

# Lægemiddelmonitorering

## Praksissektoren, Region Midtjylland

1.-3.kvt. 2014

# 1. Indholdsfortegnelse

<b>1. INDHOLDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>2</b>
<b>2. INDLEDNING .....</b>	<b>3</b>
2.1 DATAGRUNDLAG .....	3
2.2 ANALYSEGRUPPEN.....	3
<b>3. BEGREBER .....</b>	<b>4</b>
3.1 DDD .....	4
3.2 BOB-RAPPORTER.....	4
3.3 ATC-KODER/KLASSIFIKATION .....	4
3.4 SPECIALISTGRUPPER .....	4
3.5 PATENTUDLØB .....	4
3.6 PRISINDEKS .....	5
<b>4. ANALYSER AF FORBRUGS OG UDGIFTSUDVIKLING.....</b>	<b>6</b>
4.1 FORBRUGS- OG UDGIFTSUDVIKLING INDENFOR DE SENESTE 10 ÅR .....	6
4.2 FORBRUGS- OG UDGIFTSUDVIKLING INDENFOR DET SENESTE ÅR .....	8
4.2.1. PATENTUDLØB .....	8
4.2.2 TILSKUDSÆNDRINGER .....	8
4.2.3 NYE LÆGEMIDLER .....	9
4.2.4 PRISUDVIKLINGEN .....	11
4.2.5 FORBRUG (DDD) .....	12
4.2.6. DE 15 MEST UDGIFTSTUNGE LÆGEMIDLER – ØKONOMI, FORBRUG OG ANTAL PATIENTER I BEHANDLING.....	13
<b>5. INDSATSER .....</b>	<b>15</b>
5.1 ADHD .....	15
5.2 ANTIDEPRESSIVA .....	17
5.3 BESPARELSESPOTENTIALE VED NYE LÆGEMIDLER – BLODFORTYNDENDE LÆGEMIDLER OG DIABETES.....	17
5.4 ASTMA/KOL (KRONISK OBSTRUKTIV LUNDELIDELSE).....	18
5.5 ØVRIGE INDSATSER:.....	18
<b>6. BILAG .....</b>	<b>20</b>

## 2. Indledning

Formålet med denne rapport er, at give et løbende overblik over både økonomi og forbrug for lægemidler i praksissektoren. Data anvendes som input til at iværksætte relevante indsatser. Både i forhold til at sikre god lægemiddeløkonomi og forbedre kvaliteten af behandlingen.

Indsatser i forhold til god lægemiddeløkonomi vil primært omhandle skift fra dyre til billigere lægemidler, der kvalitetsmæssigt er ligeværdige. Indsatser i forhold til kvalitet vil have fokus på, at begrænse ordination af lægemidler med mange bivirkninger og/eller er afhængighedsskabende.

I denne rapport gives et overblik over økonomi (regionernes udgifter til tilskud), mængdeudvikling (DDD) og antal patienter i behandling. Derudover beskrives aktuelle indsatser.

### 2.1 Datagrundlag

Data baseres på udtræk fra regionernes afregningssystem TARGIT og lægemiddelstyrelsens datasystem Medstat. Medstat er baseret på afregning fra de private apoteker med offentligt tilskud. Lægemidler der er ordineret til udlevering fra et privat apotek med tilskud, hvad enten lægemidlet er ordineret af hospitaler, speciallægepraksis eller almen praksis, indgår i analyserne.

Regionerne har kun begrænset adgang til data på de områder, hvor lægemidlerne ikke er tilskudsberettigede. I disse tilfælde rekvireres data fra Statens Seruminstitut.

### 2.2 Analysegruppen

Analysegruppen består af en speciallæge i Klinisk Farmakologi fra Aarhus Universitetshospital, tre lægemiddelkonsulenter fra Nære Sundhedstilbud, en praktiserende læge, der er ansat som medicinsk udviklingskonsulent og en økonom/statistiker fra Nære Sundhedstilbud.

## 3. Begreber

### 3.1 DDD

En DDD (defineret daglig dosis) er en teknisk værdi, der angiver lægemiddelforbrug. Den fastsættes af WHO og svarer til en gennemsnitlig daglig dosis til vedligeholdelsesbehandling af en voksen person. En DDD svarer ikke altid til den dosis, der reelt anvendes pr dag.

### 3.2 BOB-rapporter

Et af redskaberne til at påvirke ordinationerne i almen praksis er BOB-rapporter: BOB står for "Bedst Og Billigst". Det er rapporter, der på en nem og overskuelig måde viser den enkelte praksis, hvordan der ordineres og hvad man evt. med fordel kan forandre, for at ordinere mere rationelt eller mere patientsikkert. Der udsendes BOB-rapporter hvert kvartal og disse rapporter gentages 2-4 gange årligt i en indsatsperiode.

