

skapar ett tryck på läkaren att skriva ut läkemedel.⁷¹ Avsaknad av speciella patientavgifter för läkemedel skulle också innebära att hela administrationen av subventioneringssystemet för läkemedel skulle falla bort. Det enda som fordras är att subventioneringen fördelas som en klumpsumma till landstinget och att apoteken skickar räkning till landstingen för de totala leveranserna av läkemedel under en viss period. Den främsta fördelen med detta system är således att det eliminerar behovet av speciella egenavgifter för läkemedel, samtidigt som det ger incitament till kostnadseffektiv användning av läkemedel.

Eftersom huvuddelen av läkemedlen konsumeras av en liten grupp personer som också är storkonsumenter av annan sjukvård verkar det logiskt att inte särbehandla produktionsfaktorn läkemedel. I praktiken finns dock betydande svårigheter att få denna princip att fungera på ett optimalt sätt. Det finns inget totalt kostnadsansvar för övriga insatser inom sjukvården, t. ex. remitteringar för undersökningar i slutna vård eller inläggningar, och ej heller för sjukskrivningar. Skall ett system där läkemedlen gjorts till insatsfaktor fungera optimalt så måste budgeten omfatta i princip all sjukvård och utgifter för sjukskrivningar, förtidspensioneringar och arbetsskador. Om budgetansvaret enbart omfattar läkemedel och de ca 15% av sjukvårdens resurser som konsumeras i öppenvården finns en stor risk för optimeringar på för låg nivå.

För det första finns en risk att läkarna blir onödigt restriktiva med förskrivning av läkemedel. Läkemedel kan bli den produktionsfaktor som först utsätts för besparingar, när det egentligen vore mer effektivt att ändra personalens storlek eller sammansättning. För det andra innebär nya läkemedel ofta att resurser kan sparas genom färre operationer eller kortare vårdtider i den slutna vården eller korta sjukskrivningar. Om inte också dessa resurser finns inkluderade i budgeten finns en risk för felprioriteringar. Den största risken för felprioritering gäller nya och dyra läkemedel där den främsta effekten är förbättringar i patientens livskvalitet. Förutsättningen för att göra alla läkemedel till en insatsfaktor i sjukvården är en genomgripande reform av hela budgetsystemet och ekonomisystemet inom sjukvården. Men även med denna reform genomförd återstår nackdelen att patientens valfrihet och inflytande är mindre än vid en försäkringslösning med självrisk.

⁷¹ Om det skall finnas speciella patientavgifter för läkemedelsförskrivningen säger logiken att samma avgifter skall tas ut vid t. ex. förskrivning av diagnostiska undersökningar.

Förslag om "indikativa" budgetar eller lagstiftad skyldighet för läkarna att välja "billigaste synonympreparat" är varianter av budgetprincipen. De lägger ansvaret för förskrivningens ekonomi eller kostnadseffektivitet på den behandlande läkaren, som därmed får en tjänstemannaroll i relation till sjukvårdssystemet. Det är dock mera fråga om ett indirekt tryck att förändra förskrivningsvanorna än ett formellt budgetansvar; en indirekt snarare än direkt administrativ styrning. Dessa förslag får väl främst ses som ett förstadium till en helt genomförd budgetprincip. Antingen försvinner de efter en tid eller så utvecklas de till en fullt genomförd budgetprincip.

Budgetprincipen ställer krav på kunskaper om kostnader och effekter av olika behandlingar. Det räcker inte att känna till de relativa kostnaderna för olika läkemedel, en kunskap som ofta saknas hos läkarna, utan en rationell läkemedelsanvändning förutsätter fördjupade kunskaper om kostnadseffektiviteten hos alternativa sätt att behandla patienten. Den måste således kombineras med ökad kunskap och utbildning i dessa frågor.

6.4 Differentieringsprincipen - selektiv läkemedelssubventionering

Den väg de flesta länder valt för att reducera de offentliga utgifterna för läkemedelssubventioneringen och öka effektiviteten i läkemedelsanvändningen är att göra subventioneringssystemet mer selektivt. Med selektivitet avses att subventioneringen blir beroende av vilket läkemedel som förskrivs. Vi har kallat denna princip för differentieringsprincipen, men den skulle också kunnat benämnas regleringsprincipen, därför att den fordrar ett omfattande administrativt system för att fastställa vilka läkemedel som skall ha vilken typ av subventionering.

I det svenska subventioneringssystemet utgör de kostnadsfria läkemedlen ett selektivt inslag. Denna selektivitet har en historisk bakgrund men kan i dag i högsta grad ifrågasättas. Det finns inte några skarpa gränser mellan de läkemedel som är kostnadsbefriade och dem som enbart är prisnedsatta. Denna differentiering tjänar inte heller något som helst effektivitetssyfte. Det har också gjorts flera försök att avskaffa denna differentiering. Detta har inte lyckats, beroende på att de patientgrupper som har denna förmån naturligtvis försvarar den. Dessa patientgrupper är väsentligt bättre organiserade än de patientgrupper

som inte har motsvarande förmån. Detta är ett klassiskt "public-choice"-problem. Eftersom denna selektivitet inte tjänar något ändamål mer än att den godtyckligt ger förmåner till vissa patientgrupper, bör den avskaffas.

