

En sand og illustreret historie om en besparelse, der blev kimen til en lægekonflikt

Indledning

De senere års sparerunder i forbindelse med vedtagelse eller udarbejdelse af offentlige budgetter har gradvist medført større og større forvirring med hensyn til, hvad man skal forstå ved besparelser. Skal man fx. opfatte en nedsættelse af en stigningstakt som en besparelse? Eller skal man opfatte en realnedskæring af budgettet som en besparelse, forudsat at den samlede arbejdsmængde er faldet? Eller, for at tage et tredje eksempel, er der tale om en besparelse, hvis man omlægger finansieringen af en ordning således, at ordningens samlede omkostninger er uændrede, men med et ændret finansieringsmønster?

Der kan fremdrages mange andre eksempler, men de tre benyttede illustrerer klart: - at »besparelse« er et uklart begreb, - at vurderingen af om der er tale om en besparelse afhænger af, hvor man er placeret, fx. om man slipper for at deltage i finansieringen af en ordning, - at der som hovedregel knytter sig (negative) værdimæssige overtoner til »besparelser«; det er altid beklageligt og uheldigt, understreger såvel dem som sparer, som dem der udsættes for besparelsen.

Med en sådan mangfoldighed af betydninger og overtoner er det ikke mærke-

ligt, at der har bredt sig en betragtelig forvirring og kynisme, når der tales om besparelser. Som et fristende fjerde eksempel kan nævnes følgende velkendte besparelstrick: en fremtidig, planlagt og budgetført aktivitet bortspares i en sparerunde. Denne type af besparelser er som hovedregel lette at blive enige om, idet der ikke på sparetidspunktet er stærke partsinteresser knyttet til den bortsparede aktivitet. Dette peger frem mod et andet aspekt af besparelser: De er som regel forbundet med omfordelingsvirkninger, dvs. een eller flere grupper mister arbejde eller (supplerende) indtægtskilde, medens andre slipper for en udgift eller omkostning.

Nærværende arbejde er inspireret af et af de seneste gennemførte spareforslag: Forsøget på at spare mellem 70-130 mill. kroner på Sygesikringens medicinudgifter. Besparelsesforslaget er interessant ved at være en del af overenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation, PLO, og Sygesikringens forhandlingsudvalg. Med udgangspunkt i dette forslag vil forskellige aspekter af besparelsesdiskussionen blive fremdraget og illustreret, bl.a. »besparelser for hvem«, »omfordelingsvirkninger af besparelser«, »det analysemæssige grundlag for besparelser«, eller: »besparelse eller ønsketænkning« for at nævne nogle af de forhold, som vil blive diskuteret. Det vil blive dokumenteret, hvorledes man ved hjælp af offentlig tilgængelige data samt rimelige antagelser relativt let kan foretage grove skøn over realismen i et besparel-

*Institut for Offentlig Økonomi
og Politik, Odense Universitet*

sesforslag. Beregningerne vil blive gennemgået relativt udførligt for at levere den fornødne dokumentation for fremkommeligheden af denne form for hurtig kontrol. Der gives indledningsvis en kort faktuel beskrivelse af baggrunden for besparelsen og den konkrete aftale. Dette efterfølges af et afsnit, hvor de samlede medicinudgifter, og dermed besparelsesgrundlaget, diskuteres. Det påfølgende, lidt langstrakte, afsnit indeholder de konkrete beregninger med angivelse af, hvem der vinder og taber i første og efterfølgende runder.

Som nævnt er besparelser forbundet med stærke værdi- og interesse-mæssige aspekter. Når der udføres en opklarende redegørelse som nærværende, bliver man let udsat for anklager for »at blande sig«, at basere sine overvejelser på et forkert materiale, at der kun medtages delasppekter, eller beskyldninger for ikke blot at blande sig, men også for at tage parti. Det må i sager som denne gælde, at den almindelige retsregel, at man er uskyldig, indtil det modsatte er bevist, står ved magt. Det må i givet fald blive anklagerens opgave, på veldefinerede præmisser og fremlagt materiale, at bevise skylden. Omvendt må det være et krav til nærværende udredning, at præmisser og materiale fremlægges klart og tydeligt, uafhængigt af hvilke interesser/partier der kommer til at fremstå som tabere eller vindere i besparelsspillet. - Men, anklager og beskyldninger er en integreret del af besparelsesdiskussioner.

Baggrund: Overenskomst

I protokollat 1 i »slutseddel i forbindelse med overenskomstforhandlingerne 1983/84 mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation« hedder det:

Der er mellem parterne enighed om, at man med henblik på at opnå størst mulige forsvarlige besparelser i udgifterne til tilskudsberettigede lægemidler efter sygesikringsloven iværksætter følgende foranstaltninger:

1. Der nedsættes en redaktionskomite til udarbejdelse af et informationsblad vedrørende prisændringer på de mest anvendte medikamenter og vedrørende økonomisk, rationel medikamentel behandling. Informationsbladet udsendes hver 14. dag eller mindst 1 gang om måneden til de alment praktiserende læger.
3. Der udarbejdes ved P.L.O. et kursustilbud omhandlende økonomisk farmakoterapi til samtlige alment praktiserende læger under landsoverenskomsten.
4. Lægemiddelkomitearbejdet udbygges i samtlige amtskommuner, så snart der foreligger resultater fra de 3 forsøgskommuner, der kan anvendes andre steder.
5. Der nedsættes et udvalg, der skal undersøge muligheden for at udarbejde oplysninger om størrelsen af medicintilskud, der udløses i de enkelte amtskommuner og den enkelte praksis...

Udgifterne ved etableringen af informations-virksomheden, kursus m.v. i 1984 afholdes af den i protokollat 2 nævnte fond.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg har noteret sig, at det er Praktiserende Lægers Organisations opfattelse, at det er påtrængende med en forbedret økonomi i de små vagtordninger.

Der er ikke konstateret uoverensstemmelser i parternes overordnede målsætninger for lægebetjeningen af de sikrede udenfor dagarbejdstiden.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg har derfor erklæret sig villig til en forhandling af de små vagtordningers økonomi, når det pr. 1. april 1985 er konstateret om besparelsesmålet på 70 mio. kr. i 1984 er opnået.

Såfremt der ikke opnås eller skønnes at kunne opnås besparelser på 70 mio. kr. i 1984, kan overenskomsten på dette grundlag fra 31. oktober 1984 opsiges med 2 måneders varsel til den 1. i en måned.

(Citat fra p. 7 i Slutseddel).

Betragtes uddraget fra slutsedlen, fremgår det: 1) der skal spares mindst 70 mill. kroner, 2) midlerne hertil skal være bedre prisinformation samt kursusaktivitet og på lidt længere sigt lægemiddelkomiteer, og 3) en del af en evt. besparelse skal senere omsættes i en merudgift i forbindelse

med en forbedring af økonomien i de mindre vagtordninger.

Det har været fremme i dags- og fagpressen, se fx. Medicinal Debat (11), at Praktiserende Lægers Organisation, PLO, mener, at der kan spares op til 130 mill. kroner. Omfanget af forbedringen af økonomien i de mindre vagtordninger har været opgivet til omkring 37 mill. kroner.

Besparelserne gennemføres på baggrund af et ønske fra Indenrigsministeriet om nedskæringer på 120 mill. kr. på sygesikringsområdet. Heraf er der tidligere fundet omkring 40 mill. kr. på speciallægeområdet. Resten skulle således bl.a. findes i overenskomsten for de praktiserende læger.