### 3.3 ATC-koder/klassifikation

ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) er et system, hvor lægemidler klassificeres i 5 niveauer efter anatomisk, terapeutisk og kemisk tilhørsforhold. F.eks. vedrører gruppen N, på første niveau, centralnervesystemet. På tredje niveau med koden N06A angives lægemidler til behandling af depression.

### 3.4 Specialistgrupper

Specialistgrupperne er et tværsektorielt forum fra såvel praksissektor som hospitalssektor. Grupperne består af fagpersoner (læger, farmaceuter o.lign) med særlig faglig kendskab til lægemiddelanvendelsen på de forskellige terapiområder f.eks. psykiatri.

### 3.5 Patentudløb

Et patent på et lægemiddel gælder grundlæggende i 20 år med mulighed for forlængelse i 5 år, dvs. som udgangspunkt i alt 25 år. Patentet udtages typisk på et meget tidligt tidspunkt, hvorfor hele udviklings- og godkendelsesprocessen udgør en del af patentperioden. Derfor giver en EU-forordning fra 2009 mulighed for et beskyttelsescertifikat gældende i maksimalt 15 år fra tidspunktet for den første markedsføringstilladelse, en såkaldt SPC (Supplementary Protection Certificate)-forlængelse.

I forbindelse med patentudløb ses det ofte, at prisen på et lægemiddel falder betydeligt på grund af fremkomsten af identiske udgaver af lægemidlet fra andre producenter, såkaldte generika. Imidlertid er der flere forhold, der kan påvirke denne proces. For det første skal der være tilgængelige generika på markedet – erfaringen viser generelt, at jo større omsætning, jo flere generika, dvs. større konkurrence.

Eksistensen af generika, der er godkendt af det europæiske lægemiddelagentur (EMA), er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at disse introduceres på det danske marked. Dels skal generika efter godkendelse hos EMA endeligt godkendes af EU-kommissionen for at opnå europæisk markedsføringstilladelse, hvilket kan vare op til 6 måneder. Dels markedsføres generika oftest først når patent er udløbet i alle lande i EU, for at undgå evt. retssager og lignende vedrørende patentrettigheder. Som udgangspunkt prissættes generika ikke før end markedsintroduktion, men erfaringsmæssigt vil tilstedeværelsen af et eller flere generiske lægemidler reducere prisen med omkring 75-85%.

### **3.6 Prisindeks**

Når man skal måle prisudviklingen indenfor området tilskudsmedicin arbejdes officielt med to prisindekser: Det pakningsbaserede prisindeks og det DDD baserede prisindeks. De to indekser fremgår officielt af Statens Seruminstits hjemmeside. Det pakningsbaserede prisindeks er et indeks, der måler prisudviklingen for en identisk pakke hen over en længere tidsperiode, og herefter sammenlægger prisudviklingen for samtlige pakker. Samme pakning skal have været på markedet i mindst 2 perioder. Det betyder, at nye lægemidler ikke indgår i indekset.

Da rigtig mange lægemidler på området tilskudsmedicin går ud og ind af markedet på grund af den meget stærke konkurrence, vil det pakningsbaserede prisindeks kun udgøre en delmængde af de samlede lægemidler.

Det DDD baserede prisindeks er et indeks, der måler gennemsnitsprisen pr. 1 DDD. Dvs. der arbejdes med gennemsnitspriser på det aggregerede niveau og ikke på pakningsniveau. Den gennemsnitlige behandlingspris kan derfor være påvirket af meget andet end den egentlige pris på den enkelte pakning. F.eks. vil det DDD baserede prisindeks falde, hvis forbruget skifter fra dyre til billigere lægemidler, uagtet at prisen er den samme på den enkelte pakning. Til gengæld rummer det DDD baserede prisindeks samtlige lægemidler og ikke kun en delmængde.

## 4. Analyser af forbrugs og udgiftsudvikling

### 4.1 Forbrugs- og udgiftsudvikling indenfor de seneste 10 år

Figur 1 viser udviklingen i regionernes udgifter til medicintilskud fra 1.-3.kvt. 2004 til 1.-3.kvt. 2014. Figuren viser, at udgifterne til tilskudsmedicin fra 2004 til 2009 steg, men i perioden 2010-2013 er udgifterne faldet kraftigt. Fra 2013-2014 er de tre tidligere års kraftige udgiftsfald ophørt.

