typer av läkemedel påverkas av egenavgifter kan indikera om "väsentlig" läkemedelskonsumtion minskar mindre än "oväsentlig" läkemedelskonsumtion. Två studier, Harris et al (1990) och Soumerai et al (1987) disaggregerade utnyttjandet på olika läkemedelstyper och undersökte skillnader i priskänslighet bland olika kategorier av läkemedel. Harris et al undersökte priskänsligheten för två olika läkemedelskategorier: "väsentliga" och "läkemedel vars utnyttjande kan överlämnas åt patienterna" (discretionary).³ De fann att utnyttjandet av båda kategorierna minskade, men att minskningen var större för den senare kategorin.

Soumerai et al (1987) klassificerade läkemedlen i tre kategorier: effektiva, väsentliga läkemedel (om läkemedlen inte används kan detta få viktiga effekter på morbiditet och mortalitet), effektiva, icke-väsentliga läkemedel (t ex symptomlindrande läkemedel) och läkemedel av begränsad effektivitet (ingen eller marginell effekt utöver placeboeffekt). De fann att under New Hampshire's tre-receptstak per månad minskade användningen av både "väsentliga" och "icke-väsentliga" läkemedel. Antalet recept av konstant storlek per månad per 100 förmånstagare avseende effektiva, väsentliga läkemedel minskade med 28 procent (67,0 till 48,6); antalet effektiva symptomlindrande läkemedel föll med 38 procent (28,3 till 17,5) och antalet läkemedel med begränsad effekt föll 58 procent (5,5 till 2,3). Fastän de procentuella minskningarna för effektiva, väsentliga läkemedel var mindre än för icke-väsentliga läkemedel på grund av högre per capita-utnyttjande av väsentliga läkemedel, inträffade den största minskningen i det faktiska antalet förskrivningar för väsentliga läkemedel, som insulin, diuretika och digoxin. Det mesta av besparingarna gjordes

därför på bekostnad av ett minskat utnyttjande av "väsentliga" läkemedel.

De här studierna, som båda kan kritiseras utifrån olika metodologiska aspekter, har tillsammans visat att en stor del av minskningen i läkemedelsutnyttjandet i samband med en höjning av egenavgifterna kunde härledas till en minskning i utnyttjandet av så nödvändiga läkemedel. Det är därför möjligt att egenavgifter kan ha allvarliga effekter på förmånstagnas hälsostatus.

En tredje möjlighet att bedöma rationaliteten i läkemedelsanvändningen kan vara att studera förändringar i hälsostatus i samband med en höjning av egenavgiften. Det finns inga publicerade studier av effekterna på hälsostatus som följd av höjningar i egenavgifter för förskrivna läkemedel. För sjukvården i sin helhet finns det dock flera sådana studier. Brook et al (1983) utförde i samband med RAND-experimentet en studie av hur tillgången på fri sjukvård påverkar hälsostatus. Hälsostatus mättes bland annat med hjälp av elva olika mått: rörelseförmåga, rollupplevelse, mental hälsa, kontaktnät, uppfattning av sin hälsa, rökning, vikt, etc. Brook et al fann svaga förbättringar hos de personer som erhölet fri sjukvård (0 procent egenfinansiering). På tre delområden och för vissa grupper kunde förbättringar i hälsostatus upptäckas. Personer med dålig syn och låginkomsttagare med högt blodtryck förbättrade signifikant sin hälsa om de erhölet fri sjukvård. Personer i högriskgruppen med fri tillgång minskade signifikant sin risk att dö genom den förbättrade kontrollen av blodtrycket.

Lurie et al (1984, 1986) undersökte effekten av att ta bort den offentliga försäkringstäckningen för Medicaid-populationen i Los Angeles. Uppföljningsstudier efter sex månader och ett år, avslöjade att hälsostatus (som mättes med RANDs "General Health Prescriptions Scale and blood pressure") hade minskat signifikant i den population som själv fick betala för sin vård jämfört med motsvarande population som inte betalade för sin vård.

Baillet et al (1985) använde data från RAND-studien och fann att individer under 35 år som mottog fri tandvård hade signifikant färre kariesangripna tänder, färre tappade tänder och mindre periodontal sjukdom än de som betalade en egenavgift.

Man bör dock vara försiktig med att generalisera från dessa resultat till effekterna av egenavgifter för receptläkemedel. Resultaten visar dock att egenavgifter på sjukvård och för en del specifika tjänster, t ex tandvård, är korrelerade med minskningar i olika mått på hälsa. En del av det minskade läkemedelsutnyttjandet förekom bland sådana läkemedel som har positiva effekter på patienternas hälsa.

Blir konsumenterna mer kostnadsmedvetna?

Egenavgifter har även förespråkats på grund av att de ökar konsumenternas kostnadsmedvetenhet och därigenom ökar konkurrensen och den tekniska effektiviteten på läkemedelsmarknaden. Om konsumenterna tvingas att bära en del av läkemedelskostnaderna får de anledning att efterfråga läkemedel med lägre pris om skillnaderna i effekt är små eller obefintliga. I ett marknadssystem med fria apotek kan man även tänka sig att konsumenterna skulle söka efter apotek som erbjuder lägre läkemedelspriser. Egenavgifterna ger dock inte automatiskt incitament till konsumenterna att bli kostnadsmedvetna; en fast avgift per recept (co-payment) ger inte några sådana incitament. Så är emellertid fallet om egenavgiften utformas som "co-insurance", dvs en viss procent av kostnaden eller som ett "högkostnadsskydd". I det senare fallet upphör kostnadsmedvetenheten när kostnadstaket är nått.

En höjning av den fasta avgiften per recept ger inte några incitament att öka effektiviteten i läkemedelsanvändningen. Teoretiskt ges incitament att enbart öka mängden läkemedelsposter på varje recept för att reducera eller kompensera effekten av en eventuell höjning i den fasta avgiften per recept. Strategin att öka antalet läkemedelsposter per recept torde vara mest fördelaktig vad gäller läkemedelsutnyttjandet för kroniker. Det empiriska stödet för denna hypotes är dock svagt. Martin och Williams (1959) drog slutsatsen att patienterna betedde sig på detta sätt vid införandet av egenavgifter i det brittiska NHS. Det finns också indikationer på att förskrivningsstorleken ökar efter att högre egenavgifter introducerades i New Brunswick år 1988 (New Brunswick Government

1989). I kontrast till dessa resultat fann Lavers (1983) och Ryan och Birch (1989), i sina studier av effekterna av de sexdubblade patientavgiftshöjningarna i brittiska NHS 1976–86, inget stöd för något sådant patientbeteende. Även Nelson et al (1984) fann att receptstorlekarna var oförändrade när en avgift per recept på \$ 0,5 introducerades i South Carolina, och Soumerai et al (1987) fann bara en relativt liten förändring i receptstorleken i New Hampshire när ersättningstaket på tre recept per månad infördes.

Co-insurance tillämpat på läkemedelskostnaderna kan förväntas medföra att konsumenterna oftare kommer att söka efter generiskt likvärdiga läkemedel. En studie av Goldberger et al (1979) gav visst stöd åt denna hypotes. Resultat från RAND-studien visade dock inget samband mellan andelen förskrivna med generiska läkemedel och nivån av co-insurance (Leibowitz et al 1985).

Man kan även förvänta sig att konsumenterna kommer att föredra mindre dyra OTC-läkemedel framför förskrivna läkemedel vid högre egenavgifter, men även här är bevisen tvetydiga. O'Brian (1989) erhöll positiva korspriselasticiteter mellan mängden förskrivna läkemedel och OTC-läkemedel. Detta indikerar att de två läkemedelstyperna är substitut. Lavers (1983) analys av NHS-data gav dock inte stöd åt hypotesen att förskrivna läkemedel och OTC-läkemedel är substitut. Båda dessa studier är baserade på aggregerade data och lider av ett antal brister. Leibowitz (1989) undersökte denna hypotes utifrån data från RAND-studien. Han drog slutsatsen att OTC används som komplement till formell sjukvård och receptläkemedel. Jämfört med individer, som betalade en del av kostnaderna för förskrivna läkemedel, använde individer, som inte betalade något för förskrivna läkemedel, både mer förskrivna läkemedel och mer OTC-läkemedel. Detta resultat kan förklaras på olika sätt, som inte utesluter att OTC-läkemedel är substitut till receptförskrivna läkemedel, men de visar att dessa samband är mer komplexa än vad som ofta antas.

Egenavgifternas fördelningseffekter

Utifrån RAND-materialet undersökte Foxman et al (1987) subventioneringens effekter på konsumtionen av antibiotika. De fann att oberoende av försäkringsskydd konsumerade den tredjedel av befolkningen med lägst inkomst minst antibiotika. Dock minskade skillnaden mellan låg- och höginkomstgrupper vid 0 procent egenandel från 75 procent till 33 procent.

En annan studie av fördelningseffekter utfördes av Greenlich och Darsky (1968). De studerade subventioneringens effekter på läkemedelskonsumtionen i Windsor, Ontario. De konsumenter som var försäkrade (prepayment) erhöll ersättning för samtliga läkemedelsutgifter bortsett från 35 cent per recept (ungefär 9 procent egenandel). Pensionärerna ökade sin förbrukning av läkemedel relativt lite jämfört med andra ålderskategorier. Däremot ökade änkor och änklingar sin konsumtion relativt kraftigt (över 200 procent). Även stora familjer ökade sin förbrukning mer än mindre familjer när försäkringsskydd introducerats.

I Sverige saknas studier av egenfinansieringens fördelningseffekter för olika social- eller inkomstgrupper. De studier om fördelningseffekter av läkemedelssubventioneringen som hittills utförts rör enbart uppdelningen på åldersgrupper, kön eller låg- och högkonsumenter.

I en studie om högkostnadsskyddet av RFV (RFV, 1987) fann man att nästan två tredjedelar av alla frikort som utfärdats gällde kvinnor och drygt 35 procent av frikorterna gällde personer som var äldre än 65 år. I denna studie gjordes även vissa regionala jämförelser där man fann att befolkningen i storstadsregionerna (Stockholm, Göteborg och Malmö) erhöll fler frikort än befolkningen i Norrlandslänet. Man fann också i regressionsanalys ett starkt positivt samband mellan antalet frikort per innevånare inom ett område och tillgång på sjukvård inom området.

Staten kan reducera de offentliga utgifterna för receptförskrivna läkemedel genom att införa eller öka egenavgifter. Det finns dock studier som visar att de reducerade utgifterna för staten görs till priset av en ökning av finansiella barriärer som är tillräckligt stora för att vissa individer skall minska sin kon-

sumtion av nödvändiga läkemedel. Detta är särskilt märkbart bland låginkomsttagare. Minskning i användningen av nödvändiga läkemedel ökar risken för försämringar i patienternas hälsostatus. Det kan medföra utgiftsökningar inom andra delar av vården som tar ut åtminstone en del av de uppnådda offentliga besparingarna på läkemedel.

Skattning av läkemedelskonsumtionens egenpriselasticitet

Tabell 4.1 visar skattningar av egenpriselasticiteten för receptförskrivna läkemedel i Sverige. I appendix 1 redogörs för de använda metoderna. Elasticiteterna har skattats med två olika estimatorer: Cochrane-Orcutt-estimatorn (Kmenta 1986, s 314) och Prais-Winston-metoden (Kmenta 1986, s 318). Dessa estimatorer skattar modellen med maximum likelihood-metoden genom en iterativ process och är vanligt förekommande i samband med k autokorrelationsproblem i residualerna, dvs när residualerna är successivt beroende över tiden. I modellskattningarna har vi laborerat med tre beroende variabler: I) Försäljning inom öppenvård, exklusive veterinärpreparat och inklusive handköp, enligt SDM, kronor per innevånare, fasta priser, II) Apoteksbolagets läkemedelsförsäljning till allmänheten, inklusive veterinärpreparat och exklusive handköp, kronor per innevånare, fasta priser och III) Antal läkemedelsposter per innevånare inlösta vid apotek. Resultaten framgår av tabell 4.1.

Slutsatsen av modellskattningarna är att den kortsiktiga egenpriselasticiteten är omkring $-0,1$ eller aningen starkare. Den långsiktiga elasticiteten varierar mellan $-0,26$ i modell II med Prais-Winstons metod till $-0,33$ i modell II med både Cochran-Orcutt och Prais-Winstons metod. Samtliga skattade elasticiteter är således negativa och i den storleksordning som förväntats (se t ex Manning et al 1987 och O'Brian 1989). Den långsiktiga priselasticiteten är således absolut sett högre, vilket överensstämmer med tidigare studier (O'Brian 1989).

Tabell 4.1 Skattningsresultat av kort- och långsiktiga egenpriselasticiteter för receptförskrivna läkemedel

Skattningsmetod	Elasticitet	I	II	III
Cochrane-Orcutt	Kort	-0,115	-0,147	-0,114
	Lång	-0,280	-0,261	-0,327
Prais-Winston	Kort	-0,107	-0,147	-0,115
	Lång	-0,274	-0,260	-0,327

Simuleringar av effekter av förändringar i läkemedelsförmånen

Med utgångspunkt från de skattade elasticiteterna och det s k Jämtlandsmaterialet skall vi simulera effekterna av fem olika modeller av läkemedelsförmånen. I samtliga modeller har de kostnadsfria läkemedlen överförts till gruppen prisnedsatta läkemedel. SOU 1979:94 som föreslog högkostnadsskyddet diskuterade om det fanns tillräckliga motiv till att ha ett dubbelt system med både kostnadsbefrielse och ett utgiftstak, eftersom vissa grupper får kostnadsfria läkemedel även om deras läkemedelskonsumtion är begränsad, medan andra grupper, t ex psoriatiker, reumatiker, allergiker och njursjuka, med höga kostnader inte får motsvarande förmån. Det innebär att högkostnadsskyddet kommer att träda ikraft vid olika höga utgifter för olika patienter beroende på kombinationen av avgiftsbelagda behandlingar och recept. Utredningen menade att det fanns starka motiv till att de kostnadsfria läkemedlen borde överföras till ett samordnat högkostnadsskydd och att de kostnadsfria läkemedlen medfört växande tillämpningsproblem. RFV kom efter en analys av bl a kostnadseffekten för enskilda individer fram till slutsatsen att kostnadsfria läkemedel bör överföras till gruppen prisnedsatta (RFV 1987). Ur bl a rättvisesynpunkt mellan olika patientgrupper kan det alltså finnas skäl att överföra gruppen kostnadsfria läkemedel till gruppen prisnedsatta läkemedel.

Vi kommer att analysera effekterna av fem olika utformningar av läkemedelsförmånen. Den första modellen vars effekter skall simuleras är i princip nuvarande system med vissa modifieringar: en sådan modifiering är alltså att gruppen kostnadsfria läkemedel överförs till gruppen prisnedsatta läkemedel; en annan modifiering är att den extra avgiften på 10 kronor för varje extra läkemedelspost per recept tas bort. Motivet till detta är att vi inte tror att den har någon betydelse utan bara komplicerar administrationen och försvårar bedömningen av effekterna av egenavgifterna. En tredje modifiering är att patientavgiften per recept höjs från 120 kronor till 250 kronor och att högkostnadsskyddet höjs från 1 600 kronor till 2 000 kronor.

Utgifterna för läkemedel är inte något större problem för de flesta människor (se tabell 4.3). De är inte högre än vad det kostar att göra ett besök hos frisören eller möjligen utgifterna för glasögon och kontaktlinser. Men för de patienter där en stor mängd dyra läkemedel är aktuella kan utgifterna bli mycket höga. En möjlighet när det gäller utformningen av läkemedelsförmånen är därför att se den som en försäkring mot höga läkemedelskostnader, ett högkostnadsskydd. En sådan försäkring kan även innehålla någon form av självrisk, dvs egenavgift. De övriga fyra modellerna av förmånssystem för läkemedel utgår från att patienterna betalar hela sin konsumtion av receptbelagda läkemedel upp till en viss gräns. Utöver denna gräns betalar patienterna antingen ingenting eller viss del av kostnaderna inom ett visst intervall.

I den andra modellen betalar patienterna hela läkemedelskostnaden (100 procent) under 500 kronor. Efter att denna gräns har uppnåtts går staten in till 100 procent och subventionerar patienternas läkemedelskonsumtion under resten av året. Patienten betalar således maximalt 500 kronor om året för sin läkemedelskonsumtion.

I tredje modellen betalar patienterna 100 procent av läkemedlen under 500 kronor och sedan 50 procent av kostnaderna i intervallet 501 kronor till 1 000 kronor. Läkemedelskonsumtion över 1 000 kronor subventioneras till 100 procent av staten. Patienten betalar med denna utformning av läkemedelssubventionering maximalt 750 kronor.

I den fjärde modellen betalar patienten hela läkemedelskost-

naden under 1 000 kronor innan staten går in och subventionerar ytterligare läkemedelskonsumtion till 100 procent. I denna modell betalar patienten således högst 1 000 kronor om året av sin läkemedelskonsumtion.

I den femte och sista modellen betalar patienten 100 procent av läkemedelskostnaderna under 1 000 kronor och 50 procent i intervallet 1 001–2 000 kronor. Läkemedelskonsumtion över 2 000 kronor subventioneras till 100 procent av staten. Den maximala kostnaden för patienten blir med detta subventioneringssystem 1 500 kronor på ett år.

Modell 1 har det största maxbeloppet som en patient får betala under ett år, dvs 2 000 kronor. Motsvarande maxbelopp för modell 2–5 är 500 kronor, 750 kronor, 1 000 kronor respektive 1 500 kronor. Den stora skillnaden för patienten, förutom att maxbeloppen skiljer mellan de olika modellerna, är att patienten i modell 1 där årsbeloppet är som störst får betala högst 250 kronor per recept, medan patienten i de andra modellerna kan få betala hela årsbeloppet vid det första receptutköpet. Detta innebär att den finansiella belastningen för patienten vid detta tillfälle kan vara relativt stor i modellerna 2–5 även om denna belastning alltså är mindre på årsbasis än för modell 1. Detta likviditetsproblem kan dock lösas på olika sätt, t ex genom möjlighet till delbetalningar. Man kan tänka sig att patienten inte behöver betala mer än t ex 120 kronor vid varje förskrivningstillfälle men att den överskjutande delen upp till t ex 500 kronor eller 1 000 kronor registreras som en skuld som måste regleras under året. Man kan även tänka sig att patienterna får betala ränta på denna skuld och att räntekostnaden blir mindre ju snabbare patienten reglerar skulden.

För att simulera effekterna av dessa fem subventioneringsmodeller använder vi oss av data från en individbaserad receptstudie, det s k Jämtlandsmaterialet. Denna databas registrerar kontinuerligt sedan 1970 utköpen av läkemedel på recept för en sjundedel av befolkningen i Jämtland, drygt 17 000 personer. Samtliga individer födda under fyra av månadens dagar ingår. Detta datamaterial administreras av Apoteksbolaget som även hjälpt oss med nödvändiga kompletterande datakörningar.⁴

Befolkningen i Jämtlandsmaterialet år 1992 är något äldre än

riksgenomsnittet. Andelen personer i riket som är äldre än 65 år är 17,6 procent mot 20,1 procent i Jämtlandsmaterialet. I Jämtland som helhet var andelen innevånare över 65 år 20,2 procent. Andelen personer i riket som är i åldrarna 20–44 år är högre än i Jämtlandsmaterialet, 35,0 procent mot 32,9 procent. Trots detta var läkemedelskonsumtionen per innevånare inom den öppna vården år 1992 något lägre i Jämtlandsmaterialet än för riket som helhet. I Jämtlandsmaterialet var konsumtionen av förmånsberättigade läkemedel per innevånare 932 kronor mot 1 109 kronor per innevånare i riket, dvs konsumtionen var 19 procent högre i riket (Apoteksbolaget, 1993). Denna skillnad mellan Jämtlandsmaterialet och riket kan till största delen förklaras av att konsumtionen av förmånsberättigade läkemedel är lägre i Jämtland som helhet. Genomsnittskonsumtionen i riket var 14 procent högre än motsvarande siffra för hela Jämtland.

Av de totalt 17 889 individerna som ingår i Jämtlandsmaterialet konsumerade 11 318 personer (63 procent) läkemedel någon gång under 1992; ett genomsnitt på 932 kronor per innevånare. Utslaget på de 11 318 personerna konsumerade dessa läkemedel för 1 473 kronor per läkemedelskonsumerande individ. Dessa 11 318 personer löste in 79 182 läkemedelsposter, dvs 7,0 per läkemedelskonsumerande innevånare (4,4 per innevånare utslaget på hela befolkningen i Jämtlandsmaterialet). Läkemedelskonsumtionen i Jämtlandsmaterialet fördelade sig som framgår av tabell 4.2.

