

Efterspørgselsregulering på medicinområdet ved hjælp af forbrugerbetaling

1. Introduktion

Medicin er en af de få sundhedsydelser, som forbrugeren må betale direkte for. Prisen som rationeringsmekanisme er ikke blevet erstattet helt af behovsvurderinger. Sammenlignet med andre europæiske landes forsikringsordninger på medicinområdet betaler den danske forbruger endog en forholdsvis stor andel af medicinforbruget direkte.

De oprindelige årsager til generelle forsikringssystemer på medicinområdet, forsikringsøkonomiske og fordelingspolitiske, synes i flere lande at være trådt i baggrunden til fordel for efterspørgselsregulerende hensyn.

Denne artikel redegør for nogle aspekter omkring medicinforbrug og medicin-tilskud. I afsnit 2 vises nogle tendenser i de sidste 15 års medicinforbrug i Danmark, og niveauet i Danmark sammenlignes med niveauerne i andre lande. Afsnit 3 gennemgår forskellige landes tilskuds- og afgiftsordninger på området. I det omfang disse ordninger skal tjene efterspørgselsregulerende formål er det naturligvis nødvendigt at kende noget til forbruger-

priselasticiteterne, og ideelt set også substitutionseffekter. Der foreligger ikke konkrete skøn herfor for det danske marked, medens der er foretaget forskellige undersøgelser i udlandet, hvis hovedresultater referes i afsnit 4. Afsnit 5 sammenfatter, og konkluderer, at der eksisterer et behov for øget empirisk viden omkring medicintilskuddens virkning på forbruget.

2. Udvikling i medicinudgifterne

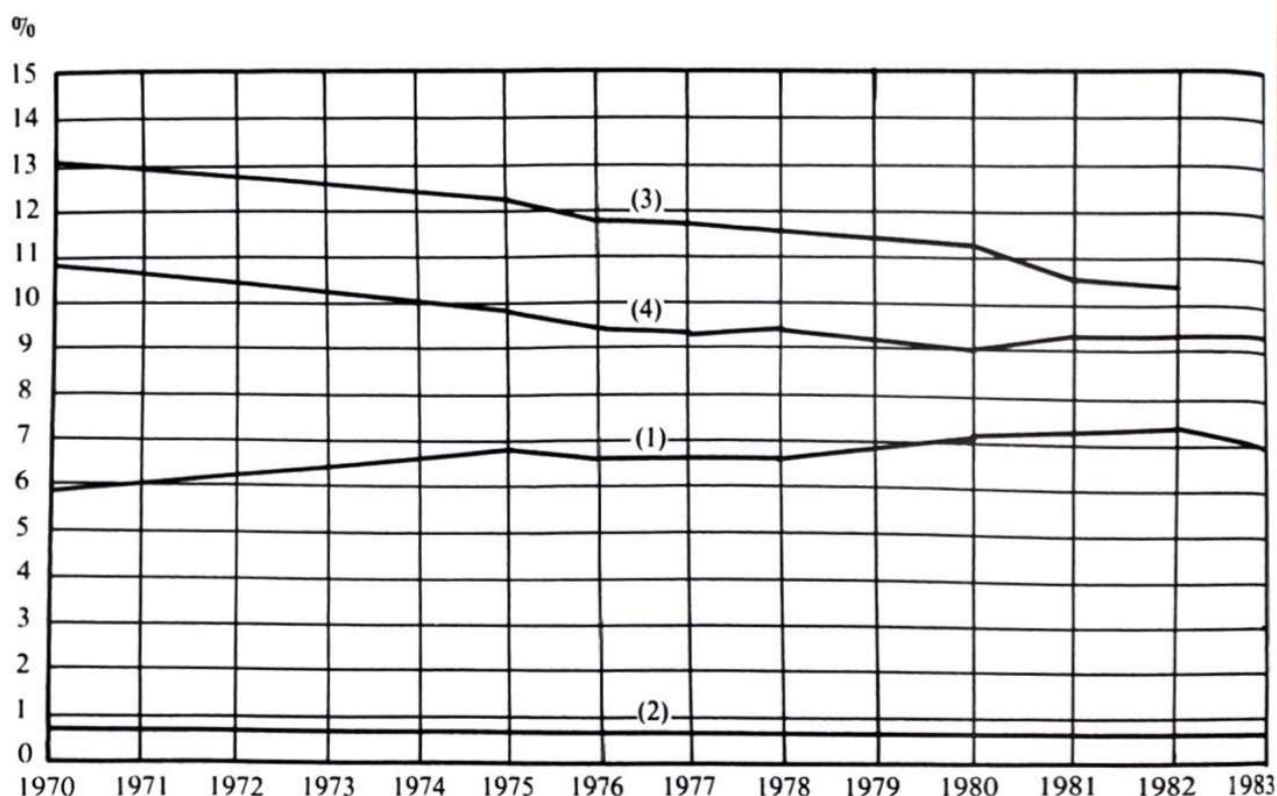
Sundhedssektorens udgifter tiltrækker sig vedvarende opmærksomhed både i Danmark og i udlandet. Figur 1 viser nogle hovedtendenser i udviklingen fra 1970 til 1983 med vægt på medicinforbruget.

Sundhedssektorens relative størrelse indikeres i kurven (1) af forholdet mellem totale sundhedsudgifter og bruttonationalproduktet. Den monotone vækst i sundhedssektorens relative størrelse blev afbrudt omkring 1975, og har siden bevæget sig omkring 7%. Kurven (3) illustrerer de offentlige sundhedsudgifers andel af offentlige totaludgifter, og denne andel er faldet hvert år siden 1970 fra godt 13% til knapt 10,5%.