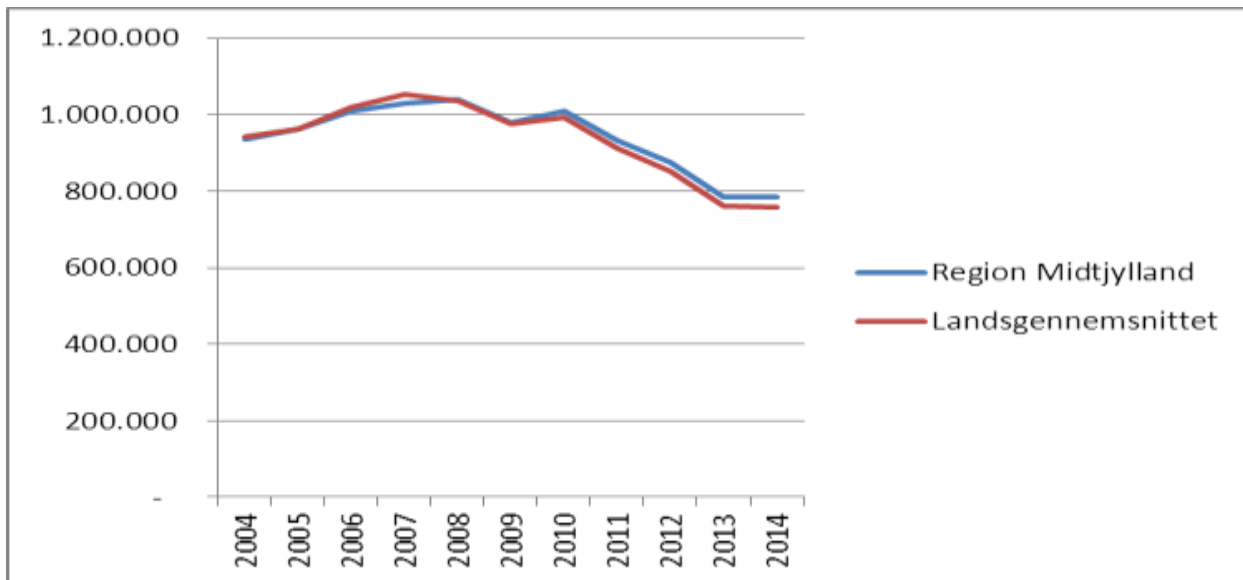
Udgiftsfaldet fra 2010 til 2013 kan opdeles i følgende hovedforklaringer:

**Intensiveret offentlig styring af tilskudsreglerne:** Sundhedsstyrelsen skal via Medicintilskudsnettet løbende revurdere tilskudsstatus for lægemidler, der sælges på de private apoteker. Der er især i de senere år sket væsentlige opstramninger i tilskudsregler, hvor lægemidler der var meget dyre, sammenlignet med andre behandlingsmæssigt ligeværdige lægemidler – enten har fået fjernet muligheden for offentligt tilskud, eller tilskuddet gives på særlige betingelser (klausuleret tilskud). Det skal dog bemærkes, at en mindre del af patienterne fortsætter på de lægemidler der ikke længere er tilskudsberettigede. Patientandelen vil derfor øges for denne patientkategori.

**Markedsvilkår:** Lægemidler der sælges på de private apoteker prissættes hver 14. dag. Apoteket skal vælge det lægemiddel der er billigst. Det danske system er i den henseende unikt og giver anledning til meget stor priskonkurrence. Derfor er markedet også meget påvirket af de aktuelle markedsvilkår, herunder patentudløb og internationale prisbevægelser. I de senere år har der været store patentudløb på en række større lægemiddelgrupper. Ligeledes har der, på grund af den finansielle krise i Europa, været et generelt nedadgående pres på priserne.

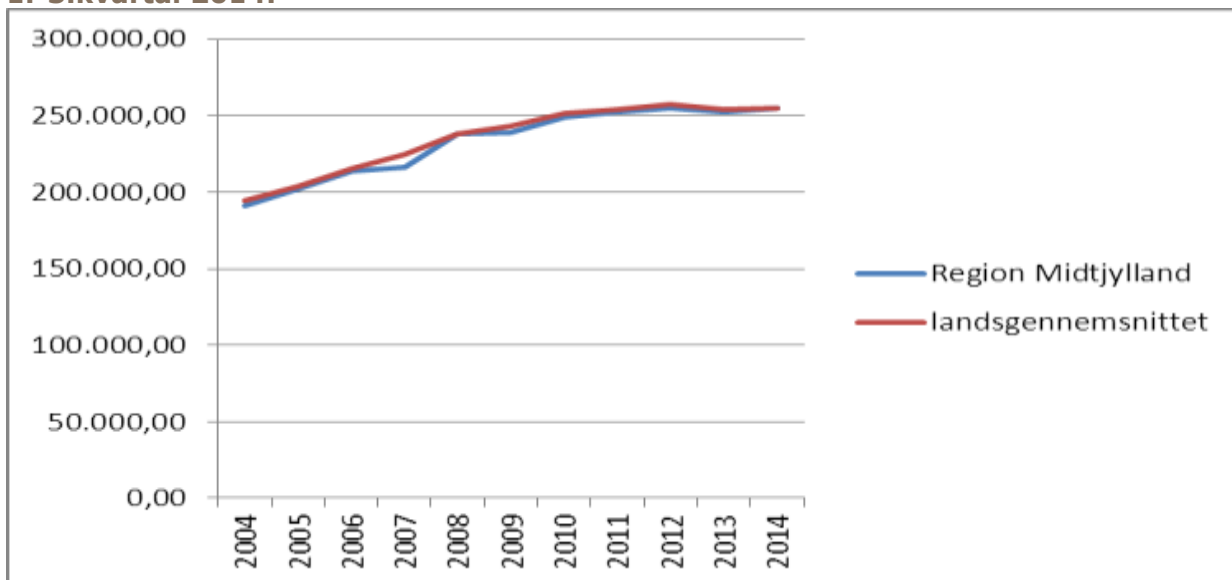
**Forbrug:** Forbruget af medicin stiger ikke så meget som det gjorde i 00'erne, hvor forbrugsstigningerne kunne være op til 8%.