Alternativet till att avskaffa den "positiva listan" vore att ta bort alla andra delar av läkemedelsförmånen och i stället utöka den definierade listan över patienter, sjukdomar och läkemedel som har sådan karaktär att de borde vara subventionsberättigade. Denna lösning skulle mycket likna högkostnadsskyddet i egenavgiftsprincipen. Troligen är det dock enklare och effektivare att definiera högkonsumenterna genom ett högkostnadsskydd än genom specificeringar av vilka patienter som skall subventioneras. Att ha både högkostnadsskydd och kostnadsbefriade läkemedel kan inte försvaras på rationella grunder.

En annan vanlig selektivitet är att undandra läkemedel med dålig effekt (eller för triviala indikationer) dess subventionering. Denna politik har också försökts i Sverige med begränsad framgång. Erfarenheterna från Västtyskland och Storbritannien visar också entydigt att besparingarna blir mycket mindre än förväntat, och att betydande problem med snedvridning vid förskrivning uppkommer i sjukvården. Tveksamheterna till denna politik bottnar också i att ett läkemedel med dålig effekt snarare borde avregistreras än straffas genom borttagandet av subventionering. Har ett läkemedel ingen effekt, samtidigt som risken för biverkningar är så stora att det måste vara föremål för receptförskrivning, är det svårt att förstå logiken varför det skall vara kvar på marknaden. Läkemedel, utan bevisad eller med tveksam effekt, som inte är förenade med biverkningar kan säljas direkt över disk.⁷²

Problemet att differentiera efter indikationerna är att ett visst läkemedel kan förskrivas för såväl triviala som allvarliga indikationer. Det är lätt att inse vilka snedvridningar som kan uppkomma om man differentierar efter typ av läkemedel. Positiva och negativa listor är också förenade med stora administrativa kostnader.

Bakom den selektiva subventioneringen ligger tanken att styra läkemedelskonsumtionen i riktning mot kostnadseffektiva behandlingar. Det effektivaste sättet att göra detta är genom ett referensprissystem. Detta innebär att läke-

⁷² Det blir då en fråga för konsumentpolitiken vilken marknadsföring etc. som skall få förekomma.

medlet inom en viss terapeutisk grupp åsättes ett referenspris på vilket subventioneringen räknas. Läkemedel som är dyrare kommer därför att betinga ett högre pris för konsumenten. Det är detta system vi ser under införande i Västtyskland. Detta system verkar rationellt från många utgångspunkter men har en del betydande svagheter. Den första gäller fastställandet av referenspriser. Detta fordrar en omfattande administrativ apparat. Eftersom produktutvecklingen är snabb på läkemedelsområdet fordrar det också en kontinuerlig uppföljning. Även om de administrativa problemen löses och det går att uppnå enighet om grupperingen av läkemedlen och fastställandet av referenspriserna så har systemet tveksamma effekter för marknaden.

Ett sådant system får kraftiga styreffekter på företagens prispolitik. Referenspriset blir i praktiken ett riktpolis, från vilket företagen får mycket svårt att avvika. Detta ändrar förutsättningarna på marknaden. Det är dock ingen tvekan om att det är ett effektivt system när det gäller att styra läkemedelsanvändningen. Frågan är dock om vi i Sverige behöver detta system. Det finns flera andra sätt att styra förskrivningen. Vi har i Sverige ett system med läkemedelskommittéer som är bättre för att långsiktigt styra förskrivningsvanorna än att arbeta med referenspriser. Det arbete som görs av Läkemedelsverket och läkemedelskommittéerna skulle bli ett dubbelarbete jämfört med det arbete som krävs för att bygga upp ett referensprissystem. I praktiken måste det bli så att referensprissystemet blir det centrala sättet att styra och det innebär därmed ett byte av princip.

Det starkaste argumentet mot referensprissystemet är att det strider mot den syn som utvecklats inom svensk sjukvård när det gäller styrningen av läkemedelsförskrivningarna. Ett referensprissystem passar bättre i det västtyska sjukvårdssystemet som baseras på socialförsäkring och privatläkare.

Selektivitet uppmuntrar till politisk och administrativ klåfingrighet. Det som kortsiktigt verkar rationellt kan på lång sikt bli förödande för marknaden. Efter en tid uppstår gärna ett system med oöverskådliga regler och förordningar. Den svenska jordbruksregleringen är ett bra exempel på ett sådant system. Svårigheterna att avskaffa det orationella systemet med kostnadsbefriade läkemedel är ett annat. I dagens läge vore det därför bättre att avskaffa det selektiva inslag som finns i den nuvarande läkemedelsförsäkringen än att försöka introducera