Det er umiddelbart klart, at såfremt der ikke findes andre besparelser på sygesikringsområdet, og det opstillede besparelsesmål nås, vil det ministerielle sparekrav ikke være imødekommet, idet en stor del af besparelsen på et lidt senere tidspunkt vil gå til udvidelsen af de økonomiske rammer for de mindre vagtordninger. Det skal dog i denne forbindelse understreges, at det ikke klart fremgår, om det af Indenrigsministeriet opstillede sparekrav er permanent, dvs. om der netto over en længere årrække eller permanent skal spares 120 mill. kr. Dette peger mod den allerede omtalte uklarhed, når der tales om besparelser, men det må antages, at der skal være tale om permanente besparelser, dvs. en nettoreduktion enten i det samlede ressourceforbrug eller i de offentlige udgifter.

I forbindelse med det opstillede sparemål, kan det være af interesse at fremhæve følgende fra Lov om udøvelse af lægegerning (lovbekendtgørelse nr. 426 af 19. august 1976):

»En læge er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at vise omhu og

samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp m.v.« (paragraf 6).

Det har også interesse at fremhæve paragraf 81, stk. 3 fra Landsoverenskomsten for Almen Lægegerning (»provinsoverenskomsten«) (6):

»Lægen er forpligtet til at bistå den offentlige sygesikring i gennemførelse af en forsvarlig økonomi med hensyn til de sygehjælpsudgifter, som er afhængige af lægens ordinationer«.

Ligesom stk. 4 i samme paragraf også kan være værd at fremhæve:

»Bevises det, at en læge har påført den offentlige sygesikring unødvendige sygehjælpsudgifter, skal lægen erstatte disse udgifter og kan i gentagelsestilfælde udelukkes fra adgang til at arbejde for sygesikringen«.

Det interessante ved disse citater er, at der fokuseres på medicinområdet, ikke fx. på prøver, antal konsultationer, henvisninger osv., omend »m.v.« i Lov om udøvelse af lægegerning evt. kan fortolkes i denne retning. Det er heller ikke ganske klart, hvad man nøjagtig skal forstå ved »økonomisk ordination« eller »forsvarlig økonomi«, men ud fra en umiddelbar betragtning og med støtte i stk. 4, paragraf 81 i Landsoverenskomsten, må man antage, at der er tale om, at der ved ligeværdig terapeutisk effekt, skal vælges det billigste præparat.

Baggrund: Medicinudgifter

Forud for en nærmere analyse er det hensigtsmæssigt at sætte sparemålet i perspektiv ved at betragte såvel de samlede medicinudgifter som Sygesikringens medicinudgifter samt apotekernes bruttoomsætning.

Tabel 1: Medicinudgifternes andel af typer af sundhedsudgifter, 1970 og 1982.

Mill. kr.	Sundhedsudgifterne (drift) incl. medicin		Medicinudgifterne incl. recepturgebyr, excl. moms		Medicinudgifterne i % af sundheds- udgifterne	
	1970	1982	1970	1982	1970	1982
Offentlige udgifter i hospitalssektoren	3.717	20.920	175	725	4,7	3,5
Offentlige udgifter i primærsektoren	1.885	7.531	268*)	1.124*)	14,2	14,5
Borgernes egne direkte udgifter i primærsektoren	1.382	4.730	317	1.311	22,9	27,7
Samlede sundhedsudgifter	6.984	33.181	760	10,9	9,5	0

*) I de offentlige medicinudgifter i primærsektoren er medregnet tilskud til medicin efter de sociale pensionslove og bistandsloven. Disse tilskud var i 1970 ca. 15 mill. kr. og i 1982 ca. 110 mill. kr.

Beregningerne er foretaget excl. moms, idet denne afgift for det offentliges vedkommende optræder som både udgift og indtægt.

Kilde: MEFA (7), tabel 43.

- Andel af sundhedsudgifterne

I **tabel 1** ses udviklingen i de samlede medicinudgifter for perioden 1979-1982. Som andel af de samlede sundhedsudgifter har medicinudgifterne været faldende i den betragtede periode, dog med tendens til en svar stigning omkring 1981-1982. Betragter man fordelingen af medicinudgifterne på primærsektoren, hospitaler og borgerne, er det karakteristisk, at borgernes andel har været stigende og nu udgør over en fjerdedel, udgifterne i hospitalssektoren har været faldende, medens udgifterne i primærsektoren, dvs. overvejende sygesikringsudgifter, stort set har været stabile på godt 14%.

Af **tabel 1** fremgår, at det næppe kan være under henvisning til, at det offentliges medicinudgifter er steget voldsomt eller relativt mere end de øvrige medicinudgifter, der ligger bag udvælgelsen af medicin som spareobjekt.

- Apotekernes bruttoomsætning

Ved at betragte apotekernes bruttoomsætning og sammensætningen heraf får

man et lidt andet indblik i medicinudgifterne, **tabel 2**. Det er i nærværende sammenhæng af særlig interesse at bemærke sig, at salg efter recept, dvs. lægeordineret medicin, udgjorde 76,7% af apotekernes bruttoomsætning i 1982, medens håndkøbssalget udgjorde 19,5% og salg til andre apoteker m.v. beløb sig til 3,8% af bruttoomsætningen.

I forhold til besparelsesmålet skal besparelserne ske ud af den receptordinerede andel af medicinudgifterne. Hertil kommer, at de receptbaserede medicinudgifter i Københavns, Frederiksberg, Tårnby og Dragør kommuner også skal fratrækkes for at få det beløb, der skal spares af, idet disse kommuner hører under Københavneroverenskomsten. Det er her kun muligt umiddelbart at fratrække udgifter i de to førstnævnte kommuner. Herved kommer man til et receptbaseret udgiftsbeløb på godt 2 mia. kr. i 1982 (2.041.689). Antages medicinudgifterne at være nogenlunde proportionale med befolkningstallet, kan man beregne, at udgifterne til receptbaseret medicin i

Tabel 2: Sammensætningen af apotekernes bruttoomsætning 1980-1982

Hele landet	Salg efter recept			I alt 1000 kr.	Håndkøb 1000 kr.	Salg til andre apo- teker m.v. 1000 kr.	Brutto- omsætning 1000 kr.
	Enkelt- personer 1000 kr.	Sygehuse m.v. 1000 kr.	Dyrlæge- ordinationer 1000 kr.				
1982	1.925.387	238.239	160.358	2.323.984	589.806	115.008	3.028.798
1981	1.660.394	217.073	130.871	2.008.338	509.938	93.304	2.116.580
1980	1.490.462	200.449	122.133	1.813.043	444.370	81.025	2.338.438

Kilde: Sundhedsstyrelsen/Apotekerfonden (14), tabel 3.

Tårnby og Dragør kommuner ligger på omkring 20 mill. i 1982, således at man for praktiske formål kan sige, at omsætningsbasis for det opstillede besparelses-mål er 2 mia. kroner.

For at komme frem til det egentlige besparelsesbeløb, skal der imidlertid foretages endnu en justering, idet ikke al recept-baseret medicin sælges til enkeltpersoner, hvilket her tages som værende sammen-faldende med, at recepten er udskrevet af en praktiserende læge eller en speciallæge. Justeres der, fremkommer der en besparelsesbasis på omkring 1,6 mia. kroner for hele landet excl. Københavns og Frederiksberg kommuner.

En del medicin ordineres af speciallæger. Denne andel burde også fratrækkes det beløb, som der skal spares ud af. Det har ikke været muligt ud fra umiddelbart tilgængelige kilder at opgøre omfanget heraf. I det følgende regnes der med en

besparelsesbasis på 1,6 mia. kroner i bruttoomsætning på apotekerne til receptba-seret medicin.

- Sygesikringens medicinudgifter

En tredje synsvinkel på medicinudgif-terne frek kommer ved at betragte sygesik-ringens udgifter til medicin, dvs. sygesik-ringens udgifter til medicin, som er til-skudsberettiget. Tilskudssatserne udgør enten 50% eller 75% afhængig af, om der er tale om livsnødvendig medicin eller ej.