**Figur 1: Udvikling i tilskud pr 1000 sikrede til lægemidler landsgennemsnittet og Region Midtjylland 1.-3.kvartal 2004 til 1.-3.kvartal 2014**



Kilde: TARGIT

**Figur 2: Udvikling af forbrug pr 1000 sikrede (DDD) af lægemidler, tilskudsberettigede- landsgennemsnittet og Region Midtjylland 1.-3. kvartal 2004 til 1.-3.kvartal 2014.**



Kilde: TARGIT

## 4.2 Forbrugs- og udgiftsudvikling indenfor det seneste år

Fra 1.-3.kvartal 2013 til 1.-3.kvartal 2014 er det kraftige udgiftsfald, som man så fra 2010-2013, fik vendt til en beskeden udgiftsstigning på 0,6%. Årsagen til denne kursændring er især:

- færre patentudløb end tidligere
- begrænset udgiftsdæmpende effekt af tilskudsændringer,
- prisstigninger
- anvendelse af nye og dyrere lægemidler.

Ligeledes har der været en lidt højere forbrugsstigning i 2014 i forhold til det foregående år.

Der vil blive redegjort nærmere for dette i nedenstående afsnit. Sidst i afsnittet specificeres udgifter og forbrug på de enkelte lægemiddelgrupper. Opgørelser over udgifter, forbrug og antal patienter i behandling, Top 15, fremgår af bilagene tabel A, B og C. Opgørelser over ændringer i tilskudsregler og patentudløb fremgår af tabel D og E.

### 4.2.1. Patentudløb

I 2012 og 2013 er der opgjort prisfald i direkte forlængelse af patentudløb på henholdsvis 97 mio. kr. i 2012 og 49 mio. kr. i 2013. I 2014 er der indtil dags dato opgjort prisfald i direkte forlængelse af patentudløb på ca. 15 mio. kr. (især escitalopram)

Der var tidligere forventet et yderligere prisfald i 2014 på duloxetin (antidepressiva) som følge af patentudløb. Dette har imidlertid ikke fundet sted, da lægemidlet endnu ingen generisk konkurrence har, på trods af det officielle patentudløb i januar 2014. Dette kan skyldes, at præparatet stadig er patentbeskyttet i USA eller at der er søgt SPC-forlængelse.

Der kommer et muligt patentudløb på Paliperidon (antipsykotika) ultimo 2014, som dog tidligst får effekt i løbet af 2015.

Mens der kan foretages opgørelser bagudrettet omkring priseffekt af patentudløb, er det generelt forbundet med betydelige vanskeligheder at opgøre eventuel effekt af patientudløb fremadrettet (se også afsnit om patentudløb under afsnittet om begreber).

### 4.2.2 Tilskudsændringer

I november 2013 trådte tilskudsændringer på diabeteslægemidler i kraft og dette er den væsentligste ændring for 2014. Det er især lægemidlet Victoza, hvor reglerne er



opstrammet. Opstramningen indebærer, at andre billigere lægemidler skal afprøves først inden Victoza ordineres (klausuleret tilskud). Regelændringen har medført en opbremsning af udgiftsvæksten for lægemidlet sammenlignet med tidligere år, men ikke et egentligt udgiftsfald.

Der er ligeledes med virkning fra maj 2014 sket ændringer i tilskudsreglerne for behandling af epilepsi, men denne ændring har endnu ikke påvirket udgifts-udviklingen.

