

Skall vi socialisera läkemedelsindustrin?

Ett av favoritobjekten för förslag om socialisering är läkemedelsindustrin. Debatten kring läkemedelsindustrin har under många år varit aktuell inte bara i Sverige, utan även i många andra industriländer. I anslutning till den kommande socialdemokratiska partikongressen har frågor kring läkemedelsindustrin ånyo aktualiserats i den svenska debatten. I ett särskilt förslag till kongressen har en grupp bestående av socialminister Sven Aspling, industriminister Rune Johansson och gruppledaren och näringsutskottets ordförande Ingvar Svanberg presenterat ett läkemedelspolitiskt program i åtta punkter [SAP-rapporten 1975]. I allt väsentligt torde dock programmet ha utarbetats inom socialdepartementet, vilket medfört att direkt näringspolitiska aspekter tonats ned, samtidigt som förslagen främst inriktas på en förstärkt roll för myndigheter eller företag inom den offentliga sjukvårdssektorn.

Själva socialiseringstanken avvisas visserligen aldrig helt explicit utan man föreslår i första hand att den statliga företagsgruppen på området — Kabin-koncernen — skall vidareutvecklas och att företaget skall vara ledande i en

samordning av hela landets läkemedelsindustri. Någon närmare precisering sker dock inte på denna punkt, men formuleringarna är skrivna på ett sådant sätt att man från gruppens sida kanske hoppas på ett brett accepterande från en partikongress, som bl a genom valsystemets utformning kan få en "radikalare" inriktning i socialiseringsfrågorna än regering och kanslihus.¹

Därutöver föreslår man att socialstyrelsen och monopoldistributören i detaljhandelsledet — det statliga apoteksbolaget — skall få ökade resurser för jämförande värderingar av skilda läkemedel och information till de receptutskrivande läkarna i syfte "att motverka läkemedelsindustrins försäljningsbefrämjande propaganda". Apoteksbolaget bör också i sin inköpspolitik "medverka till en användning av de från såväl medicinska som prismässiga synpunkter bästa läkemedlen". Mot den senare formuleringen förefaller det svårt att finna opposition: ett statligt monopolföretag som skulle ha en motsatt företagspolicy vore en samhällsekonomisk skandal.

Arbetsgruppen löper självklart en stor risk att med sina tvetydiga och undanliggande formuleringar och uttalanden av vissa självklarheter att möta ett betydande motstånd av en "radikalare" partikongress. Det är inte otroligt att kraven på väsentligt längre gående ingripanden kommer att bli slutresultatet i kongressprotokollet. Den brist på en mer genomförd ekonomisk analys av läkemedelsbranschen, som karakteriserar de utredande avsnitten i arbetsgruppens rap-

INGEMAR STÅHL är professor i nationalekonomi vid Lunds universitet. Han arbetar f n med ett projekt kring sjukvårdens ekonomi och har under senare år framförrallt publicerat arbeten kring miljövårdsfrågor, bostadspolitik samt arbetsmarknads- och utbildningspolitik.

¹ Partistyrelsen har i ett senare yttrande tagit mer explicit ställning för en socialisering.

port, kan därför lätt tvinga fram politiska aktioner inom området som inte är välfärdsekonomiskt särskilt meningsfulla (och i vissa fall kan vara skadliga) enbart med syftet att gå en "radikalare" partiopinion till mötes. Det är självklart olyckligt om en bransch som i stort sett fungerar väl, som har en inriktning med hög forskningsandel, relativ löneökanslighet och betydande exportpotential (eller potential för importkonkurrens) och som betyder mycket för produktivitetsökningarna i sjukvården, blir en bricka i ett politiskt spel mellan olika grupperingar inom regeringspartiet.

Varför politisk styrning?

Vilka är argumenten för en ökad politisk styrning av läkemedelsindustrin? Är det möjligt att genom ökat direkt politiskt inflytande eller genom ett överförande av äganderätten från privata händer till staten väsentligt öka allokeringseffektiviteten inom industrins forskning, produktion och distribution? Man skall därvid ha i minnet att läkemedelsmarknaden redan är ytterligt rigoröst kontrollerad genom offentliga myndigheter: socialstyrelsen utövar en fullständig och med internationella mått relativt strikt produktkontroll över de läkemedel som får säljas, försäljningspriserna bestäms genom förhandlingar mellan apoteksbolaget och läkemedelsföretagen eller om överenskommelse ej kan nås genom direkt kontroll av organ inom socialstyrelsen. Flertalet läkemedel får av allmänheten köpas först efter tillstånd från en oftast landstingsanställd tjänsteman som genom sin utbildning fått ett av staten sanktionerat monopol på receptförskrivning. Därutöver är som tidigare nämnts hela detaljhandelsledet överfört till ett statsägt monopol. Situationen påminner faktiskt en del om bostadsmarknad och kreditväsen, där den offentliga styrningen är mycket stark men det ständigt finns "radikala" krav på en ännu starkare styrning genom politiska organ eller myndigheter för att råda bot på oftast mycket oklart angivna problem.

