

#5



Mats Ekelund

# Framtidens läkemedelsfinansiering

© Författaren och Reforminstitutet 2002  
Omslag: Formgivningsverket  
Illustration: Anna-Karin Elde  
Sättning: Ateljé Typsnittet L&R AB, Stockholm  
Tryck: Larserics Digital Print AB, Bromma, 2002  
ISBN 91-89613-04-X, ISSN 1650-4712  
Reforminstitutet, tel 08-587 865 20  
info@reforminstitutet.nu [www.reforminstitutet.nu](http://www.reforminstitutet.nu)

# INNEHÅLL

Förord	5
Sammanfattning	7
Inledning	11
Bakgrund	13
Internationell utblick	21
Grundprinciper	25
<i>Individens värdighet</i>	25
<i>Valfrihet</i>	25
<i>Neutralitet</i>	26
<i>Fördelningsaspekter</i>	27
<i>Effektivitet</i>	29
Föbättrad effektivitet	33
Receptfrihet för läkemedel	37
Förslag	41
<i>Försäkring med valfri självrisknivå</i>	41
<i>Introducera valmöjligheten att lägga livsstilsläkemedel till försäkringen</i>	43
<i>Något ökade kostnader för en mer flexibel försäkring</i>	44
<i>Läkemedelsförmånen bör inte särbehandla särskilda grupper</i>	44
<i>Ökad receptfrihet för läkemedel</i>	45
<i>Ökad egenandel för de receptbelagda läkemedlen till 50 procent</i>	45
<i>Ekonomiska effekter av förslaget</i>	45
<i>Fördelar med förslaget</i>	47
Referenser	49



## FÖRORD

Utvecklingen av moderna läkemedel skapar ständigt nya möjligheter inom sjukvården. En viktig funktion av dessa framsteg är bättre hälsa och snabbare tillfrisknande för människor och minskade behandlingskostnader för sjukvården. Samtidigt bär utvecklingen inom läkemedelsområdet med sig också snabbt stigande utgifter för det offentliga. Detta understryker vikten av att reformera läkemedelsförmånen för att kontrollera kostnadsutvecklingen och styra in mot en användning av billigare, men lika effektiva, läkemedel. En annan målsättning är att förena personligt ansvarstagande med den bästa tänkbara medicinska användningen.

Inom ramen för Reforminstitutets utredningsverksamhet har fil dr Mats Ekelund utrett den svenska läkemedelsförmånen i syfte att lämna förslag om hur en reform inom detta område skulle kunna genomföras. De slutsatser och förslag som lämnas i *Framtidens läkemedelsfinansiering* står författaren själv för, men de grundar sig på det uppdrag som Reforminstitutet har givit.

*Gunnar Hökmark*  
VD Reforminstitutet



## SAMMANFATTNING

Under de senaste två decennierna har en rad nya och innovativa läkemedel introducerats på den svenska läkemedelsmarknaden. Dessa läkemedel har i många fall förbättrat behandlingsmöjligheterna och bidragit till bättre hälsa och ökat välbefinnande. Samtidigt har de nya läkemedlen lett till kraftigt ökade läkemedelskostnader.

Dagens läkemedelsförmån tycks dåligt anpassad för att klara en fortsatt ökning av utbud och efterfrågan på läkemedelsområdet. Tidigare modifieringar av läkemedelsförmånen har inte löst problemet med stigande offentliga kostnader för läkemedel. För att medborgarna även i framtiden skall kunna ta del av medicinska framsteg inom läkemedelsområdet synes en mer omfattande reformering av läkemedelsförmånen angelägen.

Denna utredning föreslår två reformer som stärker läkemedelsfinansieringen genom ökad egenbetalning samtidigt som medborgarna skyddas mot höga engångskostnader och låginkomsttagare kompenseras för ökad egenbetalning. Förslaget innebär också en ökad valfrihet för medborgarna genom att den enskilde ges möjlighet att välja nivå på självrisk och månatlig premie.

## Ökad receptfrihet för läkemedel

Sverige avviker från flertalet europeiska länder genom att ha en relativt liten andel receptfria läkemedel. Med ökade krav på att konsumenterna informeras om olika läkemedels effekter borde en större mängd läkemedel kunna göras receptfria. Vinsterna för konsumenter och samhälle är potentiellt stora. För det första ökar konsumenternas möjligheter att bedriva egenvård. Detta innebär snabbare tillgång till medicinsk lindring och bot samt att kostnader för restid och läkarbesök inbesparas. För det andra sparar det offentliga in kostnader för läkarbesök och för läkemedel.

## En obligatorisk läkemedelsförsäkring

Enligt förslaget omvandlas läkemedelsförmånen till en obligatorisk offentlig läkemedelsförsäkring där det offentliga finansierar 50 procent och den enskilde 50 procent genom en försäkringspremie och en självrisk vid läkemedelsköp. De 50 procent som ligger kvar hos det offentliga bör decentraliseras på ett sådant sätt att de belastar förskrivarna. Därmed stimuleras till en kostnadseffektiv förskrivning såväl som en kostnadseffektiv användning av läkemedel. Ett nytt moment jämfört med dagens system införs genom att den enskilde ges möjlighet att mot förändringar i premien välja nivå på högkostnadsskyddet, och i vilken grad så kallade livsstilsläkemedel skall omfattas av skyddet. Nivån på premien anpassas på ett sådant sätt att den som väljer att öka sin egen självrisk och därmed sin egen kostnadsmedvetenhet vid läkemedelsköp, belönas för detta. Där emot bör självrisken inte relateras till de genomsnittliga läkemedelsbehoven hos dem som väljer en viss nivå på självrisken. Den enskildes valfrihet utökas och högkostnadsskyddet kan anpassas efter den enskildes egen avvägning mellan behov av försäkringsskydd och nivå på premie.

Den obligatoriska försäkringen beräknas till cirka 45 kronor i månaden vid ett högkostnadsskydd på 1 800 kronor. Barnfamiljer, socialbidragstagare och folkpensionärer kompenseras genom höjda bidrag motsvarande kostnaderna för försäkringspremien.



**Ekonomiska konsekvenser av förslaget**

Förslaget innebär att det offentliga gör en besparing på cirka 4,8 miljarder kronor plus ett minskat antal läkarbesök till följd av en högre grad av receptfrihet. Det ökade ekonomiska utrymmet skapar möjligheter för sjukvården att också i framtiden skriva ut nya innovativa läkemedel som förbättrar människors hälsa och välbefinnande.



## INLEDNING

De senaste tio till femton åren har inneburit kraftigt ökade läkemedelsutgifter. En viktig orsak till detta är introduktioner av nya innovativa läkemedel som nått ut till stora patientgrupper. I många fall rör det sig om läkemedelsterapier som räddat liv och inneburit betydande förbättringar i form av livskvalitet för patienterna. Det går också att peka på besparingar i sjukvården som en följd av att kostsamma ingrepp kunnat ersättas med medicinering. Ett tydligt exempel är magsår, där behovet av att operera minskat kraftigt.

Några heltäckande beräkningar över vilka indirekta besparingar som de nya läkemedlen medfört finns inte. Ser man till de totala ekonomiska effekterna är det emellertid klart att de samhällsekonomiska kostnaderna, som en följd av de nya läkemedlen, understiger de direkta kostnadsökningarna i läkemedelsutgifterna.

Sammantaget går det att se en lång rad positiva effekter av de medicinska framstegen och den ökade läkemedelsanvändningen. Det är också rimligt att en större del av våra inkomster används till läkemedel när dessa kan erbjuda bättre och fler verksamma terapier. Att de ökande läkemedelsutgifterna ändå ofta uppfattas som ett problem beror på att de inte rymms inom de ramar som den nuvarande läkemedelsfinansieringen sätter.

När tekniska språng sker inom andra områden i ekonomin som till

exempel inom mobiltelefoni eller Internet är det knappast någon som beklagar att konsumenterna väljer att öka andelen av sina inkomster på denna typ av konsumtion. Än mindre utmålas ett sådant scenario med växande marknadsandelar som ett hot mot ekonomin. Att sådana reflexer nästan alltid gör sig gällande inom områden där utgifterna regleras genom offentliga budgetar har flera orsaker.