#### **4.2.3 Nye lægemidler**

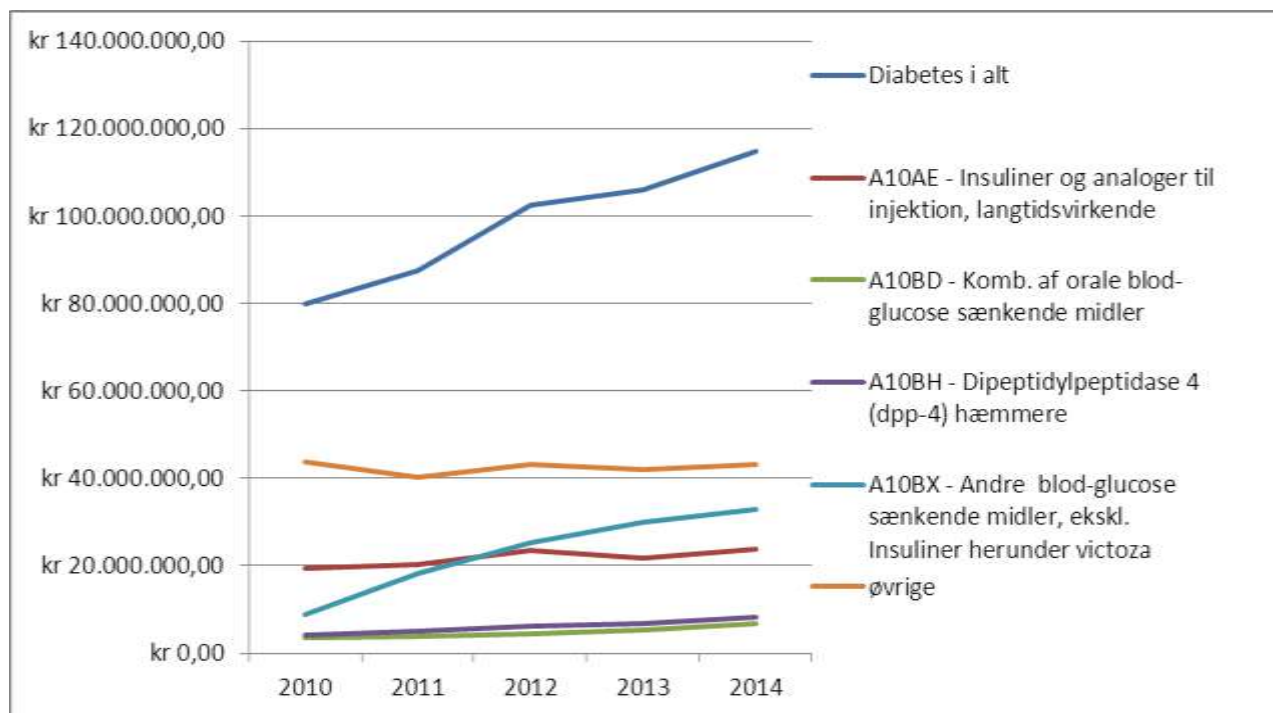
I de senere år er der fremkommet en række nye og dyrere lægemidler, især indenfor områderne blodfortyndende lægemidler og diabetes. Det må forventes at udgifterne til disse lægemidler stiger.

##### *Lægemidler til behandling af diabetes:*

Indenfor de seneste 5 år ses især en vækst af lægemidlet Victoza. Lægemidlet er et relativt nyt lægemiddel som sænker blodsukkeret og lægemidlet kan samtidig give vægttab.

Lægemidlet er imidlertid relativt dyrt sammenlignet med andre lægemidler indenfor diabetesområdet. Indenfor det seneste år har forbrugs- og udgiftsstigningen til lægemidlet ikke været helt så voldsom som tidligere. Som det fremgår af afsnit 4.2.2 skyldes opbremsningen en opstramning i tilskudsreglerne, hvor lægemidlet nu ikke længere har generelt tilskud, men blot klausuleret tilskud. Dette indebærer, at lægemidlet først må ordineres med tilskud når billigere alternativer har været afprøvet først.

Figur 3: Udvikling i tilskud til lægemidler til behandling af diabetes 1.-3.kvartal 2010 til 1.-3.kvartal 2014. Kilde: TARGIT