Tabell 4.2 Fördelningen av läkemedelskonsumtionen i Jämtlandsmaterialet år 1992 på olika rabatt, kronor per capita (andel i procent)

Total kostnad	Ej rabattberättigade	Kostnadsfria	Kostnadsbefriade	Prisnedsatta
1 473	14	392	211	856
(100%)	(1,0%)	(26,6%)	(14,3%)	(58,1%)

Notera: Ej rabattberättigade: icke rabattberättigade som skrivs ut på recept, exempelvis hostmedicin. Kostnadsbefriade = omfattas av högkostnadsskyddet. Av prisnedsatta läkemedel svarade patienterna själva för 187 kronor per capita, resterande 669 kronor subventionerades av staten.

Som framgår av tabellen svarar prisnedsatta läkemedel för huvuddelen av totalkonsumtionen av läkemedel, 58 procent. Procentandelen var år 1992 något högre för prisnedsatta läkemedel i Jämtlandsmaterialet jämfört med riket som helhet, noga räknat 58,1 procent mot 51,2 procent (siffra för 1991). Andelen kostnadsfria och kostnadsbefriade läkemedel är lägre i Jämtlandsmaterialet än i riket, 26,6 procent mot 31,5 procent respektive 14,3 procent mot 17,3 procent.

Vid en jämförelse med motsvarande siffror från Jämtlandsmaterialet från 1988 (Jönsson och Andersson 1990), kan man se att andelen kostnadsfria läkemedel har ökat något, från 24,8 procent år 1988 till 26,6 procent 1992. Andelen prisnedsatta läkemedel har minskat relativt kraftigt från 69,8 procent till 58,1 procent, men samtidigt har andelen kostnadsbefriade inköp, dvs högkostnadsskyddet, ökat från 4,5 procent till 14,3 procent.

En fördelning av totalkonsumtionen av läkemedel och subventionering redovisas i tabell 4.3.

Det framgår att läkemedelskonsumtionen varierar kraftigt mellan olika individer. Av de totalt 11 318 individerna, som konsumerade läkemedel 1992, var det 682 (6 procent) som

Tabell 4.3 Konsumtion av receptbelagda läkemedel inom öppenvården i Jämtlandsmaterialet år 1992, fördelad efter utgifter-
nas storlek

Utgift (kronor)	Antal per- soner	Konsumtion per capita kronor	Subven- tioner per capita kronor	Andel subven- tioner (%)	Poster per capita
0	6 571	-	-	-	-
1-200	3 435	104	34	32,8	1,5
201-500	2 629	328	171	52,2	3,4
501-1 000	1 663	713	478	66,9	5,9
1 001-2 000	1 489	1 432	1 136	79,3	9,3
2 001-3 000	730	2 451	2 112	86,2	13,5
3 001-4 000	412	3 463	3 100	89,5	17,0
4 001- 5000	278	4 494	4 124	91,8	19,5
5 000-	682	11 244	10 814	96,2	27,9
Totalt	17 889	932	805	86,3	4,4

konsumerade läkemedel för 5 000 kronor eller mer. Genomsnittskonsumtionen för dessa 223 individer var 11 244 kronor per innevånare. Patienterna i Jämtlandsmaterialet betalar totalt sett 13,5 procent av läkemedelsutgifterna, vilket kan jämföras med 19,6 procent för riket.⁵

Tabell 4.4 visar den snedfördelning som finns i läkemedelskonsumtionen. Vi kan se att nästan 80 procent av individerna konsumerade läkemedel för 1 000 kronor per innevånare eller mindre. Det utgör 14 procent av läkemedelskonsumtionen, 9 procent av statens utgifter för läkemedelssubventioneringen och 30 procent av antalet inlösta läkemedelsposter. Högkonsumenterna, definerat som individer som förbrukade läkemedel för 5 000 kronor eller mer, svarade för 46 procent av den totala läkemedelskonsumtionen, 51 procent av subventionerna och 24 procent av antalet inlösta läkemedelsposter. Denna grupp utgjorde knappt 4 procent av den totala befolkningen.

Denna snedfördelning i konsumtionen av läkemedel framgår ännu tydligare om Jämtlandsmaterialet studeras efter ålder.

Av tabell 4.5 framgår att läkemedelskonsumtionen är snedfördelad mellan olika åldersgrupper. Den äldsta delen av be-

Tabell 4.4 Procentuell fördelning efter utgifternas storlek av konsumtion av receptbelagda läkemedel inom öppenvården i Jämtlandsmaterialet 1992

Utgift (kronor)	Personer andel	Konsumtion andel	Subvention andel	Poster andel
0	36,7	-	-	-
1-200	19,2	2,2	0,8	6,6
201-500	14,7	5,2	3,1	11,2
501-1 000	9,3	7,1	5,5	12,4
1 001-2 000	8,3	12,8	11,7	17,6
2 001-3 000	4,1	10,7	10,7	12,4
3 001-4 000	2,3	8,6	8,9	8,8
4 001-5 000	1,6	7,5	8,0	6,8
5 000-	3,8	46,0	51,2	24,1
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 4.5 Konsumtion av receptbelagda läkemedel inom öppenvården i Jämtlandsmaterialet år 1992, uppdelat på åldersgrupper

Åldersgrupp	Antal personer	Konsumtion per capita kronor	Subvention per capita kronor	Andel subventionerat (procent)	Poster per capita
0-19	4 384	423	361	85,3	1,6
20-44	5 886	581	478	82,2	2,7
45-64	4 032	1 098	945	85,9	5,2
65-74	1 814	1 933	1 731	89,6	8,7
75-W	1 775	1 950	1 715	88,0	11,0
Totalt	17 891	932	805	86,3	4,4

folkningen konsumerar mest läkemedel. Vi kan dock se att konsumtionen per capita är ungefär lika i den allra äldsta åldersgruppen, 75 år och äldre, och den näst äldsta åldersgruppen, 65-74 år. Förklaringen till detta kan vara att den största delen av läkemedelskonsumtionen för den allra äldsta gruppen, äldre än 75 år, huvudsakligen sker inom den slutna vården. Vi kan dock se att antalet konsumerade läkemedelsposter är klart högre för personer äldre än 75 år än för gruppen 65-74 år. Detta innebär att personer i åldersgruppen 75 år och äldre konsumerar relativt billiga läkemedel. Snedfördelningen visas även i nedanstående tabell.

Tabell 4.6 Procentuell fördelning av konsumtion av receptbelagda läkemedel inom öppenvården i Jämtlandsmaterialet år 1992, uppdelat på åldersgrupper.

Åldersgrupp	Andel personer	Konsumtion andel	Subvention andel	Poster andel
0-19	24,5	11,1	11,0	8,7
20-44	32,9	20,5	19,6	20,2
45-64	22,5	26,6	26,5	26,6
65-74	10,1	21,0	21,8	19,8
75-W	9,9	20,8	21,2	24,7
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 4.6 visar att gruppen över 65 år, motsvarande 20 procent av befolkningen (eller 25,9 procent av de som konsumerar läkemedel), svarar för 41,8 procent av läkemedelskonsumtionen, nästan 43,0 procent av statens subventioner och 44,5 procent av antalet inlösta läkemedelsposter.

Utifrån Jämtlandsmaterialet är det även möjligt att disaggregera läkemedelskonsumtionen för olika åldersgrupper på olika utgiftsgrupper. I Appendix 2 redovisas dessa disaggregeringar. Inte helt oväntat kan vi se att andelen personer som inte konsumerar några läkemedel alls är som störst i den allra yngsta åldersgruppen och att denna andel sedan successivt minskar. I den yngsta gruppen 0–19 år är det 50 procent som konsumerar läkemedel, bland 20–44-åringar är det nästan 59 procent, bland 45–64-åringar är det 69 procent, bland 65–74-åringar är det drygt 80 procent och bland personer äldre än 75 år är det drygt 81 procent. Lika väntat kan vi se att de verkliga högkonsumenterna av läkemedel återfinns i de äldre åldersgrupperna. I den yngsta åldersgruppen 0–19 år var det 0,5 procent som konsumerade läkemedel för mer än 5 000 kr, i gruppen 20–44 år var motsvarande siffra 1,8 procent, i gruppen 45–64 år var siffran 5,1 procent, i gruppen 65–74 år och i den äldsta gruppen personer 75 år eller äldre var det 9,0 procent respektive 10,3 procent som konsumerade läkemedel för mer än 5 000 kronor.

I tabell 4.7 uppräknas konsumtionsdata från Jämtlandsmaterialet till riket som helhet. Dessa uppräknade siffror används sedan för simuleringar av effekter för olika utformningar av läkemedelssubventioneringen. Befolkningen i Sverige var 8 668 066 personer år 1992. Jämtlandsmaterialet visade att 36,7 procent av befolkningen inte konsumerade några receptbelagda läkemedel inom den öppna vården under 1992. Detta motsvarar ungefär 3,2 miljoner personer i riket som helhet. Således kan de övriga 5,5 miljonerna personer antas svara för svenskarnas konsumtion av receptbelagda läkemedel inom den öppna vården år 1992.

I simuleringarna har vi tagit hänsyn till vad en förändring av läkemedelssubventioneringen skulle få för effekter på den efterfrågade kvantiteten läkemedel. En höjning av patientavgiften medför en minskad efterfrågan på läkemedel och därför

Tabell 4.7 Fördelningen av läkemedelskonsumtion år 1992; uppräknig till riket från Jämtlandsmaterialet. Totalt för hela befolkningen

Utgift (kronor)	Andel (%) individer i Jämtlandsmaterialet	Antal individer i riket	Konsumtion per capita kronor	Subvention per capita kronor	Konsumtion totalt milj kr	Subvention totalt milj kr
0	36,7	3 183 960	-	-	-	-
1-200	19,2	1 664 420	104	34	174	57
201-500	14,7	1 273 875	328	171	418	218
501-1 000	9,3	805 802	713	478	575	385
1 001-2 000	8,3	721 491	1 432	1 136	1 033	819
2 001-3 000	4,1	353 720	2 451	2 112	867	747
3 001-4 000	2,3	199 633	3 463	3 100	691	619
4 001-5 000	1,6	134 704	4 494	4 124	605	556
5 000-	3,8	330 461	11 244	10 814	3 716	3 574
Totalt	100,0	8 668 066	932	805	8 079	6 974

också en minskad konsumtion av läkemedel. Vi har tagit hänsyn till denna volymminskning genom att justera beräkningarna med den skattade egenpriselasticiteten $-0,1$. För att få en uppfattning av denna elasticitets betydelse i simuleringarna redovisar vi även effekterna av en priselasticitet på 0 och $-0,2$. I appendix 3 redogörs i detalj för de metoder som används för att beräkna effekterna av förändringarna i läkemedelssubventioneringen.

Statens utgifter

I tabell 4.8 redovisas de simulerade effekterna på de statliga utgifterna för de fem olika subventioneringsmodellerna.

Tabellen visar att modell 1, som avser en egenavgiftshöjning för patienterna från 120 kronor till 250 kronor och en höjning av högkostnadsskyddet från 1 600 kronor till 2 000 kronor, reducerar statens utgifter för läkemedelssubventionering med ca 856 Mkr, dvs med drygt 12 procent, med en priselasticitet på $-0,1$. Om priselasticiteten är 0 och $-0,2$ är motsvarande besparing 780 Mkr respektive 932 Mkr.

Tabell 4.8 Beräkning av inbesparade statliga subventioner vid fem olika subventioneringskonstruktioner jämfört med nuvarande system och med tre olika antaganden om priselasticiteten. Besparing per år i miljoner kronor

Modell	Maxbelopp	Inbesparade statliga subventioner jämfört med nuvarande system		
		e=0	e=-0,1	e=-0,2
1) 250 kr per recept 250 kr per tillfälle	2 000 kr/år	780	856	932
2) 100% under 500 kr per år	500 kr/år	760	1 044	1 329
3) 100% under 500 kr per år 50% 501-1 000 kr	750 kr/år	1 281	2 002	2 715
4) 100% under 1 000 kr per år	1 000 kr/år	1 802	2 933	3 884
5) 100% under 1 000 kr, 50% 1 001-2 000 kr per år	1 500 kr/år	2 467	4 176	5 523

Notera: e=elasticitet.

I modell 2 får patienterna betala hela sin konsumtion av läkemedel under 500 kronor innan staten går in och subventionerar den övriga läkemedelskonsumtionen under året till 100 procent. Denna gräns på 500 kronor, som motsvarar knappt 42 kronor i månaden, skulle reducera statens utgifter med ungefär 1 000 Mkr jämfört med nuvarande system. Detta räknat på en priselasticitet lika med $-0,1$. Inbesparingen av statens utgifter varierar från ca 760 Mkr till drygt 1 300 Mkr beroende på priselasticitetens storlek i intervallet 0 till $-0,2$. Vid en priselasticitet på $-0,1$ utgör inbesparingen av statens utgifter 15 procent av statens kostaderna för receptbelagda läkemedel. Drygt 6 miljoner människor i befolkningen (71 procent) skulle aldrig konsumera så mycket läkemedel under ett år att de nådde upp till den gräns där staten subventionerar läkemedel.

I modell 4 flyttas gränsen för en 100-procentig statlig subventionering upp från 500 kronor till 1 000 kronor. I detta fall blir besparingen av statens utgifter vid en priselasticitet på $-0,1$ nästan 3 000 Mkr eller 31 procent av de totala kostnaderna för läkemedelsförmånen. Besparingen varierar från drygt 1 800 Mkr till drygt 3 800 Mkr beroende på priselasticitetens storlek. Med denna gräns på 1 000 kronor per patient och år innan staten går in och subventionerar läkemedel till 100 procent, skulle nästan 7 miljoner människor i Sverige (80 procent) aldrig nå upp till detta utgiftstak.

När patienten uppnått utgiftstaket (500 kronor eller 1 000 kronor) kommer incitamenten att väga kostnader mot nytta för ytterligare läkemedelskonsumtion att försvinna. För att motverka detta skulle det vara möjligt att införa en viss egenandel även efter det att gränsen uppnåtts. I Danmark infördes år 1988 en egenandel för läkemedel på 800 kronor per år. Denna egenandel höjdes 1990 till 1 000 kronor. När denna gräns är uppnådd subventioneras läkemedelskonsumtionen med 50 procent alternativt 75 procent under resten av året. I Danmark betalar patienten således fortfarande en del av sin läkemedelskonsumtion. Så är inte fallet i Sveriges eller Norges högkostnadsskydd utan all konsumtion (även annan vård) subventioneras till 100 procent när gränsen är uppnådd.

I modell 3 låter vi utgiftstaket på 500 kronor ligga kvar men patienterna får även betala 50 procent av läkemedelskostna-

derna i intervallet 501–1 000 kronor. Det maximala belopp som patienten får betala för sina läkemedel blir 750 kronor per år. Här kan vi se att besparingen i statens utgifter ökar till drygt 2 000 Mkr med en egenpriselasticitet på $-0,1$. Besparingen varierar från knappt 1 300 Mkr till 2 700 Mkr beroende på priselasticitetens storlek. Med en priselasticitet på $-0,1$ kan vi se att inbesparingen av statens utgifter blir ungefär 1 000 Mkr större om patienterna får betala 50 procent av utgifterna i intervallet 501–1 000 kronor i jämförelse med en 100-procentig subvention efter det att utgiftstaket på 500 kronor uppnåtts.

I modell 5 väljs ett utgiftstak på 1 000 kronor men patienten får betala 50 procent av läkemedelskostnaderna i intervallet 1 001–2 000 kronor. I denna modell blir den statliga inbesparingen av utgifter med en priselasticitet på $-0,1$ drygt 4 000 Mkr och varierar från nästan 2 500 Mkr till 5 500 Mkr beroende på priselasticitetens storlek. Med en priselasticitet på $-0,1$ blir statens besparing 44 procent av den totala kostnaden för receptbelagda läkemedel. Besparingen blir ungefär 1 200 Mkr större än med bara ett utgiftstak på 1 000 kronor.

Patienternas betalningar

Tabell 4.9 visar patienternas egenavgifter vid priselasticiteterna 0, $-0,1$ respektive $-0,2$ vid de fem utformningarna av läkemedelssubventioneringssystemet samt jämförelser med det nuvarande systemet.

Den totala utgiften för läkemedelskonsumenterna inom det nuvarande systemet är 1 104 Mkr. Om utgiften per recept ökar från 120 kronor till 250 kronor i modell 1, kan vi se att utgifterna ökar med 617 Mkr om priselasticiteten är $-0,1$. Det innebär en ökning per läkemedelskonsumerande patient med 56 procent per år. Utgiftsökningen varierar från 455 Mkr till 780 Mkr beroende på priselasticitetens storlek.

Om utgiftstaket för receptbelagda läkemedel är 500 kronor som i modell 2, ökar de totala utgifterna för läkemedelskonsumenterna med 705 Mkr om året eller med 64 procent, räknat på en priselasticitet på $-0,1$. Om detta tak istället är 1 000 kronor som i modell 4, ökar de totala utgifterna för läkemedelskonsu-

Tabell 4.9 Beräkning av förändringen i totala egenavgifter vid fem olika subventioneringskonstruktioner jämfört med nuvarande system och med tre olika antaganden om priselasticiteten. Utgiftsökning per år i miljoner kronor

Modell	Maxbelopp	Utgiftsökningar för patienterna jämfört med nuvarande system		
		e=0	e=-0,1	e=-0,2
1) 250 kr per recept 250 kr per tillfälle	2 000 kr/år	780	617	455
2) 100% under 500 kr	500 kr/år	760	705	651
3) 100% under 500 kr 50% 501–1 000 kr	750 kr/år	1 281	1 181	1 074
4) 100% under 1 000 kr	1 000 kr/år	1 802	1 631	1 280
5) 100% under 1 000 kr, 50% 1 001–2 000 kr	1 500 kr/år	2 467	2 131	1 312

Notera: e=elasticitet.

menterna med 1 631 Mkr. Detta motsvarar en utgiftsökning på 148 procent. Den faktiska utgiftsökningen för patienterna blir större ju mindre priselasticiteten är och mindre ju större priselasticiteten är. Om priselasticiteten är 0 ökar utgifterna med 69 procent och 163 procent med ett utgiftstak på 500 kronor respektive 1 000 kronor. Motsvarande utgiftsökningar om priselasticiteten är -0,2, är 59 procent och 116 procent.

Med ett utgiftstak på 500 kronor och där patienterna får betala 50 procent av kostnaderna i intervallet 501–1 000 kronor ökar den årliga totala kostnaden för läkemedelskonsumenterna med 1 181 Mkr istället för 705 Mkr vid enbart ett utgiftstak på 500 kronor. Med ett utgiftstak på 1 000 kronor och där patienterna får betala 50 procent av kostnaderna i intervallet 1 001–2 000 kronor, ökar den årliga totala kostnaden för läkemedelskonsumenten med 2 131 Mkr, vilket innebär 193 procent högre betalning per patient än vid det nuvarande systemet.

Förändringarna kan dock vara mer eller mindre kraftiga än vad som simulerats beroende på att vi tvingats antaga att antalet individer i de olika läkemedelskonsumtionsgrupperna är

lika före och efter införandet av den tänkta utgiftsgränsen och att priselasticiteten antas vara konstant över t ex ålders-, konsumtions- och inkomstgrupper. Utgifterna per invånare är korrekt beräknade om man kan anta att en prishöjning för konsumenterna enbart medför att konsumtionen av läkemedel minskar, inte att individer i en konsumtionsgrupp flyttas ned till en annan och lägre konsumtionsgrupp. Om det sker sådana flöden mellan olika konsumtionsgrupper kommer siffrorna avseende utgifterna per innevånare i tabellen ovan att bli underskattade.

Samhällsekonomiska vinster till följd av reducerad "dödvikt"

Eftersom läkemedelsutgifterna delvis finansieras genom skatter uppstår snedvridande effekter på bl a resursallokeringen, t ex negativa effekter på arbetsutbudet, arbetskraftens allokering på olika användningsområden och arbetsintensiteten. Det är relativt enkelt att peka ut sådana samhällsekonomiska kostnader. Det har dock visat sig svårt att kvantitativt precisera dem i kronor. Denna studie simulerar därför även den samhällsekonomiska besparingen till följd av de fem olika förmånsmodellerna vid två olika dödvikter: 1) 0,25 kronor per utgiftskrona, 2) 1,30 kronor per utgiftskrona.

Tabell 4.10 visar bl a de samhällsekonomiska vinsterna vid olika förändringar i subventioneringssystemet för läkemedel. I modell 1 där patientavgiften och högkostnadsskyddet höjs till 250 kronor respektive 2 000 kronor minskar de totala utgifterna för läkemedel från 8 079 Mkr med det nuvarande subventioneringssystemet till 7 841 Mkr om priselasticiteten är $-0,1$, dvs en minskning på 238 Mkr eller knappt 3 procent. Denna minskning kan tolkas som resultatet av ett ökat kostnadsmedvetande hos patienterna. Utan ett sådant kostnadsmedvetande innebär de statliga inbesparingarna endast en överföring av utgifterna för läkemedel från staten till patienterna (priselasticiteten är lika med noll). Om priselasticiteten är $-0,2$ minskar de totala läkemedelsutgifterna med nästan 480 Mkr.