Kurverne (2) og (4) koncentrerer sig om medicinudgifterne. Disses andel af BNP har ligget meget konstant omkring 0.65% gennem hele perioden, jvf. kurven (2). Endelig viser kurven (4), at medicinudgifternes andel af samlede sundhedsudgifter faldt frem til 1977, og siden har ligget nogenlunde konstant på ca. 9.5%.

*Forskningsstipendiat.
Institut for Sundhedsøkonomi og
Sygdomsforebyggelse.
Odense Universitet.*

Figur 1. Udviklingen i 4 forskellige udgiftsindikatorer for perioden 1970-1982/83: 1. Samlede sundhedsudgifter som andel af bruttonationalproduktet, BNP. 2. Medicinudgifterne som andel af BNP. 3. Offentlige sundhedsudgifter som andel af de samlede offentlige udgifter. 4. Medicinudgifterne som andel af samlede sundhedsudgifter.



Kilde: Fig. 13 og fig. 15 i MEFA (1984).

Ovenstående gennemgang er naturligvis summarisk, men viser ikke desto mindre, at de hyppige påstande om eksplosionsagtige udgiftsstigninger er overdrevne, ikke mindst hvad angår medicinforbruget. Sygesikringens stigende udgifter til medicin har også vakt bekymring, se f.eks. Cramer-Petersen (1979). Tabel 1 viser udviklingen i sygesikringsudgifterne til medicin fra 1973 til 1984. Her ses en forholdsvis konstant stigning både i fastprisudviklingen, og i lægemidlernes relative andel af Sygesikringsudgifterne.

Udgifterne til medicin kan sættes yderligere i perspektiv ved at sammenligne med udlandet, jvf. figur 2, som viser regressionslinjer fra hhv. multiplikativ og additiv regression af medicinudgifterne pr. indbygger på BNP pr. indbygger. Den simple multiplikative regression »forklarer« godt 60% af variationen mellem de 12 landes medicinudgifter pr. indbygger.

Koefficienten på 1.2 viser, at medicin udgifterne vokser mere end proportionalt med indkomsterne pr. indbygger, og at

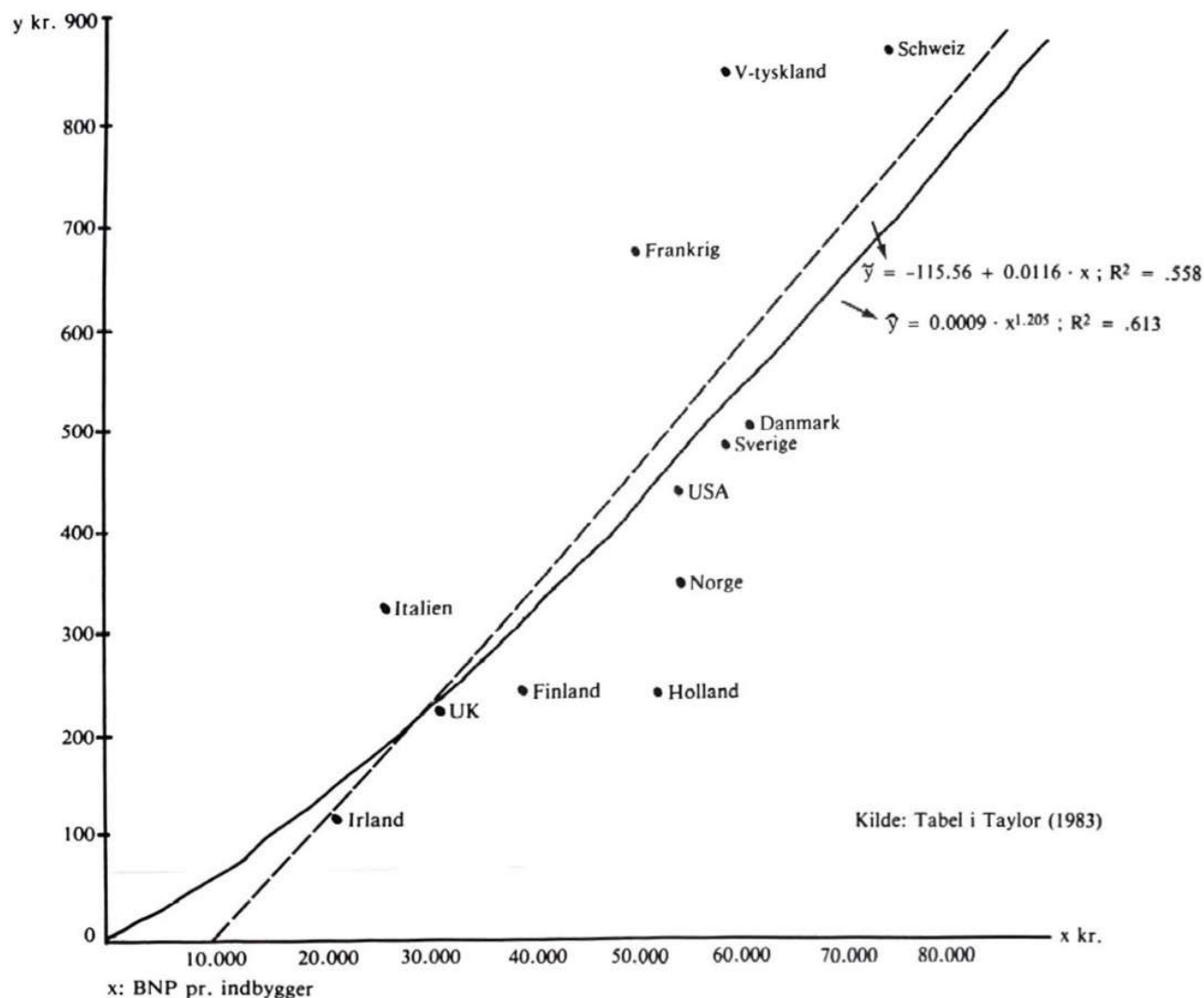
Tabel 1. Udviklingen i Sygesikringens udgifter til lægemidler 1973-1984. Millioner kr.