För det första är hushållning med offentliga medel alltid beroende av en hög grad av förutsebarhet i utgifterna eftersom det ofta är mycket svårt att sänka nivåer i konkurrerande delar av budgeten för att uppnå balans. Att öka intäkterna genom nya skatter innebär att nya ineffektiviteter förs in i ekonomin, varför det på lång sikt är ett mycket dyrt sätt att finansiera nya utgiftsposter. Givet att läkemedelskostnaderna är svåra att förutse och att det är angeläget att säkra en finansiering som ger en god tillgång till nya läkemedel förefaller en ökad konsumentandel i finansieringen angelägen.

Syftet med denna utredning är att hitta en modell för läkemedelsförmånen, som garanterar att medborgarna även i framtiden skall kunna ta del av medicinska framsteg på läkemedelsområdet, genom att ta tillvara de enskildas betalningsvilja, samt förmåga att göra avvägningar mellan kostnader och medicinsk nytta. De förslag som presenteras försöker att uppfylla detta på ett sätt som tar hänsyn till de grundprinciper som diskuteras i utredningen. I en del fall handlar det om att föra in för Sverige nya moment i läkemedelsförmånen, men som är beprövade och som förekommer i andra länder.

## BAKGRUND

Under 1970- och större delen av 80-talen ökade läkemedelskostnaderna måttligt och läkemedelsutgifterna intog en relativt jämn nivå på cirka 0,75 procent av BNP. Omkring 1988 bröts denna stabila utveckling och läkemedelskostnaderna började öka sin andel av BNP. Under 1990-talet har ökningstakten i genomsnitt legat på cirka 10 procent per år.<sup>1</sup> Denna tillväxttakt är baserad på de totala läkemedelskostnaderna, det vill säga receptläkemedel, receptfria läkemedel samt läkemedel som säljs direkt till sjukhusen. En något högre siffra uppnås om man bara räknar på tillväxttakten för receptläkemedlen som omfattas av läkemedelsförmånen.

De läkemedelskostnader som ökar mest är således de som belastar statsbudgeten genom läkemedelsförmånen. Totalt ökade läkemedelskostnaderna från cirka 10 miljarder kronor, (penningvärde enligt år 2000), till cirka 25 miljarder kronor år 2000. Ett positivt tecken är att läkemedelskostnaderna ökade något mindre under år 2000 jämfört med tidigare.<sup>2</sup> Det bör dock påpekas att denna nedgång kan vara tillfällig på grund av att landstingen genomdrivit en ökad följsamhet till läkemedelskommittéer-

---

1 Läkemedelsindustriföreningen

2 Läkemedelsindustriföreningen

nas rekommenderade listor. Emellertid ligger även denna lägre nivå klart över tillväxttakten i BNP och inflation.

### **Tidigare reformer**

Finansieringen av läkemedelskostnaderna har genomgått flera förändringar under 1990-talet. De mest betydelsefulla är införandet av referensprissystemet och det nya förmånssystemet. Referensprissystemet infördes den 1 januari 1993 och innebär att läkemedel som bygger på samma aktiva ingredienser och som har likvärdiga administrationsformer, grupperas tillsammans. Om patienten köper ett läkemedel i en sådan grupp, som är mer än 10 procent dyrare än det billigaste läkemedlet i gruppen, får hon betala mellanskillnaden ur egen ficka. Syftet med referensprissystemet är att se till att det offentliga bara behöver betala de lägsta priserna för utbytbara läkemedel samt att stimulera priskonkurrensen mellan generiska läkemedel.

Det nya förmånssystemet infördes den 1 januari 1997 och innebär att den enskilde betalar en större andel av läkemedlets pris. Därmed skapades en direkt koppling mellan läkemedlets pris och patientens kostnad. Läkare som beaktar sina patienters kostnader ges på så vis ett starkare incitament att välja det billigaste av likvärdiga läkemedel. Patienterna torde också ha blivit mindre benägna att hämta ut läkemedel som de inte är säkra på att de kommer att konsumera. Teoretiskt kan en ökad pris-känslighet också leda till en större återhållsamhet hos läkemedelsbolagen när de förhandlar om ett pris med Riksförsäkringsverket.

Både införandet av referensprissystemet och det nya förmånssystemet bör ses mot bakgrund av de ökande läkemedelsutgifterna och det trendbrott som inträffat för läkemedelsutgifterna. Reformerna har i viss utsträckning lett till ökad egenbetalning och prismetvetenhet. Effekterna av detta har emellertid inte varit av den storleksordningen att de nämnvärt lyckats bryta trenden mot högre offentliga läkemedelsutgifter. Sannolikt har det ökade inslaget av egenfinansiering varit för litet för att få ett mer betydande genomslag på de offentliga läkemedelskostnaderna.

Denna tolkning får stöd om man ser till medborgarnas andel av kostnaderna för de receptbelagda läkemedlen, som ligger kvar på samma nivå i dag som i början av 90-talet.<sup>3</sup>

### **Ökade läkemedelskostnader – minskad effektivitet eller bättre mediciner?**

I takt med att utgiftsposten för läkemedel växer ökar också behovet av omprioriteringar inom den offentliga budgeten. Eftersom det alltid möter motstånd att fördela ökade utgifter väcks frågan om de ökade kostnaderna är motiverade eller om de är ett resultat av tilltagande ineffektiviteter. En riktig tolkning av orsakerna bakom läkemedelskostnadernas tillväxt är nödvändig för att kunna avgöra vilka åtgärder som bör sättas in.

Om läkemedelskostnaderna till exempel ökar på grund av att priserna på läkemedel stiger så innebär de ökade utgifterna en förlust för samhället och vägar att få ner priserna synes då angelägna. Om de ökade kostnaderna i stället beror på att fler och mer verksamma läkemedel konsumeras är det mindre angeläget att stävja kostnadsnivån, i stället uppkommer frågan om hur de ökade kostnaderna skall fördelas.

### **Vad säger forskningen?**

Ett flertal studier belyser dels läkemedelskostnadernas ökning och deras komponenter samt drivkrafterna bakom ökningen. Gerdtham *et al* (1993 och 1998) genomförde två undersökningar där faktorerna bakom läkemedelskostnadernas ökning undersöktes. De perioder som studerades var 1974–1991 samt 1990–1995. Tillsammans ger de en uppfattning om skillnaderna mellan dessa två perioder och eventuella orsaker till ett trendbrott. Kostnadsökningen delades upp på tre faktorer: förändringar i priserna på det befintliga sortimentet, ökade kvantiteter och en övergång från billiga läkemedel till dyrare.

---

<sup>3</sup> SOU 2000:86

- För båda perioderna noterades en minskning i priserna på det befintliga sortimentet. Ett läkemedel som introducerades 1974 hade 1991 minskat i pris med 30 procent. Ett läkemedel som introducerades 1990 hade 1995 minskat i pris med 9 procent. Prisnedgången per år tycks således ha varit lika för de båda perioderna. (De fallande priserna på det befintliga sortimentet är en följd av den svenska prisregleringen på läkemedel som till sin konstruktion innebär prisökningar under inflationstakten.)
- Under perioden 1974 till 1991 ökade de konsumerade kvantiteterna med 11 procent. Ökningen för perioden var dock inte kontinuerlig utan inträffade 1988–1991. För den betydligt kortare perioden 1990 till 1995 var ökningen hela 27 procent. Trendbrottet i läkemedelskostnadernas ökningstakt tycks således till viss del bero på ökade kvantiteter.
- Beträffande den del av kostnadsökningen som berodde på en övergång till dyrare läkemedel tycks detta ha varit en viktig faktor för båda perioderna.

De ovan nämnda undersökningarna har beskrivit vari kostnadsökningen bestått. Däremot studerar de inte vad som drivit fram ökningen av konsumerade kvantiteter och övergången till dyrare läkemedel under det senaste decenniet. I en doktorsavhandling<sup>4</sup> undersöks de nya innovativa läkemedlens roll i kostnadsökningen under perioden 1987–1998.

Nya läkemedel som introducerades i Sverige mellan åren 1987 och 1997 undersöktes. Dessa läkemedel klassificerades utifrån innovationsgrad. Läkemedlen indelades i tre grupper. Den första och mest innovativa gruppen är A-läkemedel. Ett A-läkemedel kännetecknades av att det innebär en ny behandlingsmöjlighet för en åkomma för vilken det tidigare inte funnits någon effektiv behandling. Den andra gruppen är B-läkemedel. Dessa läkemedel innebär förbättrade behandlingsmöjligheter inom områden där det redan finns verksamma behandlingsmöjligheter. Den

---

4 Ekelund 2001



tredje och minst innovativa gruppen är C-läkemedel. Ett C-läkemedel är en unik och patenterbar produkt, men bedöms inte innebära betydande fördelar jämfört med befintliga läkemedel.