En analys av diskussionen visar på tre olika grupper av argument för någon form av ökat offentligt inflytande:

1. Politiskt maktspel

Den första argumentgruppen har egentligen mycket litet med faktiska problem inom läkemedelsindustrin att göra, utan baseras i stället på mer generella attityder i socialiseringsfrågan. Genom att läkemedelskonsumtion i likhet med andra delar av sjukvårdskonsumtionen lätt skapar ett emotionellt laddat klimat i diskussioner kan offentliga ingripanden mot läkemedelsindustrin vara ett lämpligt "pilotfall" för en uppgörelse mellan ideologiska grupperingar. Ett uttalande om att man är för en socialisering av läkemedelsindustrin eller för en utökad myndighetskontroll behöver inte betyda att man särskilt mycket tror på att ändrade äganderättsförhållanden skall ge välfärdsvinster eller att statsanställda byrådirektörer arbetar hårdare eller mer effektivt än privatanställda läkemedelskonsulenter. Det är i stället en fråga om att genom ett specifikt ställningstagande ge uttryck för en mer allmän attityd. Således kan en uppgörelse på partikongressen mellan radikala och moderata grupperingar vara ett spel som i själva verket har mycket litet med ekonomiska problem inom läkemedelsindustrin att göra. Denna bransch har uppenbart — inte minst genom att diskussionen pågått länge och delvis är internationell — ett betydligt högre symbolvärde i ett maktspel än ett förslag om ökade ingripanden mot exempelvis producenterna av kopieringsapparater. (Denna senare bransch är ett exempel på monopol under patentskydd, dubbelforskning, forskning för att kringgå patent, marknadsföring av delvis mycket likartade produkter, representationsluncher i samband med marknadsföring etc. Dessutom går en stor del av produkterna till offentliga myndigheter.) För att undvika en öppen konflikt mellan grupperingarna kan den moderata gruppen — partistylelsen eller regeringen — vara beredd att gå de radikala till mötes genom ytterligare ingripanden eller löften om framtida utredningar.

Detta spel leder emellertid till vissa problem i kontakterna med industrin. På tu man hand kan statsrådet anförtro företagschefen att man på ansvarigt håll inte alls vill komma åt industrin, att man är glad över de senaste exportframgångarna etc, men att man med hänsyn till

den interna partiopinionen måste göra något aktivt, och att man hoppas uppnå en samförstånds lösning med industrin: ett branschråd bildas, en statlig styrelse-representant sätts in, en dålig rörelsegren överlåtes till ett högt pris till ett statligt företag, man bildar ett "joint venture" mellan det statliga och privata företaget och löser en del av det privata företagens finansieringsproblem, det statliga kontrollorganet får ytterligare tjänster osv. Innerst inne vet bägge om att åtgärderna tillhör spelet och att det är oklart om vem som slutgiltigt lurar vem. Men kombinationen av offentliga angrepp och privata hjärtligheter kan skapa en betydande osäkerhet i företagen: när är regeringspartiets representanter ärliga? Det är inte omöjligt att detta slags politiska osäkerhet leder till en mindre expansiv och mer defensiv inriktning i företagens investeringsbeslut och strategiska planering än vad som skulle vara möjligt utan ständigt återkommande politiska hot.

2. Emotionella argument

En andra grupp av argument är uppenbart emotionella men samhällsekonomiskt i allt väsentligt irrelevanta. Vi återfinner här argument av typen: "det är fullt att tjäna pengar på sjuka" och "läkemedel har ett sådant direkt samband med hälso- och sjukvården att det krävs ett politiskt inflytande även över läkemedelsindustrin". En långt driven variant av det senare argumentet är att offentlig konsumtion också skall svara mot offentlig produktion. Det är egentligen obehövligt att bemöta argument av denna karaktär, men för fullständighetens skull bör man påpeka att ren barmhärtighet och altruism som drivkrafter för produktionsfaktorernas deltagande i produktionen av sjukvårdstjänster i allt väsentligt hör det förindustriella samhället till. Alla som är sysselsatta i sjukvården har i dag i stort sett marknadsbestämda löner och livnär sig därmed på förekomsten av sjukas önskemål av att bli botade eller vårdade. I vissa fall har politiska organ i tyst samarbete med fackliga organisationer genom legitimationstvång, monopol och spärrad utbildning dessutom lyckats höja lönerna (förtjänsterna på sjuka) långt över vad som