I modell 2 blir den totala utgiftsminskningen vid 339 Mkr,

Tabell 4.10 Beräkning av samhällsekonomiska vinster till följd av reducerad "dödvikt" vid fem olika subventioneringsgränser, och med tre olika antaganden om priselasticiteten, Mkr per år

	Nuvarande system	Modell 1			Modell 2			Modell 3			Modell 4			Modell 5		
	e=0	e=-0,1	e=-0,2	e=0	e=-0,1	e=-0,2	e=0	e=-0,1	e=-0,2	e=0	e=-0,1	e=-0,2	e=0	e=-0,1	e=-0,2	
Utgifter för läkemedel	8 079	8 079	7 841	7 602	8 079	7 740	7 402	8 079	7 259	6 439	8 079	6 777	5 476	8 079	6 034	3 869
Statens utgifter	6 974	6 194	6 118	6 043	6 214	5 930	5 646	5 693	4 973	4 259	5 172	4 041	3 090	4 507	2 798	1 452
Patienternas utgifter	1 104	1 885	1 722	1 560	1 864	1 810	1 756	2 385	2 286	2 179	2 906	2 736	2 385	3 571	3 236	2 417
Samhällsekonomisk kostnad till följd av dödvikt																
dödvikt=0,25	9 822*	9 628	9 370	9 114	9 632	9 223	8 813	9 502	8 502	7 503	9 372	7 787	6 248	9 206	6 733	4 232
dödvikt=1,3	17 145	16 131	15 793	15 459	16 157	15 449	14 742	15 479	13 724	11 975	14 802	12 030	9 492	13 937	9 671	5 757

Källa: Egna beräkningar.

Notera: e=elasticitet, 1) 250 kronor per recept och 2 000 kronor högkostnadsskydd, 2) 100 procent under 500 kronor, 3) 100 procent under 500 kronor, 50 procent 501–1 000 kronor, 4) 100 procent under 1 000 kronor, 5) 100 procent under 1 000 kronor, 50 procent 1 001–2 000 kronor.

* 6 974 • 1,25 + 1 104

eller drygt 4 procent vid en priselasticitet på $-0,1$. I modell 3 blir denna minskning 820 Mkr eller 10 procent, i modell 4 blir den 1 300 Mkr eller 16 procent. I modell 5 blir denna totala utgiftsminskning med en priselasticitet på $-0,1$, lika med 2 000 Mkr eller drygt 25 procent.

Dessa minskningar i de totala utgifterna för läkemedel motsvarar även de samhällsekonomiska kostnadsbesparingarna av läkemedel om finansieringsbördan av de skattefinansierade utgifterna är noll. Om dödvikten av skattefinansieringen istället är 0,25 eller 1,3 blir dock de samhällsekonomiska kostnadsbesparingarna betydligt högre. Räknat på priselasticitet på $-0,1$ och en dödvikt på 0,25 blir kostnadsbesparingen i modell 1 452 Mkr, vilket kan jämföras med 238 Mkr med en dödvikt på 0. I modell 2 blir motsvarande kostnadsminskning 599 Mkr mot 339 Mkr med en dödvikt på 0. I modell 3 blir kostnadsminskningen 1 320 Mkr mot 820 Mkr med en dödvikt på 0. I modell 4 och 5 blir motsvarande jämförelser 2 035 Mkr jämfört med 1 302 Mkr respektive 3 089 Mkr jämfört med 2 045 Mkr. Om man istället räknar med en dödvikt på 1,3 blir de samhällsekonomiska kostnadsbesparingarna 150–200 procent högre än med en dödvikt på 0,25. Om man sedan räknar med en priselasticitet på $-0,2$ blir effekterna på de samhällsekonomiska besparingarna ytterligare 25 procent högre i modell 1 och 40–50 procent högre i modell 2–5. Detta visar att de simulerade absoluta och relativa effekterna på de samhällsekonomiska kostnaderna till stor del beror på de antaganden om dödvikt och priselasticitet som görs.

En slutsats man kan dra är dock följande: Om man är villig att acceptera en priselasticitet på $-0,1$ och en dödvikt på 0,25 som någorlunda rimliga blir kostnadsbesparingarna relativt betydande i alla modeller. De varierar dock beroende på vilken modell man väljer. I modell 1 är kostnadsbesparingen med antagandena ovan nästan 5 procent, i modell 2 blir besparingen 6 procent, i modell 3 blir den 13 procent, i modell 4 21 procent och i modell 5 blir den totala besparingen för samhället (med en priselasticitet på $-0,1$ och en dödvikt på 0,25) drygt 30 procent.

Det finns därför goda skäl att överväga hur läkemedelssubventioner skall ges. Formen för patienternas egenbetalningar är inte betydelselös för totalkostnaderna.

Noter

¹ Efterfrågans priselasticitet är den procentuella förändringen i efterfrågan av en vara dividerat med den procentuella förändringen i varans pris.

² Exempelvis är det av intresse att veta hur subventioneringen påverkar patientens hälsa på kort och lång sikt, t ex genom effekter på investeringar i forskning och utveckling.

³ De väsentliga läkemedlen inkluderade antihypertensiva medel, cardiac agents, diabetic agents och thyroid agents. Oväsentliga läkemedel inkluderade analgesics, non-steroidal anti-inflammatory medications.

⁴ Ett stort tack till Hans Johansson (Apoteksbolaget) som hjälpt oss med datakörningar.

⁵ Siffran 19,6 procent har erhållits genom att dividera den totala utgiften för läkemedelsförmånen på 7 623 Mkr, s 38 i Svensk Läkemedelsstatistik 92, med den totala försäljningen inom ramen för läkemedelsförmånen 9 482 Mkr, s 58 i Svensk Läkemedelsstatistik, och subtrahera denna andel från 1 för att få patienternas del i betalningen av de läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånen. Denna andel på 19,6 procent är något lägre än den patientandel som återfinns i tabell 3.3. Orsaken är att patientbetalningarna i denna tabell har relaterats till den totala försäljningen per recept, s 54 i Svensk Läkemedelsstatistik 92. Den totala utgiften per recept 9 895 Mkr innehåller då även t ex veterinärpreparat som förskrivits på recept men betalas av patienterna till fulla kostnaden. Detta gör att patientandelen i tabell 3.3 blir något högre än 19,6 procent.

5. Internationell översikt av subventioneringssystem¹

Inledning

Systemet för subventionering av läkemedelsutgifterna i olika länder återspeglar utformningen av sjukvårdssystemet i övrigt. Enligt Søgaard (1984) kan Västeuropas försäkringsanordningar delas upp i fyra huvudtyper (tekniska lösningar). Dessa redovisas i figur 5.1.

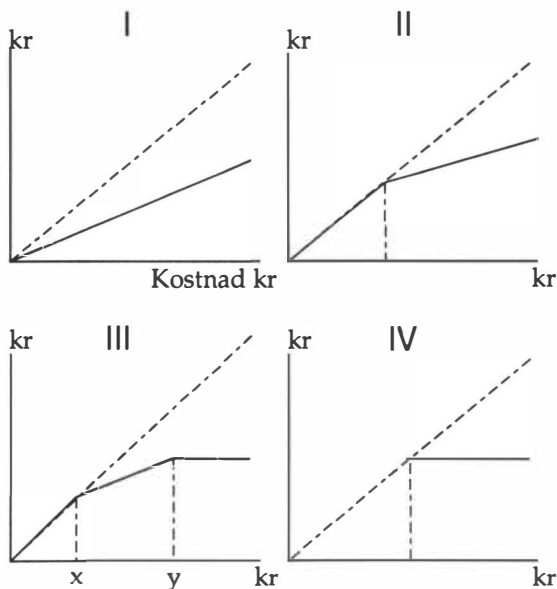
I modell I och IV återfinns två huvudprinciper, nämligen proportionellt bidragssystem (modell I) och systemet med en fast receptavgift (modell IV). Modell II och III är blandningar av modell I och IV. I modell II gäller full egenbetalning upp till ett visst belopp (x). Därutöver ersätts utgifterna delvis. Detta gäller även för modell III, men här finns ytterligare en övre gräns (y) som avgör hur mycket patienten skall få betala ur egen ficka. Patienten betalar ingenting över gränsen y .

Som framgår av figur 5.1 modifierar dessa principer prismetanismen (i den rena "fullkostnadssituationen") på olika sätt. I samband med frågan om prisbarriärer kan det vara av intresse att undersöka vilka västeuropeiska länder som garanterar en övre gräns för konsumentens utgift. En fast avgift tas ut i England och Västtyskland (IV), samt till en viss del i Belgien, Italien och Sverige (III).² Modell III tar, i motsats till den rena proportionalitetsprincipen i modell (I), hänsyn till den fördelningsmässiga aspekten (Søgaard, 1987). På låga konsumtionsnivåer kan konsumenten själv betala hela läkemedelsutgiften. En sådan "självrisk" har man i de flesta försäkringar. Det är höga utgifter man försäkras sig mot. Denna "högsta" utgiftsgräns finns i modell III och i modell IV, men ej i modell I och II.

De tekniska utformningar av läkemedelsförmånen som de europeiska länderna valt kan medföra olika effekter på läke-

Figur 5.1 Försäkringsprinciperna i 10 västeuropeiska länder visat som patientens läkemedelsutgift som en funktion av receptens totalutgift. Streckade linjer visar 100 procent patientandel

Egenavgift



medelsutgifterna. Några av ländernas försäkringsanordningar skall därför presenteras och diskuteras mer grundligt. Vi skall belysa subventioneringssystemets utformning och aktuella förändringar i sju länder: Norge, Danmark, Frankrike, Italien, Nederländerna, Storbritannien och Tyskland. Tillsammans ger dessa sju länder en bra bild av hur olika länder försökt lösa problemet med ökade offentliga utgifter för läkemedel. Vi börjar med att analysera priser och läkemedelsutgifter i de sju länderna.

Läkemedelsutgifter och läkemedelspriser i sju europeiska länder

Vid jämförande studier av priser och utgifter för läkemedel mellan länder uppstår en mängd olika problem. Skillnader som kan föreligga är:

- Definitionen av läkemedel är olika.
- Skatter ingår på olika sätt i kostnaderna i olika länder.
- Kostnader för sjukhusapotek inkluderas ej i vissa länder.
- Veterinärpreparat ingår i vissa länder, i andra inte.
- Kostnaderna för andra varor än läkemedel är inkluderade/exkluderade.
- Kostnader för försäljning utan recept (OTC) är inkluderade/exkluderade.
- Kostnaderna för apotekstillverkade läkemedel är inkluderade/exkluderade.

Trots alla problemen med jämförbarheten kan det vara intressant att jämföra priser och utgifter för läkemedel mellan olika länder. Vid jämförelser av läkemedelspriser mellan länder vore det naturligtast att jämföra priserna på AUP-nivå, dvs för konsumenten. Problemet är att skillnaderna i apoteksmarginalerna kan snedvrída resultaten. Det uppstår dock även liknande svårigheter om jämförelser görs på DIP-nivå eftersom betalnings- och leveransvillkor kan skilja väsentligt mellan länder. Dessutom kan rabatter förekomma speciellt till den slutna vården. Jämförelser av priser på läkemedel mellan länder måste baseras på ett urval av preparat och detta urval kan svårligen bli lika representativt för alla länder. Ett stort antal prisjämförelser har dock genomförts. I Sverige genomför Apoteksbolaget regelbundet prisjämförelser på DIP-nivå med andra länder. Skälet till att Apoteksbolaget valt att jämföra priser på DIP-nivå är att bolagets prisförhandlingar med tillverkarna baseras på dessa priser. I tabell 5.1 visas, förutom en studie av Apoteksbolaget, fem jämförelser på DIP-nivå. Dessa fem omfattar dock inte Sverige.

Prisjämförelsen som utförs av Apoteksbolaget undersöker priset på de i Sverige 150 största preparaten (cirka 400-500 far-

Tabell 5.1 Europeiska läkemedelsprisindex (DIP) från 6 olika studier

	(1) Apoteks- bolaget 1991	(2) BEUC 1989	(3) IWI 1991	(4) FI 1991	(5) BIE 1990	(6) AGIM 1992
Schweiz	136	---	---	---	---	---
Holland	132	129	155	147	140	126
Irland	---	132	---	---	143	---
Danmark	130	122	---	---	---	---
Tyskland	129	133	128	116	139	140
Finland	111	---	---	---	122	---
Norge	103	---	---	---	---	---
Europa	---	---	---	---	101	---
Sverige	100	---	---	---	---	---
EG	---	100	100	---	100	---
Stor- britannien	99	118	123	95	154	101
Italien	95	87	92	90	59	90
Belgien	93	87	91	86	96	91
Österrike	93	---	---	---	---	---
Portugal	---	78	74	---	68	---
Grekland	---	72	49	---	61	---
Frankrike	65	69	60	57	82	77
Spanien	---	73	60	---	59	---

Källa: Apoteksbolaget (1992, KU-91 Prisförhandlingar).

(1) Apoteksbolaget i Sverige.

(2) BEUC = Bureau Européen des Unions de Consommateurs, Bryssel, Belgien.

(3) IWI = Industriewissenschaftliches Institut, Wien, Österrike.

(4) Farminindustria = Läkemedelsbranschens organisation, Rom, Italien.

(5) BIE = Bureau of Industry Economics, Canberra, Australien.

(6) AGIM = Association générale de l'industrie du médicament = Belgiska läkemedelsindustriföreningen.

maceutiska specialiteter) i 11 västeuropeiska länder. Priset vik-
tas efter den i Sverige använda volymen och omräknas till
svensk valuta. Därigenom kan utgiften för den i Sverige reala
läkemedelskonsumtionen jämföras med vad den skulle ha
kostat om andra länders officiella prislistor tillämpats.
Resultatet blir ett prisindex för Sverige relativt andra länder.
Läkemedelsvalet och kvantiteter i andra länder påverkar inte

jämförelserna. De olika studierna visar likartade resultat. Det är endast Storbritannien som avviker från denna enhetliga bild. Av Apoteksbolagets undersökning framgår att de svenska priserna ligger på en genomsnittlig EG-nivå. Man har dock kunnat observera i Apoteksbolagets undersökningar att de svenska priserna har ökat under det senaste året i relation till omvärlden. Den främsta anledningen till detta förklaras av att prissänkningar har genomförts i vissa länder, t ex som en följd av införandet av referenspriser i Holland och Tyskland och ökad parallellimport i Danmark.

Vid en jämförelse av de nordiska länderna kan man konstatera att Norge, Sverige och Finland har en likartad prisnivå medan Danmark har en högre prisnivå. Det framgår även av tabellen att Italien har en relativt låg prisnivå och något lägre än den svenska enligt dessa prisstudier. Vi kan också observera att Frankrike har en mycket låg prisnivå.

Om man övergår från prisjämförelser på DIP-nivå till motsvarande jämförelse på AUP-nivå kommer man att finna att Sverige hamnar på ungefär samma nivå i relation till andra västeuropeiska länder på grund av att såväl grossist- som detaljistmarginalerna är relativt låga i Sverige.

Läkemedelspris och läkemedelsutgift blandas ofta samman i den offentliga debatten. Det är dock viktigt att hålla isär dessa båda begrepp. Det är nämligen inte säkert att ett land med höga priser på läkemedel även har höga läkemedelsutgifter. Storleken på läkemedelsutgifterna beror naturligtvis både på kvantiteten och läkemedelssortimentets sammansättning. I tabell 5.2 anges läkemedelsutgifterna med data från två olika källor, OECD och EFPIA. En viktig skillnad mellan dessa källor är att EFPIA anger läkemedelsutgifterna i droghandelns inköpspris medan OECD anger läkemedelsutgifterna i apotekens utförsäljningspris.

Tabellen visar att EFPIA-statistiken och OECD-statistiken stämmer ganska hyggligt överens med undantag för Storbritannien och Danmark. Sverige har femte högsta läkemedelsutgifterna av de sju länder vars subventioneringssystem vi analyserade i avsnittet ovan. Vi kan dock se att det finns skillnader mellan de båda källorna. Danmark har sjunde högsta läkemedelsutgifterna enligt OECD-statistiken, men fjärde

Tabell 5.2 Läkemedelsutgifterna per innevånare i olika länder 1990 ECU

Land	DIP ECU	Marginal %	AIP ECU	Marginal %	AUP ECU	Moms	EFPIA ECU	OECD ECU
Sverige	108	4,00	113	29,00	152	0 ²⁾	152	142*
Norge	78	10,90	88	ca 29,00	123	20	148	153*
Storbritannien	83	12,50	94	25,00	126	0 ²⁾	126	86*
Danmark	85	7,80	93	33,00	138	22	168	102*
Tyskland	127	14,80	149	29,60	212	14	241	304**
Frankrike	158	9,70	174	29,00	246	2,1	251	246
Italien	151	10,67	169	25,00	225	9	245	222
Nederländerna	74	16,90	89	26,00 ¹⁾	120	6	128	120

Källa: EFPIA (1989-1990) och OECD (1991).

1) Ingen moms om läkemedlen betalas av sjukförsäkringen.

2) Moms på vissa produkter, tex OTC.

* 1989

** 1988

högst enligt EFPIA, Tyskland har högst läkemedelsutgifter enligt OECD men tredje högsta läkemedelsutgifterna enligt EFPIA och Norge har fjärde högsta läkemedelsutgifterna enligt OECD men sjuätte högsta utgifterna enligt EFPIA. Det framgår också av tabellen att om läkemedelsutgifterna mäts i AUP, dvs när momsen exkluderats, går Storbritannien från en åttonde plats till en sjuätteplats. Bl a går Norge från en fjärde och sjuätte plats enligt OECD- och EFPIA-statistiken till en sjunde plats i AUP. Detta beror på att Norge lägger 20 procent moms på läkemedlen, medan Storbritannien bara lägger moms på vissa produkter, t ex OTC. Vi kan även se att Frankrike har mycket höga läkemedelsutgifter per innevånare. Förklaringen till att Frankrike har låga priser men höga utgifter på läkemedel är att läkemedelskonsumtionen är mycket hög. Varje innevånare i Frankrike får i genomsnitt ut 17 recept per år jämfört med knappt 6 i Sverige (Apoteksbolaget 1993). Danmark har tvärtom höga priser på läkemedel men relativt låga utgifter. Förklaringen till detta är således att kvantiteten konsumerade läkemedel är relativt låg. I Danmark är dessutom andelen billiga generiska preparat relativt hög.

Läkemedelsutgifterna mätta i AUP, AIP och DIP ger ungefär samma rangordning mellan de åtta länderna. Vi kan dock se att marginalerna i distributionsledet skiljer sig kraftigt åt mellan länderna. Grosshandelsmarginalerna är 4 procent i Sverige som har lägsta marginalen och 7,8 procent i Danmark som har näst lägst marginal, och 16,9 procent i Nederländerna och 14,8 procent i Tyskland som har de högsta marginalerna. Även apotekens marginaler skiljer sig mellan olika länder, från 25 procent i Storbritannien och Italien och 26 procent i Nederländerna som har lägst marginaler, till 33 procent i Danmark som har högst marginal. Övriga länder har en marginal i detaljistledet på omkring 29 procent.

Tabell 5.3 visar att läkemedlens andel av sjukvårdskostnaderna varierar kraftigt mellan länderna. Enligt OECD-statistiken var Sveriges läkemedelsandel drygt 8 procent 1991 och lägst av de åtta utvalda länderna. I Tyskland var denna andel drygt 21 procent. Andelen läkemedel i sjukvården var även relativt hög i Frankrike (16,8 procent) och Italien (18,4

procent). Dessa läkemedelsandelar tycks inte ha förändrats särskilt mycket sedan 1975. Den största ökningen står Italien för, en ökning från 14,1 procent 1975 till 18,4 procent 1990. Enligt statistiken har den franska andelen minskat från 20 procent till 17 procent. Danmarks läkemedelsandel tycks ha ökat något mellan 1985 och 1991, från 9,5 procent till nästan 12 procent. Läkemedelsutgifterna uttryckta som andel av BNP ligger på ungefär 1 procent. Sveriges andel är 0,7 procent. Högst andel har Tyskland, men även Frankrike och Italien har höga andelar. Det har inte heller skett några större förändringar i läkemedelsandel i BNP sedan 1975. Italien har dock ökat denna andel från 0,9 procent 1975 till 1,5 procent 1990.

Tabell 5.3 Läkemedelsutgifterna i procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna och i procent av BNP i vissa OECD-länder 1975–90

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	% av de totala sjukvårdsutgifterna				% av BNP			
	1975	1980	1985	1991	1975	1980	1985	1991
Sverige	7,9	6,5	7,1	8,2*	0,6	0,6	0,6	0,7*
Norge	6,4	10,0	10,2	10,4*	0,4	0,7	0,7	0,8*
England	11,2	11,2	10,9	10,7**	0,6	0,6	0,7	0,6**
Danmark	9,0	9,1	9,5	11,8	0,6	0,6	0,6	0,8
Tyskland	18,6	18,7	19,7	21,3*	1,5	1,6	1,7	1,8*
Frankrike	19,8	15,9	16,2	16,8	1,4	1,2	1,4	1,5
Italien	14,1	13,9	17,9	18,4*	0,9	1,0	1,3	1,5*
Holland	9,3	7,9	9,0	9,9	0,7	0,6	0,7	0,8

Källa: OECD (1993).

