

Hostmedicinens regleringsekonomi

Ett av många exempel på hur regleringar tränger in i varje vrå av det ekonomiska beslutsfattandet i företag och hushåll är regeringens beslut att från halvårsskiftet undanta vissa slemlösande och hostdämpande medel från läkemedelsförmånen, dvs de rabatteras inte då de föreskrivs av läkare. Läkemedel med acetylcystein som verksamt beståndsdel undantogs från beslutet, med motiveringen att dessa läkemedel i stor utsträckning används vid svåra kroniska sjukdomstillstånd.

Bakgrunden till beslutet är främst en önskan om att spara pengar inom den del av sjukförsäkringen som ersätter läkemedelskostnader. Statens kostnader för läkemedelsförmånen uppgick till 3,5 miljarder år 1984. Av dessa kostnader svarar prisnedsatta läkemedel och kostnadsbefriade inköp genom frikort för 2,2 miljarder medan kostnadsfria läkemedel och förbrukningsartiklar svarar för resten. Prisnedsatta läkemedel rabatteras idag med hela beloppet över 80 kronor och med 50 procent mellan 20 och 80 kronor. Maximikostnaden för patienten per utköp blir således 50 kronor. Dessutom finns ett högkostnadsskydd som är ett samordnat skydd för kostnaden för läkarbesök, läkemedel och sjukvårdande behandlingar. Patienten får efter 15 läkarbesök m m ett frikort som gäller ett år från första stämpeldagen i det s k 15-kortet. Patienternas totala utgifter uppgår till 700 miljoner kronor vilket utgör knappt 20 procent av de totala kostnaderna

för läkemedel som köps mot recept.

Socialstyrelsen och riksförsäkringsverket fick i slutet av 1983 regeringens uppdrag att föreslå åtgärder för att minska sjukförsäkringens utgifter med minst 100 miljoner kronor det kommande budgetåret. Den enklaste och mest logiska åtgärden för att åstadkomma detta hade varit att höja patientandelen för de prisnedsatta läkemedlen. Så blev emellertid inte fallet. I ett första steg infördes den 1 oktober 1984 nya receptföreskrifter som innebar att apoteken endast får lämna ut receptföreskrivna läkemedel för en förbrukning på maximalt 90 dagar. Avsikten var att detta både skulle öka patientens kostnadsandel och minska de försålda volymerna. Åtgärden har således inte bara en fördelningspolitisk utan också en läkemedelspolitisk verkan.

Detsamma gäller åtgärden att ta bort rabatten på hostmedel. Syftet är här också att minska konsumtionen av en typ av läkemedel som anses ha liten medicinsk betydelse. Men om målet är att minska konsumtionen av ineffektiva läkemedel är inte borttagandet av rabatteringen ett lämpligt medel eftersom 85 procent av inköpen av alla hostmedel sker receptfritt utan subventioner. Information till allmänheten och läkarna eller indragningen av läkemedlen är effektivare åtgärder för att minska användningen. En ekonomisk analys av dessa åtgärder måste innebära en kalkyl över *samhällets* kostnader och intäkter och

kan inte begränsas till de finansiella effekterna. Någon sådan kalkyl har inte presenterats.

Låt oss då återgå till målet att minska sjukförsäkringens kostnader. Borttagandet av rabatten innebär att priset ökar för konsumenten. Detta har dels en inkomsteffekt, vilken torde vara obetydlig, dels en substitutionseffekt. Den starkaste substitutionseffekten verkar mellan likvärdiga läkemedel som är subventionerade respektive icke subventionerade. Borttagandet av subventionen minskar patientens tryck på läkaren att föreskriva dessa läkemedel, men ökar trycket på läkaren att föreskriva likvärdiga läkemedel som är berättigade till subvention. Resultatet kan bli att läkaren i stället för att föreskriva ett billigt icke rabattberättigat läkemedel väljer ett för samhället och sjukförsäkringen dyrare läkemedel som är rabattberättigat. Detta innebär att besparingsmålet inte uppnås och att en samhällsekonomisk kostnad uppstår.

Att detta inte bara är teoretiska argument framgår bl a av att socialstyrelsen redan dagen efter det att den nya regeln trätt i kraft fick skicka ut ett pressmeddelande om att även läkemedel med bromhexin som verksam beståndsdel undantas från rabattinskränkningen. Det framkom nämligen att även dessa läkemedel användes vid svåra kroniska sjukdomar. Detta mildrar substitutionseffekten något men det finns säkert mängder med andra substitutionsmöjligheter som bara kan upptäckas i efterhand, om ens då. Liknande försök i andra länder, tex Västtyskland, visar också att kostnadsbesparingen i de läkemedelsgrupper som undantogs från rabatterning bara blev 60 procent av de förväntade och att denna besparing

åts upp av kostnadsökningar för andra läkemedel. Exempelvis ökade antalet recept på hostmedel med 16 procent för personer under 16 år (rabattberättigade), medan de minskade med 14 procent för personer över 16 år. Antalet recept för kronisk bronkit (rabattberättigade) ökade med 27 procent, medan antalet recept med diagnosen enkel bronkit minskade med 27 procent. För Sverige beräknades borttagandet av rabatten på hostmedel ge en besparing i sjukförsäkringen på ca 27 miljoner kronor, dvs mindre än 1 procent. Med de gjorda undantagen kommer det i praktiken att bli högst hälften och en del av denna besparing, troligen hela, kommer att ätas upp av ökade kostnader för andra läkemedel.

Klarare kan det knappast visas att vi fått ett ersättningssystem för läkemedelskostnader som hamnat i en återvändsgränd. Vägen ut ligger inte i ännu mera komplicerade regler och anvisningar, utan förenklingar. En minskning av de offentliga utgifterna förutsätter en omprövning av olika transfereringar, också de offentliga utgifterna för läkemedel. Syftet med läkemedelsförmånen är att skydda konsumenterna från höga läkemedelskostnader. Därför behövs egentligen bara högkostnadsskyddet, som dessutom har fördelen att vara neutralt mellan utgifter för läkemedel, läkarbesök och sjukvårdande behandling. Om den majoritet av konkurrenterna som endast har tillfälliga och låga läkemedelsutgifter betalar den fulla kostnaden och därför introduceras en kostnadsmedvetenhet i systemet. Riksförsäkringsverket och socialstyrelsen kan koncentrera sin kontroll till högkonsumenterna och får därför bättre kontrollmöjligheter både när det gäller kostnader och

terapival. Läkemedelsindustrin skulle vinna på att den ökande tendensen att använda rabatteringsystemet som styrmedel för konsumtionen bröts. Denna utveckling har lett till en svår planeringssituation med stora inslag av slumpmässiga vinster och förluster för olika företag. Regleringen av marknaden skulle kunna reduceras eftersom en stor del av regleringarna just har sitt upphov i synen att hög subventionering ger risk för överkonsumtion.

Läkemedelssubventioneringens utformning är resultatet av en historisk utveckling under de senaste tre decennierna. Liksom inom övriga

delar av socialförsäkringen har för-
månen förbättrats i takt med att de ekonomiska resurserna ökat. Idag tvingar den försämrade statsfinansiella situationen fram åtgärder för att minska de offentliga utgifterna. Detta ställer politikerna inför helt andra svårigheter än de tidigare mera angenäma besluten att öka subventionerna.

Krissituationer skall utnyttjas för sanering och effektivisering, inte för kosmetiska åtgärder som bara döljer problemen. Då skapas möjligheter för mera behagliga beslut i framtiden.

Bengt Jönsson