kan svara mot en långsiktig marknads-lön.²

Argument som säger att produktionen av insatsprodukter i offentlig konsumtion måste följa samma allokeringssprinciper som gäller för konsumtionen är minst sagt bisarra. För sjukvårdens del har kapitaltjänster från byggnader ett lika stort ekonomiskt värde som läkemedelskonsumtionen (storleksordningen 1 500 miljoner kronor) [Ståhl 1975]. Hittills har vi lyckligtvis undsluppit krav på att landstingen skall överta byggnadsverksamheten. I själva verket kan det vara en uppenbar fördel för en offentlig sektor med enorma allokeringssproblem i omfattning, inriktning och tilldelning av sina tjänster att åtminstone på några områden möta insatsfaktorer med priser och resultat bestämda i konkurrens; i läkemedelsindustrins fall dessutom i internationell konkurrens.

3. Seriösa välfärdsekonomiska argument

Den kanske mest genomarbetade analysen av möjliga "marketfailures" inom läkemedelsindustrin utfördes av Guy Arvidsson i ett sammanfattande, normativt inriktat kapitel i koncentrationsutredningens studie av läkemedelsbranschen, [SOU 1969: 36]. De områden som framförallt där diskuteras gäller prissättningsproblemen i en industri med odelbara forsknings- och utvecklingskostnader för nya preparat och med gränskostnader i produktionen som ligger avsevärt under styckkostnaderna (när hänsyn tas till utvecklingskostnader). Patentlagstiftning genererar monopol som i sin tur leder till forskning kring likartade läkemedel hos konkurrenter med syfte att

² Det finns i dag i landet ca 15 000 lakare. Antag att dessa genomsnittligt tjänar 25 000 kronor mer per år än vad som motiveras av normal avkastning på utbildningsinvesteringar [Ståhl 1974]. Monopolvinsten blir därvid 375 miljoner kronor per år för läkarkollektivet. Vinsten efter avskrivningar och räntor men före bokslutsdispositioner var för den samlade svenska läkemedelsindustrin 1974 ca 200 miljoner kronor. Även om det är svårt att göra fullt korrekta beräkningar på avkastningen på eget kapital eller arbetande kapital p g a att de immateriella forskningsinvesteringarna avskrivs omedelbart finns det inga indikationer på att denna vinstnivå i någon mening skulle vara onormalt hög.

kringgå patenten. Synonympreparat med inga eller få avvikelser från redan etablerade preparat förekommer med en möjlig felallokering i marknadsföringsinsatserna. Det är uppenbart att branschen inte omedelbart kan beskrivas med läroböckernas modeller för fullständig konkurrens och att man kan finna indikationer på "att resurser felallokeras, särskilt i forsknings- och utvecklingsarbetet på nya läkemedel och i informationen om och reklamen för läkemedel".³ Samtidigt konstaterades att "det ligger utanför möjligheternas gräns att säga något mera bestämt om *hur stor* denna felallokering är". Väsentliga delar av Arvidssons analys var baserad på en paretoansk välfärdsbetraktelse av en helt *sluten* ekonomi. Detta innebar också att den faktiskt existerande industrin jämfördes med ett helt idealt tillstånd. I en *öppen* ekonomi med importpriser givna utifrån och med svenska företag som till en väsentlig del tar sina vinster på exportmarknader får man "räkna med en större samstämmighet . . . mellan de enskilda, vinststyrda företagens intressen och samhälllets".

Metoden att jämföra med en helt ideal norm är analytiskt intressant men den ger inte svar på frågan om eventuella allokeringsförluster inom läkemedelsindustrin är av en sådan storleksordning och av en sådan relativ styrka jämfört med många andra industrigrenar (eller i den offentliga sektorn) att någon typ av mer omfattande offentliga ingripanden är nödvändiga. Med sina goda kunskaper om hur offentliga ingripanden i olika marknader kan verka — inte minst på bostadsmarknaden — kunde därför Guy Arvidsson sluta sin betraktelse med följande ord:

"De tyngst vägande argumenten mot en ytterligare utvidgning av statens engagemang på läkemedelsområdet utöver vad som redan mer eller mindre beslutats, är förmodligen i den *prioritetsordning* för statens aktiviteter som begränsningar i de personella resurserna för planering och ledning av statens verksamhet tycks nödvändiggöra. Det synes icke osannolikt att mera står att vinna på en

mera koncentrerad satsning på redan gjorda eller i framtiden ofrånkomliga åtaganden än på en total socialisering av läkemedelsindustrin".