Kol 1–4: Totala läkemedelsutgifterna (AUP efter moms) i procent av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna

Kol 5–8: Totala läkemedelsutgifterna (AUP efter moms) i procent av bruttonationalprodukten.

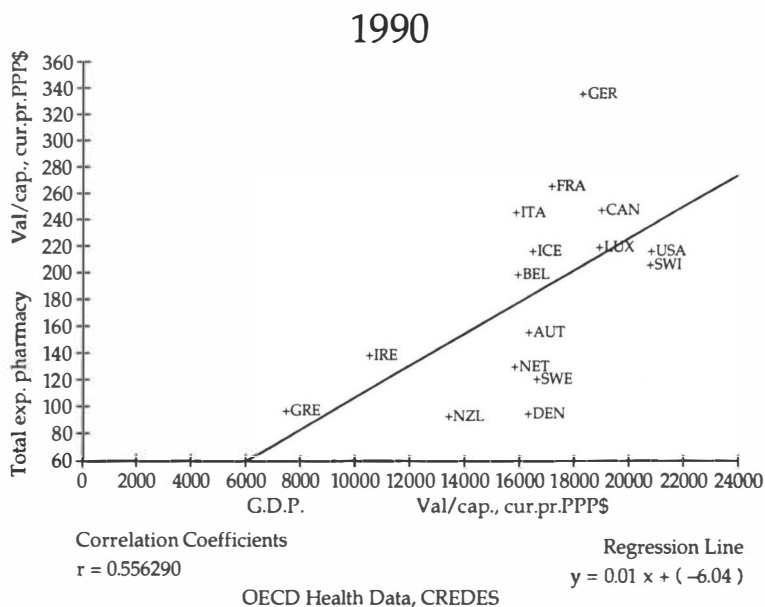
* 1990

** 1989

Figur 5.2 visar att det finns ett starkt samband mellan BNP och läkemedelsutgifterna per innevånare. I en enkel regressionsanalys förklaras cirka 30 procent av skillnaderna i läkemedelsutgifter mellan länder av BNP.

I denna enkla linjära regressionsmodell kan koefficienten framför BNP per innevånare (0,01), tolkas som att om BNP per capita ökar i ett godtyckligt valt land med 100 dollar så ökar läkemedelskostnaderna per capita med 1 dollar. Det framgår av figuren att läkemedelsutgifterna i Sverige är klart lägre än förväntat. Även Danmark ligger klart under regressionslinjen. Tyskland, Frankrike, Italien och Kanada ligger ovanför regressionslinjen. USA ligger något under regressionslinjen, vilket kan vara värt att notera eftersom USA för sjukvården som helhet ligger över regressionslinjen. Detta tycks alltså inte gälla för läkemedel.

Figur 5.2 Sambandet mellan läkemedelsutgifterna per innevånare och BNP per innevånare i OECD-länderna 1990



Sammanfattningsvis har vi kunnat se att högutgiftsländer är Frankrike, Italien och Tyskland. Läkemedelsutgifterna per innevånare i Norge, Storbritannien, Danmark och Nederländerna är ungefär som i Sverige eller något lägre. Norge kännetecknas av en stor restriktivitet i registrering av nya läkemedel. Priskontroll förekommer och landet har inte haft någon betydande inhemsk läkemedelsindustri. Läkemedelsutgifterna per innevånare är också låg. Storbritannien har ett allmänt hälso- och sjukvårdssystem liknande de skandinaviska ländernas. Sjukvårdsutgifterna är låga men som vi har kunnat se är läkemedelsandelen av sjukvårdsutgifterna väsentligt högre än i Sverige och Norge. Läkemedelspriserna regleras indirekt genom reglering av företagets vinster. Storbritannien har en mycket framgångsrik egen läkemedelsindustri. Under 1980-talet har en mängd reformförslag för sjukvården presenterats och betydande förändringar i subventioneringen av läkemedel har introducerats.

Danmark har i princip fri prissättning på läkemedel vilket medfört högre priser än i Sverige men också en större marknadsandel för generiska produkter. Läkarna i öppenvården ersätts genom en kombination av ersättning per prestation ("fee for service") och per patient ("capitation"). Ersättningen för läkemedelsutgifter har varit mindre generös än i Sverige och under 1989 genomfördes en större förändring innebärande såväl slopad subventionering av vissa läkemedel som en överföring till receptfrihet. I Danmark finns också ett betydande inslag av privat försäkring för att täcka utgifterna för egenavgifter. Västtyskland är den viktigaste läkemedelsmarknaden i Europa och kännetecknas av höga priser och stora volymer. Under senare år har, mot bakgrund av finansiella problem i den allmänna sjukförsäkringen, ett referensprissystem för subventionering av läkemedlen föreslagits och delvis introducerats.

Läkemedelssubventioneringen i sju europeiska länder

Norge

Läkemedelssubventioneringssystemet i Norge har genom åren genomgått flera viktiga förändringar. Sedan år 1956 har befolkningen indelats i fyra patientkategorier (I,II,III,IV) och förmånerna har skiljt sig mellan dessa patientkategorier.

Grupp I består av personer som är långvarigt och svårt kroniskt sjuka. För vissa viktiga och dyrbara läkemedel lämnades mellan 1956–1959 ersättning med åtminstone 75 procent av utgifterna. Under perioden 1960–1980 ersattes hela utgiften av den allmänna sjukförsäkringen. Från och med 1981 reducerades ersättningen för vissa av dessa läkemedel. De kroniskt sjuka delades upp i två grupper (Ia och Ib). Grupp Ia omfattade barn under 17 år och personer som var 67 år eller äldre, samt förtidspensionärer. I grupp Ib ingick övriga kroniskt sjuka, dvs personer mellan 17 och 66 år med egen inkomst eller sjukersättning/sjukbidrag. En lista över förmånsberättigade sjukdomar sammanställdes av Socialdepartementet. Det var den enskilde läkaren som avgjorde vilka patienter som hade rätt till subventionerade läkemedel ("blå recept"). Listan omfattade 36 kroniska sjukdomar år 1985 (diagnoser). I listan angavs även de viktiga läkemedel som var ersättningsberättigade.

År 1981 omfattade sammanställningen 80 ersättningsberättigade och receptbelagda läkemedelskategorier. Från 1981 har läkemedelsutgifterna delats mellan Socialförsäkringen (Folketrygden) och patienten i grupp Ib. Inledningsvis var patientavgiften 40 kronor per recept. Från april 1984 får även patienterna i grupp Ia betala delar av sina läkemedelsutgifter. Receptavgiften var år 1984 25 kronor för grupp Ia och 50 kronor för grupp Ib. Från och med 1985 höjdes patientavgiften för grupp Ib ytterligare till 55 kronor per (blått) recept. Receptavgiften täcker samtliga läkemedel förskrivna på en och samma dag. Detta gäller oavsett om recepten skrivits ut av olika läkare. Kvantiteten läkemedel är dock begränsad till tre månader. Ett recept får även förnyas för en tidsperiod av högst ett år men en ny receptavgift måste erläggas när utlämning av ny tremånaderskvantitet påbörjas.

Från 1984 finns även ett utgiftstak omfattande samtliga sjukvårdsutgifter under ett kalenderår. Detta tak för patientens utgifter sattes till 800 norska kronor och har sedan dess höjts undan för undan. Utgiftstaket gäller utgifter för läkemedel, läkar- och psykologarvoden. När detta utgiftstak uppnåtts är vården och läkemedlen kostnadsfria för patienten under resten av kalenderåret.³

Nästa patientgrupp (ej kroniskt sjuka, Grupp II) har ett helt annat ersättningssystem. Läkemedelsförmåner i samband med arbetsskada ges till landets samtliga löntagare. I övrigt erhåller fiskare, skolelever, militärer och värnpliktiga, personer som frivilligt arbetar inom polisväsende, civilförsvaret, brandförsvaret samt personer som lider av tuberkulos och veneriska sjukdomar helt fria läkemedel.

I den tredje patientgruppen (åldringar och övriga, Grupp III) ingår ensamstående med låg inkomst, åldringar, ensamstående pensionärer och föräldrar samt barn i behov av socialt understöd. Dessa grupper ges i vissa fall bidrag genom samarbete mellan kommunen och den lokala försäkringsmyndigheten (finns ej i alla norska kommuner). Patientens utgiftsandel kan här variera mellan 0 och 100 procent.

En fjärde grupp omfattar hushåll med en familjeinkomst understigande Folketrygdens grundpension (gränsen var 5 400 kronor i månaden år 1981) och med mycket dryga utgifter för läkemedel (Grupp IV). Utgiftsfördelningen utgör en kombination av grundbelopp och procentavgift. År 1983 var grundbeloppet 400 kronor, varefter procentavgiften täckte 2/3 av de resterande läkemedelsutgifterna.

Läkemedelsförmånerna ingår i sjukförsäkringssystemet, vilket i sin tur innefattas i den norska socialförsäkringen (Folketrygden). Därigenom finansieras läkemedelsförmånerna som en del av det övergripande försäkringsprogrammet, vilket administreras dels av de kommunala försäkringskassorna, dels av Riksförsäkringsverket (Rikstrygdeverket). Rikstrygdens intäkter kommer från arbetsgivarna (50 procent år 1981), medlemsavgifter (32 procent), staten (17 procent) samt via kommunalskatt (1 procent). Ser man på de totala utgifterna för läkemedel i Norge finner man att patienten fått betala ca 35 procent ur egen ficka (tabell 5.4).

Tabell 5.4 Rikstrygdeverkets (RTV) utgifter för läkemedel och medicinska hjälpmedel 1980–1987. Konsumtion av läkemedel i Norge 1988–1991 och dess finansiärer, löpande priser, Mkr

År	RTV	Läkemedel (AUP)	Finansiärer RTV*	Sjukhus	Patienter
1980	639				
1981	684				
1982	803				
1983	945				
1984	1 025				
1985	1 148				
1986	1 344				
1987	1 638				
1988	----	4 005	1 790(44,7)	783(19,6)	1 432(35,8)
1989	----	4 350	1 985(45,6)	821(18,9)	1 544(35,5)
1990	----	4 967	2 287(46,0)	904(18,2)	1 776(35,8)
1991	----	5 254	2 559(48,7)	914(17,4)	1 781(33,9)

Källa: No-Re-Farm (1993), Andersson (1992).

Notera: * Rikstrygdeverkets "blå recept". I RTVs utgifter ingick t o m 1987 utgifter för bandagematerial, sprutor, stomiutrustning samt diabetesutrustning, vars andel uppgick till cirka 15 procent.

Stora förändringar i läkemedelsförmånen inträffade år 1989. En egenandel på 20 procent infördes per recept ("blå recept"). För barn under 16 år och pensionärer över 67 år är denna egenandel 10 procent. Egenandelen är maximerad till 150 (75) kronor per recept. Högkostnadsskyddet inträder när den sammanlagda egenandelen för patienten uppgår till 950 kronor (år 1993 hade detta tak ökat till 980 kronor) per kalenderår. Utgiftstaket täcker läkararvoden, psykologarvoden, läkemedel samt sjuktransporter. När gränsen är nådd erhålls ett frikort och samtliga sjukvårdsutgifter täcks till 100 procent för den återstående delen av kalenderåret.

Vidare beslöts att läkarna skall förskriva billigaste synonympreparat för så vitt det inte finns tungt vägande medicinska skäl mot detta. Denna del av den nya lagen har varit föremål för mycket diskussion. Bl a har diskussionen gällt definitionen av "billigaste synonympreparat". Det tycks råda konsensus om att detta begrepp måste innefatta mer än ett läkemedel. En

tänkbar definition är att precisera hur mycket ett läkemedel i procent får överstiga den billigaste produkten för att betraktas som billigaste synonympreparat. Procentsatser mellan 10 och 25 har föreslagits. Avslutningsvis föreslog Stortinget att tillgängligheten av synonymprodukter i Norge skall öka.

Under senare tid har även möjligheten diskuterats att registrering av ett läkemedel inte automatiskt innebär att det inkluderas i läkemedelsförmånen. Patienterna får då betala läkemedlet själva om de vill ha ett speciellt, icke subventionerat, läkemedel.⁴ Grunden för detta förslag var att reducera statens utgifter. Man önskar även att det utförs hälsoekonomiska utvärderingar av läkemedlen innan de förs upp på listan över ersättningsberättigade läkemedel. Förslaget har skapat diskussion, främst för att man menar att patienterna inte har råd att köpa vissa dyra läkemedel. Förslaget innebär också att man inför ännu en priskontroll på läkemedel, förutom den redan existerande (vid registreringstillfället). Det har också hävdats att det inte är möjligt att genomföra hälsoekonomiska utvärderingar av ett nyregistrerat preparat.

Storbritannien

I samband med inrättandet av National Health Service (NHS) år 1948 infördes gratis läkemedel i Storbritannien. Sedan dess har en avgift per recept införts. Denna avgift har kontinuerligt ökat från £ 0,125 år 1969 till £ 2,20 år 1986. År 1992 betalade patienten £ 3,75 per läkemedelspost, motsvarande drygt 43 procent av medelpriset (Scrip 1993). Tabell 5.5 visar utgiften per post och patientavgifterna 1969–86. Patientandelen varierade kraftigt under denna period. Dock finner man en kraftigt stigande patientandel. År 1989 var patientandelen 43,2 procent.

Vissa grupper är befriade från patientavgifter: män över 65 år, kvinnor över 60 år, barn under 16 år, personer med vissa kroniska sjukdomar samt personer med låg inkomst. Detta har medfört att mindre än 10 procent av läkemedelsutgifterna täcks av patientavgifter. Resten betalas av staten inom ramen för NHS. För låginkomsttagarna är ersättningssystemet en

Tabell 5.5 Antal recept, totala läkemedelsutgifter, medelpris per recept samt patientavgifter och patientandel i England och Wales 1969–86. Löpande priser

År	Antalet poster miljoner	Totala kostnader milj pund	Medelpris per post pund	Avgift per post pund	Patientandel %
1969	246	151	0,6	0,125	20,8
1971	248	187	0,8	0,20	25,0
1979	305	739	2,4	(0,2)0,45	(8,3)18,7
1980	303	898	3,0	(0,7)1,00	(23,3)33,3
1982	311	1181	3,8	1,30	34,2
1983	315	1308	4,2	1,40	33,3
1984	321	1409	4,4	1,60	36,4
1985	319	1518	4,8	2,00	41,7
1986	323	1643	5,1	2,20	43,1

Källa: O'Brien (1989).

Notera: År 1979 och 1980 ökade avgifterna två gånger, vilket visas inom parentes. År 1992 var medelpriset per recept £ 8,37 (Scrip 1992).

form av retroaktiv ersättning, medan personer i de angivna ålderskategorierna erhåller sina läkemedel direkt utan avgift. I Storbritannien finns det även något som kallas "pre-payment" som innebär att en person kan köpa ett bevis för gratis läkemedel under 4 eller 12 månader. Detta är en slags försäkring som ger patienten en vinst om mer läkemedel konsumeras än vad som betalats i "försäkringsavgift".⁵

År 1985 infördes en "negative list" (black list) (Sproll, 1987). På denna lista uppfördes 1 800 läkemedel som inte längre skulle ersättas av NHS. Läkemedlen från 7 grupper omfattade främst laxermedel, medel mot förkylning och influensa, vitaminer samt vissa (svagare) lugnande medel. Dessa grupper utgjorde tillsammans 3,2 procent av NHS utgifter. Även en "limited list" inrättades (white list) där läkemedel som i framtiden skulle ersättas av NHS infördes. Resultatet av dessa listor blev att vissa företag sänkte priset på sina produkter i hopp om att komma med på "limited list". En annan utveckling var en ökning av försäljningen av icke receptbelagda läkemedel (OTC). En ytterligare förändring var att den generiska andelen

av recepten drastiskt steg. Man fann även att antalet recept minskade samtidigt som priset per recept för första gången på länge ökade mindre än inflationen.

Den brittiska regeringen publicerade 1989 en rapport om NHS kallad "Working for patients" där förslag framfördes som syftade till att öka effektiviteten i NHS. För läkemedlen innebar förslaget att NHS skall fastställa en total budget för läkemedel per år. Denna budget skall fördelas på regional nivå, som därefter beslutar om uppdelningen på öppen och sluten vård. På lokal (operativ) nivå skall det finnas tre budgetar för läkemedel:

- 1) Sjukhus (fast budget).
- 2) Öppenvårdsmottagningar med fler än 11 000 patienter (fast budget). Man räknar med att 9 procent av öppenvårdsmottagningarna omfattande 25 procent av patienterna kan komma att omfattas härav.
- 3) Övriga öppenvårdsmottagningar får en "indikativ" läkemedelsbudget.

Hela paketet av förslag skall senare utvärderas.

Danmark

Sjukförsäkringsförmånerna gjordes tillgängliga för samtliga individer oavsett inkomst år 1960. Valet av ersättningsberättigade läkemedel gjordes utifrån enbart medicinska kriterier (terapeutiskt värde) och genomfördes av Sundhetsministeriet. De utvalda läkemedlen indelades i tre kategorier: avsnitt I, II och III. Eftersom läkemedelssubventioneringssystemet i Danmark ingår i samhällets sjukförsäkring och finansieras med skatte-medel via amtskommunerna, är samtliga danska medborgare obligatoriskt anslutna till systemet.

Ersättning utgår för alla receptförskrivna läkemedel som är förtecknade i en särskild lista som ges ut av Sundhedsministeriet. Denna lista är indelad i de tre avsnitten. Avsnitt I upp-tar produkter för svårare, ofta kroniska sjukdomstillstånd. För dessa produkter är ersättningen 75 procent. Avsnitt II upp-tar

läkemedel som anses ha mindre terapeutiskt värde eller som förskrivs mot lindrigare, ofta akuta sjukdomar. Ersättningen är 50 procent. I många fall är indikationerna angivna. I dessa fall måste förskrivaren på receptet intyga att förskrivningen skett på någon av de angivna indikationerna. För en del läkemedel utgår ersättning endast till pensionärer. Avsnitt III upptar endast en substans, nämligen insulin. För dessa substanser är ersättningen 100 procent (Bratthall et al, 1992).

I tabell 5.6 visas den danska läkemedelsförsäljningen fördelad på olika finansieringskällor.

Tabellen nedan visar att cirka 60 procent av den totala apoteksförsäljningen täcktes av de sammanlagda läkemedelsförmånernas ersättning. För försäljning till allmänheten uppgick patienternas andel till cirka 50 procent.

I slutet av 1988 beslutade Folketinget om ändringar i läkemedelssubventioneringen. Lagen kom att gälla från 1989. Beslutet innebar att man införde en egenandel på 800 danska kronor per år för patienten.⁶ När patientens utgifter för läkemedel (omfattade av läkemedelssubventioneringen) översteg 800 kronor per år inträdde, under resten av året, den gamla läkemedelssubventioneringen på 75 respektive 50 procent av läkemedlets pris. Inga förändringar skedde i kriterierna för vil-

Tabell 5.6 Den totala läkemedelskonsumtionen (inkl patientavgift) i Danmark under perioden 1970–89 samt fördelningen på finansieringskällor (inom parentes). Exkl moms, miljoner danska kr i löpande priser

År	Offentliga		Patienter	Totalt
	Slutenvård	Öppenvård		
1970	177 (23,3)	268 (35,3)	317 (41,7)	760
1980	588 (24,7)	970 (40,7)	826 (34,6)	2 384
1982	725 (22,9)	1 124 (35,6)	1 311 (41,5)	3 160
1984	950 (25,6)	295 (34,9)	1 470 (39,6)	3 715
1987	1 150 (25,0)	1 686 (36,6)	1 771 (38,4)	4 607
1989	1 450 (26,1)	1 899 (34,2)	2 201 (39,7)	5 550

Källa: MEFA (1983,1985,1988,1990).

ka läkemedel som skulle omfattas av läkemedelssubventioneringen. Vissa personer undantogs från egenandelen:

- pensionärer som erhåller personligt bistånd enligt Pensionsloven.
- patienter som erhåller hjälp för att täcka utgifter för läkemedel enligt Bistandsloven.
- handikappade barn och vuxna som är berättigade till hjälp enligt Bistandsloven.
- svårt kroniskt sjuka som på grund av långvarig sjukdom har utgifter (egenandel) för receptförskrivna läkemedel på mer än 3 600 danska kronor per år.

Den 27 mars 1989 överfördes ett 80-tal receptbelagda läkemedel till receptfrihet. För ett antal analoga preparat som fortfarande var receptbelagda bortföll samtidigt subventionen. Reformen gällde huvudsakligen fem grupper av läkemedel.