Undersökningen visade att de mest innovativa läkemedlen, (A och B), stod för den största delen av kostnadsökningen. En viktig orsak till detta var att de innovativa läkemedlen öppnade helt nya marknader. Eftersom nya läkemedel, enligt det svenska regleringssystemet, ofta medges ett högre pris än befintliga substitut innebär detta att priset på genomsnittsterapin ökar. Ett exempel utgör de nya antidepressiva läkemedlen, som på grund av sina färre biverkningar, gjorde att fler patienter var villiga att påbörja en läkemedelsterapi. De nya antidepressiva läkemedlen var dessutom dyrare än de befintliga läkemedlen varför de totala kostnaderna ökade med ett större belopp än kvantitetsökningen.

#### *Ingen inflation i prissättningen av läkemedel*

I ovan nämnda avhandling undersöktes också om det funnits tendenser till att höja introduktionspriserna för läkemedel under den studerade perioden. Även om det klart gick att se att nya läkemedel prissattes högre än befintliga läkemedel fanns det inga tecken på en ökning av den absoluta nivån på introduktionspriserna. Detta resultat tillsammans med det faktum att priserna på det befintliga sortimentet faller, antyder att kostnadsökningen inte är ett prissättningsproblem.

Trots uppmärksammade exempel på kostnadskrävande läkemedel, där terapier kostar flera hundra tusen kronor per år, är det inte sådana extremfall som driver kostnadsökningen. Internationella jämförelser visar också att läkemedelskostnaderna ökat i samma utsträckning i länder som tillämpat omfattande priskontroller som i länder som inte haft priskontroller.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Andersson och Poullier 1999

## Vilka slutsatser kan dras kring den framtida ökningstakten av läkemedelskostnaderna?

De ökade läkemedelskostnaderna beror i hög grad på att nya innovativa läkemedel inneburit verksamma läkemedelsterapier där det tidigare inte fanns några effektiva läkemedel att tillgå. Att den medicinska vetenskapen tar fram nya innovativa läkemedel är i och för sig inte något nytt. 1950- och 60-talen var också en period av snabba medicinska framsteg. Det som gör närhistorien intressant är att den innehåller ett trendbrott. Under 70- och större delen av 80-talen var läkemedelsutgifterna tämligen konstanta kring en nivå på 0,75 procent av BNP. Sedan slutet av 80-talet har emellertid kostnaderna börjat öka, framför allt genom att nya innovativa läkemedel öppnat nya marknader och ökat kvantiteten konsumerade läkemedel.

Vad som orsakat detta trendbrott är inte helt klarlagt. Delvis kan det röra sig om genombrott inom medicinsk grundforskning som ändrat förutsättningarna för att ta fram nya läkemedel. Det kan också bero på att ökade kostnader för att framställa nya mediciner tvingat läkemedelsföretagen att hitta nya marknader med stora patientgrupper, utan konkurrens från befintliga läkemedel. En annan förklaring kan finnas i förändringar på den amerikanska läkemedelsmarknaden sedan 80-talets början, med allt färre personer som betalar sina läkemedel ur egen ficka. Eftersom minskad egenbetalning ökar betalningsförmågan och då den amerikanska läkemedelsmarknaden är den mest inkomstbringande för läkemedelsbolagen kan förändringen ha möjliggjort forskning och marknadsföring av mediciner, som är dyrare att upptäcka och framställa.

Oavsett vilken förklaring till det ökade antalet nya läkemedel man utgår ifrån är det svårt att säga något om antalet innovationer i framtiden. Däremot står det klart att det krävs en accelererande innovationstakt för att nuvarande kostnadsökningstakt skall hålla i sig, givet det sätt på vilket priserna sätts. Eftersom det är nya marknader som spelar en viktig roll för kostnadsökningarna krävs att ett allt större antal patienter kan nås med nya läkemedelsbehandlingar. Huruvida en sådan tillväxt är möjlig är svårt

att uttala sig om med någon större säkerhet. Däremot blir det allt mindre sannolikt att tillväxttakten håller i sig, givet att det är de innovativa läkemedlen som driver kostnadsökningen.

Ett exempel kan illustrera varför. När de nya antidepressiva läkemedlen introducerades på den svenska marknaden i början av 90-talet steg antalet personer, som fick ett recept med antidepressiv medicin snabbt, från några tiotal tusen per år till flera hundra tusen per år. De antidepressiva läkemedlen bidrog därmed till en betydande andel av den totala kostnadsökningen under en följd av år. Om de antidepressiva läkemedlen hade introducerats i dag hade deras bidrag till ökningen av läkemedelskostnaderna procentuellt sätt varit mindre eftersom den totala kostnadsmassan i dagens system är större. Allt fler stora medicinska innovationer krävs därför för att upprätthålla tillväxttakten, då den totala kostnadsmassan för läkemedel hela tiden växer. En utplaning av läkemedelskostnaderna bör därför förr eller senare inträffa. Detta kommer dock med största sannolikhet att inträffa på en nivå som ligger över den nuvarande. Det är därför angeläget att ta fram en finansieringsmodell som långsiktigt kan bära denna högre nivå.

### **Ökad effektivitet i användningen har inga långsiktiga effekter på kostnadsutvecklingen**

De ökade läkemedelskostnaderna beror inte på en minskad effektivitet i användningen eller att läkemedelsbolagen har fått en starkare förhandlingssituation. Det är därför mycket svårt att hejda kostnadsökningstakten utan att också inskränka möjligheterna för människor att få tillgång till nya innovativa läkemedel. De ofta framförda kraven på ökad effektivitet i läkemedelsanvändningen kan visserligen innebära nivåeffekter på läkemedelskostnaderna, men skulle knappast ha någon ihållande dämpande effekt på kostnadsökningstakten. En beräkning av Schwartz och Mendelson (1994) visade att en helt och hållet kostnadseffektiv läkemedelsanvändning i USA i början av 1990-talet endast skulle ha dämpat ökningstakten i läkemedelskostnaderna med en procentenhet per år.

Anledningen står klar om man beaktar orsakerna bakom kostnadsutvecklingen.

Ökningstakten beror på introduktionen av nya läkemedel, inte på tilltagande ineffektiviteter. Ineffektiviteter i användningen kan jämföras med ett svinn i termer av en procentuell andel av omsättningen i en affär. Att minska svinnet innebär alltid en önskvärd förbättring av de värden som tillfaller affärsinnehavare och konsumenter. Däremot kan det inte påverka den långsiktiga tillväxttakten i affärens omsättning som i stället beror på konsumenternas köpkraft och inkösprisernas utveckling.

## INTERNATIONELL UTBLICK

Det finns stora skillnader i hur olika länder väljer att fördela läkemedelskostnaderna. Dels handlar dessa skillnader om vilka som kommer i åtnjutande av det offentliga stödet, dels handlar det om fördelningen mellan skattefinansiering och avgiftsfinansiering.

Vem kommer i åtnjutande av stödet? Det finns två huvudsakliga principer att dela upp det offentliga stödet utefter: medicinska behov och behov av ekonomiskt stöd utifrån inkomst. I det första fallet varierar ersättningsnivån med medicinsk nödvändighet. Antingen genom en lista som bestämmer försäkringsskyddet för olika diagnoser eller genom en lista som bestämmer försäkringsskyddet för olika läkemedel. Som regel faller subventionsgraden med läkemedlets terapeutiska värde. Lägre subvention ges också till läkemedel mot mindre allvarliga åkommor. Ersättningsmodeller som bygger på dessa principer förekommer i ett flertal europeiska länder, däribland i våra nordiska grannländer Danmark, Finland och Norge samt på kontinenten, i Frankrike, Italien, Holland, Spanien och Portugal.

System som har speciella undantag för grupper med sämre ekonomiska förutsättningar är vanliga. Förvånansvärt nog gäller detta inte bara i länder med ett selektivt välfärdssystem såsom Storbritannien, utan också i de nordiska länderna Norge och Danmark.