	1973	1978	1981	1982	1983	1984 ¹
Løbende priser	416	777	1129	1231	1390	1516
1975-priser	525	583	616	610	644	662
Kr. pr. indb., 1975 priser	105	114	120	126	129	
Andel af samlede Sygesikringsudgifter	24%	24%	25%	25%	27%	27%

1. Budgettal. Kilde: Steenstrup og Østerby-Madsen (1980), MEFA (1984).

Fig. 2. Sammenhæng mellem lægemiddeludgifter pr. indbygger og BNP pr. indbygger.

y: Lægemiddeludgifter pr. indbygger.



medicin derfor kan betegnes som et normalt gode.

Figuren kan også danne udgangspunkt for en sammenligning af medicinudgifterne i de forskellige lande, hvor der er taget højde for forskelle i indkomstniveau. Lande som Danmark, Storbritannien, Irland, Sverige og USA har et lægemiddelforbrug omkring det forventede ud fra deres indkomstniveau. Frankrig, Schweiz,

Vesttyskland og til en vis grad Italien kan betegnes som relative storforbrugere af lægemidler, mens Holland, Norge og Finland er relative lavforbrugere.

Der er naturligvis tale om en forsimplet

analyse, og datagrundlaget kan være behæftet med fejl grundet forskellige opgørelsesmetoder i de enkelte lande, se f.eks. Taylor (1983). Med disse forbehold konkluderes det, at Danmark er en lav til middelnation, hvad angår forbrug af lægemidler.

3. Forbrugerbetaling af medicin

Baggrunden for oprettelsen af halv- og heloffentlige medicinforsikringsordninger synes at have været en blanding af forsikringsøkonomiske og fordelingspolitiske motiver.

Arrow (1973) viste, at risiko-averse individer foretrækker at betale forsikring-

Tabel 2. Sammenligning af forskellige europæiske landes forbrugerbetalingsordninger for lægemidler.

Land	Forbrugerbetalings princip	Er der øvre grænse for forbrugerbetaling	Hovedkriterie for betalingsdifferentiering for forskellige præparater	Særegler for specifikke grupper*	Summarisk forbruger andel 1982 1980	Rangordning af forbrug Lav, Middel, Høj
Belgien	III**	Ja	Terapeutisk effekt	Pensionister + lavindkomst	- -	-
Danmark	I	Nej	Terapeutisk effekt	Pensionister, alder + sygdom	50% 38%	L-M
England	IV	Ja	Ingen different.	Alder, sygdom, indkomst m.fl.	25% 24%	M
Finland	1. II 2. Gratis	Nej -	Ingen different. Sygdom	Ingen Sygdom	48% 38%	L-M
Frankrig	I	Nej	Terapeutisk effekt	?	- 33%	H
Holland	Gratis*	-	-	-	28% 26%	L
Italien	III	Ja	Terapeutisk effekt	Pensionister + lavindkomst	28% 26%	H
Norge	1. Fuld betaling 2. Forskelligt*	Nej Ja/nej	- Sygdom/irang	- Sygdom, invaliditet	40% 37%	L
Sverige	1. III 2. Gratis	Ja -	Ingen different. Sygdom	Ingen Sygdom	36% 29%	L-M
V-Tyskland	IV	Ja	Ingen different.	?	37% 38%	H

* For de ca. 70% af befolkningen, der er forsikret. Resten (højere indkomstgrupper) betaler fuld pris.

** Romerske tal henviser til diagrammer i figur 3.

Kilder: Abel-Smith og Grandjean (1978), Monopolisynet (1978), samt referencer om enkeltlande, se teksten.

spræmier - efter aktuariske kriterier - fremfor at risikere sundhedsudgifter. Yderligere mente Arrow, at imperfekte private forsikringsmarkeder burde medføre offentlig indgriben.