- i) Vissa läkemedel som används vid magsår och inflammation i matstrupen. Exempel: Tagamet och Zantac.
- ii) En del av de moderna medlen mot allergi. Exempel: Teldanex.
- iii) Preparat mot värktillstånd såsom gikt. Exempel: Brufen.
- iv) Utvärtes medel för behandling av svampinfektioner på huden. Exempel: Pevaryl och Canesten.
- v) Näsdroppar vid förkylning: Exempel: Nezeril.

Subventioneringen bortföll helt för dessa läkemedel. Om patienten skall erhålla subventionering krävs särskild ansökan av läkaren hos den danska socialstyrelsen (Sundhetsstyrelsen).

Den 1 januari 1990 höjdes egenandelen till 1 000 danska kronor per år. Från och med detta datum är insulin helt gratis.

Senare har regeringen föreslagit att man helt skall ta bort subventioneringen av antibiotika. Ett annat förslag är att sänka subventioneringsgraden från 75 procent till 60 procent och från 50 procent till 30 procent. Ett tredje förslag är att synonyma läkemedel skall ersättas beräknat utifrån det billigaste synonympreparatet.

Ett heltäckande högkostnadsskydd saknas. Däremot kan lä-

kemedelsutgifterna begränsas för kroniskt sjuka personer till DKK 300 per månad. Det är tillåtet att teckna privata försäkringar i bolaget "Danmark". Ungefär 1 miljon personer tecknar sådana försäkringar. År 1990 utbetalades ersättningar för läkemedelsutgifter motsvarande totalt ca DKK 290 miljoner (Bratthall et al, 1992).

Tyskland

Det råder oklarhet vad gäller situationen på läkemedelsområdet i det återförenade Tyskland. Allmänt kan dock konstateras att det tidigare DDR på läkemedelsområdet successivt anpassar sig till situationen i det tidigare BRD. På grund av bristen på tillförlitliga data och de snabba förändringarna i de östra delstaterna skall vi här begränsa oss till f d Västtyskland.

Till skillnad från de tre övriga länderna är inte det västtyska sjukvårdssystemet ett nationellt och statligt finansierat system utan en form av försäkringssystem. I princip gäller obligatorisk sjukkasseanslutning för alla västtyska löntagare med en inkomst under för närvarande DEM 4 725 per månad. Undantagna är myndighetsanknutna offentliganställda (Beamte) utgörande ca 10 procent av arbetskraften, som har denna grundtrygghet genom arbetsgivaren. Försäkringen gäller även för make/maka som inte är försäkrad på annat sätt. För studerande, praktikanter, arbetslösa, bönder och pensionärer gäller samma försäkringsskydd som för löntagare även om avgifter och sättet att betala avviker. Sammanlagt är ca 90 procent av befolkningen frivilligt eller obligatoriskt försäkrade i de lagreglerade sjukkassorna.

Detta västtyska sjukkassesystem är helt finansierat av de försäkrade och deras arbetsgivare. Vardera parten betalar cirka 50 procent av försäkringspremien. Avgiften är i genomsnitt ca 13 procent av lönen upp till för närvarande DEM 4 725 per månad. Det finns 8 kategorier av försäkringskassor (Krankenkassen), t ex kommunala, företagsanknutna och tjänstemannasjuk-kassor. Totalt finns ca 1 200 Krankenkassen.

Kassorna styrs med vissa undantag av organ med lika antal representanter för arbetsgivare och arbetstagare. För att kunna

förhandla så effektivt som möjligt med bl a apotekarnas, läkarnas och sjukhusens organisationer, är kassorna organiserade på förbundsstats- och delstatsnivå.

Privata försäkringsalternativ finns vid sidan om de offentliga sjukkassorna. Det är relativt vanligt att privata försäkringar tas som tillägg till den offentliga för att öka kvaliteten på sjukförmånerna. Sammanlagt är ca 15 miljoner personer helt eller delvis privatförsäkrade. Av den totala befolkningen saknar 0,4 procent helt sjukförsäkring.

År 1977 introducerades en patientavgift på 1 DM per förskrivet läkemedel. Denna avgift höjdes till 1,50 DM år 1982 och till 2 DM per förskrivet läkemedel 1983. Barn och personer med låg inkomst är undantagna från patientavgift. Patienten betalar totalt 8 procent av den totala utgiften för läkemedel.

År 1983 inrättades en lista över indikationer som inte längre skulle vara rabattberättigade (negativ lista) vid förskrivning till patienter över 18 år. Dessa utgjordes av fyra grupper av läkemedel: 1) medel mot hosta, snuva och "förkylning", 2) bakteriella och virala mun- och halsinfektioner, 3) förstoppning, 4) rörelsesjuka.⁷ Dessa läkemedel utgjorde totalt 4 procent av läkemedelsförsäljningen via apotek.

Läkemedelsmarknaden i Västtyskland betraktas i dag av många som den marknad i Europa som genomgår och kan komma att genomgå de största förändringarna under de närmaste åren. I slutet av 1988 beslutade parlamentet om nya regler för läkemedelssubventioneringen. Beslutet ingick som en del i ett större beslut (Blüm-planen) om förändringar av hälso- och sjukvårdens utformning. Den nya lagen (Gesundheitsreformgesetz) gäller fr o m 1989 och innebär följande:

- Högsta rabatterade priser (referenspris) införs.
- Utgiftstak för läkarnas receptförskrivning införs.
- Generisk substitution tillåts om läkaren anger detta på receptet.
- "negativa listan" utvidgas.
- enskilda produkter kan uteslutas från rabatteringen av kostnads-/nyttoskäl.

Referenspriset (Festbeträge) anger den maximala gräns till vilken sjukkassorna betalar. För produkter, vilkas prisnivå ligger

över detta pris, får patienten betala hela mellanskillnaden upp till det faktiska priset. Vid förskrivning av läkemedel som är dyrare än referenspriset, är förskrivaren skyldig att upplysa patienten om att denne får betala mellanskillnaden. I annat fall kan läkaren själv bli betalningsskyldig. Avsikten var att referenspriser skulle införas för tre olika kategorier av läkemedel, nämligen för produkter:

- 1) innehållande en enda aktiv substans (synonymprodukter)⁸
- 2) med terapeutiskt och kemiskt likartade substanser
- 3) med likartade terapeutiska egenskaper, även kombinationspreparat.

För läkemedel som saknar referenspris skall patienten betala DEM 3 per läkemedelspost, fr o m 1992 15 procent av priset, dock högst DEM 15. Patienternas andel utgjorde år 1989 7,3 procent av sjukförsäkringens totala läkemedelsutgifter.

Läkaren skall även ange på receptet om apoteket får substituera till en billigare synonymprodukt. Ett tak skall även införas för läkarnas receptförskrivning. Läkare med "för hög" förskrivning tvingas exempelvis betala en straffavgift.

De tyska försäkringskassorna (Ortskrankenkassen och Betriebskrankenkassen) har fått i uppdrag att praktiskt utforma det nya referensprissystemet. Referenspris för produkter i steg 1 påbörjades den 1 september 1989 genom att 10 substanser försågs med referenspriser. Detta medförde att samtliga produkter med någon av dessa substanser ingående, sänktes till referenspriset. För de produkter som inte omfattas av referensprissystemet skedde prisökningar. Den 1 juli 1990 hade 43 substanser åsatts referenspriser, och under år 1991 räknade man med att ca 130 substanser hade åsatts referenspriser, vilket motsvarar knappt hälften av de substanser, där generisk konkurrens förekommer och en omsättning på ca DEM 7 miljarder. Den andra hälften avser man, av olika skäl, lämna utanför systemet tills vidare, t ex alltför kraftig dominans av originalprodukten, alltför få synonymprodukter eller alltför låg omsättning. Omsättningen totalt för de ca 150 generiska substanser som man för närvarande ej planerar att ge referenspriser är ca DEM 1 miljard.

Produkter i steg 2 och 3 är mer problematiska än de i steg 1, och det är ännu oklart hur långt man kommer att gå. Dessa båda steg motsvarar tillsammans ett årligt marknadsvärde av ca DEM 3 miljarder. Detta innebär att referensprissystemet fullt utbyggt skulle täcka DEM 10 miljarder av de drygt DEM 20 miljarder som utgör sjukförsäkringens årliga läkemedelsutgift.

Beslut om referenspriser fattas av en kommitté på förbundsstatsnivå med företrädare för sjukförsäkringen och läkarkåren efter en remissomgång med läkemedelsindustri, läkare och apotekare. Efter en inventering av marknaden, beräknas referenspriserna substans för substans, med hjälp av en regressionsmodell som beaktar förpackningsstorlek och mängd aktiv substans per doseringsenhet. Med hjälp av den skattade modellen kan sedan referenspriserna beräknas för tillkommande styrkor och förpackningsstorlekar. För korrekt användande av modellen krävs bl a att antalet produktvarianter är relativt stort.

Generellt har referensprissystemet medfört att produkter som var prissatta över referenspriset har sänkts till eller under referensprisnivån. För vissa produkter där ingen sådan pris-sänkning skedde, t ex Voltaren (diclofenac), blev konsekvensen att produkten nästan helt försvann från marknaden. Även i de fall där prissänkningen varit kraftig men inte gått ända ner till referenspriset har försäljningen blivit lidande. Detta kan förklaras av läkarnas plikt att i sådana fall ge patienterna prisinformation, vilket medfört att de hellre förskriver ett billigare preparat.

När originaltillverkarna sänkt priset till referensprisnivån har generikatillverkaren många gånger sett det nödvändigt att också sänka sina priser för att bevara en del av prisdifferensen till originalmedlet. Detta har medfört att deras, i vissa fall, redan ansträngda lönsamhet ytterligare försvagats.

En kritisk aspekt av det tyska referensprissystemet gäller från det faktum att referenspriserna omfattar mindre än hälften av läkemedlen på den västtyska marknaden. Det kan vara rimligt att anta att tillverkarna genomfört omotiverat stora prishöjningar på de övriga produkterna för att kompensera för referenspriset. Vad gäller giltigheten i detta antagande råder det delade meningar. Tillverkarnas och apotekarnas or-

ganisationer hävdar att genomförda prishöjningar hänger samman med eftersläpningar som följd av uteblivna prishöjningar i det labila skedet före 1989, då prisstopp i praktiken rådde. Sjukförsäkrarna och företrädare för berört departement, "Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung" hävdar dock att vissa prishöjningar på läkemedel, som ej berörts av det nya systemet, har klara kompensatoriska inslag.

Referensprissystemet har kritiserats för att det redan i steg 1 inte tar tillräcklig hänsyn till olikheter i biotillgänglighet och till att olika beredningsformer kan ha olika användningsområden. Denna kritik har varit ännu skarpare i steg 2. Terapeutiska olikheter gör att preparaten i många fall inte kan anses vara utbytbara inom grupperna. Detta problem accentueras ytterligare i steg 3.

Frankrike

Läkemedelsförmånerna i Frankrike ingår i socialförsäkrings-systemet. I likhet med vad som gäller i det tyska systemet är löntagarna obligatoriskt anslutna till olika sjukförsäkringar beroende på yrke. I det franska systemet betalar arbetsgivarna sjukförsäkringsavgifterna. Utöver den offentliga försäkringen kan skyddet mot läkemedelsutgifter kompletteras upp till 100 procent genom frivilliga försäkringar. Majoriteten av befolkningen tar sådana frivilliga försäkringar. 0,7 procent av befolkningen saknar helt sjukförsäkring.

Tre olika rabatteringsnivåer gäller för läkemedel, nämligen 100 procent, 70 procent och 40 procent. Läkemedel som förskrivs mot 30 specificerade, svåra kroniska sjukdomar är helt kostnadsfria. Helt fria läkemedel har också låginkomsttagare (årsinkomst under FRF 82 000 1987 motsvarande SEK 87 700). Ungefär en fjärdedel av alla förskrivningar var kostnadsfria år 1987.

Den normala rabatteringsnivån är annars 70 procent; 40 procent gäller vid lindrigare sjukdomstillstånd. Helt undantagna från rabatteringen för läkemedel är tonika ("antiasthéniques"), vissa dermatologiska läkemedel och andra produkter som producenten av någon anledning valt att placera utanför sjuk-

försäkringssystemet, t ex för att denne inte accepterar det pris på produkten som myndigheterna högst godtar. Dessa läkemedel som producenten själv bestämmer priset på är relativt få.

De totala läkemedelsutgifterna i den öppna vården uppgick år 1989 till FRF 89,8 miljarder inklusive 5,5 procent moms. Av dessa utgifter svarade egenvården för cirka 10 procent. Sjukförsäkrarna betalade 63 procent av de totala utgifterna på receptförskrivna läkemedel, 18 procent täcktes av tilläggsförsäkringar och 3 procent betalades av patienter utan tilläggsförsäkringar. Det franska systemet innebär att patienterna får ut rabatten på läkemedel i efterhand. För 7 procent av det förskrivna värdet utnyttjades inte denna rättighet.

Det franska systemet för rabatter (och prissättning) av läkemedel är för närvarande föremål för en total översyn. Man har övervägt referensprissystem enligt nederländsk/tysk modell men tycks nu mer planera att närma sig det brittiska systemet. Det kan också förväntas att en ökad andel av utgifterna kan bli överförda till patienterna med det dubbla syftet att minska såväl den höga läkemedelsförbrukningen som samhällets läkemedelsutgifter.

Italien

De italienska läkemedelsförmånerna ingår i socialförsäkringssystemet som är skattefinansierat och alla medborgare är obligatoriskt anslutna.

Läkemedel som är rabattberättigade är upptagna i en "positiv lista" (Prontuario). Denna positiva lista är uppdelad i en lista A och en lista B. I "lista A" ingår läkemedel mot 43 svåra sjukdomar som är helt kostnadsfria för patienterna. Helt fria läkemedel har även prematura och svårt sjuka spädbarn, narkomaner under avgiftning samt vissa kategorier handikappade. I "lista B" ingår övriga receptbelagda läkemedel. Dessa läkemedel belastar patienten med en fast avgift på ITL 1 500 (motsvarande SEK cirka 7,50) samt en patientandel på 30 procent eller 40 procent av läkemedelspriset beroende på hälsoministeriets bedömning av läkemedlets terapeutiska värde.

Patienten betalar dock maximalt ITL 40 000 (SEK cirka 200) per recept. Beslut har fattats om att höja den fasta avgiften till ITL 3 000 (SEK cirka 15), "utgiftstaket" till ITL 50 000 (SEK cirka 250) och patientandelen till 50 procent. Tidpunkten för detta besluts införande är dock inte fastställt.

I början av 1991 var antalet produkter (alla beredningsformer och förpackningsstorlekar) 340 stycken på lista A och 5 799 på lista B. Av produkterna på lista B var patientandelen 30 procent på 462 stycken och 40 procent på 5 337 stycken. Det totala antalet registrerade produkter (varunummer) var 9 636 stycken och antalet farmaceutiska specialiteter var 4 564 stycken.

Låginkomsttagare, pensionärer, arbetslösa, gravida kvinnor och personer som lider av vissa specificerade sjukdomar är befriade från den 30-procentiga patientandelen med inte från den 40-procentiga patientandelen. Befrielsen omfattar 45 procent av volymen läkemedelsposter och gäller 18 procent av befolkningen.

Läkemedelsutgifterna inom den öppna vården uppgick år 1990 till motsvarande SEK cirka 84 Mkr exklusive moms. Momsen var 9 procent för alla läkemedel. Av läkemedelsutgifterna utgjorde 83 procent receptförskrivna läkemedel. Därav utgjorde patientandelarna och den fasta avgiften tillsammans cirka 15 procent. Patientandelarna infördes 1988 och var då 20 procent respektive 40 procent, och medförde, enligt uppgifter från de italienska myndigheterna att förbrukningen av läkemedel minskade med 7 procent respektive 20 procent.

Nederländerna

I Nederländerna svarar de statliga skattefinansierade sjukkasorna för utgifterna för 69 procent av befolkningen. Resterande del av befolkningen är försäkrad i privata kassor. En förutsättning för att få lämna det statliga sjukkassesystemet är att man har en årsinkomst över NLG 68 000 (motsvarande SEK cirka 220 000). I framtiden avses medlemskap i de statliga kassorna bli obligatoriskt för alla.

Sedan 1989 är läkemedel som förskrivs av läkare kostnadsfria för patienterna. Ett heltäckande system med högsta rabat-

terade priser (referenspriser) för läkemedel som förskrivs av läkare planeras att införas. Den del av utgiften för ett läkemedel som uppgår till referenspriset betalas av försäkringskassan, resten får patienten själv stå för.

För att skapa underlag för referenspriserna indelas läkemedlen på marknaden i grupper enligt ATC-koden.⁹ Vilken ATC-nivå man väljer vid gruppindelningen varierar. För varje grupp sätter man sedan ett referenspris baserat på medelpriset per definierad dygnsdos (DDD) av marknadsförda produkter. För generika beaktas emellertid endast den billigaste produkten. För produkter som anses vara unika sätts referenspriset lika med tillverkarens pris. Ett exempel på ett sådant läkemedel är omeprazol.

För att underlätta övergången till billigare produkter har regeringen föreslagit att apotekens vinst på att expediera billigare synonymer skall ökas till att bli 33,3 procent av skillnaden mellan originalproduktens pris och priset på expedierad produkt. Både läkare och patient måste vara införstådda vid substitution. Under övergångstiden till referensprissystemet kommer man inte tillåta prishöjningar på redan marknadsförda produkter.

En hel del kritik av det nya förmånssystemet har dock framförts. De viktigaste synpunkterna är följande:

- Gruppindelningen kan inte bli konsekvent när grupperna innefattar olika substanser och beredningsformer. För att systemet skulle vara "rättvist" måste preparaten inom grupperna få lov att vara terapeutiskt likvärdiga och utbytbara. Detta är inte alltid fallet. T o m synonymprodukter av vissa kemiska substanser, t ex digoxin och fenytoin kan ha olika biofarmaceutiska egenskaper som gör preparatbyten olämpliga.
- Genom att referenspriserna baseras på priset per DDD gynnas stora förpackningar med höga doser där priset per DDD är lägre än i små förpackningar. Detta vill man vanligen undvika, t ex för psykofarmaka.
- Olika beredningsformer är olika dyra att utveckla, tillverka och pröva. De kan också ha olika användningsområden. Injektionsvätskor är t ex betydligt dyrare per DDD än ta-

bletter och sätts in när speciella skäl föreligger. Detta gäller bl a för antibiotika. Detta tar inte systemet hänsyn till.

- Olika tekniker har utvecklats för att förbättra följsamheten till läkarnas ordination, t ex särskilda förpackningar som är lätta att öppna för reumatiker eller andra handikappade, som indikerar när en dos skall tas eller som är försedda med särskilda doseringshjälpmedel. Utgifter för sådana förbättringar ersätts inte.

Det läkemedelsindustrin, som för övrigt uttalat att man avser att dra upp det föreslagna systemet inför EG-domstolen om det genomförs, vänder sig mot är den som man anser godtyckliga gruppindelningen som kan leda till omfattande produkt-diskriminering.

Gemensamma drag i den internationella utvecklingen och jämförelse med Sverige

Gemensamt för samtliga länder är den, i vissa fall kraftigt, ökade egenandelen för patienterna.¹⁰ Även vissa tidigare receptbelagda läkemedel har ändrats till att bli icke receptbelagda och därmed möjliga att köpa över disk. Detta har inneburit att subventioneringen borttagits eller i varje fall minskat. Den kraftigt ökade patientavgiften/patientandelen finner vi ingen större motsvarighet till i Sverige. I löpande priser har patientavgiften visserligen ökat från 15 kronor år 1968 till 120 kronor år 1993, dvs 700 procent. I fasta priser är ökningen dock betydligt mindre (400 procent), vilket kan jämföras med den 200-procentiga ökningen i Storbritannien under perioden 1969–1986. Patientandelen för läkemedelskonsumtionen har minskat betydligt sedan 1970.

En klassificering i "viktiga" och "mindre viktiga" läkemedel har blivit mera vanlig. Detta har skett genom upprättandet av positiva och negativa listor. En positiv (vit) lista specificerar vilka läkemedel som får subventionering medan en negativ (svart) lista anger vilka som ej subventioneras. Därigenom kan mindre viktiga läkemedel undantas från subventionering eller

subventioneras i mindre grad. En positiv lista har funnits i Sverige ända sedan införandet av läkemedelssubventioneringen, nämligen listan över kostnadsbefriade läkemedel. Nytt är däremot försöken att skapa en negativ lista genom att undanta vissa läkemedel från subventionering. Socialstyrelsen och RFV fick i slutet av år 1983 regeringens uppdrag att föreslå åtgärder för att minska sjukförsäkringens utgifter med minst 100 Mkr under det kommande budgetåret. Ett förslag som lades fram var att medel tillhörande de farmakologiska grupperna 1A (hosthämmande medel), 1B (expektorantia) och 1C (kombinationer av dessa medel) skulle undantas från prisnedsättning. Dock skulle fortsättningsvis medel innehållande acetylcystein tillhandahållas med rabatt eftersom dessa medel används vid svårare kroniska sjukdomstillstånd. Förslaget, som beräknades minska statens utgifter med 22 Mkr per år, genomfördes den 1 juli 1985. Efter hård kritik inkluderades dessa grupper åter i gruppen prisnedsatta läkemedel (Jönsson 1985).