Koncentrationsutredningens konstaterande om förekomsten av icke närmare kvantifierbara allokeringsförluster baserades på en jämförelse med en helt perfekt, sluten ekonomi med företag som hela tiden baserade sina kalkyler på intäkter i form av konsumentöverskott, en extrem prissättning på basis av gränskostnader (särkostnader) i produktionen och en skattefinansiering av utveckling och forskning med hjälp av icke incitamentspåverkande klumpsummeskatter och en tillgång till centraliserad information utan några kostnader. Kritiken mot slutsatserna gjordes delvis av Arvidsson själv: förhållandena i en öppen ekonomi och med avvikelser mellan gränskostnader och styckkostnader på många områden i ekonomin leder inte längre till lika entydiga välfärdsteoretiskt baserade rekommendationer om offentliga ingripanden. I mycket liten grad baserades koncentrationsutredningens diskussion av läkemedel också på en analys av läkemedlen som insatsfaktorer i sjukvårdskonsumtionen med alla de speciella allokeringsproblem som föreligger inom hälso- och sjukvården. En allokeringsteoretisk diskussion av läkemedel är dock så pass intressant att några av de vanliga argumenten i det följande skall utvecklas närmare.

Strukturen idag

Som en bakgrund till en sådan diskussion är det lämpligt med en helt kort beskrivning av några faktiska förhållanden inom branschen. Värdet av försäljningen av läkemedel från industri *till* apotek var 1974 ca 1 250 miljoner kronor. Vid försäljningen *från* apotek hade värdet stigit till 1 900 miljoner kronor. Detta innebär att distributionskostnaderna är drygt hälften av industrins produktionskostnader (inkl vinst). Inom de fem svenska läkemedelskoncernerna sysselsattes drygt 6 000 heltidsanställda. Omräknat i heltidsanställda har Apoteksbolaget ca 9 700. Ungefär hälften av de svenska företagens omsättning utgöres av ut-

³ Detta och följande citat återfinns i SOU 1969: 36 s 194—196.

landsfakturering. Den andra hälften täcker ungefär halva svenska läkemedelsmarknaden.

Det är emellertid delvis vilseledande att betrakta dessa aggregat. Antalet registrerade farmaceutiska specialiteter, är drygt 2 600. Antalet olika läkemedel är 1 650 men varje läkemedel kan sedan förekomma i olika former, exempelvis som tablett eller som injektionslösning, med för patienten/konsumenten högst påtagliga skillnader. Antalet aktiva kemiska substanser är självklart lägre, kanske 7—800. För vissa statistiska ändamål gör man en uppdelning på 24 olika delområden. Det största enskilda delområdet — medel vid behandling av infektioner — hade en total omsättning på 155 miljoner kronor (apotekens inköpspris). En delmarknad som perorala antikonceptionsmedel (p-piller) hade en omsättning på ca 14 miljoner kronor. I detta senare fall kan enbart läkarkostnaderna för förskrivning beräknas ligga mellan 25 och 30 miljoner kronor.

Sett som en del i den totala svenska sjukvårdskonsumtionen är kostnaderna för läkemedel obetydliga: Av en total sjukvårdskonsumtion år 1972 på 14 miljarder kronor utgjordes ca 1,5 miljarder av läkemedel (apotekens utförsäljningspris) eller ca 1 miljard kronor (apotekens inköpspris). En intressant jämförelsenorm som aldrig prövades av koncentrationsutredningen är självklart läkemedelsproduktionens effektivitet i relation till övriga allokeringar inom sjukvården.

Specialiserad industri

Siffrorna här antyder att läkemedelsindustrin är en högt specialiserad industri med förhållandevis små marknader för varje läkemedel eller läkemedelsgrupp. I *tablå 1* redovisas de till försäljningsvärdet (apotekens inköpspris) fem största läkemedlen på den svenska marknaden. Det största preparatet säljer för mindre än 30 miljoner kronor medan det femte största har en marknad under 20 miljoner kronor. Kraftigt omdiskuterade preparat som Librium och Valium befinner sig mycket långt ner och det totala försäljningsvärdet för dessa båda psykofarmaka kanske kan röra sig om några mil-

joner kronor. Det är också slående att de största läkemedlen 1974 är påtagligt "väsentliga" läkemedel och man har svårt att föreställa sig att andra former för terapier (ex vis grupperapi med psykologer) eller en förändring av samhället i revolutionär riktning påtagligt skulle lösa de aktuella medicinska problemen.