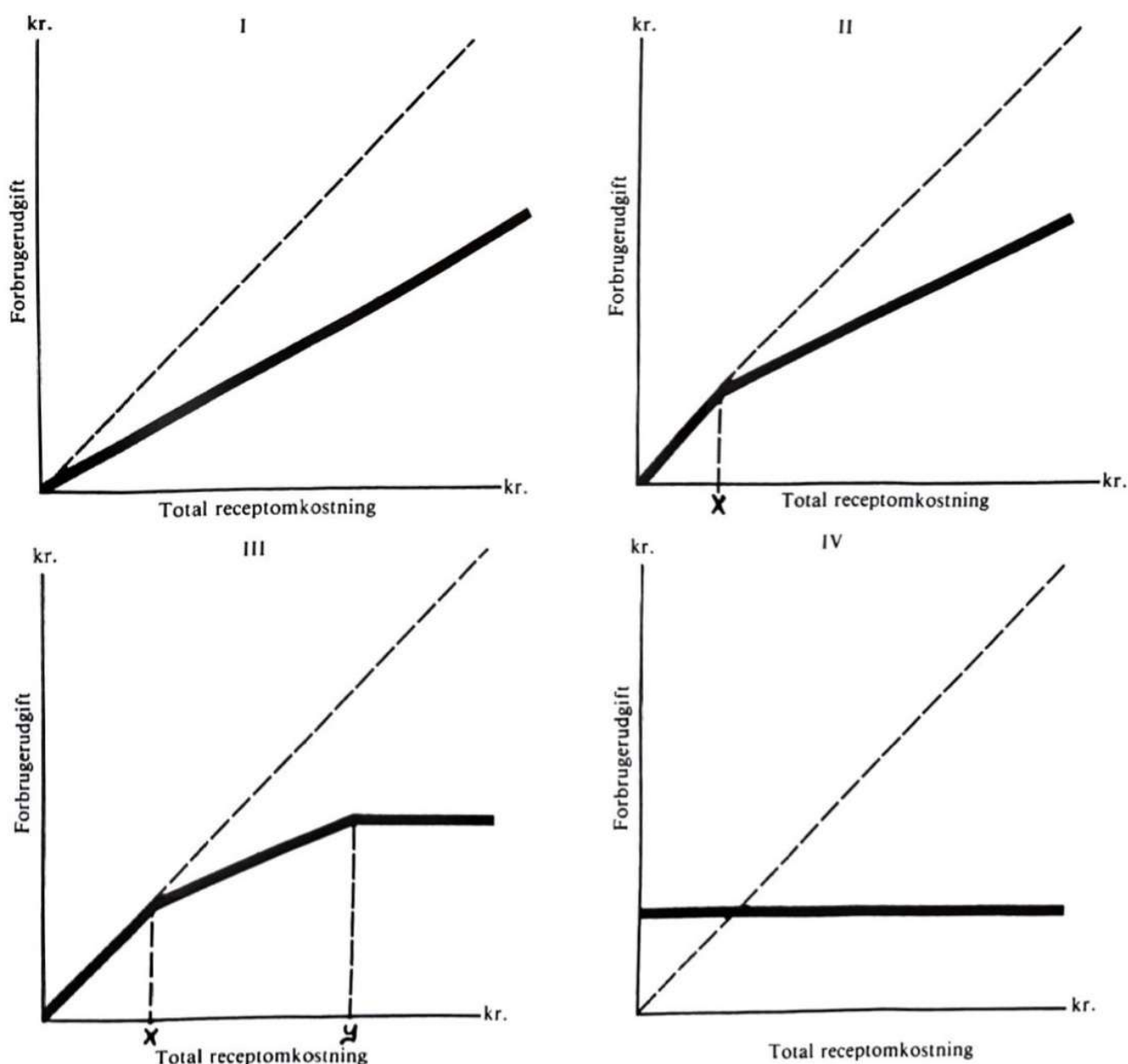
Argumentationen gælder imidlertid ikke alle sundhedsydelser og -udgifter. Lees og Rice (1965) har således vist, at administrationsomkostningerne ved forsikring mod risici, som indebærer lave udgifter, og indtræffer med lav eller høj sandsynlighed, let kan overstige præmiebetalingsviljen. Disse forhold vil ofte gælde for medicinsk behandling og medicin-

ske udgifter, se f.eks. Evans og Williamson (1978).

Forsikringsøkonomiske argumenter synes således ikke at være tilstede for de generelle forsikringsordninger, der er etableret i flere europæiske lande. Det er faktisk kun Norge og til en vis grad Holland, som blandt 10 vesteuropæiske lande ikke inddrager langt den største del af befolkningen. I Norge er forsikringsordningerne specielt rettet mod den kronisk syge del af befolkningen.

I de øvrige 8 lande er der etableret hel eller halvoffentlige forsikrings- eller sik-

Fig. 3. Forbrugerprincipper vist som forbrugerens medicinudgift som funktion af receptens totalomkostning. Stiplet linje indikerer fuld forbrugerbetaling.



ringsordninger. Tabel 2 sammenfatter hovedtrækkene i disse. Figur 3 illustrerer de forskellige principper til bestemmelse af forbrugerens udgifter i forhold til de reelle udgifter. De to hovedprincipper fremgår af diagram I og IV i figur 3, nemlig det proportionale tilskudssystem (diagram I), og systemet med en fast receptafgift (diagram IV). De to andre diagrammer viser blandinger af disse to hovedprincipper. I diagram II er der fuld forbrugerbetaling op til en receptomkostning på x kr., og for udgifter herover ydes procentvist tilskud. Dette er også tilfældet for systemet skitseret i diagram III, men her eksisterer yderligere en øvre grænse for, hvor meget forbrugerens kan komme til at betale for en recept. Forbrugerens betaler således intet af receptomkostninger, der ligger over y kr.

Når aktuaritetsprincippet forsvinder kan man ikke længere sondre klart mellem en forsikringsøkonomisk og en fordelingspolitisk målsætning. Den blandede målsætning kommer til udtryk i ønsket om at fordele udgifter (udgiftsrisici) mellem raske og syge mennesker, og i ønsket om at modificere prisbarrieren.

Fordelingen fra raske til syge kan tilgodeses ved særregler for specifikke befolkningsgrupper, jvf. tabel 2. Det er vanskeligt at sammenligne omfanget af disse i forskellige lande. Det er imidlertid indtrykket, at kriterierne for at blive omfattet af disse særregler er forholdsvis restriktive i Danmark, idet der indgår kriterier om såvel sygdom, alder og indkomstforhold. Omfanget af særreglernes betydning i England synes derimod at være større. I følge Lavers (1983) blev ca. 75% af recepterne i 1981 således dispenseret uden udgift for forbrugerens.

Som det fremgår af figur 3 implicerer de forskellige systemer forskellig modifikation af prismekanismen. I forbindelse

med spørgsmålet om »prisbarrierer« er det af interesse at undersøge, hvilke landes ordninger garanterer en maksimalpris for forbrugerens udgift til en recept. Dette sker i England og Vesttyskland som følge af fast receptafgiftordningen, samt i Belgien, Italien og Sverige, hvis ordninger svarer til diagram III i figur 3. I de øvrige lande, herunder Danmark, giver det generelle tilskudssystem ikke forbrugerens sikkerhed mod endog meget høje udgifter til medicin.