Problemet med listor av detta slag är naturligtvis att avgöra vad som är viktiga och mindre viktiga läkemedel. Ett läkemedels betydelse avgörs av dess användning och samma läkemedel kan vara livsviktigt för en patient (sjukdom, indikation) men umbärligt för en annan.

En önskan att styra läkarnas förskrivningsvanor märks tydligt. Bl a vill man öka användningen av prisbilliga generiska läkemedel. Metoderna för att åstadkomma detta varierar dock betydligt. I Storbritannien har man valt att lita till explicita eller indikativa budgetar, dvs att definiera läkemedel som en insatsfaktor i vårdproduktionen. I Norge har det skett genom att helt enkelt ålägga läkarna, genom lagstiftning, att välja "billigaste synonymprodukt" när medicinska skäl ej talar för annat. Förslag som framförts är ett utgiftstak för varje läkares förskrivning, kontroll av varje enskild läkares förskrivningsvanor samt jämförelser av läkares förskrivningsnivåer. I Västtyskland har det förekommit att man lagt ett tak för de totala utgifterna för läkarbesök och läkemedel. Om läkemedelsutgifterna ökar, så minskas läkarnas ersättning i motsvarande grad.

Generisk substitution har debatterats flitigt i Sverige under 1990-talets början (Carlsson, 1990; Läkartidningen, 1990; Nytt

om generika, 1990; SPK, 1990). Denna debatt har intensifierats sedan referenspriserna infördes den 1 januari 1993. De regler som nu gäller avseende substitution av läkemedel har fastställts av Socialstyrelsen och Läkemedelsverket och har utformats så att den förskrivande läkaren alltid behåller det fulla ansvaret för den valda terapin. Läkare som anser att ett utbyte av ett förskrivet läkemedel av medicinska skäl inte får göras skall informera patienten om detta och dessutom göra en anteckning på receptblanketten av typ "får ej bytas ut". På begäran av patienten får dock ett byte ske om inte läkaren har angivit på receptet att detta inte får göras. Görs ett byte bör den läkare som utfärdat receptet kontaktas för ett samtycke innan ett byte görs. Därefter skall farmaceuten underrätta läkaren om att ett byte skett.

Det finns ytterligare några viktiga skillnader mellan några av de sju ländernas subventioneringssystem och det svenska systemet. En viktig skillnad är att i de övriga länderna flera och stora grupper (exempelvis låginkomsttagare, barn, pensionärer, förtidspensionärer, handikappade, kroniskt sjuka) helt eller delvis undantas från patientavgiften. I Sverige är denna grupp mycket mer begränsad (kroniskt sjuka, storkonsumenter samt grupper med behov av vissa hjälpmedel och livsmedel).

Slutligen kan vi konstatera att man i åtminstone tre av länderna (Danmark, Storbritannien samt Västtyskland) har delegerat en stor del av ansvaret för läkemedelssubventioneringen till en lägre beslutsnivå än i Sverige. I Danmark handhas administrationen och finansieringen till största delen av varje enskild amtskommun eller kommun. I Storbritannien har man nyligen försökt delegera så många uppgifter och så mycket ansvar som möjligt till lokal nivå. I Tyskland finns sedan gammalt ett försäkringssystem som handhas av över tusen Krankenkassen. Jämfört med dessa tre länder är det svenska subventioneringssystemet betydligt mer centraliserat.

Noter

¹ Detta kapitel bygger på Jönsson och Andersson (1990) och Boström et al (1992a,b).

² Enligt Søgaard följer Frankrike och Danmark modell I. Detta gäller inte längre Danmark, som införde ett högkostnadsskydd 1989. Finland följer till viss del modell II.

³ RTVs utgifter för denna förmån är marginella; endast 0,75 procent av deras utgifter för läkemedel år 1989 gällde denna förmån.

⁴ Ett liknande system har nyligen införts i Nya Zeeland.

⁵ Totalt 86 procent av läkemedelsposterna är avgiftsfria (Scrip 1992).

⁶ Under perioden 1 juli 1989 t o m 31 december 1989 var egenandelen 400 danska kronor per patient. Ungefär 14 procent av Danmarks befolkning nådde under 1989 denna gräns.

⁷ Observera skillnaden mellan Storbritanniens negativa lista och Västtysklands. I Storbritannien rör det sig om enskilda produkter medan det i Västtyskland är fråga om hela (diagnos-) grupper.

⁸ I varje läkemedel finns en verksam substans (new chemical entity). Det är den som är den verksamma beståndsdel i ett läkemedel.

⁹ ATC-koden fördelar läkemedlen på fem nivåer. Den första nivån är anatomisk, t ex centrala nervsystemet. Den andra nivån är terapeutisk huvudgrupp, t ex neuroleptika, lugnande medel och sömnmedel. Den tredje nivån är terapeutisk undergrupp, t ex lugnande medel, ataraktika. Den fjärde nivån är likartade kemiska substanser, t ex bensodiazepinderivat och nivå fem är kemisk substans, t ex diazepam.

¹⁰ Undantagna är oftast barn och pensionärer.

6. *Sammanfattning och förslag*

Det finns inget "bästa" system för subventionering av läkemedel. Varje konstruktion av systemet innebär en avvägning mellan olika målsättningar. Utgångspunkten för det förslag som här presenteras är att öka den samhälleliga effektiviteten i subventioneringssystemet. Det stora budgetunderskottet sätter fokus på detta problem. Det finns flera skäl till att effektivitetsaspekten i läkemedelssubventioneringen i ökad utsträckning bör beaktas. Skattefinansieringen av läkemedelskonsumtionen utgör en samhällsekonomisk kostnad som sammanhänger med det höga totala skattetrycket. Att växla över från skatter till avgifter innebär därför en samhällsekonomisk vinst.

De ökade läkemedelskostnaderna sammanhänger inte främst med ökade priser och ökade volymer. Volymökningen är svag och prisökningarna på läkemedel har varit lägre än ökningen i den allmänna prisnivån. Kostnadsökningarna hänför sig främst till introduktion av nya och dyrare läkemedel. Dessa innebär i många fall betydande terapeutiska fördelar men samtidigt ett ökat antal läkemedel med liknande terapeutiska effekter. Exempel på detta kan vi se när det gäller behandling av magsår, astma och högt blodtryck. Vanligen är skillnaderna i kostnader större än i terapeutisk effekt. Dock kan dessa skillnader vara mycket betydelsefulla för enskilda patienter. I allt större utsträckning utgörs också de terapeutiska framstegen av effekter på patienternas livskvalitet. Kostnadseffektiviteten av alternativa läkemedelsbehandlingar är därför svår att fastställa och ofta är det endast den enskilde patienten som kan göra bedömningen av vilken medicin som är bäst. Därför är det rationellt att patienter och läkare tar hänsyn till kostnadseffektiviteten vid valet av behandling. Om detta inte sker uppkommer effektivitetsförluster.

Att använda läkemedelssubventioneringen som instrument för att öka effektiviteten i sjukvården är komplicerat. Läkemedelssubventionering kan inte ses isolerad från hur sjukvården i övrigt fungerar. Det är ofta frågan om att åstadkomma det "näst-bästa" snarare än ett optimalt subventioneringssystem. Det är också viktigt att de åtgärder som vidtages för att öka effektiviteten inte äventyrar de fördelningspolitiska målsättningarna. Dessa senare målsättningar kan dock aldrig vara absoluta. Utformningen av läkemedelssubventioneringen måste bli en balans mellan effektivitets- och fördelningsmål.

Ett sätt att öka effektiviteten i läkemedelssubventioneringen är att öka patienternas egenbetalningar inom ramen för en försäkringsmodell. Denna modell utgår från att läkemedelsförmånen skall ses som en försäkring mot höga läkemedelskostnader, ett högkostnadsskydd. En sådan försäkring bör innehålla någon form av självrisk. Den centrala frågan blir därför hur självrisken skall konstrueras. Om vi utgår från att beräkningarna av dödviktsförlusten vid finansiering av subventioner med arbetsgivaravgifter eller mervärdeskatt är korrekta skulle den nuvarande läkemedelssubventioneringen på 7,6 miljarder kronor innebära en samhällsekonomisk merkostnad på 1,9 miljarder kronor om vi räknar med en dödvikt på 0,25 kronor per utgiftskrona eller nästan 10 miljarder kronor om vi räknar med en dödvikt på 1,30 kronor per utgiftskrona. En reduktion av denna finansiella börda skulle ge en motsvarande effektivitetsvinst. Till detta kommer de effektivitetsvinster som en ökad kostnadsmedvetenhet skulle innebära. Även marginella förändringar av egenandelen skulle därför ge betydande samhällsekonomiska vinster. Frågan blir då om det är möjligt att konstruera ett subventioneringssystem där egenandelen ökar utan att detta allvarligt förhindrar uppnåendet av de fördelningspolitiska målen.

Det viktigaste målet för läkemedelssubventioneringen är att skydda de medborgare som drabbas av höga läkemedelskostnader. En utgångspunkt för reformering av läkemedelssubventioneringen skulle därför vara att sätta ett tak för de totala läkemedelskostnaderna per innevånare eller familj under en viss period, t ex 12 månader. I nedanstående uppställning presenteras konsekvenserna av fem olika utformningar av sub-

ventioneringssystemet för läkemedel. Dessa modeller har utförligt beskrivits i kapitel 4. Den första modellen är nuvarande system med vissa modifieringar. De prisnedsatta läkemedlen överförs till gruppen kostnadsfria läkemedel, patientavgiften per recept höjs till 250 kronor, högkostnadsskyddet höjs till 2 000 kronor. Även i modell 2–5 överförs gruppen kostnadsfria läkemedel till gruppen prisnedsatta läkemedel. I modell 2 får patienterna betala fulla kostnaden för sina läkemedel under en årlig årskostnad på 500 kronor. Över denna gräns går staten in och subventionerar läkemedlen till 100 procent. I modell 3 får patienterna även betala 50 procent av kostnaderna för läkemedel i intervallet 501–1 000 kronor. Därefter subventionerar staten ytterligare läkemedelskonsumtion till 100 procent. Det maximala belopp en patient får betala under denna modell är en summa på 750 kronor om året. I modell 4 får patienten betala fulla kostnaden för sina läkemedel upp till en gräns på 1 000 kronor. Över denna gräns subventionerar staten ytterligare läkemedelskonsumtion till 100 procent. Slutligen i modell 5 får patienterna även betala 50 procent av sina läkemedelskostnader i intervallet 1 001–2 000 kronor. Det maximala belopp en patient får betala för sin konsumtion av receptbelagda läkemedel under denna modell är 1500 kronor.

Tabell 6.1 visar att modell 1 som innebär en modifiering av det nuvarande subventioneringssystemet med bl a en höjd avgift per recept till 250 kronor kommer att minska statens utgifter med ca 850 miljoner kronor eller en utgiftsminskning med 12 procent. Med denna förändring kommer patienterna att få betala 618 miljoner kronor mer, dvs en total kostnadsökning för patienten med 56 procent i relation till det nuvarande systemet. Detta gör att utgifterna totalt minskar med 238 miljoner kronor.

Om vi istället väljer att se subventionerna som ett försäkringsskydd bör subventioneringssystemet utformas som ett högkostnadsskydd. Den intressanta frågan blir då på vilken nivå som högkostnadsskyddet bör träda ikraft. Fördelen med ett kostnadstak är att vissa patienter kommer att betala den fulla kostnaden upp till taket och därmed vara starkt motiverade att väga kostnader mot nytta. Nackdelen är att sedan taket väl är nått så finns inte längre någon kostnadsmedvetenhet

Tabell 6.1 Effekterna av fem olika subventioneringsmodeller totalt för samhället och de totala utgifterna samt dess fördelning på patienter och staten. Priselasticitet antas vara lika med -0,1

	Modell 1 250 kr/recept 2000 kr hög- kostnads- skydd		Modell 2 0% subven- tionering under 500 kr		Modell 3 0% subven- tionering under 500 kr, 50% subven- tionering 501-1000 kr		Modell 4 0% subven- tionering under 1000 kr		Modell 5 0% subven- tionering under 1000 kr 50% subven- tionering 1001-2000 kr	
	Mkr	%	Mkr	%	Mkr	%	Mkr	%	Mkr	%
Staten	-856	-12	-1 044	-15	-2 001	-29	-2 933	-42	-4 176	-60
Patienterna	618	56	706	64	1 182	107	1 632	148	2 132	193
Totala utgifter	-238	-3	-339	-4	-820	10	-1 302	-16	-2 045	-25

Källa: Egna beräkningar.

alls. En annan nackdel är naturligtvis att utgiften kan bli betungande om första förskrivningen är dyr. Problemet med en speciell egenandel för läkemedel är att patienten också har utgifter för läkarbesök, sjukvårdande behandlingar och resor. Det ligger därför nära till hands att förespråka ett högkostnadsskydd som gäller all vårdkonsumtion. I princip är det ingen skillnad att inkludera även annan vårdkonsumtion t ex diagnostiska undersökningar, i högkostnadsskyddet. För att detta skall fungera fordras dock att även övriga sjukvårdstjänster som ingår i högkostnadsskyddet prissättes på ett adekvat sätt. Det är också administrativt komplicerat och svåröverskådligt att inkludera annan vårdkonsumtion i ett högkostnadsskydd. Vi menar därför att högkostnadsskyddet endast bör avse läkemedel, åtminstone så länge läkemedlen finansieras genom ett särskilt förmånssystem.

I modell 2 införs endast ett högkostnadsskydd på 500 kronor utan någon självrisk. Effekterna vad gäller besparingar för staten, ökade utgifter för patienterna, minskningar i totala utgifter för läkemedel och storleken på den samhällsekonomiska vinsten är ungefär i storleksordning lika som i modell 1. Staten

gör en besparing på ungefär 1 miljard kronor; en minskning på 15 procent. Patienterna får ökade utgifter med 64 procent motsvarande 700 miljoner kronor. De totala utgifterna minskar med 340 miljoner kronor eller 4 procent.

Om man sedan inför en procentuell egenandel i intervallet 501–1 000 kronor på 50 procent som i modell 3 blir dock effekterna avsevärt större. Staten gör en besparing på 29 procent motsvarande 2 000 miljoner kronor; patienternas kostnader ökar med 107 procent eller med drygt 1 000 miljoner kronor. De totala läkemedelsutgifterna minskar med 800 miljoner kronor. Det skulle kunna vara en lämplig nivå för ett första reformsteg. Den enskildes maximala utgift blir 750 kronor per år. Var gränsen skall läggas är naturligtvis en politisk bedömning. Fördelen med det skisserade systemet är att de parametrar som beslutas är enkla, entydiga och lätta att förstå. Samtidigt som effekterna kan förutsägas.

När det statsfinansiella läget kräver åtstramningar flyttas gränsen uppåt. På samma sätt kan subventioneringen ökas när de finansiella förutsättningarna för detta finnes. Man arbetar med och inte emot marknaden. Därigenom undviks godtyckliga vinster eller förluster för olika delmarknader och individuella företag. Planeringen förenklas för både konsumenter och företag.

Fördelen jämfört med dagens system är framförallt att det maximala utgiftsbeloppet blir lägre samtidigt som de flesta konsumenter betalar sin egna läkemedelsutgifter och därmed blir pris- och kostnadsmedvetna.

Ett högkostnadsskydd för läkemedel kombinerat med en ökad egenbetalning skulle naturligtvis av många människor upplevas som en försämring av de sociala förmånerna. Det är dock lätt att i förväg uppskatta hur mycket sjukvårdskostnaderna maximalt skulle kunna uppgå till för en enskild person. Det ger därför incitament till att öka sparandet för att kunna möta denna typ av oförutsedda händelser. För dem som så önskar finns möjligheten att komplettera det offentliga skyddet med privata försäkringar. Premierna för en sådan försäkring skulle bara uppgå till några hundralappar i månaden. Det kan dock ifrågasättas om det är nödvändigt att försäkra sig mot en maximal utgift på exempelvis 1 000 kronor. Det är

mindre än vad som utgör självriskerna i hem- och fordonsförsäkringar som de flesta medborgare redan har. De försäkringar mot självrisker som trots detta finns, exempelvis i Danmark, får snarare ses som ett sätt att periodisera betalningarna för sjukvård/läkemedel.

Detta kan tyckas vara ett omständigt sätt att åstadkomma i princip samma skydd som en socialförsäkring utan egenandel skulle ge. Det är dock en väsentlig skillnad att individerna själva tvingas avgöra omfattningen av sitt försäkringsskydd och att försäkringsbolagen får incitament att hålla nere administrationskostnaderna och kontrollera utnyttjandet av försäkringen. Nackdelen med ökade egenbetalningar är att det skapar felaktiga incitament för avvägningen mellan öppen och sluten vård. Det kan bli lönsamt för den enskilde patienten att bli inlagd på sjukhus och behandlad där istället för att behandlas i öppen vård. Huruvida detta är ett kvantitativt sett betydande problem är omöjligt att säga. Det sätter dock en gräns för hur stor egenandelen bör vara.

Dessa nackdelar måste vägas mot ett stort antal fördelar. En egenandel (självrisk) på 1 000 kronor innebär att 80 procent av befolkningen kommer att klara sig utan subventionering. De flesta kommer att betala fulla priset för läkemedel och kommer därför att vara observanta på priserna. Effektiviteten i läkemedelsutnyttjandet kan därför öka. Intresset för mindre förpackningar blir större och man kan förvänta sig att mängden oanvända läkemedel minskar. Det innebär också en väsentlig reduktion av subventioneringsnivån, i storleksordningen 1 000–4 000 miljoner kronor, beroende på vilken modell man väljer. Detta lättar på den offentliga finansieringsbördan och därmed allokering förlusten i skatteuttaget. Vi betalar våra egna i stället för varandras läkemedelskostnader, samtidigt som högkonsumenterna skyddas. Detta är den största samhällsekonomiska vinsten.

Genom att subventioneringen koncentreras till en mindre grupp högkonsumenter blir det lättare att följa upp läkemedelskonsumtionen i denna grupp. Ett högkostnadsskydd av denna typ ger goda möjligheter att följa upp effektiviteten i läkemedelsanvändningen, genom att vi automatiskt får tillgång till individdata över tiden. En försäkringslösning ger möjlighe-

ter för patienten att själv medverka i läkemedelsvalet och göra sina preferenser kända. Det är den modell som har det största inslaget av individuell valfrihet. Det är också en modell som är väl förenlig med den nuvarande marknadsmodellen som vi har på läkemedelsmarknaden. Den utesluter naturligtvis inte individuellt stöd till de individer som kan ha svårigheter att betala även låga egenavgifter. Det är också möjligt att kombinera modellen med möjlighet för den enskilde att periodisera belastningen vid en större engångsutgift.

Appendix 1

Skattning av egenpriselasticiteten i läkemedelskonsumtionen

I detta avsnitt redovisas vår analys av sambandet mellan patientavgift och konsumtion av receptförskrivna läkemedel inom den öppna vården i Sverige.

Teori

Grossmans humankapitalmodell kan användas för att teoretiskt modellera efterfrågan på receptbelagda läkemedel (Grossman 1972). I denna modell kan efterfrågan på receptbelagda läkemedel tolkas som en härledd efterfrågan på hälsa. Om sjuklighet för en viss individ minskar "stocken" av hälsa under given önskvärd nivå, kommer individen att försöka öka sin hälsostatus genom att kombinera olika sjukvårdsinsatser, t ex läkarbesök och receptbelagda läkemedel samt egen tid, i enlighet med produktionsfunktionen för hälsa.

Modellen förutsäger att om priset på en resursinsats ökar relativt till andra resursinsatser kommer efterfrågan på denna insats att minska. Således har t ex receptbelagda läkemedel en negativ egenpriselasticitet med avseende på efterfrågan. När priserna på olika substitutinsatser inom sjukvården, t ex OTC-läkemedel ökar (minskar) förutsäger modellen att efterfrågan på receptbelagda läkemedel kommer att öka (minskas), dvs substitutinsatser uppvisar en positiv korspriselasticitet.

Begränsningar i Grossman-modellen är att den baseras på individer som har full information. I praktiken bestämmer principal-agentrelationen mellan läkare och patient efterfrågan på olika typer av sjukvård, t ex receptbelagda läkemedel. Grunden för denna agentrelation är asymmetrisk information

mellan patient och läkare. Efterfrågan kan därför ses som en två-stegsprocess där det första steget består av ett patientinitierat besök hos en läkarmottagning eller vårdcentral för vilket tidskostnaden är en del av priset. Det andra steget består av en läkarinitierad förskrivning av läkemedel som inkluderar en tidskostnad och avgift om patienten hämtar ut receptet.

