

6 SAMMANFATTNING OCH FÖRSLAG

6.1 Inledning

Det finns inget "bästa" system för subventionering av läkemedel. Varje konstruktion av systemet innebär en avvägning mellan olika målsättningar. Utgångspunkten för de förslag som här presenteras är att öka den samhälleliga effektiviteten i subventioneringssystemet. Det finns flera skäl till att effektivitetsaspekten i läkemedelssubventioneringen i ökad utsträckning bör beaktas. Den ständigt ökade 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 lägre än ökningen i den allmänna prisnivån. Kostnadsökningarna beror främst på 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 och högt blodtryck. Dock kan små skillnader i terapeutisk effekt vara mycket betydelsefulla för enskilda patienter.

I allt större utsträckning utgöres 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 så 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 en kompromiss 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 bör dock aldrig

vara absoluta. Utformningen av läkemedelssubventioneringen måste bli en balans mellan effektivitets- och fördelningsmål.

Det finns i princip tre vägar att gå fram för att öka effektiviteten i läkemedelssubventioneringen. Den första innebär en ökning av patientens egenbetalning. Den andra är att göra läkemedlen till en insatsfaktor i primärvården på samma sätt som de i dag är en insatsfaktor inom den slutna sjukvården. Detta fordrar en överföring av det finansiella ansvaret från patient och försäkring till vårdgivaren, dvs. primärvården. Den tredje vägen är att differentiera subventioneringen beroende på läkemedlets kostnadseffektivitet. Vi kan kalla dessa tre principer för egenavgiftsprincipen, budgetprincipen och differentieringsprincipen.

6.2 Egenavgiftsprincipen - utgiftstak för läkemedel

Denna princip utgår från att läkemedelsförmånen skall ses som en försäkring mot höga läkemedelskostnader, ett högkostnadsskydd. En sådan försäkring måste innehålla någon form av självrisk, dvs. en egenavgift. Den centrala frågan blir därför hur självrisken skall konstrueras.

Om vi utgår från den beräknade dödviktsförlusten vid finansiering av subventioner med arbetsgivaravgifter eller mervärdesskatt, 1,30 kronor per utgiftskrona, skulle den nuvarande läkemedelssubventioneringen innebära en samhälls-ekonomisk kostnad på $1,3 \times 5,3$ miljarder, dvs. drygt 7 miljarder kronor. Utgår vi från vägverkets beräkningsregel, 0,25 kronor per utgiftskrona, begränsas kostnaden till 1,3 miljarder. En reduktion av denna finansiella börda skulle ge en motsvarande effektivitetsvinst. Till detta kommer de effektivitetsvinster som en ökad kostnadsmedvetenhet skulle innebära. Även måttliga 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 hotar de fördelningspolitiska målen.

Det viktigaste målet för läkemedelssubventioneringen är att skydda de medborgare som drabbas av höga läkemedelsutgifter. En utgångspunkt för reformering av läkemedelssubventioneringen skulle därför vara att sätta ett tak för de

totala läkemedelsutgifterna per person eller familj under en viss period, t. ex. tolv månader.

I nedanstående uppställning presenteras konsekvenserna av alternativa nivåer av självrisken per år satts till 500 resp. 1 000 kr. Siffrorna är justerade med hjälp av vår skattade egenpriselasticitet.

Egenandel	Maxbelopp	Inbesparade statliga utgifter
100% under 500 kr. 0% över 500 kr.	500	196 miljoner
100% under 1000 kr. 0% över 1000 kr.	1000	1237 miljoner

Fördelen med ett utgiftstak är att vissa patienter kommer att betala hela utgiften upp till taket och därmed vara starkt motiverade att överväga utgifter mot nytta. Vid ett tak på 500 kr. kommer endast 37% av läkemedelskonsumenterna (knappst en fjärdedel av befolkningen) att nå detta. Om taket höjs till 1 000 kr. reduceras andelarna till 23 respektive 15%. Nackdelen är att sedan taket väl är nått så finns inte längre någon kostnadsmedvetenhet alls. En alternativ konstruktion skulle därför kunna vara att utforma subventioneringen som en avtagande procentandel av utgifterna. Exempelvis skulle egenbetalningen kunna uppgå till 50% i ett visst intervall för att därefter helt upphöra. På detta sätt kan taket för avgiftsbefrielse läggas högre och därmed blir det färre patienter som är helt utan incitament att se till utgifterna. Nedan följer en beräkning av effekterna enligt detta system. Egenavgiften gäller för ett år.

Egenandel	Maxbelopp	Inbesparade statliga utgifter
100% under 500 kr. 50% 500-1000 kr. 0% över 1000 kr.	750	601 miljoner
100% under 1000 kr. 50% 1000-2000 kr. 0% över 2000 kr.	1000	1450 miljoner