

ytterligare inslag. Att många andra länder har gått denna väg bör inte hindra Sverige från att gå åt motsatt håll.

6.5 Avslutning

Det finns tre principiellt olika vägar att gå när det gäller en reform av läkemedelsförmånen. Valet mellan de olika principerna är långt ifrån självklart. Konsekvenserna för den samhällsekonomiska effektiviteten och fördelningen av kostnaderna i befolkningen låter sig endast approximativt beräknas. Valet av princip har också vidare implikationer.

Egenavgiftsprincipen lägger ansvaret och inflytandet över läkemedelsvalet i högre grad på den enskilde konsumenten. Mot detta talar naturligtvis konsumentens bristande kunskaper om läkemedlens effekter. Detta problem skall dock inte överdrivas. Konsumenterna kommer att skaffa sig ökade kunskaper om såväl kostnader som effekter när incitament för detta ges. Vidare är skillnaden mellan många läkemedel av sådan karaktär att det endast är individernas subjektiva omdömen som kan läggas till grund för en värdering. I framtiden kommer vi också i ökande grad att tvingas fatta sådana val mellan terapeutiskt likvärdiga läkemedel. En nackdel med egenavgiftsprincipen är att enskilda individer med låga inkomster och dålig ekonomi kan drabbas hårt av även mindre avgiftshöjningar. Skall ett system med självrisk vara acceptabelt måste denna grupp skyddas genom undantagsbestämmelser.

Eftersom det är svårt att mera precist förutsäga effekterna är det lämpligt att en större reform föregås av en viss experimentverksamhet. Det kan knappast vara särskilt komplicerat eller dyrbart att genomföra ett experiment med alternativa utformningar av egenavgiften för läkemedel. Den s. k. RAND-studien kan tjäna som modell för att utvärdera såväl effekterna på kostnaderna som på patienternas hälsa.

Budgetprincipen lägger ansvaret för avvägningen mellan kostnader och effekter på den förskrivande läkaren. Eftersom läkaren kan förväntas ha den bästa kunskapen om olika läkemedels effekter, är det naturligt att också hos läkaren skapa incitamentet att vara kostnadsmedveten. För att detta skall fungera väl måste vi förutsätta att läkaren agerar som en perfekt ställföreträdare för patienten.

ten, dvs. att inga andra hänsyn än kostnadseffektiviteten av olika behandlingar påverkar läkemedelsvalet. Även om läkarna kan förutsättas ställa upp för detta kan det i praktiken medföra en del svårigheter. Dessa hänger samman med läkarens dubbla ansvar mot patienten och vårdgivaren. Målkonflikter kan komma att uppstå som negativt påverkar relationen mellan läkare och patient. Denna målkonflikt finns naturligtvis redan i sjukvården, men budgetprincipen förstärker läkarens roll som anställd hos vårdgivaren på bekostnad av rollen som ställföreträdare för den enskilde patienten. För att fungera väl bör budgetprincipen helst omfatta samtliga sjukvårdsresurser, såväl sjukskrivningar som slutna vård. Annars finns risk för snedvridningar. Modellen förutsätter också en omfattande utbildning av läkarna och information om kostnadseffektiviteten av olika behandlingar.

Differentieringsprincipen lägger inflytandet och styrningen hos regleringsmyndigheterna. Den innebär att såväl effektivitets- som fördelningsmål skall uppnås genom administrativ styrning. Detta fordrar att informationen centraliseras. Även om detta skulle låta sig göras till rimliga kostnader, finns risk att systemet på sikt byråkratiseras och blir såväl svåröverskådligt som kostsamt. Det blir på sikt omöjligt att överblicka konsekvenserna av olika förändringar i systemet. Nackdelen med denna princip är främst de oöverskådliga dynamiska effekterna. Såväl företag som konsumenter på marknaden kommer att försöka spela mot systemet. Erfarenheter från regleringar på andra områden talar för att konsumenterna inte kommer att sluta som vinnare i det spelet.

Om vi ser på dagens utformning av läkemedelsförmånen så innehåller den element från samtliga tre principer. En intressant fråga är därför hur dessa principer låter sig kombineras. Budgetprincipen är i dag begränsad till den slutna vården. Detta kan naturligtvis behållas även vid förändringar i egenavgifterna. Om budgetprincipen skall utsträckas till den öppna våren, dvs. i praktiken omfatta all sjukvård, blir det knappast möjligt att behålla egenavgifter eller differentierad subventionering. I praktiken måste budgetprincipen innebära att läkemedelsförmånen avskaffas och ingår i landstingens totalansvar för sjukvården.

Egenavgifter och differentierad subventionering kan kombineras, men det bör ske med stor försiktighet. Det är exempelvis möjligt att ha en negativ lista, dvs. en grupp av läkemedel som ej subventioneras. Däremot blir det inte menings-

fullt att både ha egenavgifter (högkostnadsskydd) och ett referensprissystem. Däremot är det naturligtvis fullt möjligt att förena egenavgiftsprincipen med en utveckling av det arbete som bedrivs av Läkemedelsverket, Apoteksbolaget och landstingen att styra läkarnas förskrivningsvanor genom information och läkemedelskommittéarbete. Patienten kan naturligtvis inte ges *hela* ansvaret för styrningen av läkemedelsförskrivningarna. Även vid väsentligt högre patientavgifter kommer huvuddelen av läkemedelskonsumtionen att vara gratis. Styrningen av högkonsumenternas konsumtion måste som tidigare ske genom kunskap och information om kostnader och effekter.

Det är inte vår uppgift att ange vilken princip som skall föredras. En generell slutsats måste dock bli att det är angeläget att det system som väljes kännetecknas av enkelhet och genomskinlighet. Det måste kunna förstås och accepteras av såväl patienter, läkare och finansiärer. Det finns starka skäl som talar för att enkelhet i utformningen av läkemedelsförmånen är både effektivt och rättvist.