I enlighet med Stoddart och Barers (1981) distinktion mellan patientinitierad och läkarinitierad efterfrågan, är det den patientinitierade, t ex en konsultation, som är ett mått på efterfrågan på sjukvård medan antalet uthämtade förskrivna läkemedel är ett mått på utnyttjande eftersom antal uthämtade läkemedel genereras både av preferenser och beslut av utbud (läkaren) och efterfrågan (patienten). Båda eller ingen kan vara influerad av förändringar i egenavgifter för patienter.

Den modell vi kommer att använda oss av är snarare en analys av utnyttjande av receptbelagda läkemedel än en analys av efterfrågan på receptbelagda läkemedel. Även om det kan vara möjligt att dra vissa slutsatser om efterfrågan från dessa data kan vi inte skilja på om en minskning av läkemedelsanvändningen till följd av förändringar i egenavgifterna är ett resultat av ändrat beteende hos vårdgivarna eller hos patienterna. Detta gör att det kan finnas tre skäl till att antalet uthämtade recept minskar som en följd av en ökning i patientavgifterna under en viss tidsperiod: det ena är att patienter på marginalen avstår från att besöka en läkarmottagning eller vårdcentral; det andra är att antalet läkemedel som förskrivs av läkare minskar, och det tredje är att patienter på marginalen avstår från att hämta ut sina recept (minskad sk compliance).

Tyvärr ger tillgängliga data inte möjligheten att testa dessa tre konkurrerande hypoteser. Syftet begränsas därför till att testa några enkla modeller av "egenpriselasticiteten" med data för Sverige och jämföra dessa resultat med resultaten från tidigare studier. Eftersom individdata saknas i Sverige är vi begränsade till att använda aggregerade tidsseriedata (månadsdata) för perioden 1976–89. I tidigare studier har ett 15-tal förklaringsvariabler till förändringen i läkemedelskonsumtionen testats. I denna studie koncentrerar vi oss på de variabler som tidigare befunnits ha starkast inflytande på läkemedelskonsumtionen.

I modellen skattas både den kortsiktiga elasticiteten, dvs förändringen av läkemedelskonsumtionen samma månad som höjningen av patientavgiften sker, och den långsiktiga elasticiteten. En höjning av patientavgiften behöver nödvändigtvis inte slå igenom fullt ut direkt utan det kan ske en gradvis anpassning (sänkning) av läkemedelskonsumtionen. Den långsiktiga elasticiteten erhålles genom att man låter en månad passera innan den fulla effekten av den ökade patientavgiften mäts.¹ Vi förväntar oss att en ökning av patientavgiften skall resultera i en sänkning av läkemedelskonsumtionen. I de flesta tidsserieanalyser har man tidigare funnit priselasticiteter mellan $-0,03$ och $-0,6$ (Jönsson och Andersson, 1990).

Data

För att skatta egenpriselasticiteten används månadsdata för perioden 1976–89. Läkemedelskonsumtionen mäts på tre olika sätt, dvs:

- I: Försäljning inom öppenvård, exklusive veterinärpreparat och inklusive handköp, enligt SDM, kronor per innevånare, fasta priser (januari 1976). Tidsperiod: 1976-02–1989-12, dvs 167 observationer.
- II: Apoteksbolagets läkemedelsförsäljning till allmänheten, inklusive veterinärpreparat och exklusive handköp, kronor per innevånare, fasta priser (januari 1976). Tidsperiod: 1976-12–1989-12, dvs 157 observationer.
- III: Antal läkemedelsposter per innevånare inlösta vid apotek. Tidsperiod: 1976-12–1989-12, dvs 157 observationer.

I modellen ingår följande förklaringsvariabler:

- Y_{t-1} : Den beroende variabeln (I, II eller III) tidsförskjuten en månad.
- Patientavgift: Patientavgift per recept i fasta priser (läkemedelsprisindex).
- Trend: 1,2,3...n.
- 11 dummyvariabler avser att rensa tidsserierna för säsong-

variation. Den första dummyvariabeln anger 1 för januari och 0 för övriga månader, den andra anger 1 för februari och 0 för övriga månader etc. Den 11:te dummyvariabeln anger således 1 för november och 0 för övriga månader. Den första (1) dummyvariabeln avser att fånga upp hamstringseffekten. Denna dummyvariabel är 1 för månaden före prisförändringen, -1 för månaden där prisförändringen infaller och 0 för övriga månader. Vi testar också en alternativ specificering av denna dummyvariabel, där 1 anges för månaden före prisförändringen, -0,5 för månaden där prisförändringen infaller, -0,5 för månaden efter prisförändringen och 0 för övriga månader.

Metod

Vid skattning av en modell med tidsseriedata uppstår vanligtvis problem med autokorrelation, dvs att störbansar i modellen är successivt korrelerade eller beroende. Konsekvenserna av autokorrelation om minsta kvadratmetoden (OLS) tillämpas är att de skattade parametrarna fortfarande är väntevärdesriktiga men ineffektiva, vilket bl a gör att t-tester och prediktioner blir ogiltiga. Det finns flera metoder att skatta modeller med autokorrelerade störbansar. Andersson och Jönsson(1989) använde Hatanaka-estimatoren som är asymptotiskt lika den vanligare maximum likelihood-metoden. I vår studie skall vi börja med att skatta modellen med vanlig minsta kvadratmetod och substituera ytterliggare tidsförskjutningar, en i taget, av den beroende variabeln (läkemedelskonsumtionen), dvs y_{t-2} , y_{t-3} , y_{t-4} , etc, för att se om autokorrelationen försvinner. Om den inte gör det följer vi Jönsson och Anderssons exempel och använder en estimator som tar hänsyn till autokorrelationen. För att se vad valet av estimator i så fall har för betydelse för priselasticitetens storlek använder vi två alternativa estimatorer, dels Cochrane-Orcutt estimatören (Cochrane och Orcutt 1949), dels Prais-Winsten metod (Prais och Winsten 1954). Dessa estimatorer skattar modellen med

maximum likelihood-metoden genom en iterativ process och är mer vanligt förekommande vid problem med autokorrelation än Hatanaka-estimatorn. Den intresserade kan läsa om båda dessa skattningsmetoder i de flesta grundläggande läroböcker i ekonometri, tex Johnston 1984. Ett problem i skattningarna är att antalet prisförändringar över tiden är relativt få, närmare bestämt 7 förändringar, under perioden 1976 till 1989. Ett annat problem som kan störa skattningarna av såväl den långsiktiga som den kortsiktiga elasticiteten, är att prisförändringarna vanligen är kända av läkare och konsumenter i förväg, vilket kan bidra till hamstringseffekter. Detta kan t ex göra att en prishöjning år t ger en kraftig konsumtionsökning år $t-1$ och en kraftig konsumtionsminskning år $t+1$, vilket medför att vi inte vet om den skattade elasticiteten mäter faktiska förändringar i efterfrågan på läkemedel eller fluktuationer i efterfrågan på en hamstringsbeteende. Denna hypotes testas genom att lägga in ytterligare en dummyvariabel med två alternativa definitioner (se ovan). Samtliga kontinuerliga variabler ingående i modellerna är transformerade med naturliga logaritmer, vilket gör att de skattade koefficienterna direkt kan tolkas som elasticiteter.

Resultat

Vi började med att estimerar modellen med vanlig minsta kvadratmetod och fann liksom Jönsson och Andersson indikationer på autokorrelation i disturbanserna. Autokorrelation innebär att residualerna inte är slumpmässigt fördelade utefter tidsaxeln, vilket är en av de grundläggande förutsättningarna för inferens utifrån en skattad regressionsmodell baserad på tidsseriedata. Därefter skattades modellerna där den beroende variabeln även inkluderades bland de oberoende variablerna tidsförskjuten två månader. Autokorrelationen tycktes dock vara kvar. Därför skattades modellerna även med den beroende variabeln tidsförskjuten både tre och fyra månader som ytterligare förklarande variabler (regressorer). Detta ledde dock

inte till att problemet med autokorrelation reducerades.

Vi följer fortsättningsvis Jönsson och Anderssons exempel och går ifrån minsta kvadratmetoden. Istället skattas de tre modellerna med två alternativa estimatorer som tar hänsyn till autokorrelation; Cochran-Orcutt och Prais-Winston-metoden. Det framgår dock av tabell A1.1 att valet mellan dessa estimatorer inte spelar någon roll vad beträffar storleken på de skattade parametrarna i modellerna och deras t-värden. Vi kan se att skattningen av egenpriselasticiteten är likartad även mellan de tre måtten på läkemedelskonsumtionen. Elasticiteten är starkast i modell II där den är $-0,147$ oavsett skattningsmetod och svagast i modell I där den är $-0,107$ med Prais-Winston. Hamstrings-dummys är positiv, men bara signifikant i modell III. Vi kan dock se att t-värdena för denna variabel i modell I och II, trots att de inte är signifikanta, ändå är förhållandevis höga. Detta kan tyda på en viss hamstrings-effekt.

Slutsatsen blir att egenpriselasticiteten är omkring $-0,1$ eller aningen starkare. Den långsiktiga elasticiteten kan beräknas genom att dividera den kortsiktiga elasticiteten med $1-b_1$ (1 -koefficienten framför Y_{t-1}). Denna elasticitet varierar mellan $-0,26$ i modell II med Prais-Winstons metod till $-0,33$ i modell II med både Cochran-Orcutt och Prais-Winstons metod. Samtliga skattade elasticiteter är således negativa och i storleksordning som förväntats. En höjning av patientavgiften med 10 procent medför en direkt minskning av läkemedelskonsumtionen med ungefär 1 procent och på lång sikt 2–3 procent. Den långsiktiga priselasticiteten är således absolut sett högre, vilket överensstämmer med tidigare studier. I jämförelse med tidigare studier är denna elasticitet dock något högre. Den kortsiktiga elasticiteten stämmer dock mycket väl överens även i storleksordning. Vi kan även se att våra resultat är högre för modell I och II än de resultat som Jönsson och Andersson (1990) fick, men lägre för modell III. Vår skattning är 21–31 procent högre i modell I, 32 procent högre i modell II och 26 procent lägre i modell III. Dessa skillnader kan alltså dels bero på att vi använder olika estimatorer för att skatta modellen med autokorrelerade distorbanser, dels på att vi även inkluderar hamstringseffektvariabeln. Vi kan dock konstatera att det

Tabell A1.1 Patientavgiftens effekt på volymen sjukvård i Sverige, kort- och långsiktig elasticitet

Modell	Cochrane-Orcutt (I) SDM Försäljning öppenvård per invånare	Prais Winston (I) Apoteksbolaget Försäljning öppenvård per invånare	Cochrane-Orcutt (II)	Prais Winston (II)	Cochrane-Orcutt (III) Poster öppenvård per invånare	Prais Winston (III)
ONE	2,200* (6,30)	2,094* (6,06)	−,067 (−,61)	−,066 (−,60)	1,303* (5,35)	1,315* (5,43)
Yt-1	,590* (9,33)	,609* (9,72)	,436* (5,93)	,434* (5,93)	,651* (10,38)	,648* (10,39)
Patient-avgift	−,115* (−2,40)	−,107* (−2,25)	−,147* (−3,65)	−,147* (−3,68)	−,114* (−2,82)	−,115* (−2,85)
Trend	,002* (6,06)	,002* (5,82)	,0006* (3,47)	,0006* (3,51)	,0018* (5,37)	,0018* (5,45)
Hamstring	,041 (1,44)	,041 (1,45)	,031 (1,41)	,029 (1,36)	,051* (2,11)	,048* (2,05)
Frihetsgrader	150	150	150	150	150	150
R ²	,93	,93	,72	,72	,93	,93
R ² adj	,92	,92	,69	,69	,92	,92

Notera: I alla modellerna ingår även 11 dummyvariabler som skall ta hänsyn till säsongvariationen under åren. R² och R² adj är determinationskoefficienten respektive den justerade determinationskoefficienten. Asterisken avser signifikans på minst 5-procentsnivå.

inte föreligger några större skillnader mellan Jönsson och Anderssons och våra resultat. Detta gäller såväl kortsiktiga som långsiktiga elasticiteter. Jönsson och Anderssons skattade långsiktiga elasticiteter var −0,317, −0,376 respektive −0,275, se våra skattningar tabell 4.1, sid 71.

Not

¹ Den långsiktiga elasticiteten skattas enligt:
långsiktig elasticitet = kortsiktig elasticitet/(1-b1).

Appendix 2

Fördelningen av läkemedelskonsumtionen i Jämtlandsmaterialet på åldersgrupper och utgiftskategorier

Tabell A 2.1 Fördelningen av läkemedelskonsumtion i Jämtlandsmaterialet år 1992, personer 0–19 år

Utgift (kronor)	Andel (%) individer	Antal individer	Konsumtion per kapita kronor	Subvention per kapita kronor	Andel subventionerat (%)	Poster andel (%)
0	49,8	2 183	-	-	-	-
1–200	27,2	1 193	100	28	28,3	26,2
201–500	14,4	631	319	156	49,0	31,9
501–1 000	5,2	229	683	461	67,5	19,3
1 001–2 000	2,0	86	1 388	1 168	84,2	10,6
2 001–3 000	0,5	23	2 413	2 228	92,3	3,3
3 001–4 000	0,2	8	3 461	3 221	93,1	1,3
4 001–5 000	0,2	10	4 536	4 215	92,9	3,1
5 000–	0,5	21	53 834	53 596	99,6	4,3
Totalt	100,0	4 384	423	361	85,3	100,0

Tabell A 2.2 Fördelningen av läkemedelskonsumtion i Jämtlandsmaterialet år 1992, personer 20–44 år

Utgift (kronor)	Andel (%) individer	Antal individer	Konsumtion per kapita kronor	Subvention per kapita kronor	Andel subventionerat (%)	Poster andel (%)
0	41,4	2 435	-	-	-	-
1–200	20,8	1 225	104	34	32,1	11,2
201–500	18,0	1 060	326	164	50,4	21,1
501–1 000	9,2	543	692	436	63,1	19,0
1 001–2 000	5,4	318	1 389	1 054	75,9	17,2
2 001–3 000	1,8	108	2 446	2 122	86,8	7,4
3 001–4 000	0,8	48	3 526	3 219	91,3	4,0
4 001–5 000	0,7	41	4 503	4 187	93,0	4,2
5 000–	1,8	108	14 017	13 624	97,2	15,9
Totalt	100,0	5 886	581	478	82,2	100,0

Tabell A 2.3 Fördelningen av läkemedelskonsumtion i Jämtlandsmaterialet år 1992, personer 45-64 år

Utgift (kronor)	Andel (%) individer	Antal individer	Konsumtion per kapita kronor	Subvention per kapita kronor	Andel subventionerat (%)	Poster andel (%)
0	31,5	1 270	-	-	-	-
1-200	15,7	633	107	39	36,8	4,6
201-500	14,3	577	335	188	56,0	9,1
501-1 000	11,3	457	723	486	67,2	12,4
1 001-2 000	12,0	482	1 453	1 151	79,2	20,6
2 001-3 000	5,2	209	2 450	2 104	85,9	12,2
3 001-4 000	3,1	126	3 460	3 089	89,3	9,6
4 001-5 000	1,8	71	4 457	4 052	90,9	6,0
5 000-	5,1	207	9 046	8 621	95,3	25,6
Totalt	100,0	4 032	1 098	945	86,1	100,0

Tabell A 2.4 Fördelningen av läkemedelskonsumtion i Jämtlandsmaterialet år 1992, personer 65–74 år

Utgift (kronor)	Andel (%) individer	Antal individer	Konsumtion per kapita kronor	Subvention per kapita kronor	Andel subventionerat (%)	Poster andel (%)
0	19,6	355	-	-	-	-
1–200	11,3	205	114	48	42,1	2,2
201–500	11,4	206	337	189	56,0	4,7
501–1 000	11,2	204	758	546	72,0	8,1
1 001–2 000	17,0	309	1 428	1 159	81,2	17,8
2 001–3 000	10,1	184	2 476	2 147	86,7	15,7
3 001–4 000	6,3	114	3 438	3 097	90,1	12,2
4 001–5 000	4,0	73	4 511	4 160	92,2	8,7
5 000–	9,0	164	10 001	9 572	95,7	30,5
Totalt	100,0	1 814	1 933	1 731	89,6	100,0

Tabell A 2.5 Fördelningen av läkemedelskonsumtion i Jämtlandsmaterialet år 1992, personer 75- år

Utgift (kronor)	Andel (%) individer	Antal individer	Konsumtion per kapita kronor	Subvention per kapita kronor	Andel subventionerat (%)	Poster andel (%)
0	18,6	330	-	-	-	-
1-200	10,1	179	113	44	38,7	1,7
201-500	8,7	155	338	193	57,2	3,2
501-1 000	13,0	230	736	514	69,9	8,2
1 001-2 000	16,6	294	1 462	1 166	79,7	16,9
2 001-3 000	11,6	206	2 436	2 070	85,0	17,4
3 001-4 000	6,5	116	3 467	3 057	88,2	11,9
4 001-5 000	4,7	83	4 501	4 111	91,3	9,7
5 000-	10,3	182	8 304	7 823	94,2	31,0
Totalt	100,0	1 775	1 950	1 715	88,0	100,0

Appendix 3

Två metoder att beräkna effekterna för staten och patienterna av förändringar i subventioneringssystemet för läkemedel

Prishöjning från 120 kronor till 250 kronor per recept

I beräkningen av effekterna av en patientavgiftshöjning från 120 kronor per förskrivningstillfälle till 250 kronor har vi antagit att den endast påverkar patienter med en positiv läkemedelskonsumtion som inte överstiger 2 000 kronor, dvs vid gränsen för det nya högkostnadsskyddet. Beräkningen har utförts på följande sätt. Om den kortsiktiga priselasticiteten är $-0,1$, kan vi räkna med att läkemedelskonsumtionen kommer att minska med 10,8 procent ($-0,1 \cdot 108,3$) på kort sikt. År 1992 var de totala kostnaderna för läkemedelsförmånen 8 078,8 Mkr (uppräknings efter Jämtlandsmaterialet).¹ Av detta belopp svarade sjukförsäkringen för 6 974,2 Mkr och patienterna för 1 104,6 Mkr.² Givet att kostnadsbefriade läkemedel och handköpläkemedel inte påverkas av den tänkta höjningen av patientavgiften, kan vi räkna med att den efterfrågade kvantiteten på receptförskrivna läkemedel kommer att minska med 10,8 procent när priset per läkemedelspost ökar med 108,3 procent för patienterna. Det är dock osannolikt att den efterfrågade kvantiteten kommer att minska för personer som har en läkemedelskonsumtion som är större än gränsen för högkostnadsskyddet, dvs högre än 2 000 kr. Den totala konsumtionen, subventioneringen och patienternas betalningar i intervallet 0–2 000 kronor är 2 199,3 Mkr, 1 479,2 Mkr respektive 720,1 Mkr. I detta intervall kommer konsumtionen av receptförskrivna läkemedel, givet priselasticiteten på $-0,1$ och prishöjningen på 108,3 procent, att minska med 10,8 procent. Detta leder till att patienterna efter höjningen på kort sikt och i detta

intervall får betala $720,1 \cdot (1-0,108) \cdot (250/120) = 1\,338,2$ Mkr. Till detta belopp får vi lägga betalningar från patienter med en läkemedelskonsumtion över 2 001 kronor per år eller högre och som inte berörs av prishöjningen. Ett antagande vi måste föra in här är att dessa patienter från början vet att deras läkemedelskonsumtion under året kommer att överskrida gränsen för högkostnadsskyddet. Skillnaden i de totala kostnaderna och subventionerna, dvs vad patienterna betalar, i intervallet 2 001– är 384,5 Mkr (se tabell 4.7). Detta gör att den totala kostnaden för patienterna efter prishöjningen blir $1\,338,2+384,5=1\,722,7$ Mkr, dvs ca 618 Mkr mer än före höjningen av patientavgiften eller en kostnadsökning för patienterna med 56 procent.³

De totala utgifterna för receptbelagda läkemedel i intervallet 0–2 000 kronor är 2 199 Mkr. Efter prishöjningen minskar dessa utgifter med 10,8 procent, dvs till 1 962 Mkr. Till detta belopp lägger vi utgifterna som inte påverkas av prishöjningen, dvs utgifterna för personer med en läkemedelskonsumtion i intervallet 2 001 kronor eller högre. Dessa utgifter är 5 879,5 Mkr. Detta gör att den totala kostnaden för receptbelagda läkemedel efter prishöjningen från 120 kronor till 250 kronor blir 1 962 Mkr plus 5 879,5 Mkr, dvs totalt 7 841 Mkr eller 238,3 Mkr mindre än före höjningen.

Höjningen av patientavgiften medför också att statens utgifter för läkemedelsförmånen minskar. Skillnaden mellan patienternas betalningar efter prishöjningen och de totala utgifterna för receptförskrivna läkemedel efter prishöjningen utgör statens utgifter efter prishöjningen, dvs 1 722 Mkr minus 7 841 Mkr som är lika med 6 119 Mkr. Före prishöjningen var statens utgifter för receptförskrivna läkemedel 6 974 Mkr och efter prishöjningen var detta belopp 6 119 Mkr. Staten utgifter har således minskat med 855 Mkr.