Man kan også anskue medicintilskudsordningerne fra en anden synsvinkel, nemlig som instrument til forbrugsstyring. Det antages almindeligvis, at sammenhæng mellem forbrugerudgift og reel pris beforder effektivitet i forbruget. Argumentet om forbrugerens prisbevidsthed spillede f.eks. også en rolle, da man i begyndelsen af 70'erne i Danmark besluttede at fastholde proportionalitetsprincippet, jvf. Betænkning (1973). I Belgien og Italien er proportionalitetsprincippet for nylig blevet indført med sigte mod øget økonomisk effektivitet i forbruget af medicin, se van Doorslaer (1984) hhv. Brenna og Lucioni (1982).

Forskellige forhold bør belyses i forbindelse med økonomisk effektivitet og forbrugsstyring. For det første sammenblandes/forveksles spørgsmålet om forbrugsniveauet ofte med den offentlige finansieringsbyrde. Hvis man udelukkende har sidstnævnte for øje giver en fast receptafgift lige så gode muligheder for at regulere den offentlige finansieringsbyrde som et proportionalt tilskudssystem.

For det andet ved man forholdsvis lidt om forbrugerpriselasticiteterne på lægemiddelområdet, jvf. næste afsnit.

For det tredje er der forhold i forbrugsbeslutningsprocessen, som gør at spørgsmålet om prisincitamenters effekt er vanskelige at vurdere. Beslutningsprocessen

kan inddeles i tre stadier. Først træffer *forbrugeren* beslutning om at søge lægehjælp, evt. med henblik på at få udstedt en recept. Denne beslutning træffes på grundlag af udsikker viden om, hvorvidt en recept faktisk udstedes, og i endnu højere grad om dens udgiftskonsekvenser. En ordning med faste receptafgifter vil fjerne sidstnævnte usikkerhedsmoment. I næste stadiet træffer *lægen* beslutning om receptudstedelse, og ved valg af medicin også om udgiftskonsekvens for patienten. Lægen har ikke nødvendigvis incitamenter til at tage hensyn til patientens udgifter, og der er yderligere informationsomkostninger i forbindelse med at gøre dette. Endelig træffer *forbrugeren* beslutning om at lade recepten dispensere på et apotek. Først på dette stadiet opnår forbrugeren prisinformation, og det er derfor først i forbindelse med denne beslutning, at prisbevidstheden kan slå igennem. Det er næppe tilsigtet, at det skal ske på dette stadium.

Man kan mod ovenstående indvende, at forbrugers forventninger om medicinudgifter ved en recept kan opfattes som en indirekte pris på den forudgående lægekontakt. Der foreligger ikke særlig megen viden herom, og i øvrigt vil en fast receptafgift kunne tjene dette formål i lige så høj grad som en receptpris, der står i forhold til receptomkostningen.

Det kan derfor konkluderes, at man ikke på forhånd kan antage, at det proportionale tilskudssystem i højere grad resulterer i økonomisk effektivitet end en fast receptafgift.

Der eksisterer imidlertid andre former for forbrugsstyring. Der kan i flere lande, Belgien, Danmark, Frankrig og Italien, spores en bestræbelse på at bruge tilskudssystemet som instrument til styring af medicinforbrugets sammensætning. Dette sker ved at lade tilskudsprocenterne

til de enkelte præparatgrupper, og undertiden endog præparater indenfor samme gruppe, være afhængig af præparaternes skønnede terapeutiske effekt.

I Danmark findes således tre tilskudsklasser, hhv. 0%, 50% og 75%. De mere eller mindre regelmæssige revisioner af tilskudsordningerne består i en omflytning af de forskellige præparater på de tre tilskudsklasser. De senere revisioner har eksplicit lagt vægt på terapeutisk effektivitet som kriterium for tilskud for gennem prismekanismen at fremme forbruget af de mest effektive præparater. Her er problemet imidlertid igen, at det er lægen, som træffer beslutningen for forbrugeren. Det er således ikke beslutningstageren, der bærer beslutningens pris-konsekvens. Endvidere forudsætter denne form for efterspørgselsregulering et betydeligt pris- og tilskudskendskab hos lægerne. Denne form for regulering kan naturligvis ikke praktiseres med et fast receptafgiftssystem.

Endelig skal spørgsmålet om styring af finansieringsfordelingen diskuteres. Det fremgår af tabel 2's næstsidste kolonne, at forbrugers gennemsnitlige finansieringsandel i begyndelsen af 1980'erne lå mellem 25% og 50%. Der er imidlertid ingen systematisk sammenhæng mellem denne finansieringsandel, og tilskudsordningernes indretning. Der er heller ingen grund til, at det skulle forholde sig sådan. Såvel i det proportionale tilskudssystem som i fast recept afgiftssystemet kan finansieringsfordelingen fastsættes vilkårligt.

I Danmark og Frankrig har tendensen været at nedsætte den offentlige finansieringsandel ved at flytte præparater til lavere tilskudsklasser. I Finland og Sverige har man forhøjet det beløb, hvortil man skal betale den fulde receptpris, og i Sverige også den øvre grænse for, hvornår forbrugeren ikke længere skal betale en

andel af udgiften, jvf. Lindgren og Silverberg (1983), pp. 45-46 og 126-127.

I England har man siden 1979 jævnlige forhøjet den faste afgift, så den i 1983 beløb sig til £1,30 mod £0.20 op gennem halvfjerdsårerne, jvf. Lavers (1983a).

Alle de forskellige tilskudsordninger indebærer således muligheder for at regulere finansieringsbyrdens fordeling.