#### Blodfortyndende lægemidler:

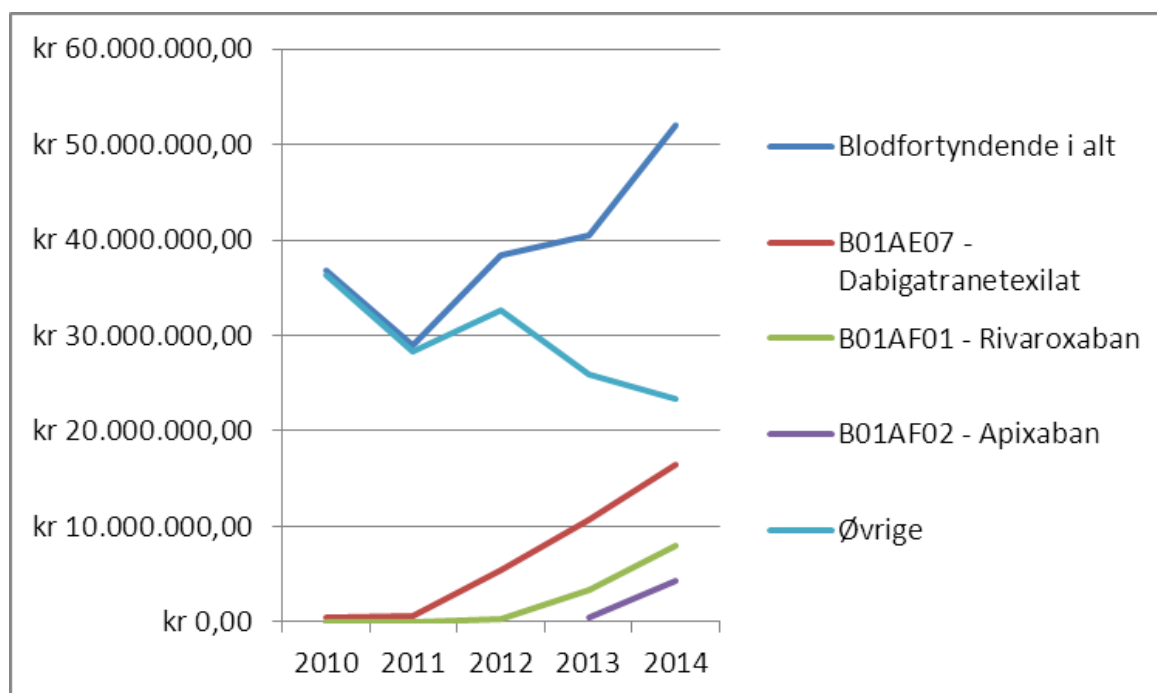
Der ses en meget stor stigning i udgifterne til de tre nye blodfortyndende lægemidler dabigatranexilat (Pradaxa), rivaroxaban (Xarelto) og apixaban (Eliquis).

Ifølge vejledning fra RADS skal først vurderes om warfarin ud fra en samlet individuel vurdering samt den behandlingsmæssige kvalitet er det rigtige lægemiddelvalg.

Hvis ikke warfarin vurderes som et godt lægemiddelvalg, vurderes om det rigtige lægemiddelvalg er rivaroxaban, apixaban eller dabigatran.

Specialistgruppen i Region Midtjylland har efterfølgende vurderet, at rivaroxaban er 1. valg i Region Midtjylland

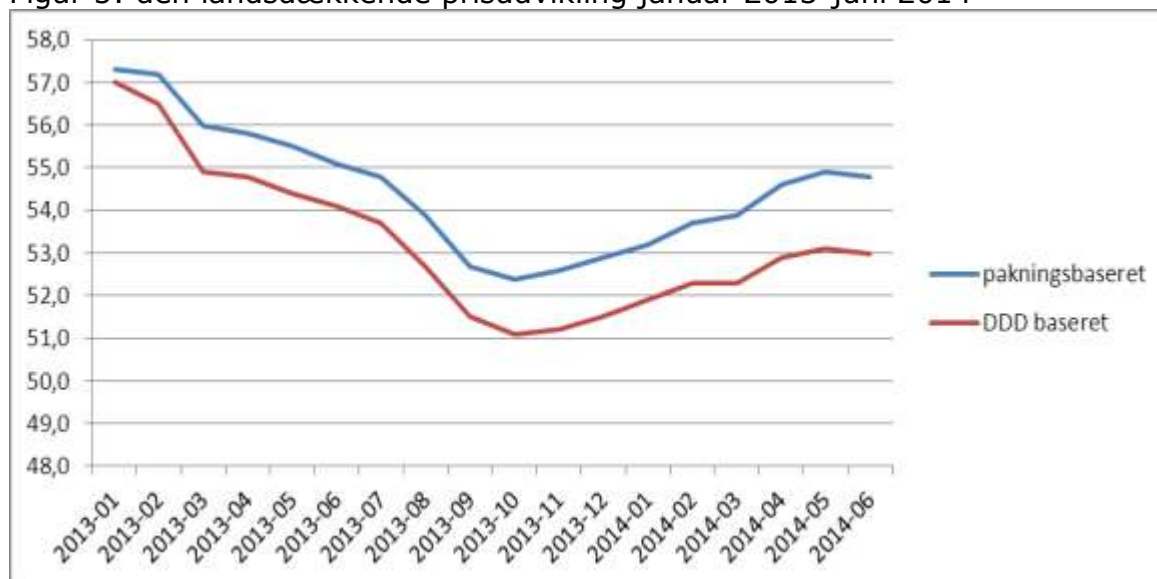
**Figur 4: Udvikling i tilskud til blodfortyndende lægemidler 1.-3.kvartal 2010 til 1.-3.kvartal 2014**