Denna höga grad av specialisering är självklart förklaringen till en företagsstruktur där varje företag oftast arbetar med några centrala, "bärande" originalsubstanser och därutöver bedriver en viss produktdiversifiering med licenstillverkade preparat, eller i vissa fall synonymymer eller s k "me too"-preparat, dvs läkemedel som i något avseende skiljer sig från ett marknadsdominerande originalpreparat. Astra, det största svenska företaget har sin koncentration kring lokalbedövningsmedel, där man gjort uppenbart originella forsknings- och utvecklingsarbeten samt antibiotika och har i sina dotterbolag utvecklat originalpreparat bl a mot högt blodtryck och astma. Därutöver har företaget ett relativt brett täckande spektrum. Kabi, som är statsägt, har i första hand en koncentration på blodproteinprodukter och antibiotika. I det senare fallet sker produktionen av råpenicillin i samarbete med Astra. Pharmacia inom Fortia-gruppen byggdes upp kring blodersättningsmedlet Dextran och har under senare år bl a satsat på diagnostika och ett direkt samarbete med bl a den stora engelska ICI-koncernen. De två mindre självständiga företagen Ferrosan och Leo har också var för sig en förhållandevis specialiserad inriktning.

Detta innebär att några påtagliga fördelar med en "samordning" av industrin knappast står att vinna. De informella kontakterna är betydande och konkurrensen sker i huvudsak med utländska företag såväl på den svenska som de utländska marknaderna. Skalfördelar i produktionen är ganska små och där de förekommer — som ex vis produktion av råpenicillin — har ett samarbete redan etablerats.

En intressant roll spelar det Kabiägda företaget ACO som helt specialiserat sig på mycket allmänt etablerade och enklare läkemedel som fordrar mycket litet av fortsatt forsknings- och ut-

Tablå 1. De fem mest försålda läkemedlen på den svenska marknaden 1974. Apotekens inköpspris, miljoner kronor

Läkemedel	Producent	Typ Användningsområde	Belopp
1. Inderal	ICI (England)	Betablockare Hjärtsjukdomar främst høgt blodtryck	29
2. Aptin	Hässle (Astra-koncernen)	Betablockare Samma som Inderal ¹	25
3. Doktacillin	Astra	Syntetiskt penicillin Antibiotikum	24
4. Indomee	Merck Sharp & Dohne (USA)	Antiinflammatoriskt medel ex vis vid reumatiska sjukdomar	21
5. Aldomet	Samma som Indomee	Blodtryckssänkande medel	19

¹ Inderal och Aptin baseras på olika kemiska substanser med farmakologiskt något skilda verkningar.

Källa: AB Läkemedelsstatistik

vecklingsarbete, ex vis magnecyl.⁴ Man driver därvid en utpräglad lågprislinje på en serie standardprodukter.

Informationen

Den høga specialiseringen och de för varje läkemedel begränsade delmarknaderna är naturligtvis en av förklaringarna till att läkemedelsföretagens informationskostnader är betydande. Totalt beräknas dessa uppgå till ca 155 miljoner kronor eller ca 13 procent av branschens produktionsvärde (1973). Samtidigt skall man ha i minnet att en annan del av informationsekonomin kring läkemedel, apotekens distribution, drog en kostnad kring 600 miljoner kronor och att de reala kostnaderna i form av läkarinsatser för förskrivning av läkemedel säkert är av samma storleksordning. På goda teoretiska grunder kan man visserligen hävda att en del av informationskostnaderna är orsakade av förekomsten av fåtalskonkurrens eller konkurrens med produktdifferentiering. Det är emellertid, som koncentrationsutredningen konstaterade, mycket svårt att precisera storleken av denna felalloke-

⁴ Övåntade händelser inträffar dock ståndigt. Amerikanska staten har i år startat ett mycket stort undersökningsprogram bl a för att studera positiva effekter och eventuella biverkningar av magnecyl vid långtidsbehandling av personer med hjärtinfarktisk.

4-753405

ring. Det saknas också preciserade beräkningar av vad samma effektiva informationsvolym skulle kosta om den till större delen sköttes av socialstyrelsen eller apoteksbolaget. Vinsterna i form av mindre dubbelarbete kan lätt åtas upp genom de besvärligare informationskanaler som uppstår om ett organ införes mellan producent och konsument eller snarare den konsumtionsstyrande läkaren.

Man bör också observera att nästan hela informationsinsatsen inriktas på läkare, vilka genom sin legitimation får antas besitta betydande kunskaper och resistens mot alltför lätt påverkan. Den möjliga felallokering det här är fråga om kan således vara mycket obetydlig jämfört med reklam och information på andra marknader med fåtalskonkurrens, ex vis bensenmarknaden.

Forskning och prisbildning

Vid sidan av industrins informationsinsatser och reklamkostnader är forskningsinriktning och prissättning den centrala frågan i en mer seriøs diskussion om eventuella felallokeringar inom industrin. Grundproblemet är härvid att utvecklingen av ett nytt preparat är förknad med mycket stora kostnader och en betydande osäkerhet. För närvarande finansieras dessa utvecklingskostnader

genom att företagen på sina produkter — genom patentskydd och det extra skydd som en prövning och registrering ger — kan sätta priser som överstiger de faktiska gränskostnaderna i produktionen. Aktuell forskning och utveckling finansieras således genom (monopol-) vinster från redan etablerade produkter. Praktiskt taget allt forskningsarbete inom företagen självfinansieras. Skattesystemet är här relativt gynnsamt genom att forskningskostnader kan dras av omedelbart. Kreditmarknaden är inte heller tillräckligt flexibel för att medge någon större grad av lånefinansiering.