De samlede sygesikringsudgifter for pe-rioden 1973/74 til 1982 for hele landet fremgår af **tabel 3**.

Medicinudgifterne steg med 9,7% fra 1981 til 1982 mod 6,4% året før. Med hensyn til det første tal skal man erindre, at der per 1. juli 1981 skete et fald i til-skuddene til medicin. De tilsvarende tal for almen lægehjælp var i de samme to perioder på henholdsvis 12% og 11,2%.

Tabel 3: Sygesikringsudgifterne 1973/74-1982. Regnskabstal. Hele landet.

Mill. kr.	73/74	74/75	75/76	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Almen lægehjælp	700,4	894,8	948,4	1.166,9	1.317,9	1.409,4	1.544,9	1.718,0	1.923,3
Speciallægehjælp	197,3	282,7	320,6	412,9	474,2	501,9	561,1	617,6	686,6
Medicin	415,6	518,3	530,1	685,0	807,7	902,7	1.054,5	1.121,7	1.230,8
Tandlægehjælp..	327,0	453,4	510,9	574,3	602,3	644,8	726,3	699,9	786,4
Øvrige udgifter*)	139,2	165,9	145,4	115,6	173,9	189,3	227,8	246,8	265,5
I alt	1.780,0	2.315,1	2.455,4	2.954,7	3.376,0	3.648,1	4.114,4	4.401,1	4.892,6

*) Indeholder udgifter til briller, fysioterapeutisk behandling, rejsesygesikring, kiropraktisk behandling m.v.
Anm.: Regnskabsperiode i 1976 var kun på ¾ år.

Kilde: (12), tabel 2.2.1 og B.2.1.

Når der tales om besparelser på mellem 70-130 mill. kroner, er der tale om besparelser set i forhold til Sygesikringens udgifter. Trækkes medicinudgifterne i Københavns og Frederiksberg kommuner ud, reduceres udgifterne i 1982 til 1.065 mill. kr., og justeres der for Dragør og Tårnby kommuner, kan man sige, at besparelsesbasis udgør omkring 1 mia. kroner i 1982. Såfremt det havde været muligt, skulle der også have været justeret for den del af udgifterne, som skyldes speciallægenes medicinordinationer.

En anden dimension af Sygesikringens medicinudgifter udgøres af de udgifter, som er forbundet med udskrivning af recepter. Stort set al tilskudsberettiget medicin er receptpligtig. (Medens det ikke er al receptpligtig medicin, som er tilskudsberettiget).

I **tabel 4** ses ydelsesomfang for almen praksis i 1981. Der blev i 1981 ydet omkring 22,5 millioner grundydelse, heraf var omkring 1/7 receptfornyelser og omkring 1/6 telefonkonsultationer med receptudstedelse. Anskuet på en lidt anden måde vedrørte omkring 1/3 af grundydelse receptudstedelse. I økonomisk henseende honoreres telefonkonsultationer med receptudstedelse med samme basis-honorar som konsultation, medens receptfornyelse honoreres med godt halvdelen af konsultationshonoraret.

Betragtes udviklingen i antal ydelser per gruppe 1-sikret for perioden 1973/74-1981 fremgår det, at der har været en stigning på omkring 25% i antal receptfornyelser per gruppe 1-sikret. Der ses også at være en relativ stor stigning i antal telefonkonsultationer med receptudstedelse fra 1977 til 1981, jfr. (12, tabel 3.6.3.)

I forbindelse med tallene i tabel 4 skal man være opmærksom på, at der også udstedes recept i forbindelse med konsul-

Tabel 4:

Antal ydelser fordelt efter ydelsesart og sikringsgruppe. 1981, excl. områder dækket af Københavneroverenskomsten.

	Gruppe 1 sikrede	
	Antal ydelser 1000	Pr. sikret
Konsultation.....	9.932	3,12
Telefonkonsultation med receptudstedelse	3.872	1,22
Telefonkonsultation med henvisning	427	0,13
Telefonkonsultation	2.206	0,69
Receptfornyelse	3.276	1,03
Besøg.....	2.027	0,64
	21.743	6,83

Kilde: (12), uddrag af tabel 3.6.1.

tation og sygebesøg. I disse tilfælde sker der blot ikke særskilt honorering.

Set ud fra Sygesikringens synsvinkel skulle man i lyset af det foregående tale om »direkte medicinudgifter« (dvs. de af tilskudsordningerne affødte udgifter) og »medicineringsudgifter« (dvs. direkte medicinudgifter plus de med receptudstedelse forbundne udgifter, hvor disse kan udskilles fra de øvrige grundydelse).

Sammenfattende for gennemgangen af medicinudgifterne skal følgende nøgletal, der benyttes i det følgende, fremhæves:

- 1,6 mia. kroner, excl. moms, er besparelsesbasis målt i bruttoomsætningen på apotekerne. Der er forsøgt at finde frem til et beløb, der er relevant for de besparelser, der skal opnås under Landsoverenskomsten.
- 1 mia. kroner incl. moms er besparelsesbasis målt i Sygesikringens direkte medicinudgifter.

Om disse beløb skal bemærkes, at de er målt i 1982 kroner, at de sandsynligvis er lidt for høje, bl.a. fordi de også omfatter medicinudgifter, som speciallæger har forårsaget ved deres medicinering af pati-

enter, at der er tale om receptpligtig medicin til enkeltpersoner for bruttoomsættningens vedkommende, men ikke al receptpligtig medicin er tilskudsberettiget, medens næsten al tilskudsberettiget medicin er receptpligtig.

Det skal yderligere fremhæves, at der har været benyttet talmateriale, som er umiddelbart tilgængelig i forskellige publikationer, samt at der ikke anvendes præcise beløbsangivelser, idet noget sådant er umuligt. I stedet benyttes ca. angivelser, som utvivlsomt er indenfor $\pm 5-10\%$ af det sande beløb.

Sættes besparelsesmålet på 70-130 mill. kroner (i 1983 priser) i relation til sygesikringens omkring 1 mia. kroner besparelsesbasis (i 1982 kroner) udgør dette mellem 6,4% og 11,8% målt i 1983 priser, idet der regnes med en 10% prisstigning fra 1982 til 1983.

Ud fra en overfladisk betragtning forekommer det opstillede sparemål derfor ikke at være helt urealistisk. Som det skal

vises i det følgende, vil en blot lidt mere dybtgående analyse vise, at det vil være vanskeligt/umuligt at opnå dette.