De offentlige medicinudgifter fremkommer ved at gange den offentlige finansieringsandel med totaludgiften til medicin. Som det fremgår af sidste kolonne i tabel 2, er der heller ikke noget der tyder på, at der eksisterer en systematisk sammenhæng mellem tilskudsordningernes indretning og landenes placering som hhv. høj-, middel-, eller lavforbrugere af medicin, og sammenholdt med tabellens næstsidste kolonne heller ikke med niveauet for de offentlige udgifter til medicin.

4. Forbrugerpriselasticiteter for medicin

Det er de specielle markedsforhold, og især lægens dobbelte rolle som varetager af patientens interesser (som efterspørger)

og egne interesser som producent (udbyder), der giver anledning til tvivl om, hvorvidt forbrugsstyring gennem tilskudssystemet kan praktiseres effektivt.

Konkrete vurderinger heraf forudsætter kendskab til priselasticiteter på medicinområdet, samt ideelt set også kendskab til substitutionseffekter. Der foreligger resultater fra forskellige undersøgelser i udlandet, der på trods af store variationer dog viser, at forbruget ikke er prisfølsomt.

Kontrollerede studier er sjældne på dette område, men der er foretaget et sådant i USA i 70'erne, se Newhouse et al (1981) og specielt for medicinforbruget Leibowitz et al (1983). Omkring 6000 personer blev tilfældigt fordelt på forskellige forsikringsordninger, og deres forbrug af forskellige sundhedsydelser blev fulgt over en 5 årig periode. Tabel 3 sammenfatter nogle hovedresultater fra undersøgelsen. X%/MDE betyder, at en familie skal betale X% af familiemedlemmers sundhedsudgifter op til en grænse på årligt \$1000 (i 1975 priser). 95%/IDP betyder, at de enkelte personer skal betale 95% af udgifterne til ambulante ydelser op til et

Tabel 3. Nogle resultater fra en kontrolleret undersøgelse af effekten af forskellige forbrugerbetalingsandele på forbruget af sundhedsydelser.

USA - Rand Corporation's HIS studie					
Forventet forbrug pr. år pr. person					
Forbrugerens betalingsandel	Udgifter			Mængder	
	Alle ydelser(\$)	Læge- midler(&)	Lægemiddel ordination(&)	Læge- besøg(\$)	Indlæg- gelser(\$)
Ingen	\$1430	\$260.1	5.43	0.84	0.102
25% /MDE	81%	76%	82%	93%	79%
50% /MDE	67%	60%	80%	89%	71%
95% /MDE	69%	57%	67%	82%	74%
95% /IDP	77%	73%	79%	87%	88%

Kilde: (\$) Newhouse et al (1981), (&): Leibowitz et al (1983).

\$1: Løbende priser over perioden fra 1974 til 1978.

\$2: 1983 \$.

maksimumsbeløb på \$150, mens alle indlæggelsesudgifter dækkes af forsikringen. Dette er det eneste punkt, hvor der forekommer forskellig dækningsgrad for forskellige sundhedsydelser, og studiet kan således ikke anvendes til at estimere substitutionseffekter.

Resultaterne viser tydeligt, at forbruget er negativt knyttet til forbrugernes betalingsandel. Forbrugere som ikke skal betale noget selv, bruger således ca. \$60 årligt til medicin mod godt \$45 for forbrugere, der skal betale 25% selv. Medicinudgifterne reagerer tilsyneladende stærkere på forbrugerbetalingsændringer end alle sundhedsydelser under et.

Ud fra tallene i tabel 3 kan der beregnes prisbueelasticiteter. For ændringer i forbrugerbetalingsandelen fra 0% til 25% er prisbueelasticiteten omkring 13%, mens den er godt 25% for ændringer i forbrugerbetalingsandel fra 0% til 50% og 95%. Dette tyder på priselasticiteter på omkring 50% op til en forbrugerbetalingsandel på 50%. Yderligere stigning i forbrugerbetalingsandelen påvirker tilsyneladende ikke medicinudgifterne.

Størrelsen af disse elasticiteter overstiger, hvad der er estimeret fra aggregerede datamaterialer. Phelps og Newhouse (1974) rapporterer to ens elasticiteter på ca. 7% i 0% til 25% forbrugerbetalingsområdet, idet det ene skøn er baseret på USA data, og det andet på engelske data. For England har også andre vurderet prisfølsomheden. O'Brian (1982) og Lavers (1983b) rapporterer priselasticiteter på mellem 10% og 20%, mens van Doorslaer (1984) på belgiske data har fundet priselasticiteter på mellem 5% og 60% afhængig af befolkningsgruppe og medicinsk præparatgruppe.

Der foreligger ingen egentlige estimater for forbrugerpriselasticiteten fra danske datamaterialer. Fog (1980) har dog under-

søgt forbrugsdata med henblik på vurdering af konsekvenserne af tilskudsrevisionerne i 1973 og 1975. Skønt der ikke rapporteres specifikke skøn, fremgår det dog, at priselasticiteten ikke er nul, og iøvrigt også - som i det belgiske studie - at prisfølsomheden kan være forskellig mellem præparatgrupperne.