Patentskydd och temporärt monopol är således en förutsättning för att forsknings- och utvecklingsarbete kring nya produkter skall komma till stånd med dagens marknadsstruktur. Ett teoretiskt alternativ är självklart att företagen ersättes för sina fasta kostnader med skattemedel och sedan säljer sina produkter till gränskostnad. Men även för inhemska fastkostnadsindustrier har politikerna varit relativt ovilliga att acceptera sådana välfärdsekonomiskt "korrekta" lösningar. Statens Järnvägars prissättningspolitik är ett exempel på hur man med priser över gränskostnaderna täcker sina odelbara kostnader. I en internationell marknad blir bilden också en annan. Större delen av den svenska industrins forskningskostnader täcks således genom högre priser utomlands i samband med export. Svenska företag som bedriver synonymforskning eller me too-preparatutveckling kring utländska originalpreparat för lansering på svenska marknaden skapar därmed en konkurrenssituation riktad mot utländska monopol. Man kan visserligen hävda att en felallokering sker i hela världsekonomin men det är svårt att finna ett svensk forskningspolicy eller prisbildning på ett väsentligt sätt skulle skilja sig om den svenska industrin bytte ägare. Det bör också framhållas att Kabi i allt väsentligt följer samma policy som de privatägda företagen. Untantaget är ACO som med sin policy utgör en viss garanti för att enkla monopolvinster inte kan göras på standardpreparat på den svenska marknaden.

Man bör också hålla i minnet att forskningskostnaderna inte är så odel-

bara som en enkel traditionell välfärdsekonomisk analys normalt förutsätter. En väsentlig del av läkemedelsindustrins forskning sker kring redan färdiga egna originalpreparat för att uppnå produktförbättringar, följa biverkningar och finna nya användningsområden. Ett exempel på detta är att såväl Astras lokalbedövningsmedel som Pharmacias blodersättningsmedel funnit nya användningar vid behandlingar av skilda former av hjärtsjukdomar.

Politiska alternativ

Det finns således få eller inga argument för att ett skifte i industrins ägandeförhållanden på något märkbart sätt skulle påverka allokeringen: även en helt socialiserad läkemedelsindustri kommer rimligtvis att ha samma företagspolicy som den nuvarande.⁵ Man kan dock tänka sig andra åtgärder i en statlig politik som möjligen kan vara allokeringsförbättrande.

En sådan åtgärd skulle vara att Apoteksbolaget på "stora" produkter ändrar sin inköspolicy. I stället för att betala ett högt styckepris som även ersätter företagets fasta kostnader skulle man kunna arbeta med prismässigt tvädelade kontrakt: man betalar ett pris på redan etablerade produkter som bättre svarar mot företagets rörliga produktionskostnader och en klumpsumma, som utgör ett slags abonnemangavgift för företagets fortsatta utvecklings-, uppföljnings- och informationskostnader för preparatet. I sig finns det ingen anledning varför Apoteksbolaget med sin monopsonställning skulle acceptera inkluderandet av rent historiska "sunk costs" eller pågående forskningskostnader för helt andra preparat i det styckepris man betalar till industrin.

En policy av detta slag kan naturligtvis också utvecklas på det sättet att man från Apoteksbolaget aktivt stöder utveckling av nya originalpreparat genom direkta lån (gärna av vinstandelstyp) till

⁵ För enkelhetens skull antar jag här att en socialisering inte behöver medföra en försämrad position. Detta skulle dock vara möjligt om byråkratin i ett statligt företag ökar genom längre beslutsvägar eller olika former för godtyckliga politiska inbopp.

företagens utvecklingskostnader⁶ eller ger bidrag till svensk utveckling av synonym- eller me too-preparat i sådana fall man misstänker att utländska företag tar hem orimligt stora monopolvinster.⁷ Tvådelade kontrakt kan självklart också bli aktuella för inköp från utländska industrier, vilket ger svenska myndigheter vissa begränsade möjligheter att även påverka forsknings- och informationsinriktning i utländska företag.