Utgiftstak 500 kronor

Nedan ges ett exempel på hur beräkningarna med utgiftstak utförts. Siffrorna hämtas från tabell 4.7. I intervallet 1–200 kronor är läkemedelskostnaden per capita 104,4 kronor och sub-

ventionen är 34,2 kronor. Kostnaden för läkemedel som patienten betalar är således 104,4 kronor minus 34,2 kronor, dvs 70,2 kronor. Om vi nu inför ett kostnadstak på 500 kronor varunder patienten betalar hela kostnaden men får 100 procent statlig subvention över 500 kronor. I detta fall kommer patienten i detta intervall få betala fulla kostnaden, dvs 104,4 kronor. Pris- eller kostnadshöjningen för patienten blir således $104,4/70,2$ kronor eller 48,7 procent. Om priselasticiteten är $-0,1$ så kan vi förvänta oss att konsumtionen minskar med $48,7 \cdot (-0,1) = 4,9\%$. Detta innebär att konsumtionen i detta intervall blir $104,4 \cdot (1 - 0,049) = 99,3$ kronor. Före införandet av detta kostnadstak var de totala subventionerna i detta intervall 56,9 Mkr. Detta utgör nu besparingen för staten eftersom patienterna nu antas betala hela kostnaden för sina läkemedel. Även i intervallet 201–500 kronor kommer patienterna att betala hela sin konsumtion av receptbelagda läkemedel. Inbesparingen för staten blir således 218,1 Mkr eftersom detta belopp var den totala subventionen i detta intervall. Den totala besparingen har således blivit $56,9 + 218,1 = 275$ Mkr efter att vi beaktat kostnadsintervallen 0–500 kronor.

I intervallet 501–1000 kronor minskar inte subventionerna med hela beloppet före införandet av kostnadstak eftersom individerna här får 100 procents ersättning för sina kostnader över 500 kronor. Genomsnittskonsumtionen i intervallet 501–1 000 kronor är 713,4 kronor och genomsnittliga subventionen är 477,6 kronor. Patienten betalade således 713,4 kronor minus 477,6 kronor, dvs 235,8 kronor före införandet av kostnadstaket. Eftersom patienten högst betalar 500 kronor, blir prishöjningen nu $500/235,8$, dvs 112 procent. Priselasticiteten är fortfarande $-0,1$, och den beräknade konsumtionsminskningen blir då $112 \cdot (-0,1)$, dvs 11,2 procent. Den nya läkemedelskonsumtionen blir då $713,4 \cdot (1 - 0,888) = 633,5$ kronor. Patienten betalar 500 kronor, vilket gör att subventionen efter införandet av kostnadstaket blir 633,5 minus 500 kronor per invånare, dvs 133,5 kronor. I detta intervall finns det 805 802 invånare i riket om vi antar att riket fördelar sig på samma sätt på utgiftsgrupperna som individerna i Jämtlandsmaterialet. Detta gör att de totala utgifterna för läkemedelsförmånen i intervallet 501–1 000 kronor blir $133,5 \cdot 805\ 802$, dvs 107,6 Mkr to-

talt. Före införandet av kostnadstaket var de totala subventionerna i detta utgiftsintervall 501–1 000 kronor 384,9 Mkr. Inbesparingen för staten blir således 107,5 Mkr minus 384,9 Mkr, dvs 277,4 Mkr. Den totala besparingen i kostnadsintervallen 1–1 000 kronor har nu således blivit 56,9 + 218,1 + 277,4 = 552,4 Mkr. Om vi på samma sätt beräknar besparingen för utgiftsintervallen 1 001–2 000, 2 001–3 000, 3 001–4 000, 4 001–5 000 och >5 000 kronor fås följande besparingar för staten: 218,3, 98,0, 53,3, 38,7 respektive 83,5. Om de totala besparingarna slås samman, dvs besparingarna för utgiftsintervallen 1–1 000 kronor som var 552 Mkr plus 218,3, 98,0, 53,3, 38,7 och 83,5, blir summan 1 043,8 Mkr.

Noter

¹ Siffran återfinns på s 58 i Apoteksbolaget (1993). Denna siffra är något lägre än Apoteksbolagets totala försäljning enligt recept till allmänheten, s 54 i samma datakälla. Orsaken är att den senare siffran även innehåller bl a veterinärpreparat som försäljs per recept.

² Siffran 7 623 Mkr har hämtats från Apoteksbolaget (1993 s 38), dvs Socialförsäkringens kostnader för läkemedelsförmåner. Patientens kostnader 1 859,3 Mkr har erhållits genom att subtrahera de totala kostnaderna inom ramen för läkemedelsförmånen och Socialförsäkringens kostnader, dvs 9 482,3 Mkr minus 7 623 Mkr.

³ $2\,272 \cdot (1 - 0,108) \cdot 250 / 120 = 4\,222$.

Referenser

- Andersson, F (1992), "Norway's pivotal role in regulatory health economics and pharmaceutical cost containment: What can other countries learn?", *Health Policy* 21, 17–34.
- Andersson, K et al (1986), "Finansteoretiska undersökningar", Riksbankens jubileumsfond 1986:2.
- Apoteksbolaget (1992), "Svensk Läkemedelsstatistik 91", Apoteksbolaget Stockholm.
- Apoteksbolaget (1993), "Svensk Läkemedelsstatistik 92", Apoteksbolaget Stockholm.
- Arrow, KJ (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review* 53, 941–973.
- Bailit, H et al (1985), "Does more generous dental insurance coverage improve oral health?", *Journal of American Dental Association* 110, 701–707.
- Bertmar, L et al (1986), "Skatterna: Ett samhällsproblem", Riksbankens jubileumsfond, 1986:1.
- Birch, S, (1986) "Relationship between increasing prescription charges and consumption in groups not exempt from charges", *Journal of the Royal College of General Practitioners* 36, 154–156.
- Brook, R et al (1983), "Does free care improve adults' health?: Results from a randomized control trial", *New England Journal of Medicine* 309, 1426–1434.
- Boström, BO, Bratthall, B, Gunnarsson, B och Wahlgren, S (1992a), "Prissättnings- och rabatteringsystem för läkemedel i Frankrike, Italien och Danmark", Apoteksbolaget, Stockholm.
- Boström, BO, Bratthall, B, Gunnarsson, B och Wahlgren, S (1992b), "Prissättnings- och rabatteringsystem för läkemedel i Nederländerna, Storbritannien och Tyskland", Apoteksbolaget, Stockholm.
- Cochrane, D, och Orcutt, GH (1949), "Application of least squares regressions to relationships containing autocorrelated error terms", *Journal of the American Statistical Association* 44, 32–61.
- Culyer, AJ (1971), "The nature of the commodity 'health care' and its efficient allocation", *Oxford Economic Papers* 23, 189–211.
- Drummond MF, Stoddart GL och Torrance GW (1987), *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford, Oxford Medical Publications.
- "EFPIA in figures: The Pharmaceutical industry in Europe 1989–1990", EFPIA.
- "EFPIA in figures: The Pharmaceutical industry in Europe 1990–1991", EFPIA.
- Evans, RG (1984), *Strained Mercy*, The Economics of Canadian health care, Butterworth.
- Foxman, B et al (1987), "The effect of cost-sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: results from a population-based ran-

- domized controlled trial", *Journal of Chronical Disease* 40, 429–437.
- Gerdtham, U-G (1989), "Läkemedelsförsörjningen i Sverige", CMT Rapport 1989:2, Centrum för Utvärdering av Medicinsk Teknologi, Universitetet i Linköping.
- Gerdtham, U-G (1989), "Vi behöver en helhetssyn på läkemedelsförsörjningssystemet", *Svensk Farmaceutisk Tidskrift* 6–7, 25–28.
- Gerdtham, U-G, Johannesson, M, och Jönsson, B, (1993b), "Drug expenditure and new drug introductions: The Swedish experience", kommande i *Pharmacoeconomics*.
- Gerdtham, U-G, Boman, G, Hertzman, P, och Jönsson, B, (1993b), "Impact of inhaled corticosteroids on asthma hospitalization in Sweden: a pooled regression analysis", EFI Research Report, Handelshögskolan i Stockholm.
- Geweke, J och Weisbrod, BA (1984), "Expenditure effects of technological change: the case of a new drug". *Evaluation Review* 8, 74–92.
- Goldberger, T et al (1979), "Evaluation of economic effects of drug product selection Legislation", *Medical Care* 17, 411–419.
- Greenlich, MR och Darsky, BJ (1968), "A comparison of general drug utilization under a drug prepayment plan", *American Journal of Public Health* 58, 2121–2136.
- Grossman, M (1972), *The demand for health: a theoretical and empirical investigation*, Columbia University Press, New York.
- Hansson, I (1984), "Marginal cost of public funds for different tax instruments and government expenditures", *Scandinavian Journal of Economics* 86, 115–130.
- Harris, BL, Stergachis, A och Reid, L (1990), "The effect of drug co-payments on utilization and cost of pharmaceuticals in Health Maintenance Organizations", *Medical Care* 28, 907–917.
- Hurley, J (1989), "Access to prescription drugs in Ontario and the predicted effects of cost-sharing on expenditures", Report submitted to the pharmaceutical inquiry of Ontario, October.
- Johannesson, M, Borgquist, L och Jönsson, B (1991), "The costs of treating hypertension: an empirical investigation in primary health care". *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 9, 155–160.
- Johannesson, M och Jönsson, B (1991), "Economic evaluation in health care: is there a role for cost-benefit analysis?" *Health Policy* 17, 1–23.
- Johannesson, M, Johansson, P-O och Jönsson, B (1992a), "Economic evaluation of drug therapy: a review of the contingent valuation method", *Pharmacoeconomics* 1, 325–337.
- Johannesson, M, Wikstrand, J, Jönsson, B, Berglund och G, Tuomilehto, J (1993), "Cost-effectiveness of antihypertensive treatment: metoprolol versus thiazide diuretics. *Pharmacoeconomics*, 36–44.
- Johannesson, M, och Jönsson, B (1993), *Ekonomisk utvärdering av läkemedel*, SNS Förlag, Stockholm.
- Johansson, P-O (1991), *An introduction to modern welfare economics*,

- Cambridge University Press, Cambridge.
- Johnston, J (1984), *Econometric methods*, McGraw-Hill, London.
- Jönsson, B (1984), "Self Medication – Economic and Financial Aspects", *Swiss Pharma* 6, nr 11a.
- Jönsson, B (1985), "Hostmedicinens regleringsekonomi", *Ekonomisk debatt*, nr 5, 323–325.
- Jönsson, B (1987), "Läkemedelsutredningen och sjukvårdskostnaderna", *Ekonomisk Debatt*, nr 8, 623–630.
- Jönsson, B (1991), "The pharmaceutical market", i Bourdet, Y, *Internationalization, market power and consumer welfare*, Routledge, London och New York.
- Jönsson, B, och Andersson, F (1990), "Läkemedelsförmånen", Finansdepartementet, Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Ds 1990:81.
- Jönsson, B och Carlsson, P (1991), "The effects of cimetidine on the cost of ulcer disease in Sweden", *Social Science and Medicine* 33, 275–282.
- Kmenta, J (1986), *Elements of Econometrics*, 2:a uppl, Macmillan Publishing Company, New York.
- Lavers, RJ (1983), "The effects of price changes on the demand for and cost of pharmaceutical prescriptions", 1970–81, Paper presented to the international conference on Health economics, Analysis of Medical Prescriptions, Lille, France, Sept 14–16.
- LIF/RUFI (1993), "FAKTA 92, Läkemedelsmarknaden och hälso- och sjukvården, Läkemedelsindustrins branschorganisationer", (LIF/RUFI), Stockholm.
- Lindgren, B (1984), "The economics of self-medication: some analytical issues", *Journal of Social and Administrative Pharmacy Suppl.* 1984:1, Fryklöf, L-E, Westerling, R. (red.), Swedish Pharmaceutical Press, Stockholm.
- Leibowitz, A, Manning, WG och Newhouse, J (1985), "The demand for prescription drugs as a function of cost-sharing", *Social science and medicine* 21, 1063–1069.
- Lurie, N et al (1984), "Termination from medical: does it affect health?" *New England Journal of Medicine* 311, 480–484.
- Lurie, N et al (1986), "Termination from medical benefits: a follow-up study one year later", *New England Journal of Medicine* 314, 1260–1268.
- Läkartidningen (1990), "Priset på pillren", *Ledare, Läkartidningen*, nr 26/27, 2235.
- Macarthur, D (1989), "Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in the European community: transparency and beyond", *Scrip, PJB Publications*, Richmond, Surrey.
- Manning, W, et al (1987), "Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment", Santa Monica, CA: RAND Corporation.

- Martin, JP och Williams, S (1959), "The effects of imposing prescription charges", *Lancet*, 1, 36–39.
- MEFA (1983), "Tal og data 1982: Medicin og sundhedsvaesen", Förening av Danske Medicinfabriker (MEFA), Köpenhamn.
- MEFA (1985), "Tal og data 1983": Medicin og sundhedsvaesen", Förening av Danske Medicinfabriker (MEFA), Köpenhamn.
- MEFA (1988), "Tal og data 1987": Medicin og sundhedsvaesen", Förening av Danske Medicinfabriker (MEFA), Köpenhamn.
- MEFA (1990), "Tal og data 1989: Medicin og sundhedsvaesen", Förening av Danske Medicinfabriker (MEFA), Köpenhamn.
- Nelson, AA, Reeder, CE och Dickson, M (1984), "The effect of a medical drug copayment program on the utilization and cost of prescription services", *Medical care* 22, 724–736.
- New Brunswick Government (1989), "Report of the commission on selected health care programs", Frederiction, NB: July.
- Newhouse, JP, et al (1981), "Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance", *The New England Journal of Medicine*, 305, 1501–1507.
- No-Re-Farma (1993), "Personlig kommunikation", Föreningen för Norska Representanter för Utländska Farmaceutiska Fabriker (No-Re-Farm), Oslo.
- "Nytt om Generika" (1990), Nyhetsbrev om rationell läkemedelsanvändning, Scand Pharm Generaics AB, Stockholm.
- O'Brien, B (1989), "The effect of patient charges on the utilization of prescription medicines", *Journal of Health Economics*, 8, 109–132.
- OECD (1993), "OECD Health Data: Comparative analysis of Health Systems", Paris.
- Pauly, MV (1968), "The economics of moral hazard: comment", *American Economic Review* 58, 531–537.
- Pauly, MV (1978), "Is medical care different?", in Greenberg, W (red), *Competition in the health care sector*, Germantowne, Md; Aspen Systems Corp, 11–35.
- Petersen, JH (1990), "En analytisk ramme om brugerbetalingsdebatten", *I Brugerbetaling i sundhedssektoren: Teori, viden, holdinger*, red. P. Andersen och T. Christiansen, Odense Universitetsforlag, Odense.
- Prais, SJ, och Winston, CB (1954), "Trend estimators and serial correlation", Cowles Commission Discussion Paper No. 383, Chicago.
- Rehnberg, Clas (1993), "Administrationskostnader inom hälso- och sjukvården", Bilaga 1 SOU 1993:38, Stockholm.
- RFV (1987), "Läkemedel: uppföljning av forskrivningsregler och förmånssystem", Riksförsäkringsverket anser 1987:3, Stockholm.
- RFV (1993), "Telefonkontakt om opublicerad siffra om läkemedelsförmånens fördelning på prisnedsatta, kostnadsfria och kostnadsbefriade inköp".
- Ryan, M, och Birch, S (1989), "Charging for health care: evidence on

- the utilisation of NHS Prescribed drugs", CHEPA Working Paper series 27, McMaster University, Hamilton, Ontario, Kanada.
- Scrip (1990), "UK script charge is 8,9%", *Scrip*, nr 1495, 5.
- Smith, S, och Watson, S (1990), "Modelling the effect of prescription charge rises", *Fiscal studies* 11, 75–95.
- Soumerai, S och Avorn, J (1986), "Economic and policy analysis of University-Based Drug Detailing", *Medical Care* 24, 313–331.
- Soumerai, S, Avorn, D och Gortmaker, S (1987), "Payment restrictions for prescription drugs under medicaid: effects of therapy, cost, and equity", *New England Journal of Medicine* 317, 550–555.
- SOU (1966), "Läkemedelsförmånen", Statens Offentliga Utredningar 1966:28, Stockholm.
- SOU (1969), "Läkemedelsindustrin", Statens Offentliga Utredningar 1969:36, Stockholm.
- SOU (1979), "En allmän socialförsäkring, modell och riktlinjer", Statens Offentliga Utredningar 1979:94, Stockholm.
- SOU (1987), "Läkemedel och hälsa", Statens Offentliga Utredningar 1987:20, Stockholm.
- SOU (1993), "Hälso- och sjukvården i framtiden: tre modeller: Rapport från expertgruppen till HSU 2000", Statens Offentliga Utredningar 1993:38, Stockholm.
- SPK (1990), *Läkemedelsmarknaden*, SPKs Bokserie 1990:2, Stockholm.
- Sproll, T (1987), "Pharmaceutical prices and international drug lists", Management Forum, Madrid.
- Stigmark, K (red) (1986), "Skatterna, ett samhällsproblem", *Riksbankens jubileumsfond*, Stockholm.
- Stigmark, K (red) (1986b), "Finansteoretiska undersökningar", *Riksbankens jubileumsfond*, Stockholm.
- Stoddart, GS, och Barer, ML (1981), "Analyses of demand and utilisation through episodes of medical service", i: Van der Gaag, J and Perlman, M, red, *Health Economics and health economics*, North-Holland, Amsterdam.
- Svarvar, P, Alsterlund, R, Persson, U och Søgaard, J (1992), "Egenvård eller sjukvård?" En ekonomisk studie av individens val, IHE Arbetsrapport 1992:3, Lund.
- Søgaard, J (1984), "Efterspörselsregulering på medicinområdet ved hjælp av forbrugerbetaling", *Økonomi og politik*, nr 4, 375–386.
- Søgaard, J (1987), "Sundhetsøkonomiske overvejelser omkring fastsættelse af tilskud på medicin: en empirisk undersøgelse", *I styring og regulering på lægemiddelområdet*, eds, N. Neymark och KM Pedersen, *Forskningsrapport Nr 8*, Institut for Sundhedsøkonomi og sygdomsforebyggelse, Odense Universitet.
- Weisbrod, BA (1961), *Economics of Public Health*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Weisbrod, BA (1978), "The private nonprofit sector: facts in search of theory", Discussion paper 501, U. of Wisconsin-Madison, Institute

for Research on Poverty.

Weisbrod BA (1983), "A guide to benefit-cost analysis, as seen through a controlled experiment in treating the mentally ill." *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 7: 805-845.

Weisbrod, BA (1989), "Rewarding performance that is hard to measure: the role of nonprofit organizations", *Science* 244(4904), 541-546.

Wikstrand J, Warnold I, Tuomilehto J, Olsson G, Elmfeldt D och Berglund G (1991), "Metoprolol versus thiazide diuretics in hypertension: morbidity results from the MAPHY study." *Hypertension* 17, 579-588.

Zöllner, H (1984), "Measures to control the costs of pharmaceutical prescriptions in Europe", WHO/EURO internal draft document.

Ädelroth, E och Thompson, S (1984), "Högdosinhalationssteroider vid astma: analys av kostnader och vårdutnyttjande, *Läkartidningen* 81, 4285-4288.

Ädelroth, E och Thompson, S (1988), "Advantages of high-dose inhaled budesonide", *Lancet* ii, 476.

Läkemedelsförmånen

Läkemedelsförmånen, dvs subventioneringen av receptförskrivna läkemedel inom sjukförsäkringen, kostar staten ca 8 miljarder kronor per år. Under senare år har flera försök gjorts att minska dessa utgifter. Följden har blivit en alltmer komplicerad, svåröverskådlig och detaljreglerad marknad, kringskuren handlingsfrihet för marknadens aktörer – och mycket måttliga besparingar!

I den här boken presenteras alternativ till dagens system. Utgångspunkten är att dels ge förutsättningar för effektiv produktion och användning av läkemedel, dels skydda patienterna mot höga läkemedelsutgifter. Den grundläggande principen är att läkemedelsförmånen utformas som en försäkring med självrisk. Olika konstruktioner presenteras och diskuteras mot bakgrund av en analys av dagens läkemedelskostnader, läkemedelsmarknad och läkemedelsförmån. Det nya systemet ställer större krav på patienterna att vara pris- och kostnadsmedvetna. Politikerna beslutar om nivån på självrisken eller "högkostnadsskyddet". Resultatet kan bli både effektivare läkemedelsanvändning och lägre kostnader.

Författare är fil dr *Ulf-G Gerdtham* och professor *Bengt Jönsson*, båda forskare vid Centrum för Hälsoekonomi, Handelshögskolan i Stockholm.