Fördelningen mellan den skattefinansierade andelen av läkemedelskonsumtionen och den andel som bekostas av de enskildas betalning till systemen skiljer sig också åt. I Sverige ligger egenandelen på cirka 23 procent och i Storbritannien där egenavgiftsandelen är mycket låg internationellt sett är den 15 procent. I Danmark och Finland är egenavgiftsandelarna 34 procent respektive 40 procent av de totala kostnaderna för subventionsberättigade läkemedel. Detta beror framför allt på att högkostnadsskyddet är mindre generöst i dessa länder. I Danmark kan man efter ansökan få ett frikort vid egna kostnader över 3 600 kronor per år om det går att påvisa att man har ett stort och varaktigt behov av läkemedel. I Finland ligger högkostnadsskyddet på en nivå av 4 100 kronor per år. Ett exempel på hög egenandel utanför Europa är Kanada där läkemedlen inte bara finansieras med egenavgifter utan också genom försäkringspremier som ser olika ut i olika provinser. Egenandelen uppgår där till totalt 65 procent av de totala kostnaderna.<sup>6</sup>

### **Slutsatser från internationell utblick**

Det finns flera exempel på länder som har en betydligt högre egenandel i betalningen av läkemedel, jämfört med Sverige. Skillnader föreligger emellertid i hur denna egenandel är fördelad bland medborgarna.

I alla länder varierar försäkringsskyddet för läkemedel med läkemedlets terapeutiska effekt och hur medicinskt betydelsefullt ett läkemedel är. I somliga länder, som till exempel Sverige, är denna princip mindre framträdande jämfört med länder som till exempel Finland, där den utgör en betydande aspekt av läkemedelsförmånen genom att procentsatsen på ersättningsnivån kan variera kraftigt från läkemedel till läkemedel. En viktig skillnad mellan den svenska läkemedelsförmånen och ett system som det finska är den betydligt högre komplexitetsgraden i det finska systemet. Även om det principiellt inte är något fel på att differentiera läke-

---

<sup>6</sup> SOU 2000:86

medelsersättningen utifrån läkemedels medicinska effekter är det svårt att föreställa sig att ett sådant, betydligt krångligare system, skulle mötas med någon större entusiasm om det på kort tid infördes i Sverige.

Att öka egenbetalningen och samtidigt finna en konstruktion som kan ge skydd åt grupper som är särskilt känsliga för stora och oförutsedda utgifter förefaller vara en mer framkomlig väg att gå. Det finns i huvudsak två tänkbara modeller; dels att höja självkostnadsskyddet och samtidigt ge särskilda rabatter vid inköpstillfället för grupper med låga inkomster, och dels att välja en försäkringsmodell där den högre egenbetalningen tas ut genom försäkringsavgifter i stället för ett högt högkostnadsskydd.





## GRUNDPRINCIPER

**E**n reformerad läkemedelsreform bör – utöver det omedelbara målet, att statens läkemedelskostnader skall begränsas – också betraktas utifrån en värdegrund. De överväganden som är viktiga kan delas in i tre övergripande kategorier: individens värdighet och valfrihet, fördelningsaspekter samt effekterna på den ekonomiska effektiviteten.

### **Individens värdighet**

En sjukdom är en djupt personlig sak. I många fall är den enskilde angelägen om att hemlighålla sin åkomma för omgivningen. Detta är en fundamental rättighet som i möjligaste mån bör upprätthållas. Dispensregler som innebär att individen tvingas vända sig till flera personer än sin läkare bör inte förekomma. Register och kontroller, som leder till att fler personer än läkaren får kännedom om åkomman, bör också undvikas. Ett viktigt mål för läkemedelsförmånen bör vara att den erbjuder ett gott skydd för den personliga integriteten.

### **Valfrihet**

Valfrihet handlar om individens möjligheter att påverka sin situation efter egna bedömningar och val. Till viss del har valfriheten ett psykologiskt värde som ligger i känslan av att ha kontroll över den egna tillvaron.

Valfriheten har också ett värde genom att den ger individen möjlighet att välja lösningar som bättre passar överens med hennes egna preferenser.

I många fall går valfriheten förlorad därför att politiker och tjänstemän fattar beslut om detaljerade enhetslösningar trots att samma övergripande mål kan nås genom att medborgarna lämnas utrymme att själva fatta beslut. För läkemedelsförmånen är ett av de övergripande målen att alla, oavsett ekonomiska förutsättningar, skall ha råd att konsumera viktiga läkemedel. Detta innebär emellertid inte att politikerna nödvändigtvis måste fatta beslut om den exakta nivån för högkostnadsskyddet eller vilka läkemedel som skall omfattas av läkemedelsförmånen. Tvärtom, kan det mycket väl vara så att avvägningen mellan, å ena sidan en hög självrisk och en hög grad av kostnadseffektiv priskänslighet,<sup>7</sup> och å andra sidan en lägre självrisk men med en lägre grad av kostnadseffektivitet, bättre kan göras av den enskilde själv, inom ramen för en obligatorisk läkemedelsförmån som delvis finansieras med avgifter. Politikerna garanterar dock att alla oavsett inkomst har råd att ingå i ett system där de kan uppnå en tillfredställande grad av trygghet.

### Neutralitet

Läkemedelsförmånen bör utformas på ett sätt som är opartiskt och där tydligt formulerade kriterier bestämmer villkoren. Särintressen bör inte kunna tillskansa sig förmåner som personer som befinner sig i en likvärdig situation inte har. Regler om att göra vissa godtyckligt valda läkemedel kostnadsfria är svåra att motivera. Ett generellt undantag som dock kan förefalla rimligt är läkemedel för kroniska åkommor. En kroniker har ju högre totala kostnader för sin sjukdom under sin livstid än den som inte är kroniker och bör eventuellt kompenseras för detta. Att insulin i dag är helt kostnadsfritt för diabetiker samtidigt som kronikergruppen

---

7 Med en högre grad av självrisk minskar sannolikheten för att patienter hämtar ut läkemedel som de är osäkra på att de kommer att använda, exempelvis stora förpackningar hostmedicin vid en tillfällig rethosta. Genom att konsumtionen minskar vid en högre självrisk kan försäkringspremien sänkas.

allergiker måste betala normala avgifter för sina läkemedel förefaller däremot inte rättvist.

### Fördelningsaspekter

Förenklat kan man säga att fördelningsambitionerna i läkemedelsförmånen kan ordnas efter ambitionsnivå på en skala från att ingen skall behöva avstå från viktiga läkemedelsbehandlingar på grund av låg inkomst, till att systemet skall skydda samtliga medborgare från stora kostnader i samband med läkemedelsbehov. Det första kravet omfattas av samtliga riksdagspartier och är knappast kontroversiellt.

I vilken utsträckning läkemedelsförmånen också skall försäkra medborgarna till en sådan grad att alla med behov av läkemedel skall hållas ekonomiskt skadeslösa är däremot svår att förena med en effektiv läkemedelsanvändning och en offentlig läkemedelsbudget som inte växer okontrollerat. En konstruktion som kan medföra ökad egenbetalning från dem som har råd att betala – utan att samtidigt försämra privatekonomin för låginkomsttagarna – utgör en medelväg.

### *Läkemedel i samband med livsstilsrelaterade åkommor*

En annan fördelningsaspekt rör den typ av läkemedel som kan omfattas av läkemedelsförmånen. Denna kommer ofta på tal i debatten om de så kallade livsstilsläkemedlen. Begreppet livsstilsläkemedel saknar en vetenskaplig medicinsk definition, men i debatten syftar man framför allt på två grupper av läkemedel.

Den första kategorin rör läkemedel mot tillstånd som är livsstilsbetingade och som ökar sannolikheten för sjukdom längre fram i livet. I dessa fall rör det sig om tillstånd som i vissa fall kan lindras genom en förändrad livsstil. Ett exempel är högt blodtryck.

Den andra kategorin utgör läkemedel som förbättrar livskvaliteten snarare än att bota eller förebygga en sjukdom. Dessa läkemedel är än så länge ovanliga. Felaktigt har ibland Viagra och Xenical stämplats som rena livsstilsläkemedel. Detta är bara sant för den icke-medicinska

användningen av dessa läkemedel, till exempel friska män som använder Viagra för att utöka den sexuella prestationsförmågan eller kvinnor som använder Xenical för att komma i baddräkten. I båda dessa fall av livsstilsläkemedel är det möjligt att ifrågasätta en subventionering av läkemedlen

I många länder är ersättningsnivåerna beroende av huruvida ett läkemedel är att betrakta som effektivt samt hur allvarlig åkommnan är. Tanken är att läkemedel som är nödvändiga för att kontrollera allvarliga sjukdomar subventioneras i högre grad än läkemedel, som är avsedda för att mildra mindre allvarliga tillstånd. Ett exempel kan vara ett smärtstillande läkemedel, som skrivs ut efter borttagande av en visdomstand. Läkemedlet är knappast nödvändigt för individens tillfrisknande, men höjer välbefinnandet under tiden närmast efter ingreppet. Med en vid definition skulle också dessa läkemedel kunna föras in under gruppen livsstilsläkemedel.