Avsikten är här inte att lägga fram ett konkret förslag utan snarare att visa att det finns betydande möjligheter att utan att åstadkomma ett antagligen från ekonomiska synpunkter rätt meningslöst byte av ägarförhållandena i den svenska industrin uppnå allokeringsteoretiskt motiverade förändringar. En mer aktiv och positiv policy gentemot läkemedelsindustrin kan också vara motiverad av andra mer övergripande skäl. För det första kan man hävda att läkemedelsindustri har just en sådan struktur att Sverige kan ha komparativa fördelar.⁸ Riklig tillgång på utbildningskapital och en sofistikerad sjukvård kan utnyttjas för en industriell expansion på området. Den nuvarande politiken med ständiga politiska hot kan få en passiviserande inverkan på företagets utveckling och expansion. För det andra är det troligt att de stora produktivitetsokningarna inom sjukvården kan komma genom utvecklandet av nya läkemedel. Även om förbättrad social miljö har betytt mycket är det uppenbart att tillkomsten av medicinska preparat har fått ett avgörande inflytande på att sjukdomar som polio och TBC praktiskt taget utrotats. Psykofarmaka har på samma sätt inneburit att hela mentalvårdens struktur förändrats

⁶ Apoteksbolaget kan genom sin marknads-kännedom och sitt tekniska kunnande vara en bättre långivare än en traditionell affärsbank.

⁷ En alltför hård prispress från Apoteksbolagets sida kan innebära att en utländsk industri hellre avstår från den svenska marknaden, speciellt i ett fall där man räknar med att ett lågt pris i Sverige kan påverka motsvarande pristäthandlingar i andra länder.

⁸ De ledande nationerna i branschen är USA, Schweiz, Tyskland och England. De tre största schweiziska företagen, Roche, Ciba-Geigy och Sandoz är var för sig av Asea- eller Volvostorlek.

[Jönsson, 1974].

Man bör också framhålla att förslaget att det statliga företaget Kabi skulle utgöra kärnan i den fortsatta samordningen av läkemedelsindustrin antagligen baseras på en begränsad kännedom om marknadens struktur. Kabi har haft sina stora framgångar i olika slag av blodfraktioner (exempelvis gammaglobulin). Däremot är företaget påtagligt svagt när det gäller många av de nu snabbt växande läkemedelsgrupperna — exempelvis preparat mot högt blodtryck. Styrelsesammansättningen hos Kabi visar också att intresset för företaget som en socialismens spjutspets varit ganska ringa.⁹

Man kan naturligtvis ifrågasätta om man för närvarande verkligen har de personella resurserna för en sådan mer aktiv politik och man återkommer därvid automatiskt till Guy Arvidssons kritiska fråga om inte statliga myndigheter redan med sina gjorda åtaganden har väsentligare uppgifter att sköta än att intervensera i en industribransch med mycket specialiserad "know-how".

Prisjämförelser

En av huvudpunkterna i det socialdemokratiska läkemedelspolitiska programmet är att informationen skall inriktas på prisjämförelser mellan preparat med likartade effekter men med olika producent. Till viss del görs sådana prisjämförelser redan i dag av socialstyrelsen och av läkemedelskommittéer vid skilda lasarett. Men det finns här en lång rad principiella problem, som även om de inte kan lösas, i alla fall måste beaktas. Genom läkemedelsproduktionens karaktär med höga fasta kostnader och låga gränskostnader blir de priser som erhålles alltid i hög grad ett uttryck för förhandlingsförmåga och marknadsposition. Ett läkemedel som kostar mer än ett annat behöver således inte kräva mer reala resurser. Den samhällsekonomiska

⁹ Ordförande i Kabis styrelse är rikspolischefen Carl Persson. I övrigt ingår förre Prippschefen Nils Holgerson och Tobaksbolagets tidigare chef Karl Wörnberg. Koncernchefen Bengt Andrén kommer från Asea. Enda direkt statliga representant är en departementssekreterare från industridepartementet, Erik Linnergren.

relevansen av prisjämförelser kan därför bli något obestämd.¹⁰

De prisjämförelser som hittills gjorts av socialstyrelse och apoteksbolag har i stort sett varit beräkningar av dygnsdoskostnader. Från medicinsk-ekonomisk synpunkt är sådana jämförelser diskutabla då de lätt leder fram till suboptimeringar. Man bortser i sådana kalkyler lätt från att antalet behandlingsdagar kan variera, att även små förändringar av förpackning och doseringsform kan vara av stor betydelse för patienten samt det kanske viktigaste, nämligen att det är olika behandlingsformer där läkemedlen endast är en ekonomiskt oftast mycket liten del som bör jämföras. Ett dyrare preparat som kan ges hemma kan i en total "benefit-cost" analys slå ut billiga preparat som fordrar hospitalisering. Det görs fn så få medicinska-ekonomiska studier av alternativa behandlingsformer att det förefaller vara ett uppenbart slöseri med resurser att koncentrera alltför mycket till det ekonomiskt rätt obetydliga läkemedelsområdet. Studier av lämplig vårdtid, hospitalisering contra öppen vård, preventiva eller kurativa åtgärder förefaller i stort sett mer angelägna i den 20 miljardersekonomi som svensk sjukvård i dag utgör.