Analyse af besparelsesmulighederne

Når der tales om besparelser er det vigtigt at klargøre sig

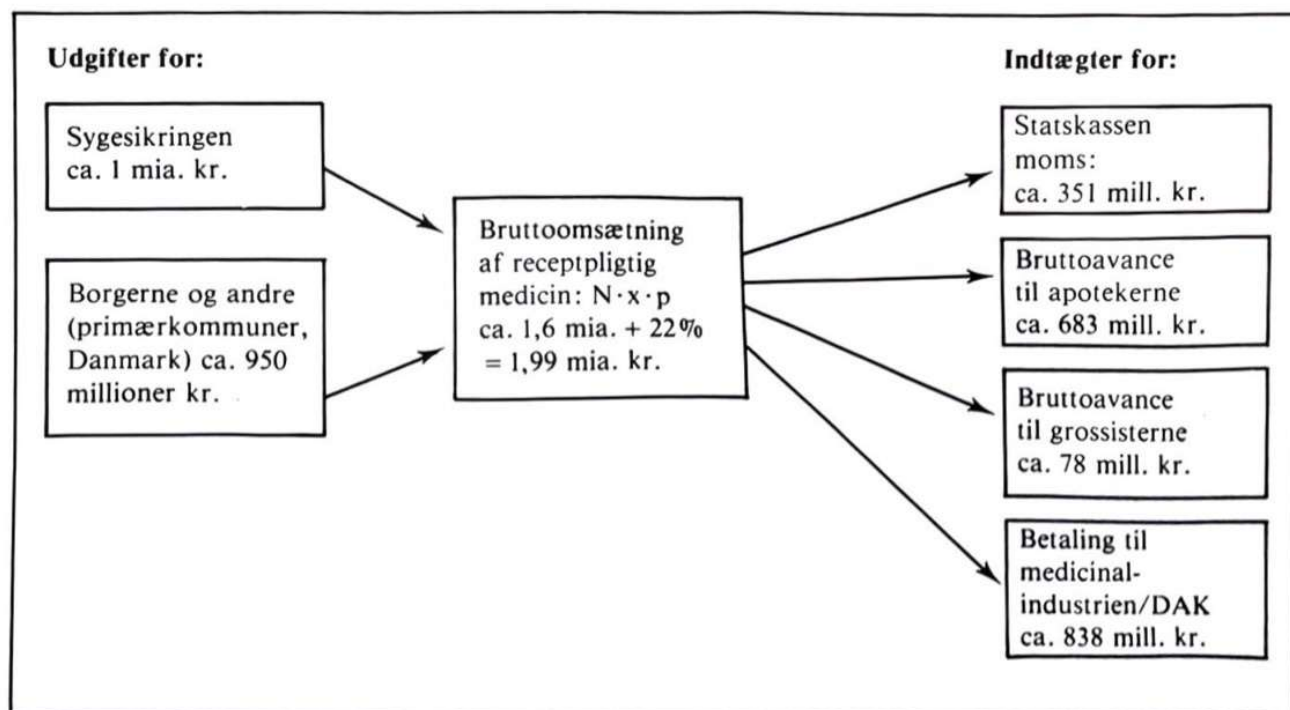
- (1) hvem der opnår nettobesparelser
- (2) tidsperspektivet i besparelserne

- »Udgifter er indtægter«

Med hensyn til det første punkt er det nyttigt at benytte følgende figur, hvor en række relevante parter er indplaceret på henholdsvis udgifts- og indtægtssiden af et simpelt medicinøkonomisk kredsløb. Udgangspunktet er bruttoomsætningen på 1,6 mia. kroner, excl. moms. I det følgende medtages momsen.

I figuren er indplaceret de tal, som blev fremdraget i det foregående afsnit. Idet Sygesikringens andel udgør omkring 1 mia., incl. moms, beregnes den del som borgerne, primærkommunerne og andre

Figur 1: Fordeling af udgifter og indtægter på parter i et simpelt medicinøkonomisk kredsløb.



betaler til omkring 950 mill. kroner. Dette forekommer ikke urimeligt, idet man ved at sammenholde med tal fra receptundersøgelsen i 1981, (22, tabel 7), vil finde, at nærværende fordeling medfører, at 51,3% af omsætningen til enkeltpersoner betales af Sygesikringen, mod 50,7% i receptundersøgelsen fra 1981.

Bruttoomsætningen på omkring 2 mia. er naturligvis ikke blot udgift men også indtægt for visse grupper/klasser. På indtægtssiden er hovedgrupper medtaget i figurens højreside. Statskassens andel udgøres af moms. Apotekernes bruttoavance er skønnet til omkring 35% af bruttoomsætningen. Dette (lave) skøn fremkommer ved at tage udgangspunkt i Medicintakstens paragraf 11, stk. 2.

Gennemsnitsprisen per pakning ved salg efter recept var i 1982 for fabriksfremstillet medicin kr. 70,73 (apotekernes udsalgspris, AUP, excl. moms, jfrv. (14), tabel 7). Dette svarer til en indkøbspris, (AIP), i et interval hvor avancen er 55% af AIP. Dette fører frem til den anvendte avanceprocent af bruttoomsætningen. Grossistavancen udgør omkring 4% af AUP. Betaling til medicinalindustrien og apotekerne (DAK) fremkommer som reststørrelse.

Ved at benytte en opstilling som den i figur 1 skitserede kommer en række forhold til at træde klart frem:

- Udgifter for een eller flere parter er indtægter for een eller flere parter. En besparelse på udgiftssiden er derfor også en indtægtsnedgang. Det er naturligvis dette forhold, der normalt fører til voldsomme offentlige diskussioner.
- En udgiftsnedgang kan fremkomme på tre forskellige måder - eller ved en kombination: a) ved et prisfald/valg af billigste præparat, b) ved et fald i antal ordinationer per patient, x, og c) ved et

fald i antal patienter, N, svarende til at ændre i een af de tre komponenter i formelen $N \cdot x \cdot p$.

- Noget, der fremtræder som en besparelse for een part, fx. Sygesikringen, behøver ikke nødvendigvis at være en samfundsmæssig besparelse - men kan naturligvis være det. Dette emne tages op senere.
- De forskellige parter kan udvise forskellig adfærd, fx. kan man forestille sig, at medicinalindustrien vil forsøge at kompensere for en omsætningsnedgang ved at lade priserne stige, eller at der sker en (næsten automatisk) justering af apotekspriserne, hvis og når apoteksavancen falder.

Det er i forbindelse med disse mere eller mindre automatiske reaktioner, at *tids-horisonten* skal inddrages i diskussionen. Reaktionerne indtræffer først, når besparelserne er ved eller er slået igennem. Eksempelvis falder apotekernes bruttoavance først, når substitutionen til billigste præparat er slået igennem - og der følger da den mere eller mindre automatiske prisjustering. Dette betyder, at man ved besparelser bør skelne mellem umiddelbare besparelser og besparelser efter tilpasning. Hvis ikke, kan besparelserne meget let minde om den varme, der følger med at tisse i bukserne.

- Synonyme præparater

Det fremgår af Slutsedlen mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og PLO, at besparelserne skal opnås ved, at der benyttes de billigste præparater blandt iøvrigt terapeutisk ligeværdige præparater. Dette svarer til, at besparelsen udelukkende skal tilvejebringes ved justering af pris-komponenten i formelen $N \cdot x \cdot p$. Dette betyder, at det kun er en del af bruttoomsætningen og dermed Sygesikringens direkte medicinudgifter, som der kan spares

på, nemlig den del, hvor der findes synonyme præparater, (præparater der i kemisk forstand så godt som identiske), idet det her antages, at synonyme præparater er terapeutisk ligeværdige. Det skal bemærkes, at dette ikke altid er tilfældet. Således findes der hos Yesalis et al (21) en liste på 10 præparater, som på den ene side er synonyme, men på den anden side ikke er ens ud fra såkaldt »bioavailability«. Dette gælder fx. prednison og nitroglycerin.

Spørgsmålet bliver dernæst, om det er muligt at skønne over, i hvilket omfang der findes synonyme præparater for et præparat, som er ordineret af lægen. Der findes ikke et dansk materiale, som kan belyse dette, men det fremgår af amerikanske undersøgelser, at der for omkring 50% af recepterne findes såkaldte »multiple-source entities«, dvs. synonyme præparater, (17) og (20). Tager man i betragtning, at en større andel af medicinen i Danmark er receptpligtig end i USA og dermed utvivlsomt omfatter flere generiske (synonyme) præparater, må det forventes, at andelen er lidt højere i Danmark, omkring 55-60%. Det er imidlertid

ikke sikkert, at dette svarer til mellem 55-60% af bruttoomsætningen. Det må nok ventes, at den generiske del udgør en mindre del, idet priskonkurrencen på generiske produkter er relativ hård, ligesom prislejjet er afpasset efter det forhold, at patentet normalt er udløbet. Det antages derfor, at omkring 50% af bruttoomsætningen på 1,95 mia. kr., incl. moms, udgøres af synonyme præparater. Dette rundes op til 1 mia.