Kilde: TARGIT

#### 4.2.4 Prisudviklingen

**Figur 5: den landsdækkende prisudvikling januar 2013-juni 2014**



Kilde: Statens Seruminstitut

Ovenstående figur viser prisudviklingen fra januar 2013 til juni 2014 på området tilskudsmedicin for hele landet. Prisudviklingen er baseret på de to landsdækkende prisindeks a) det DDD baserede prisindeks og b) det pakningsbaserede prisindeks. Der er fordele og ulemper ved de to prisindekser (jfr. afsnittet om begreber)

Pointen er, at begge prisindekser følger det samme mønster. Begge prisindekser viser kraftige prisfald i 2013 især fra medio juli og frem, mens der har været prisstigninger i 2014. De landsdækkende prisindekser er alene opdateret frem til medio 2014. Mere opdaterede opgørelser til og med september 2014 alene fra Region Midtjylland (DDD baseret prisindeks) viser, at priserne ikke stiger helt så meget som i starten af året.

#### **4.2.5 Forbrug (DDD)**

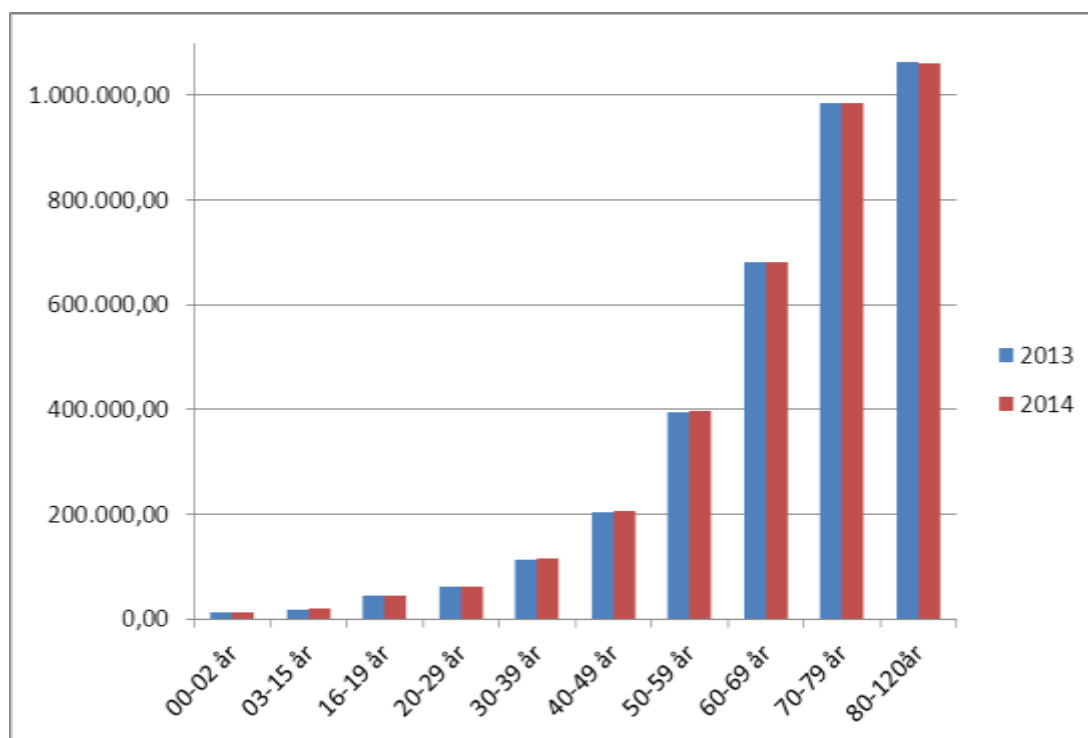
Forbruget af medicin (DDD) er steget med 2,2% fra 2013-2014. Især i de seneste måneder af 2014 er forbruget steget meget. Forbrugsstigningen er højere fra 2013-2014 end året før, men beskedent sammenlignet med i 0'erne, hvor væksten var op imod 8%. En del af væksten er dog ikke en reel forbrugsvækst, men skyldes at svage smertestillende lægemidler i store pakninger tidligere kunne købes i håndkøb på apotekerne. Dette er ikke længere muligt, og medicinen skal nu købes på recept. Det betyder i praksis, at store pakninger af svage smertestillende lægemidler nu indgår i regionernes opgørelser af lægemiddelforbrug, hvor det ikke tidligere var tilfældet. Hvis man korrigerer herfor, er den reelle forbrugsvækst 1,3%, hvilket er relativt beskedent, set i lyset af at andelen af patienter over 70 år, som er den aldersgruppe der køber mest medicin i Region Midtjylland fra 3.kvt. 2013 til 3. kvt. 2014 er steget med 4%. Således ligger forbrugsstigningen lavere, end hvad der måtte forventes, set i lyset af den demografiske udvikling med flere ældre.

Det bemærkes, at de svage smertestillende lægemidler ikke er særligt dyre, men der skal dog medtages en afledt effekt i almen praksis til aktivitetsstigning i forhold til receptfornyelser.