### *Högekostnadsskyddets utformning*

Ett område som är relevant ur fördelningssynpunkt är huruvida läkemedelsförmånen bör utformas som en trappa, med avtagande självrisk, eller med en konstant självrisk upp till ett högekostnadsskydd. Eftersom målet är att alla, oavsett inkomst, skall ha tillgång till viktiga läkemedel är det nivån på högekostnadsskyddet som är det avgörande. Trappans konstruktion upp till denna nivå har mindre betydelse, storkonsumenterna som ofta har de mest angelägna behoven påverkas i liten grad av stegen upp till nivån. Att införa steg i trappan innebär således minskade intäkter från självriskan vid en given högekostnad, eftersom färre då når upp i högekostnadstaket, utan att påverka måluppfyllelsen. Ett sätt att öka egenbetalningsandelen utan att kompromissa med fördelningsmålet är att avskaffa trappan i läkemedelsförmånen.

En invändning mot detta skulle kunna vara att trappan leder till att fler personer är med och betalar en del av sin egen läkemedelskostnad. Detta kan medföra en ökad prisedvetenhet och den vägen innebära bespa-

ringar. Mot detta kan invändas att det i allmänhet är läkaren som väljer vilket läkemedel som skall förskrivas, inte patienten. Det är vidare osäkert om en mindre självrisk över ett längre intervall ger högre priskänslighet totalt sett jämfört med en hög självrisk i ett mindre intervall.

## Effektivitet

### *Cost-benefit och cost-effectiveness*

Grundläggande för effektivitetsanalys är cost-benefitansatsen. Denna innebär att individens nytta vid konsumtion av ett läkemedel skall överstiga alternativnyttan vid en annan användning av samma resurser. I praktiken innebär denna princip att varje konsumtionsbeslut skall vägas mot varje annan möjlig användning. Ur ett samhällligt perspektiv framstår det dock som ambitiöst att följa denna princip i varje beslut. I praktiken är det därför vanligare att man tillämpar den snävare cost-effectivenessansatsen, som innebär att man tar en budget, exempelvis läkemedelsbudgeten, och använder resurserna på ett sådant sätt att ett visst mål, exempelvis hälsa, maximeras.

Cost-effectivenessprincipen medför att läkemedel som ger låg medicinsk nytta i förhållande till kostnaderna inte bör omfattas av läkemedelsförmånen. Både cost-effectiveness och cost-benefitprinciperna stöder tanken om att det bör finnas en självkostnadsdel för patienten. Eftersom individen själv ofta är bäst skickad att avgöra nyttan av en behandling är det också hon som bör väga denna mot en alternativ användning av samma resurser. På förskrivarsidan innebär samma princip att det bör finnas ett incitament att väga kostnaderna för läkemedel mot andra behov i sjukvården.

### *Precision*

En annan aspekt på effektiviteten är graden av precision i försäkrings-systemet. Somliga läkemedel kan brukas även av andra än dem som har medicinsk nytta av läkemedlet. Ett exempel är Viagra som används av män med impotensproblem, men som också funnit en marknad bland

män utan sådana problem. Eftersom det är svårt att avgöra vilka män som har impotens kan subventionerade läkemedel lätt få spridning utanför de grupper som bör komma i åtnjutande av subventionen. Detta innebär att den medicinska nyttan per subventionerad Viagrakapsel blir låg. Ur ett cost-effectivenessperspektiv motiverar detta en reducerad eller borttagen subvention.

#### *Försäkringsprincipen och försäkringssystem*

Försäkringsprincipen är en annan effektivitetsprincip som bygger på att individens nytta ökar om hon kan undvika plötsliga och oförutsägbara kostnader av betydande storlek. Genom att försäkra sig mot stora och plötsliga kostnader kan individen öka sin förväntade nytta. Försäkringsprincipen måste dock vägas mot cost-benefitkriteriet, eftersom den minskar individens priskänslighet så att läkemedel konsumeras även när kostnaden överstiger hennes nytta.

#### *Argument för obligatoriska försäkringar*

Ett motiv som ofta anförs för att ha en obligatorisk läkemedelsförsäkring är att individernas riskprofiler avsevärt skiljer sig åt. I ett läge där alla måste vara försäkrade kan premien sättas utifrån en genomsnittsrisk. Om försäkringen i stället är organiserad genom den fria marknaden finns en risk för att försäkringstagare med låg risk avstår från att försäkra sig eftersom genomsnittspremien är för dyr i förhållande till de förväntade kostnaderna. När de med lägst risk avstår från att försäkra sig måste premien för försäkringen höjas ytterligare. Detta leder i sin tur till att nya lågriskgrupper lämnar systemet och premien måste höjas ännu en gång. I värsta fall uppstår en situation där bara en mycket liten grupp finner det lönt att försäkra sig.

#### *Enkelhet*

Ett sista effektivitetskrav som kan ställas på förmånssystemet är att det skall vara enkelt och lättbegripligt. Det är därför viktigt att undvika allt-

för många undantag eller tillägg i syfte att tillgodose särkrav. Det är svårt att uppnå millimeterrättvisa och efter en viss gräns kan en liten ökning av rättvisan innebära mycket kostsamma ökningarna i systemets detaljeringsgrad. Det bör också påpekas att en alltför stor detaljrikedom, som kanske från början var avsedd att öka rättvisan, i praktiken kan komma att minska den då systemet blir så komplext att bara somliga förmår att tillgodöra sig alla förmåner.





## FÖRBÄTTRAD EFFEKTIVITET

Det går att identifiera flera ineffektiviteter i användning och förskrivning av läkemedel. Några brister som ofta lyfts fram är att läkarna inte förskriver det billigaste av likvärdiga läkemedel, att förpackningsstorlekarna är illa anpassade efter konsumentens behov vilket leder till att stora mängder av läkemedel måste kasseras varje år, att patienterna inte följer läkarnas rekommendationer vilket leder till minskad medicinsk effekt och onödiga biverkningar som i sin tur leder fram till onödiga sjukhusinläggningar och ökade vårdkostnader, att patienter förskrivs läkemedel för icke godkända indikationer, etcetera. Botemedlen mot dessa åkommor i läkemedelsförskrivningen har också länge varit kända. Låt mig redovisa några exempel:

- Generisk förskrivning, vilket innebär att läkaren skriver ut den aktiva substansen i stället för läkemedlets namn på receptet. Apotekaren kan då ges möjlighet att välja det billigaste märket med den förskrivna substansen.
- Ett tvång för läkare att följa läkemedelskommittéernas rekommenderade listor.
- Decentraliserade läkemedelsbudgetar som innebär att de förskrivande enheternas budgetar görs beroende av förskrivningen. På detta sätt skapas incitament att hålla nere kostnaderna.

De existerande effektivitetsbristerna beror knappast på för lite kunskap utan står snarare att finna i motivationsproblem. Det är samma situation som många överviktiga är i. De har identifierat problemet: hög vikt, osund kost, för lite motion. De känner till flera verksamma åtgärder: träningskort, börja gå i trappor, Viktväktarna etcetera. Men på grund av att dessa åtgärder innebär uppoffringar är risken stor för att åtgärdsprogrammet aldrig verkställs.

Orsaken till motivationsproblemen och svårigheterna att genomföra kända åtgärder i fallet med läkemedel kan sammanfattas med att receptläkemedel under lång tid utgjort en fri nyttighet för förskrivare och i viss utsträckning också för patienterna. Genom att förskrivarna inte burit några ekonomiska konsekvenser av sin förskrivning har det heller inte funnits något intresse för att lägga restriktioner på det egna förskrivningsbeteendet. Den pågående reformen att lägga ut läkemedelsnotan på landstingen är ett försök att förvandla receptläkemedel från att vara en fri nyttighet till att vara något som landstingen själva måste betala för. Tanken är att detta skall sporra landstingen till att vidta åtgärder som innebär förändrande incitament för dem som förskriver läkemedlen.