Vendes der nu tilbage til sparemålet på mellem 70-130 mill. skal dette nu sættes i forhold til en sygesikringsandel på omkring 520 mill. kr. af bruttoomsætningen på 1 mia. kroner svarende til mellem 13,5% og 25% besparelser. Eller sagt på en anden måde, såfremt Sygesikringen skal nå det opstillede sparemål, skal bruttoomsætningen (den ene mia.) falde med mellem 135 og 250 mill. kroner, for at det vil resultere i besparelser på 70-130 millioner for sygesikringen.

Man kunne imidlertid gå et skridt videre og spørge om, i hvilket omfang der allerede på nuværende tidspunkt ordineres billigste synonyme præparat, dvs. hvilken andel af 1 mia., der ikke kan spares af,

Figur 2: Sammenfatning af terapeutiske og økonomiske antagelser vedrørende generiske præparater.

		biologisk og terapeutisk værdi af præparater		
		ligeværdig	ikke-ligeværdig	
P R I S	billigste præparat	nu: ? kr. ? kr. ønske: 1 mia.	antager, at der ikke er problemer (se dog tekst)	?
	øvrige dyrere præparater	nu: ? kr.		?
		1 mia. 520 mill.	-	1 mia. (bruttooms.) 520 mill. (Sygesik.)

fordi dette dækker over billigste præparatform. Der findes imidlertid ikke et materiale, der umiddelbart muliggør et skøn herover.

Figuren på side 230 sammenfatter såvel problemstilling som antagelser.

De eneste beløb, som kendes med rimelig sikkerhed, er summerne nederst i tabellen. Bruttoomsætningen på omkring 1 mia. til generiske præparater er naturligvis fordelt mellem »billigste præparater« og »øvrige dyrere præparater«. Man ønsker - under antagelse om biologisk og terapeutisk ligeværd - at flytte den del af medicinforbruget, som hidrører fra »øvrige dyrere præparater« til den billigste gruppe. Herved skal Sygesikringen spare omkring 70-130 mill. kroner, svarende til et fald i bruttoomsætningen på mellem 135 og 250 mill. kroner. Dette svarer til, at der i gennemsnit skal være prisforskelle på mellem 14-25% og i praksis højere, idet en del af omsætningen allerede hører til i gruppen af billigste præparater, dvs. at prisforskellen mellem præparaterne i gruppen »øvrige dyrere præparater« og billigste skal være betragtelig højere end 14-25%.

Kan det opstillede besparelsesmål nås?

Antagelser:

- den gennemsnitlige prisforskel mellem billigste synonyme præparat og øvrige synonyme præparater er højere end 14%
- alle praktiserende læger omlægger deres ordinationsmønster til billigste præparat
- og i konsekvens af det foregående: alle praktiserende læger har kendskab til, hvilke præparater der er biologisk og terapeutisk ligeværdige og billigst

- at besparelser skal betragtes i mindst to stadier: umiddelbar virkning og tilpasset virkning, jfr. diskussionen i tilknytning til figur 1.

De tre første forudsætninger er helt centrale. Den første forudsætning er en logisk forudsætning for at sparemålet på 70 mill. har nogen mulighed for at blive realiseret. Bemærk, at 14% er et minimum. Skal sparemålet på 130 mill. nås, skal prisforskellen være på mindst 25%. Den anden og tredje antagelse er også nødvendige, idet vi betragter hele det relevante omsætningsbeløb. Antagelserne 1 og 2/3 kan dog kombineres: Såfremt den gennemsnitlige prisforskel er betragtelig højere end minimumsskønnet på enten 14% eller 25%, kan dette kompensere for en evt. mindre deltagelsesprocent blandt de praktiserende læger. Denne sidste mulighed undersøges dog ikke nærmere her, idet »ombytningsforholdet« er vanskeligt at kvantificere.

Under de opstillede antagelser kombineret med, at virkningerne slår igennem indenfor et år, kan de umiddelbare og tilpassede sparevirkninger betragtes i nedenstående to figurer, hvor det klart fremtræder, hvilke parter der bliver berørt.

I figur 3 vises, hvorledes en *umiddelbar* besparelse vil slå igennem *under de opstillede antagelser*. For at Sygesikringen kan spare mellem 70-130 mill., skal der indtræde en omsætningsnedgang på mellem 135-250 mill. Udover Sygesikringens besparelse, vil borgerne og andre partier spare mellem 65-120 millioner som følge af de nu lavere medicinpriser. Dette er naturligvis en ikke ubetydelig sidegevinst af Sygesikringens sparebesparelser. Ser man dernæst på, hvem der betaler for besparelsen, fremgår det, at en anden offentlig kasse vil opleve en indtægtsnedgang på mellem 24-45 millioner. De øvrige betale-

re af besparelsen er placeret i den private sektor.

Det her opstillede billede er kun gældende, indtil de »betalende« parter evt. gør forsøg på at kompensere for indtægtsnedgangen. Antages det, at staten forholder sig passiv overfor indtægtsnedgangen, og antages det samme med hensyn til grossisterne og medicinalindustrien kan interessen derfor koncentreres om apotekerne.

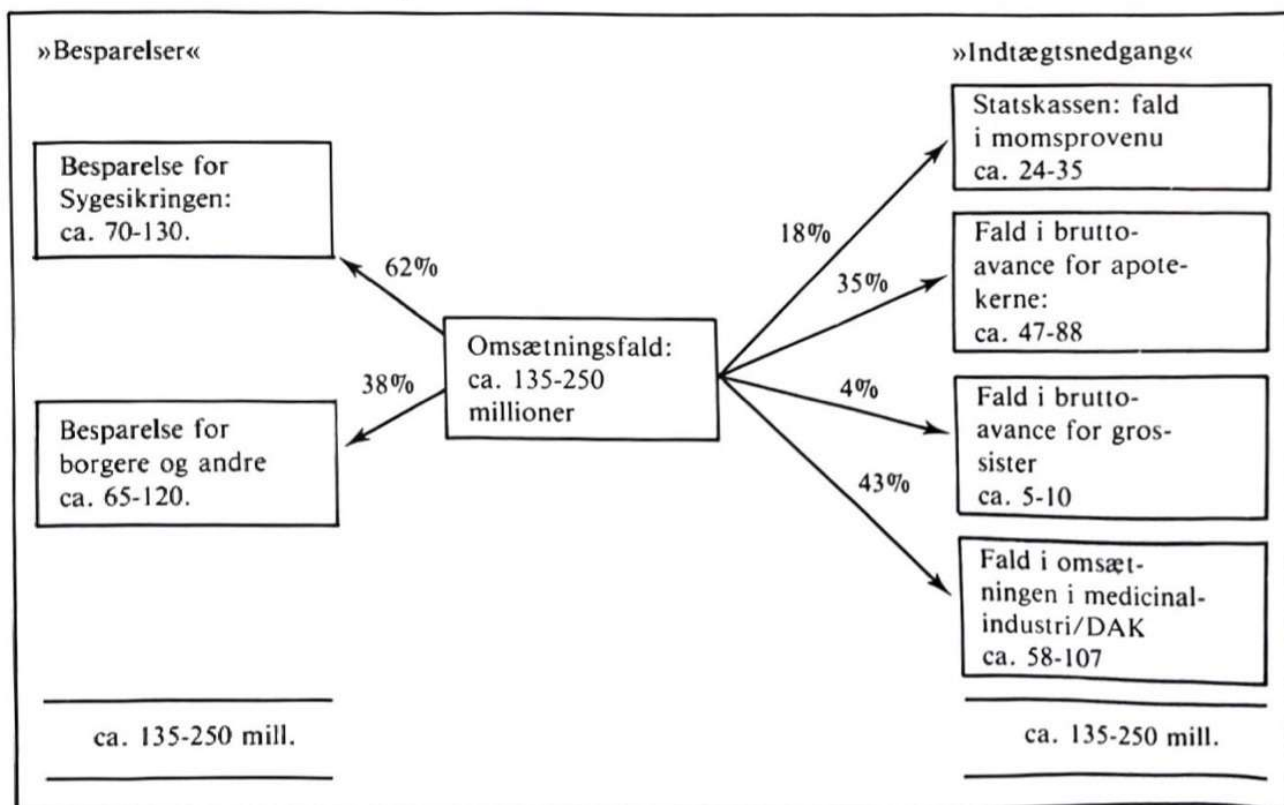
Apotekernes prisfastsættelse for lægemidler kan kort beskrives således, at man for alle landets apoteker som helhed tager udgangspunkt i de konstaterede omkostninger, herunder en bestemt gennemsnitsindtægt svarende til lønnen for en overlæge eller professor for de godt 300 apoteker. Derefter beregner man salgsprisen således, at de giver dækning for alle de nævnte omkostninger.