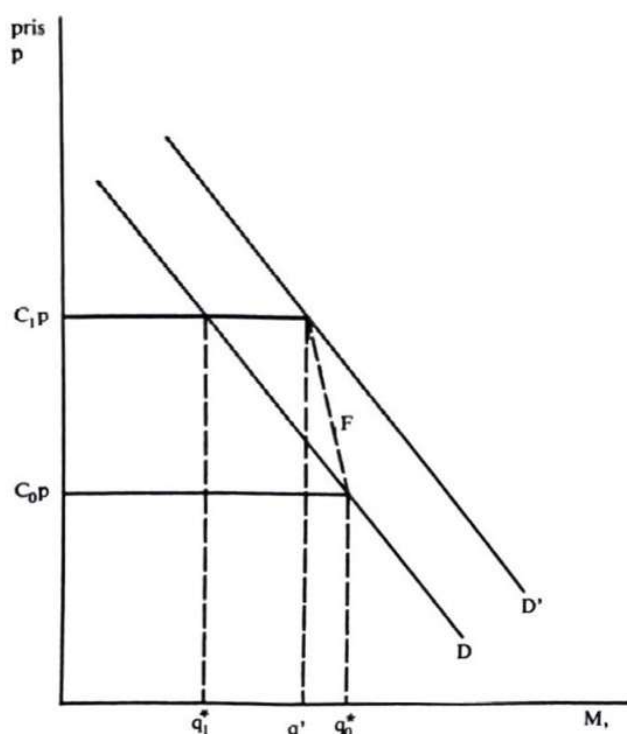
Rasmussen (1982/83) vurderer såvel revenu- som forbrugsændringer af tilskudsrevisionen i midten af 1981. Ej heller han præsenterer egentlige skøn for elasticiteterne. Jeg har selv forsøgt at beregne nogle elasticiteter fra de data, som er i Rasmussen (1982/83). Også disse beregninger viser betydelig variation i prisfølsomheden mellem de involverede præparatgrupper, med priselasticiteter der spænder fra 0% til 30%.

Disse undersøgelser viser, at forbrugerbetaling har en effekt på forbruget. Ligeså interessant er imidlertid den ret betydelige størrelsesforskel mellem det kontrollerede studies estimat for forbrugerpriselasticiteten og de estimater, som er fremkommet fra aggregerede datamaterialer. Forskellen kan næppe kun tilskrives statistisk variation. Man kan stille sig det spørgsmål, om de to typer undersøgelse ikke måler forskellige ting.

Det er velkendt, at lægen på forskellig vis og af forskellige bevæggrunde kan og vil forsøge at påvirke patientens efterspørgsel efter lægens ydelser, herunder recepter, se Pauly (1980). Når lægen observerer et fald i efterspørgslen som følge af en forøget forbrugerbetalingsandel, kan han eller hun have to grunde til at modvirke dette fald. Dels vil lægen ønske at reducere et indkomsttab, og dels vil lægen som varetager af patientens sundhedsmæssige interesser søge at undgå en »prisbestemt« reduktion i patientens efterspørgsel og dermed sundhedstilstand. I begge tilfælde vil lægen søge at påvirke

patientens opfattelse af den marginale værdi af sundhedsydelserne med en forskydning af forbrugerens/patientens efterspørgselsfunktion til følge. Dette er illustreret i figur 4 ved forskydningen fra D til D' kurven.

Fig. 4. Efterspørgselskurver, D given en »oprindelig« præference struktur og D' given en »påvirket« præferencestruktur. F, stiplede linje, falsk observeret »efterspørgselskurve«.



Aggregerede tidsrækkeobservationer for forbrugerpriser ($C_j p$) og mængder (q_j) eller omsætninger ($p \times q_j$) vil estimere elasticiteter i overensstemmelse med den stiplede linje i figur 4. Forskydningerne i efterspørgselsfunktionen som følge af lægens reaktion på et observeret (eller forventet) efterspørgselsfald vil således medføre en systematisk undervurdering af den egentlige priselasticitet. Priselasticitetsestimater fra sådanne undersøgelser reflekterer en blanding af forbrugers og læges reaktion.

Det kontrollerede studie inddrager derimod kun en ganske lille del af befolkningen, og lægen vil næppe bemærke æn-

dringerne i de implicerede patienters efterspørgsel, hvorfor det er mere sandsynligt, at de estimerede elasticiteter herfra er i overensstemmelse med en og samme efterspørgselskurve (præferencestruktur).

Er vores viden om egenpriseffekter usikker og begrænset, står det endnu værre til med hensyn til substitutionseffekter. Medfører øgede forbrugerpriser på medicin blot, at forbrugerne skifter over til andre sundhedsydelser?, eller forholder det sig omvendt? Spørgsmålet er så godt som ubelyst i empirisk henseende. En enkelt undersøgelse (af survey data fra USA) tyder på, at det sidstnævnte er tilfældet. Hay (1982) konkluderer således, at medicin hovedsageligt er komplementært til andre sundhedsydelser. Det er dog for spinkelt et grundlag at drage konklusioner fra.

Der er andre interessenter på medicinmarkedet end forbruger (patient) og læge. Apotekeres og lægemiddelproducenters adfærdsreaktioner bør også inddrages i en vurdering af konsekvenser af ændringer i forbrugerbetaling.

I Danmark fastlægges apotekernes nettoavance efter at garantere apotekerejerne et vist gennemsnitlig indkomstniveau. Falder medicinomsætningen som følge af forhøjet forbrugerbetaling, må nettoavancen i detaillerede øges, og dermed øges også detailprisen. Dette forhold medfører således en forstærkende effekt.

Hvorvidt medicinproducenternes prisfastsættelse og markedsføringsindsats påvirkes af medicintilskuddene er også dårligt belyst empirisk. Med hensyn til prisfastsættelse finder Fog (1980) tegn på, at præparater med høje tilskud stiger kraftigere end andre præparater. Hvis det forholder sig sådan generelt, kan man forvente, at medicinproducenternes reaktioner på ændringer i forbrugerbetaling vil modificere effekterne af en sådan på

medicinforsbrugets størrelse og sammen-sætning.

5. Sammenfatning

Artiklen har gennemgået forskellige forhold omkring medicinforsbrug og medicintilskud. Det konstateres indledningsvist, at medicinforsbruget i Danmark har fulgt indkomstudviklingen. Herefter beskrives forskellige forbrugerbetalingssystemer. Den danske medicintilskudsordning følger et princip om proportionalitet mellem forbrugerpris og fuld pris, og prioriterer således prisbevidsthed højt på bekostning af andre målsætninger, f.eks. ønsket om at fjerne prisbarrierer for medicinforsbrug. Specielle forhold omkring beslutningsprocessen på dette område bevirker imidlertid, at man ikke på forhånd kan hævde, at proportionalitetsprincippet beforder økonomisk effektivitet i forbruget i højere grad end andre principper.