Det faktum att somliga landsting redan börjat vidta åtgärder för att föregripa reformens effekter visar att tanken är riktig. Exempel är landstinget i Jönköping och landstinget i Östergötland som introducerat decentraliserad läkemedelsbudget och som innebär att vårdcentraler som håller nere förskrivningskostnaderna belönas. I Region Skåne har man skrivit kontrakt med förskrivande läkare där de går med på att låta Apoteket byta ut läkemedel på receptet mot billigare alternativ. I Stockholms läns landsting finns tankar om att införa ett tvång för läkarna att följa läkemedelskommittéernas rekommenderade listor.

Vad vi ser är således tecken på att de förändrade incitament som det reformerade kostnadsansvaret medför också leder till att metoder för att öka effektiviteten i läkemedelsanvändningen börjar tillämpas. Frågan är om det finns ytterligare reformer som kan öka effektiviteten i läkemedelsanvändningen. En väg skulle kunna vara att ta bort regler som

hindrar landstingen från att vidta vissa kostnadsbesparande åtgärder. Ett sådant exempel är läkarnas fria förskrivningsrätt. Denna inskränkning bör dock bara anses motiverad i ett system där landstingen står för hela eller merparten av läkemedelskostnaderna. I ett system där patienternas andel av betalningen är större är det rimligare att behålla den nuvarande förskrivningstraditionen där valet av läkemedel görs av läkare och patient i samråd.

En problematik rör konsekvenserna av en ökad egenandel i läkemedelsförmånen. Här finns en motsättning mellan att lägga ett ökat kostnadsansvar på patienten respektive förskrivaren. I många fall saknar patienten kunskaper om vilket läkemedel som är det bästa för hennes åkomma. I detta läge blir det läkaren som fattar det avgörande beslutet om vilket läkemedel som skall förskrivas. Patientens valmöjlighet begränsar sig till huruvida hon skall hämta ut läkemedlet från apoteket eller ej. I fallet generiska läkemedel kan det också finnas en möjlighet att acceptera en substitution mot ett läkemedel som erbjuds som likvärdigt. Att lägga ett större kostnadsansvar på patienten har därför en mindre effekt på den effektivitet som handlar om att välja det mest kostnadseffektiva läkemedlet. (Förutom när det gäller generiska läkemedel). Däremot kan en sådan omfördelning av kostnadsansvaret leda till att patienten avstår från att hämta ut recept som hon med stor sannolikhet skulle låta vara oanvända. En nackdel med att öka kostnadsansvaret för patienten är att förskrivarens incitament att skriva ut kostnadseffektiva läkemedel minskar i motsvarande mån. Det är därför viktigt att behålla en del av kostnadsansvaret hos förskrivaren.



## RECEPTFRIHET FÖR LÄKEMEDEL

**F**rågan om receptfrihet för läkemedel har flera viktiga komponenter. För det första är det en fråga om makt och valfrihet: Vem skall ha den yttersta beslutsrätten om användningen av ett läkemedel? För det andra har frågan en informationsaspekt: Hur ser möjligheterna ut för den enskilde att fatta ett informerat beslut kring sin läkemedelsanvändning? För det tredje har ställningstagandet en ekonomisk aspekt: Hur ser avvägningen ut mellan att å ena sidan sänka kostnaderna för att tillgodose en efterfrågan på läkemedel och å andra sidan de ökade kostnader en minskad precision i läkemedelskonsumtionen kan innebära? Till sist är det en fråga om medicinska ställningstaganden: Hur ser de medicinska riskerna och möjligheterna ut vid en ökad receptfrihet för olika typer av läkemedel?

### **Den enskildes beslutanderätt**

Den enskilde bör ha rätt att göra val och avvägningar kring risker med olika typer av läkemedel givet att detta val görs utifrån en tillfredställande grad av information. Det bör inte vara läkaren eller en annan expert som skall avgöra om de förväntade fördelarna med en medicinering överväger de förväntade negativa effekterna. Däremot bör i vissa fall expertstöd krävas för att den enskilde skall ha tillräckligt med information till grund för

sitt övervägande. Ett ställningstagande för den enskildes beslutanderätt i kombination med ett ökat informationsstöd i apoteksmiljön bör innebära att gränsen mellan receptfria och icke receptfria läkemedel förskjuts så att fler läkemedel görs receptfria.

### **Den enskildes tillgång till information**

Patientens ställning inom sjukvården har under de senaste decennierna genomgått stora förändringar. Sociologerna Borgenhammar & Fallberg (1997) klassificerade patienter utifrån de tre kategorierna passiv, intresserad och aktiv åren 1975 och 2000. En kraftig förändring hade skett under tidsperioden. Antalet patienter som tillhörde gruppen passiva, vilka kännetecknas av att de inte sökte information om sin sjukdom minskade från 85 procent till 35 procent. Antalet patienter som intresserade sig för medicinsk information ökade från 10 procent till 45 procent medan antalet som aktivt sökte kunskaper ökade från 5 procent till 20 procent. Samtidigt som patienternas intresse och egna ansvarstagande ökat har den allmänna utbildningsnivån och tillgängligheten för medicinsk information också blivit större. Inte minst ger Internet goda möjligheter för intresserade patienter att enkelt söka råd och kunskaper om sina medicinska besvär. Det växer också fram ny teknik för att ge stöd åt patienter som söker råd om sin hälsa. Ett exempel är det EU-finansierade projektet Tesemed. Detta projekt syftar till att utveckla informationscentraler som kan ge apotekspersonal och kunder effektiv information och stöd i apoteksmiljön. För att kunna förenkla tillgången till mer avancerade läkemedel är det tänkbart att vissa tidigare receptbelagda läkemedel börjar säljas till patienter som först fyllt i ett databaserat, självdiagnostiserande, test och ett prov som visar att patienten förstått hur läkemedlet skall användas.

Vidare bör de vara möjligt att ge apotekspersonalen en större roll som stöd vid konsumenternas val av läkemedel. Med ett större och mer potent utbud av receptfria läkemedel torde också resurser, som i dag används till naturläkemedel med ringa eller ingen medicinsk effekt, kunna styras över

i en användning som ger medicinsk effekt. Sammantaget borde det finnas möjligheter för att öka antalet receptfria läkemedel tillgängliga för allmänheten, vid bibehållna krav på att en säker läkemedelsanvändning.

### **Receptfrihet i övriga europeiska länder**

AESGP (*The Association of the European Self-Medication Industry*) jämförde några av de vanligast förekommande substanserna för självmedicinering i de sju EU-länderna Österrike, Frankrike, Tyskland, Italien, Nederländerna, Sverige och Storbritannien samt i Schweiz. Jämförelsen visar att Sverige är det mest restriktiva landet när det gäller receptfrihet för läkemedel. Av 37 jämförda substanser, som var tillåtna i åtminstone ett av de åtta jämförda EU-länderna, var endast 21 receptfria i Sverige. I Tyskland, som hade det högsta antalet receptfria läkemedel, var motsvarande siffra 33. Om Sverige gjorde lika liberala bedömningar som Tyskland skulle antalet receptfria substanser kunna ökas med 60 procent. Om den mest generösa bedömningen i vart och ett av de jämförda länderna tillämpades skulle antalet receptfria substanser kunna ökas med 75 procent.

### **Ekonomiska fördelar med en ökad andel receptfria läkemedel**

I första hand syftar receptfrihet för läkemedel till att ge den enskilde ökat inflytande över sin egen hälsa och möjligheterna att påverka den. Bekvämlighetsaspekten är också viktig och att möjligheterna till en snabb behandling förbättras. En förbättrad tillgång till läkemedel utan recept innebär också ekonomiska vinster. Dels för individen och dels för det offentliga.

För individen innebär det en inbesparad besöksavgift i sjukvården, en inbesparad rese- och tidskostnad för att ta sig till ett sjukhus samt inbesparade kostnader för att gå från arbetet. För det offentligas del inbegriper besparingen kostnaden för läkarbesöket som inte täcks av patientavgiften.

En beräkning utförd av AESGP antyder att en utökning av mängden

receptfria läkemedel skulle kunna innebära en total samhällsekonomisk besparing för Sveriges del på tre miljarder kronor. En del av denna kostnad kan översättas i minskade utgifter för läkemedelsförmånen när patienter väljer att köpa ett läkemedel receptfritt framför att betala för ett läkarbesök och få samma läkemedel utskrivet på recept.