Substitutionen til billigste synonyme præparat kan ikke forventes at påvirke

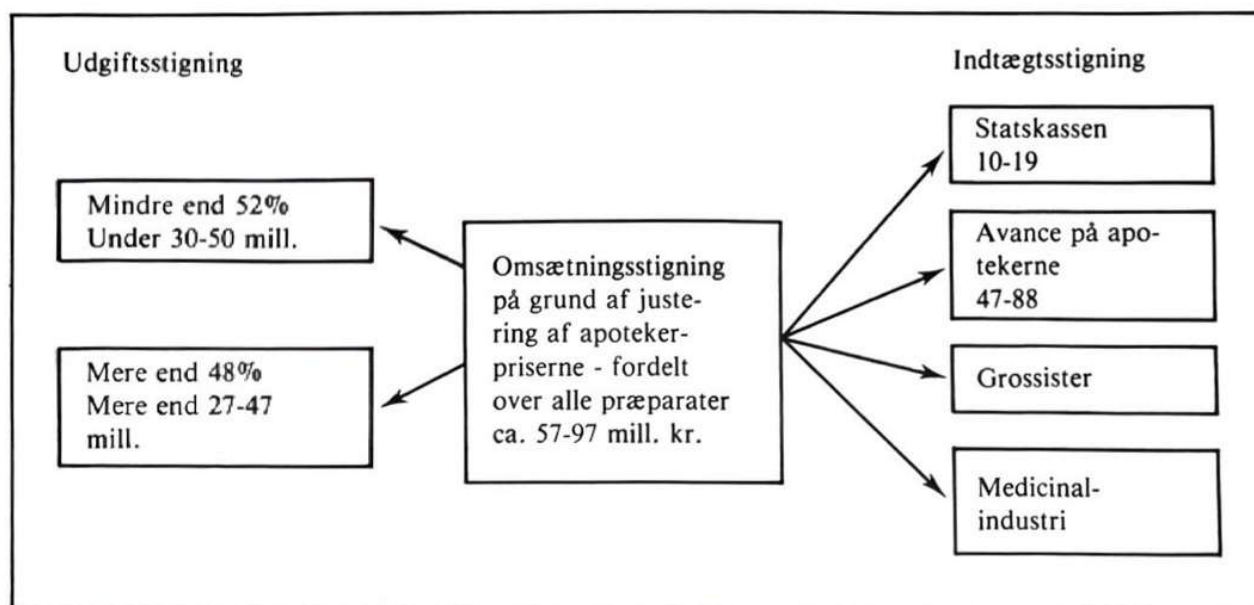
apotekernes omkostninger, idet arbejdet med et billigt eller dyrere præparat naturligvis er det samme. For at sikre apotekerne den omtalte omkostningsdækning, må der kompenseres for omsætningsnedgangen og den dermed forbundne avance. Dette sker ved, at der efter en konstateret omsætnings- og avancenedgang sker en justering af priserne. Det må antages, at der bliver tale om en generel prisjustering, dvs. for såvel synonyme som andre præparater. Antager man, at der ydes fuld compensation, dvs. svarende til faldet i bruttoavancen i forbindelse med den umiddelbare besparelse, skal medicinpriserne justeres med dette beløb. Hermed er momsgrundlaget øget tilsvarende. Dette svarer til, at man i »den tilpassede sparesituation« skal have en omsætningsstigning på mellem 49-91 millioner, jfr. figur 5.

Da medicinpriserne stiger i almindelighed betyder det, at Sygesikringen kommer til at betale mindre end 52% af omsæt-

Figur 3: Hvem sparer og betaler besparelsen i udgangssituation.
(»Umiddelbar besparelse«)



Figur 5: Besparelssituationen efter tilpasning af apotekerpriserne for at indvinde faldet i bruttoavance



ningsstigningen. Omvendt kommer borgerne til at betale mere end 48%.

Efter en tilpasning, der udelukkende vedrørte apotekerreaktionen, som der er lovgivningsmæssig dækning for, ses en betragtelig del af den oprindelige besparelse for Sygesikringen at være opædt - en reduktion på omkring 43%.

Umiddelbar besparelse

for sygesikringen: ca. 70-130 mill. kr.

Udgiftsstigning som

følge af tilpasning

af apotekerpriser ca. 30-90 mill. kr.

Nettoresultat efter

2. runde for Sygesik-

ringen ca. 40-80 mill. kr.

Betragter man næste tilpasningsrunde, kan man (med rimelighed) forestille sig, at medicinalindustrien vil forsøge at kompensere for indtægtsnedgangen. Der finder i praksis prissubsidiering sted af industriens forskningsaktivitet, dvs. en del af indtægterne fra generiske præparater går til dækning af forskningsudgifter ved udvikling af nye præparater. Denne krydssubsidiering må antages at blive bragt til

ophør, hvis der gennemføres en effektiv substitution til billigste præparat. For at kompensere herfor kan man forvente, at der indtræffer prisstigninger på originalpræparater, som fortsat er dækket af patent og derfor ikke kan kopieres. Omfanget af sådanne prisstigninger kan der ikke siges noget præcist om. Sættes det beskedent til 20%, medfører det en umiddelbar omsætningsforøgelse på mellem 10 og 18 millioner kroner, hvortil kommer moms. Da der er tale om originalpræparater, vil Sygesikringen komme til at betale mindst 52% heraf, og således bringe besparelsen ned til mellem 34-69 millioner kroner.

Hovedkonklusionen på spørgsmålet om det opstillede besparelsesmål kan nås, bliver således, at det ikke er muligt. Under relativt optimistiske antagelser vedrørende gennemsnitlige prisforskelle, praktiserende lægers villighed til at substituere samt reaktion fra de parter, som bærer omkostningerne ved at andre sparer, vil man i bedste fald spare omkring 50% af det opstillede målbeløb, dvs. mellem 24-69 millioner, ikke 70-130 millioner.

Slækker man dernæst på een af de cen-

trale antagelser, nemlig at alle praktiserende læger deltager og er fuldt informeret om billigste præparat, vil en ændring heraf til fx. blot 75% få omfanget af besparelsen til at falde yderligere. Som nævnt tidligere kan dette evt. modvirkes af mulige gennemsnitlige prisforskelle mellem billigste og faktiske benyttede synonyme præparater. Der skal dog i givet fald være tale om endog betragtelige, gennemsnitlige prisforskelle - en del peger i retning af, at dette næppe er tilfældet. Dette betyder, at man generelt må forvente en besparelse, der ligger betragtelig under 34-69 millioner - hvor meget kan kun afgøres ved meget detaljerede analyser og er strengt taget af mindre interesse i nærværende sammenhæng.