En gennemgang af forskellige undersøgelser om forhold mellem forbrugerbetaling og forbrug viser, at medicinforsbruget ikke er ufølsomt. Der må imidlertid konstateres et behov for øget empirisk viden på dette område. Ikke blot priselasticiteter, også substitutionseffekter, samt virkninger af medicintilskudsændringer på medicinpriserne bør undersøges empirisk. Undersøgelser om disse forhold vil dels kunne danne baggrund for mere præcise konsekvensvurderinger af medicintilskudsændringerne end tilfældet er i dag, og hvad der er ligeså vigtigt, etablere et grundlag til at vurdere, om de gældende tilskudsregler faktisk opfylder de målsætninger om økonomisk og terapeutisk effektivitet, som man antager de gør.

Referencer

- Abel-Smith B. og Grandjeat, P., 1978. »Lægemiddelforsbruget - Tendenser i udgifterne. - De vigtigste forholdsregler og grundlaget for de offentliges indgreb på dette område«. Bruxelles. Samling af Studier. Serie Socialpolitik nr. 38.
- Arrow, K. J., 1963. »Uncertainty and the welfare economics of medical care«. *American Economic Review*, vol 53, pp. 943-973.
- Betænkning, 1973. »Betænkning om tilskud til lægemidler«. Afgivet af det af socialministeriet nedsatte udvalg til revision af medicintilskudsordningen. Nr. 659. København.
- Brenna, A. og Lucioni, C., 1982. »The impact of drugs« on consumption and expenditure of a selective ticket moderateur: The Italian experience«. Paper ved Arne Ryde Symposium on Pharmaceutical Economics. Milano.
- Cramer-Petersen, L., 1979. »Muligheden for at få styr på lægemiddeludgifterne«. Danmarks Amdsråd vol. 2., pp. 7-9. København.
- Evans, R. G. og Williamson, M. F., 1978. »Extending Canadian National Health Insurance: Policy options for Pharmacare and denticare«. Ontario Economic Council Research Monograph Series no. 13. Toronto. University of Toronto Press.
- Fog, B., 1980. »Virkningerne af midicintilskud«. København. Nyt Nordisk Forlag.
- Hay, J. W., 1982. »Variation in U.S. per capita pharmaceutical expenditures: Are drugs complements or substitutes?«. Paper ved Arne Ryde Symposium on Pharmaceutical Economics. Farmington.
- Lavers, R. 1983a. »A model of the demand for prescriptions in England«. Paper presented to the Xth International Symposium on Applied Econometrics. Lyon.
- Lavers, R. 1983b. »The Effects of Prince Change on the demand for and cost of pharmaceutical prescriptions, 1970-81«. Paper presented to the International Conference on Health Economics, Analysis of Medical Prescriptions, Lille.
- Lees, D. S. og Rice R. G. 1965. »Comment on Arrow.« *American Economic Review*. vol 55. pp. 140-154.
- Leibowitz A. et al. 1983. »The Demand For Prescription Drugs as a Function of Cost Sharing«. Mimeo. The Rand Corporation. Santa Monica.
- Lindgren, B. og Silverberg, R., 1983. »Pharmaceutical Reimbursement Systems in Denmark, Finland, Norway and Sweden«. Mimeo. IHE. Lund.
- MEFA 1983. »Tal og Data. Medicin og Sundhedsvæsen.« MEFA København.
- MEFA 1984. »Tal og Data. Medicin og Sundhedsvæsen«. MEFA København.
- Monopoltilsynets Direktorat, 1978. »Lægemiddelbranchen. Struktur, konkurrence og priser.« København.
- Newhouse, J. P. et al. 1981. »Some Interim Results from a controlled Trial of Cost Sharing in Health

- Insurance». *The New England Journal of Medicine*, vol 305. pp. 1501-1507.
- O'Brien, B. 1982. »Demand for prescriptions: dispensing with charges«. Paper prepared for the Health Economics Study Group Meeting at Brussel University. Oxbridge.
- Pauly, M. V. 1980. »Doctors and their workshops: Economic models of physician behaviour«. National Bureau of Economic Research. University of Chicaco Press.
- Pelpe, C. E. og Newhouse, J. P. 1974. »Coinsurance, The Price of Time and the Demand for Medical Services«. *The Review of Economics and Statistics*, pp. 334-342.
- Rasmussen, J. E. (1982/83), »De økonomiske konsekvenser af medicintilskudsændringen den 20. juli 1981«. Notat. Sundhedsstyrelsen. København.
- Pedersen, K. M. 1983. »Nogle foranstaltninger for at kontrollere omkostninger i sundhedssektoren med særlig fokus på lægemidlerne: Receptafgifter, medicintilskud, lægemiddelkomiteer og medicininformation«. Paper fremlagt på 5. Nordiske Industrifaraceutmøde, København.
- Steenstrup, J. E. og Madsen-Østerbye, K. 1980. »Sundhedssektoren. Ressourcer og produktion siden 1965«. AKF. København.
- Taylor, D., 1983. »Pharmaceuticals and the Costs of Health Care in Britain and Europe«. Paper presented to the the International Conference on Health Economics, Analysis of Medical Prescriptions, Lille.
- van Doorslaer, E. K. A. 1984. »The Effects of Cost Sharing on the Demand for Prescription Drugs in Belgium (1)«. *Acta Hospitalia*, nr. 3, (in press) pp. 1-29. (manus).