### **Lagstiftning om receptfrihet – medicinska överväganden**

En mindre restriktiv inställning till vilka läkemedel som kan säljas receptfritt torde rymmas inom ramarna för nuvarande lagstiftning och riktlinjer. Läkemedelsverket beskriver regelverket på följande sätt:

*”För att ett läkemedel skall få försäljas receptfritt krävs att användningsområdet är lämpligt för egenvård, dvs. att tillståndet är lätt för patienten att diagnostisera och att risken för att behandling av annan svår sjukdom allvarligt fördröjs genom medicineringen är minimal. Läkemedlet skall också ha en gynnsam säkerhetsprofil, dvs. ge få och icke allvarliga biverkningar. Indikationen, doseringen och administrationssättet skall vara godkänt innan receptbefrielse kan bli aktuell. Stor vikt läggs vid att informationen till patienten är instruktiv så att en korrekt behandling görs möjlig och att förpackningsstorleken är anpassad till behandlingstidens längd. I regel är det företaget som ansöker om receptbefrielse av sin produkt men det händer också att Läkemedelsverket uppmanar till sådan ansökan.”<sup>8</sup>*

---

<sup>8</sup> Läkemedelsverket



## FÖRSLAG

De ökade läkemedelsutgifterna har skapat ett behov av att reformera läkemedelsförmånen. Eftersom ökningen i läkemedelsutgifterna huvudsakligen beror på introduktionen av nya läkemedel snarare än ökade ineffektiviteter är det bara genom att begränsa tillgången på innovativa läkemedel som läkemedelsutgifterna kan bromsas inom ramen för nuvarande system. Detta är knappast ett önskvärt alternativ. En ständig utvidgning av de medicinska möjligheterna för att förbättra människors hälsa och välbefinnande bör ses som en i grunden positiv utveckling.

### **Försäkring med valfri självrisknivå**

Den ökade egenandelen bör genomföras med hänsyn till att egenandelen redan i dag uppfattas som betungande av många grupper. Att enbart höja högkostnadsskyddet är därför inte en framkomlig väg. Ett mer attraktivt alternativ är att ge individen en möjlighet att välja hur den ökade egenandelen skall fördelas. På detta sätt förs den svåra avvägningen mellan cost-effectivenessprincipens krav på avvägning mellan kostnad och nytta och försäkringsprincipen över på individen själv.

På detta sätt förändras läkemedelsförmånen i riktning mot ett offentligt försäkringssystem som delvis finansieras genom en månatlig försäkringsavgift. Denna försäkring kan utformas så att individen kan minska sin

direkta andel av läkemedelskostnaden från dagens nivå på maximalt 1 800 kr till exempelvis 900 kronor i utbyte mot en högre premie. Däremot bör dagens trappa avskaffas så att självriskan är 100 procent tills det att högkostnadsskyddet nås. Det bör också vara möjligt för den enskilde att höja nivån på sitt högkostnadsskydd i utbyte mot en lägre premie.

Betalningssvaga grupper kan kompenseras för den ökade egenbetalningen med en bidragshöjning motsvarande kostnaden för en försäkring som motsvarar dagens försäkringsskydd. För att skapa enkelhet och för att undvika marginaleffekter bör stödet inte vara inkomstberoende, det vill säga utformat så att alla under en viss inkomstnivå får stödet och att detta stöd sedan successivt trappas av i takt med att inkomsten stiger. I stället bör stödet riktas mot specifika betalningssvaga grupper. Barnfamiljer är en sådan grupp, folkpensionärer och socialbidragstagare andra. Dessa grupper är lätta att kompensera rent tekniskt. Barnfamiljer kan ges i motsvarande grad höjt barnbidrag, folkpensionen kan höjas liksom socialbidragsnormen.

Det finns ett värde i att alla är med och betalar försäkringspremien även om vissa grupper ges ett i motsvarande mån, höjt bidrag. Sannolikt kommer grupper som uppfattar att de har ett större läkemedelsbehov att välja den mer heltäckande försäkringsnivån medan de som har en mindre risk väljer den högre nivån. Premien bör emellertid inte justeras utifrån behovssammansättningen i de två olika grupperna. Detta kommer att innebära en automatisk omfördelning från lågriskgrupper till högriskgrupper i större utsträckning än i dagens system.

På detta sätt ges också kroniker vissa fördelar eftersom de sannolikt kommer att välja den lägre självriskan. Genom dessa åtgärder bör önskemålen om att alla oavsett inkomst får tillgång till viktiga läkemedelsbehandlingar kunna tillgodoses. Samtidigt som risknivån hos en patient inte bör påverka försäkringspremien bör den minskade konsumtionsbenägenheten, som ett högre valt högkostnadsskydd medför, innebära en motsvarande rabatt på försäkringspremien. Detta för att det skall löna sig att ansluta sig till lösningar som främjar kostnadseffektiva val av läkemedels-

konsumtion. Försäkringen administreras lämpligen av Riksförsäkringsverket.

### **Introducera valmöjligheten att lägga livsstilsläkemedel till försäkringen**

Inom alla försäkringssystem görs avgränsningar som definierar vilka kostnader/förluster som är ersättningsbara. Detta måste också gälla ett system som ersätter medborgarna för deras läkemedelskostnader. Redan i dag finns en gränsdragning mellan så kallade livsstilsläkemedel och övriga läkemedel. Aktuella exempel är Viagra och Xenical. Krav på att ett läkemedel skall ha tillräcklig effekt för att omfattas av läkemedelsförmånen finns också.

Behovet av att pröva vilka läkemedel som skall ingå i läkemedelsförmånen kan komma att öka i framtiden. Detta bör emellertid ske på ett systematiskt och transparent sätt och inte som brandkårsutryckningar mot kraftigt stigande utgifter inom vissa poster i läkemedelsförmånen. Ett förslag är att upprätta en lista för läkemedel som inte skall omfattas av läkemedelsförmånen. Listan på livsstilsläkemedel bör omfatta användning av läkemedel som främst syftar till att höja livskvaliteten snarare än att bota sjukdomar. Den bör också kunna omfatta läkemedel som används mot sjukdomar som också kan behandlas genom att en riskfylld livsstil ändras. (Observera att dessa tolkningar av livsstilsläkemedel är avsedda att ange en inriktning. Medicinsk kompetens behövs för att modifiera och precisera dessa kriterier.)

Samtidigt som fler läkemedel kan komma att plockas ur läkemedelsförmånen bör medborgarna ges en möjlighet att på egen bekostnad låta dessa läkemedel fortsätta att vara inkluderade. Till skillnad från konstruktionen av avgifternas beroende på självrisken bör den del av försäkringen som omfattar livsstilsläkemedlen inte innehålla kompenserande mekanismer för det faktum att personer med större sannolikhet att bli framtida konsumenter av livsstilsläkemedel också är de som i högst grad kommer att inkludera livsstilsläkemedlen i sin läkemedelsförsäkring.

Genom att lämna möjligheten att, mot en högre avgift, behålla livsstils-läkemedlen inom läkemedelsförsäkringen tas behovet av potentiellt integritetskränkande utredningar bort.

### **Något ökade kostnader för en mer flexibel försäkring**

Med ökade valmöjligheter för den enskilde torde vissa administrativa merkostnader tillkomma för läkemedelsförsäkringen. För det första måste en information gå ut till samtliga medborgare med en blankett där de får fylla i sitt val av försäkringsskydd. För det andra måste svaren registreras i ett datasystem, som håller reda på de enskildas valda försäkringsnivåer. Dessutom måste de enskildas månadsvisa inbetalningar till systemet behandlas. Dessa kostnader torde dock vara mycket små i relation till de totala besparingarna, som det nya systemet innebär och värdet för den enskilde att kunna välja nivåer.

### **Läkemedelsförmånen bör inte särbehandla särskilda grupper**

Utifrån kravet på neutralitet förefaller det inte rimligt att somliga läkemedel görs helt kostnadsfria. Ett system där vissa sjukdomsgrupper på godtyckliga grunder eller på grund av påtryckningar undantas från självricken kan inte anses som rättvist. Mycket talar för att ett försäkringsbaserat system som det föreslagna har bättre förutsättningar än den nuvarande läkemedelsförmånen att stå emot sådana påtryckningar.

Eftersom försäkringssystemet bygger på en delning av betalningsansvaret mellan det offentliga och försäkringstagarna går det inte att befria vissa läkemedel från självrisk utan att försäkringspremierna justeras uppåt för alla. Därmed måste eventuella särintressen konfrontera samtliga försäkringstagare med kostnaderna för att få igenom undantag. Dessutom är det möjligt att minska sin självrisk generellt genom att välja en högre premiebetalning, varför motiven för undantag blir svagare.