Diskussion

Som påvist i det foregående afsnit vil det opstillede besparelsesmål ikke kunne nås selv under det mest optimistiske sæt af antagelser. Der er ikke tale om komplicerede beregninger. Således blev hovedkonklusionen oprindelig beregnet på et lille kvarters tid. Der kræves naturligvis mere tid, når man ønsker at vise, hvem der vinder og taber ved sådanne besparelser.

Det første spørgsmål der melder sig efter en konstatering af, at det er helt urealistisk at forvente besparelser af det opgivne omfang, går naturligt på, hvordan det kan gå til, at PLO og Sygesikringens Forhandlingsudvalg i fællesskab kan blive enige om det.

Set ud fra PLO's synspunkt er det ikke vanskeligt at forstå. Besparelsen er effektivt væltet over på andre (primært medicinalindustrien og statskassen). Som stand betragtet er det lykkedes de praktiserende læger at undgå, at de selv kommer til at bære den pålagte besparelse. Fagforeningsmæssigt er dette naturligvis en lyk-

kelig udgang på en situation, der kunne have påført standen en indtægtsnedgang eller mindskelse af en stigningstakt. PLO har naturligvis ikke nogen egentlig interesse i at foretage en blot overfladisk analyse af, om det er muligt at nå besparelsen - selv ikke når økonomien i de mindre vagtordninger er koblet sammen med besparelsen, idet den eneste sanktion i forbindelse med manglende realisering af besparelsen består i, at man udsætter forbedringen af økonomien i omtalte vagtordninger. Samtidig har man et »efter-slæb« til næste overenskomst. Skulle besparelsen, næsten naturstridigt, vise sig, betyder tilføjelsen om forbedringen af økonomien i vagtordningerne, at standen som sådan ved »besparelsen« totalt set har oplevet en samlet indkomstfremgang på omkring 35 mill. kroner, det beløb som vagtordningsøkonomien skulle forbedres med, hvis medicinbesparelsen lykkedes. Alt i alt må man uden nogen form for moralsk forargelse konstatere, at den aftalte besparelsesform, incl. den påhæftede betingelse, fagforeningsmæssigt er tæt på det optimale. Alternativet havde været, at det skulle gå ud over stigningstakten i honorarerne. Som PLO's formand udtalte til Medical Debat: »Vi har nu besluttet at sige nej til yderligere at lade vore honorarer ødelægge og skærened. For at undgå dette er vi altså gået med til at forsøge at gennemføre de besparelser på medicinpriserne«. Og problemet med den automatiske forhøjelse af priserne på grund af apotekeravancen løste PLO formanden på følgende måde: »Når vi ser på totalomsætningen på apotekerne, så er det vor opfattelse, at der her godt kan sættes ind således, at priserne ikke behøver at stige...men (der er) måske andre indsatser, som industrien og apotekervæsenet gør, og som der kunne spares lidt på. Vi opvartes jo kolossalt,

bl.a. også med noget, der er mindre værdifuldt«. Dette er et velkendt tema i enhver besparelsesdiskussion: Man er i princippet enig i, at der skal spares - det er blot de andre, der udfører noget mindre værdifuldt, som skal spare. Det er blot sjældent, at man ser det udtrykt så tydeligt. Som fagforeningsformand kommer PLO-formanden naturligt ikke ind på den tilsyneladende modstrid, der må være mellem, at han mener, at der let kan spares mindst 70 millioner og i de første hovedafsnit citerede paragraffer fra lægeloven og landsoverenskomsten.

Fagforeningsmæssigt var det også naturligt, at der blev udtrykt stor betænkelighed (på patienternes vegne), da Indenrigsministeriet tidligt i 1984 gennemførte en effektiv besparelse, der involverede medicin. Man fjernede nemlig receptpligten for visse former for håndkøbsmedicin. Dette resulterer naturligvis i, at den indtægtsform, der vedrører udstedelse af recept, vil falde hos lægerne, jfr. tabel 4 foran.

Man kan dernæst undersøge, om man fra Sygesikringens Forhandlingsudvalgs side kan have haft tilsvarende interesser i ikke at forholde sig særlig konkret til besparelsen. En egentlig vurdering heraf forudsætter, at det præciseres, hvilken rolle man mener, at forhandlingsudvalget bør spille: Vagthund for de amtskommunale finanser, for den samlede samfundsøkonomiske virkning af et forhandlingsresultat osv. Det fremgår af et interview i Medicinal Debat, at formanden for forhandlingsudvalget ser sin opgave som vagthund for de amtskommunale budgetter. I samme interview bliver der spurgt, om der er blevet foretaget beregninger svarende til de foran diskuterede. Svaret er entydigt: »Nej, og jeg vil heller ikke påstå, at jeg kan modbevise dette regnestykke«. Som det fremgik, var en del af for-

klaringen på, at besparelsen ville opæde sig selv, den automatiske pristilpasning på apotekersiden. Forhandlingsudvalgets formand ser derfor problemet i, at man har en uhensigtsmæssig apotekerlov! Og øvrige følgevirkninger har ikke interesse:

»Vi vurderer altså dette alene som en ren amtskommunal besparelse, og hvilke følgevirkninger, det kan få, kan vi naturligvis ikke tage højde for«.

Da det er amtskommunerne som afholder udgifterne til Sygesikringen, kan det hverken forarge eller overraske, at forhandlingsudvalget ser det som sin naturlige opgave at vogte de amtskommunale budgetter og kasser. Det må imidlertid vække forundring, at der tilsyneladende ikke er foretaget egentlige beregninger, idet noget sådant selv på mellemlang sigt ville have været i amtskommunal egeninteresse, idet en evt. udløsning af forbedringen i vagtøkonomien må forventes netto at medføre en amtskommunal udgiftsudvidelse. Omvendt kan det ikke på denne baggrund undre, at det er vanskeligt at styre (væksten i) de offentlige udgifter. Samtidig skal man erindre, at forhandlingsudvalget sidder i en forhandlingssituation, hvor man ovenfra er blevet pålagt et (måske ikke uvelkomment) sparekrav, men samtidig skal nå frem til et forhandlingsresultat med modparten, som begge kan være tilfredse med. I denne situation, og ihukommende den ofte korte tidshorisont, der anlægges i sådanne situationer, er det næppe ganske overraskende, at man blev enige om at spare på medicinudgifterne.

Det skulle være overflødigt at bemærke, at de to parter ikke på nogen måde har beskæftiget sig med, hvorledes man empirisk evt. kunne afgøre om en mulig besparelse i løbet af det første år med rimelighed kan henføres til aftalen og ikke til fx.

en systematisk nedgang i medicinbrugen osv.

Som det fremgik af beregningerne foran, kan man identificere de største tabere, såfremt besparelserne slår igennem helt eller delvist - og dermed også identificere den eller de parter, som vil råbe højt. Medicinalindustrien vil utvivlsomt være den part, som kommer til at bære den besparelse, der vil blive tale om. Forudsigeligt drog den også i felten straks da forslaget kom frem. Bl.a. udkom der et nummer af Medicinal Debat udelukkende hellet en påvisning af det uholdbare i den foreslåede løsning. Dette er en selvfølgelig del af en besparelses logik - den hårdest ramte skal råbe højest! Medicinalindustrien fremsatte selv et besparelsesforslag, nemlig en omlægning af apotekeravancen. Også i overensstemmelse med besparelsers logik - de andre skal bære besparelsen. Hertil kommer at industrien, som altid når den presses, slår på, at den er forskningsbaseret, og at det vil gå ud over denne forskning såfremt besparelser gennemføres, jfr. betragtningerne herom foran.

Apotekerne er naturligvis også part i en sådan sag, men kan som følge af lovgivningen omkring apotekervæsenet tage det hele afslappet - og gjorde det også i den konkrete sag!