Ett argument för prisjämförelser och en starkare styrning av läkarnas förskrivningsvanor är att såväl läkaren som konsumentstyrare som patienten genom sjukförsäkringens utformning saknar ekonomiska incitament: det är i alla fall sjukkassan som betalar. Den nuvarande läkemedelsrabatten fungerar på så sätt att patientens självrisk per recept är 5 kronor. Mellan 5 kronor och 25 kronor betalar kassan hälften, över 25 kronor allt. Detta leder till att patienten aldrig behöver betala mer än 15 kronor. Den övre gränsen höjs 1976 till 35 kronor men den lägre gränsen är oförändrad. Eftersom medelpriset per förpackning är drygt 13 kronor innebär detta att ett

¹⁰ Ett möjligt uttryck för en stark förhandlingsposition för distributionsmonopolet Apoteksbolaget är att läkemedelsföretagen under inflationsåren sedan 1970 fått höja sina priser långt under ökningen av konsumentprisindex. Som insatsfaktor i sjukvårdsproduktionen blir därmed läkemedlen helt unika.

mycket stort antal, relativt triviala inköp rabatteras med allt vad det innebär av administrativt arbete på apoteken och eventuellt bristande prisedvetenhet hos läkare och konsument. Ett mycket enkelt grepp som dessutom kan minska hantlingskostnaderna på apoteken är självklart att arbeta med väsentligt högre självrisk än 5 kronor. Storkonsumenterna, som man vill skydda, drabbas mycket litet. Överhuvudtaget förefaller det svenska sjukförsäkringssystemet moget för en översyn med hänsyn till sin exceptionella förmåga att med en dyrbar administration täcka små och triviala risker [Ståhl 1973, Höök 1973].

Vem skall skyddas?

En annan intressant möjlighet att rationalisera inom sjukvården är att ompröva de internationellt sett mycket strikta reglerna för receptbelagda preparat. Dessa ger ofta ett intryck av att mera ha kommit till som ett skydd för läkarnas monopolställning än som ett skydd för konsumenten. Apotekens personal är ofta tillräckligt kunnig för att ge adekvat information direkt till allmänheten. Det är märkligt att en socialdemokratisk utredningsgrupp överhuvudtaget inte tar upp sådana aspekter i sin rapport: flertalet konsumenter torde vara mer intresserade av att öka möjligheterna att på ett enkelt sätt få hostmediciner i förkylningstider, peroral antikonceptionsmedel etc än av att ändra Ferrosans ägargruppsstillhörighet.

Den mycket strikta läkemedelskontrollen, förstärkt efter thalidomidolyckan i början av 1960-talet, har också en lång rad intressanta ekonomiska aspekter. En väsentlig minskning av nyregistreringen av preparat har inträffat och ekonomer som Sam Pelzman har hävdat att det är mycket möjligt att vinsten av att dåliga preparat man möjligen har sluppit få på marknaden välfärdsmissigt mer än väl kompenseras av förlusterna av att "goda" preparat fördröjts eller stoppats [Pelzman 1974]. Slutsatserna är inte entydiga men det är uppenbart att det här föreligger ett annat intressant samhällsekonomiskt problem som också kan vara av ett större intresse än ägande-

rättsfrågorna, men som undgått den socialdemokratiska programgruppen.

Referenser

- Höök, E., [1973], "Ännu en synpunkt på sjukförsäkringarna", *Ekonomisk Debatt*, årg 1, nr 2
- Jönsson, B., [1974], *Sjukvårdsekonomi — Cost benefit analys inom hälso- och sjukvården*, Institutet för Socialmedicinsk Ekonomi, Stockholm
- Pelzman, S, [1974], *Regulation of pharmaceutical innovation, The 1962 amendments*, American Enterprise institute for Policy Research, Washington D.C.
- SAP-rapporten 1975, *Läkemedlen under ökat inflytande från samhället*, Förslag till läkemedelspolitiskt program, Borås
- SOU 1969: 36, *Läkemedelsindustrin*, Betänkande avgivet av koncentrationsutredningen
- Ståhl, I., [1973], "Socialförsäkringarna — en avslutad reformepok?", *Ekonomisk Debatt*, årg 1, nr 1
- [1974], "U 74, En samhällsekonomisk analys av den högre utbildningen", *Studier och Debatt*, Studieförbundet Näringsliv och samhälle, årg 74, nr 3
- [1975], "Health Costs and Expenditures in Sweden: The Problems of a Private Good in the Public Sector", National Institute of Health, Bethesda, (under utg)