### **Ökad receptfrihet för läkemedel**

Med hänsyn till patienternas ökade kunskapsnivå om läkemedel samt den nya informationsteknikens möjligheter att ge både konsumenter och farmaceuter ökad information före och efter köptillfället, bör kriterierna för receptfrihet kunna göras mer tillåtande. Principen bör vara att alla läkemedel som med mycket liten sannolikhet ger upphov till skadliga biverkningar och där patientens möjligheter att diagnostisera sig själv är goda, görs tillgängliga utan läkarförskrivet recept. Eftersom en större tillgänglighet för läkemedel minskar behovet av läkarbesök, något som utgör en besparing för sjukvården och för den enskilde, skapas ett utrymme för den ökade egenbetalning som köp av receptfria läkemedel innebär.

Ytterligare fördelar med en ökad receptfrihet är att folk snabbare kan få lindring på sina symptom och att personer som är ovilliga att gå till läkaren med sina besvär får tillgång till läkemedel.

### **Ökad egenandel för de receptbelagda läkemedlen till 50 procent**

Egenandelen i finansieringen av läkemedelsutgifterna för receptläkemedel föreslås öka från dagens nivå på 23 procent till 50 procent. Detta synes vara en tillräckligt stor ökning av egenbetalningen för att skapa marginaler i läkemedelsfinansieringen som är så stora att en fortsatt hög takt i introduktionen av nya läkemedel kan hanteras. De kvarvarande 50 procenten av receptläkemedlens kostnader bör kvarstå hos det offentliga och läggas ut som en belastning på förskrivarnas budget för att bevara kraftfulla incitament att upprätthålla och öka effektiviteten i valet av läkemedel.

### **Ekonomiska effekter av förslaget**

Följande räkneexempel visar hur det föreslagna systemet skulle påverka utfallet för läkemedelskostnaderna under år 2000.

*Beräkning av det offentliga kostnader för receptbelagda läkemedel med föreslaget system*

Totala utgifter, (offentliga kostnader och egenbetalningar), för receptbelagda förmånsbaserade läkemedel enligt nuvarande läkemedelsförmån uppgick till 20,5 miljarder kronor år 2000.

Totala utgifter för receptbelagda förmånsbaserade läkemedel med föreslaget system, efter det att antalet receptfria läkemedel ökat med en volym motsvarande 2 miljarder kronor, skulle ha uppgått till 18,5 miljarder kronor. Hälften av dessa utgifter skall enligt förslaget täckas genom försäkringspremier och självrisk.

Egenbetalningsandelen på receptbelagda läkemedel sätts till totalt 50 procent av dessa 18,5 miljarder kronor. Detta innebär att 9,25 miljarder kronor finansieras genom självrisk och försäkringsavgifter och att 9,25 miljarder kronor finansieras av det offentliga.

*Beräkning av försäkringspremie i föreslaget system vid olika nivåer på högkostnadsskyddet*

Vid dagens högkostnadsskydd på 1 800 kronor är 23,6 procent av kostnaderna för de receptbelagda läkemedlen egenfinansierade. Om medborgarna valde att ligga kvar på samma högkostnadsnivå, (1 800 kronor) vid införandet av det föreslagna systemet, skulle avgifterna betalde genom självrisk fortsätta att utgöra cirka 23,6 procent av de totala kostnaderna för receptbelagda läkemedel.

Med en antagen ökning av mängden receptfria läkemedel med 2 miljarder kronor skulle receptbelagda läkemedel behöva finansieras av det offentliga, försäkringspremier och självrisk till en kostnad på 18,5 miljarder kronor.

Om samtliga försäkringstagare antas välja ett högkostnadsskydd på 1 800 kronor kan andelen av de totala kostnaderna för receptbelagda läkemedel, som finansieras genom självrisker, uppskattas till 23,6 procent. 23,6 procent av 18,5 miljarder motsvarar cirka 4,4 miljarder kronor.

Eftersom det offentliga betalar hälften av kostnaderna om 18,5 miljarder kronor (9,25 miljarder) och självrisker finansierar cirka 4,4 miljarder

kronor, kvarstår cirka 4,9 miljarder kronor att betala genom försäkringsavgifter. Om denna summa fördelas på 9 miljoner invånare blir det cirka 544 kronor per person och år eller en månatlig premie på cirka 45 kronor.

Om försäkringspremien i stället beräknas utifrån ett högkostnadsskydd på 900 kronor och om det antas att egenbetalningen i och med detta halveras från cirka 23,6 procent till cirka 12 procent av de totala kostnaderna för receptläkemedel, skulle den totala självriskerna halveras från 4,4 miljarder kronor (se exemplet i föregående stycke) till 2,2 miljarder kronor. Det skulle innebära att kostnaderna som skulle behöva täckas med en försäkringspremie ökar, jämfört med det tidigare exemplet, till  $4,9 + 2,2 = 7,1$  miljarder kronor. Om detta belopp delas på 9 miljoner invånare så skulle det innebära en ökning av premien till cirka 790 kronor per person och år eller cirka 66 kronor i månaden.

För att helt slippa försäkringspremien är det sannolikt att patienten skulle behöva betala ett högkostnadsskydd på cirka 5 000 kronor. (Denna bedömning bygger på siffror från Finland, där egenandelen kommer upp i 40 procent vid ett högkostnadsskydd på motsvarande 4 100 kronor).

Om barnfamiljer skall kompenseras för deras barns försäkringspremier samt om folkpensionärer och socialbidragstagare skall kompenseras motsvarande försäkringspremien innebär detta en kostnad på cirka 1,6 miljarder kronor. (Beräkningen grundar sig på att det sammanlagt är 3 miljoner personer som kompenseras för en försäkringspremie på cirka 540 kronor).

Med förslaget minskar de offentliga utgifterna för receptläkemedel från dagens nivå på cirka 15,6 miljarder kronor till 9,3 miljarder kronor. Samtidigt kompenseras barnfamiljer, folkpensionärer och socialbidragstagare med cirka 1,6 miljarder kronor. Den totala besparingen i offentliga utgifter uppgår med föreslaget system till 4,7 miljarder kronor.

### **Fördelar med förslaget**

- Tillgången till nya innovativa läkemedel säkras genom en stärkt finansiering.

- Skattefinansiering kan ersättas med en ökad egenandel samtidigt som ekonomiskt utsatta grupper kompenseras.
- Den enskilde ges möjlighet att påverka nivån på högkostnadsskyddet. De som uppfattar dagens nivå på 1 800 kronor ges tillfälle att minska sin riskexponering.
- Individen får själv besluta kring svåra bedömningar om vilka läkemedel som är att betrakta som livsstilsläkemedel. Därmed ges individens egna värderingar ökat spelrum. Integritetskränkande granskningar om ”verkliga” medicinska behov kan undvikas.
- Individen ges ökat tillträde till egenvård och större möjligheter att ta vara på sin egen hälsa. Detta innebär besparingar för det offentliga genom minskad belastning på sjukvården och besparingar för den enskilda genom att kostsamma läkarbesök kan undvikas.



## REFERENSER

- AESGP rapport (1998) *Encouraging self-medication can reduce the healthcare cost burden: An Economic Analysis of Self-Medication*.
- Andersson, G F & Poullier, J P (1999) "Health Spending, Access, and outcomes: Trends in industrialized countries" *Health Affairs* 18, 178–192.
- Borgenhammar, E & Fallberg, L (1997) *Våga vara vårdkonsument: vägar till medvetenhet*. SNS förlag.
- Ekelund, M (2001) *Competition and innovation in the Swedish pharmaceutical market*, Handelshögskolan i Stockholm.
- Gerdtham U, Johannesson, M & Jönsson, B (1993) "Drug expenditures and New Drug Introductions" *PharmacoEconomics* 4 (3), 215–225.
- Gerdtham, U, Johannesson, M, Gunnarsson, B, Marcusson, M & Henriksson, F (1998) "The Effect of changes in treatment patterns on drug expenditures" *PharmacoEconomics* 13, 127–134.
- Läkemedelsindustriföreningen (2001), *Fakta 2001*.
- Läkemedelsverket, [www.mpa.se](http://www.mpa.se)
- Schwartz, W & Mendelsson, D (1994), *Health Affairs*, vol 13, nr 1, 224–238.
- SOU 2000:86 *Den nya läkemedelsförmånen*.