Staten har flere interesser i en sådan sag. For det første, at den ønskede besparelse gennemføres i reale termer. For det andet, og samtidig mulighed for at gennemtvinge det første, skal som overordnet myndighed godkende overenskomsten mellem PLO og Sygesikringens Forhandlingsudvalg, og dermed også den aftalte besparelse. Denne godkendelsesmyndighed ligger hos indenrigsministeren. For det tredje har staten en ren provenu interesse, dvs. momsandelen af medicinudgifterne. For det fjerde kunne man mene,

at staten generelt set skulle varetage de overordnede samfundsøkonomiske hensyn. Dette er naturligvis ikke tilfældet i alle tilfælde. Eksemplerne herpå er utallige, specielt når det er staten selv, som skal gennemføre besparelser.

I det konkrete tilfælde skal det påpeges, at der på et tidligt tidspunkt blev udtrykt skepsis fra indenrigsministeriets side med hensyn til de reelle muligheder for besparelse på den skitserede måde, jfr. bl.a. bemærkninger herom af formanden for forhandlingsudvalget i det tidligere omtalte interview i Medicinal Debat. Hertil kommer, at der efter sigende gik usædvanlig lang tid inden den ministerielle godkendelse af overenskomsten forelå - den godkendelse der sluttede med, at indenrigsministeren orienterede PLO om, at der ville blive fremsat lovforslag om en tilbageføring af honorarerne - et forslag, der blev vedtaget. Det er bl.a. under henvisning hertil, at de praktiserende læger enkelvis har opsagt aftalen med Sygesikringen og dermed ført til den konflikt som startede den 1. oktober. Det er næppe en hel urimelig hypotese, at den aftalte skinbesparelse - og erkendelsen heraf i indenrigsministeriet - har været kimen til det, der nu tegner til en næsten uløselig konflikt mellem PLO og Sygesikringen. Det er også en del af besparelsers logik, at nogen opdager, at de ikke er reelle og forsøger at intervenere. Virkningerne af en sådan intervention kan være mange, åbenbart også begyndelsen til en konflikt af faglig karakter.

Alt i alt kan man konstatere, at besparelsen på medicinudgifterne på udmærket vis illustrerer en række aspekter omkring, hvad der foran er blevet betegnet som besparelsens logik, incl. besparelsers ofte fiktive karakter, når de betragtes blot på mellemlang sigt samt det forhold, at interesseret relativt let på baggrund af umid-

delbart tilgængeligt materiale kan danne sig et skøn over det mulige i besparelserne, noget parterne som vist ikke altid gør. Samtidig er der vist en simpel metode - »udgifter er indtægter« til identifikation af parter som vil være for, imod og passive.

En påvisning af, at besparelsesforslaget næppe vil føre til de ventede resultater, vil af mange blive fortolket derhen, at der måske ikke er besparelsesmuligheder på medicinområdet. Dette behøver ikke at være konsekvensen. Såfremt der findes betragtelige prisforskelle på generiske præparater og de virkelig er terapeutisk ligeværdige, ville det være en samfundsøkonomisk gevinst såfremt man kunne fremme en substitution til billigere præparater. Det man i givet fald skal diskutere i denne forbindelse, dvs. ved en egentlig besparelsesdiskussion, er de midler hvormed man kan fremme en sådan substitution. Af Slutsedlen mellem PLO og Sygesikringen fremgår det, at der tænkes på tre midler: Intensivering af lægemiddelkomitearbejdet, medicinalinformation og kurser i »økonomisk farmakoterapi«. Det ville i denne forbindelse være naturligt at undersøge i hvilket omfang der er videnskabelig belæg for virkningen på substitution af disse tre aktiviteter og om der findes andre fremgangsmåder. Med hensyn til den tvivlsomme værdi af lægemiddelkomiteer i henseende til økonomisering, men ikke nødvendigvis i andre henseender, kan der henvises til en nylig publikation herom fra medicinalimportørforeningen, Medif (23). Med hensyn til øvrige muligheder henvises der til de i litteraturlisten anførte referencer vedrørende generisk substitution.

Om der er interesse for en diskussion ad de linier, som er antydnet ovenfor, er (måske?) en helt anden historie. Som en fynsk eventyrfortæller engang sagde »det er

ganske vist«. Med tal er det søgt påvist, at det er ganske vist, at den planlagte besparelse havde et eventyrligt skær.

Litteraturliste

1. Fog, Bjarke: Virkningerne af medicintilskud, København 1980.
2. Amdtsrådsforeningen: Lægemiddelkomiteer, København 1981.
3. Avorn, J. og Soumerai, S.B.: Improving Drug-therapy decisions through educational outreach, *The New England Journal of Medicine*, 308(24) 1982: 1457-1463.
4. Goldberg, T. et al.: Evaluation of Impact of Drug Substitution Legislation, *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 16(2), 1976: 64-70.
5. Kralewski, J., Pitt, L. og Dowd, B.: The Effects of competition on Prescription-drug-product, substitution, *The New England Journal of Medicine*, 309(1), 1983: 213-216.
6. Lægeforeningen: Takster og overenskomster 1982, København 1982.
7. MEFA: Tal og data. Medicin og Sundhedsvæsen, 1983, København 1983.
8. Pedroni, G. og Zweifel, P.: *Medikamente und ihre Nebenwirkungen*, Basel, 1982.
9. Reekie, W.D.: Price Sensitivity of General Practitioners, p. 169-184 i Philips, C.I. og Wolfe, J.N. (eds.): *Clinical Practice and Economics*, Tunbridge Wells 1977.
10. Sharpe, T.R.: Economic issues in the ant substitution controversy, *American Journal of Pharmacy*, 149, 1977: 53-59.
11. Medicinal Debat, 8(26), 1984.
12. Sygesikringens Forhandlingsudvalg: Sygesikringsstatistik, 1980, 1981, København 1982 og 1983.
13. Dansk Lægemiddelstatistik: Lægemiddelforbruget i Danmark 1982, København 1983.
14. Apotekerfonden: Undersøgelse over apotekernes driftsforhold, forskellige år.
15. Vejle Amtskommune, sygesikrings- og sundhedsafdeling: Rapport om undersøgelse af lægemiddelforbrug og lægemiddelordination i Vejle Amtskommune, september 1978 og september 1980, Vejle 1981 og 1983.
16. Francetic, I., et al.: Prescription Prices Under the New York Generic Substitution Law, *Annals of Internal Medicine*, 92, 1980: 419-423.
17. Goldberg, T., et al.: Evaluation of Economic Effects of Drug Product Selection Legislation, *Medical Care*, 17(4), 1979: 411-419.

18. Gumbhir, A.K. og Rodowskas, C.A.: Consumer Price Differentials between Generic and Brand Name Prescriptions, *American Journal of Public Health*, 64(10), 1974: 977-982.
19. Horwitz, R.A.: Morgan, J.P. og Fleckstein, L.: Savings from Generic Prescriptions, *Annals of Internal Medicine*, 82(5), 1975: 601-607.
20. Vutoro, G.J., Krischer, J.P. og McCormick, W.C.: Drug Product Selection: The Florida Experience, *American Journal of Public Health*, 70(5), 1980: 479-484.
21. Yesalis, C.E. et al.: Capitation Payment for Pharmacy Services: Impact on Generic Substitution, *Medical Care*, 18(8): 816-828.
22. Jensen, Annette: Receptundersøgelserne 1980 og 1981, *Farmaceutisk Tidende* 44, 1983: 929-938.
23. MEDIF: Relationer mellem lægemiddelkomiteer og producenter, MEDIF-symposium 7. december 1983: Kjeld Møller Pedersen, Konsekvenser af lægemiddelkomiteearbejdet for samfundøkonomien, København 1984.