I nedenstående opgørelse vises forbrug pr 1000 sikrede fordelt på alder i Region Midtjylland fra 2013-2014. Figuren viser, at forbruget er svagt stigende hos aldersgruppen 50-59 år, mens medicinforbruget falder for aldersgruppen 70 år og ældre. Målgruppen 70 år og ældre er også den aldersgruppe, der i forvejen indtager mest medicin.

En årsag til at forbruget falder hos de ældre kan muligvis være, at der i de senere år er blevet mere fokus på patienter der indtager meget medicin (polyfarmacipatienter) og at der gennemføres flere indsatser – f.eks. medicingennemgange i såvel hospitalsvæsen som praksissektor. Det er dog ikke muligt at dokumentere effekt af medicingennemgange, da medicingennemgange aktuelt ikke registreres.

Fig. 6: Forbrug (DDD) pr 1000 sikrede i Region Midtjylland fordelt på alder jan.-sept. 2013- jan-sept 2014.



Kilde: TARGIT

#### 4.2.6. De 15 mest udgiftstunge lægemidler – økonomi, forbrug og antal patienter i behandling

Tabel A-C i bilaget viser top 15 for lægemiddelgrupperne med de højeste udgifter i Region Midtjylland i 1.-3.kvartal 2014 sammenlignet med 1.-3.kvartal 2013. Der måles på udgifter, forbrug og antal patienter i behandling.

Tabel A viser, at de højeste udgifter til tilskudsmedicin i Region Midtjylland ses indenfor områderne KOL/astma og diabetes. Disse to lægemiddelgrupper udgør tilsammen mere end 25% af de samlede udgifter til tilskudsmedicin. I de to lægemiddelgrupper indgår der meget relativt dyr medicin, (sammenlignet med andre lægemidler indenfor praksissektoren) og det gives til en stor gruppe af kroniske patienter.

Der ses igen en udgiftsstigning til lægemidler til behandling af ADHD og udgiftsstigningen er lidt større i Region Midtjylland end landsgennemsnittet. Dette skyldes tre ting: at priserne der faldt kraftigt i 3.kvartal 2013 er steget i 2014 og nu

| igen er tilbage på det samme niveau som før prisfaldet 2) at lidt flere patienter sættes i behandling i Region Midtjylland end i de øvrige regioner (jfr Tabel C) 3) at et nyt lægemiddel er taget i brug.

Ligeledes ses en stærk vækst i udgifterne til nye blodfortyndende lægemidler. Denne udvikling er der allerede redegjort for under afsnittet nye lægemidler.

Af øvrige nye udviklingstendenser kan især påpeges det meget store udgiftsfald på lægemidler til behandling af depression, hvilket skyldes en kombination af patentudløb og færre patienter i behandling.

Forbrugsstigningen på smertestillende lægemidler i 1.-3.kvartal 2014 skyldes især en stigning for svage smertestillende lægemidler. Dette skyldes en lovændring pr. 1. oktober 2013, hvor større pakninger af svage smertestillende lægemidler ikke længere kan købes i håndkøb. Der er efterfølgende set, at dette har udløst en højere frekvens af udskrivning af recepter til paracetamol (svagt smertestillende lægemiddel). Selvom der er kommet flere recepter, har dette ikke medført øgede udgifter til tilskud. Udgiftsfaldet på smertestillende lægemidler generelt set skyldes prisfald.

Udgiftsniveauet i Region Midtjylland ligger 4% højere end landgennemsnittet (indeks 104). Årsagen er især højere udgifter til lægemidler til behandling af ADHD, epilepsi og antidepressiva (jfr tabel A). Til gengæld ligger forbrugsniveauet lidt lavere end landsgennemsnittet (indeks 99).

## 5. Indsatser

Der er igangsat en række indsatser med henblik på:

- Bedre patientsikkerhed/kvalitet i behandlingen
- Bedre lægemiddeløkonomi

Det skal bemærkes, at flere af indsatserne kan have begge formål. Det noteres bl.a., at der ikke iværksættes indsatser med fokus på bedre lægemiddeløkonomi, hvis det giver anledning til ringere patientbehandling. Ligeledes noteres, at høj kvalitet i behandling meget vel kan hindre unødigt hospitalisering og dermed, for det samlede sundhedsvæsen, kan være økonomisk fornuftigt.

Nogle af indsatserne er igangsat som følge af analyserne i forudgående afsnit der har kortlagt et behov for en indsats (f.eks. ADHD og antidepressiva), mens andre indsatser er fastlagte på baggrund af konstaterede patientsikkerhedsmæssige problemstillinger rejst af Sundhedsstyrelsen, medier eller andre.

Der er igangsat indsatser med henblik på:

- at undersøge, hvad der ligger bagved, at nogle patienter doseres med medicin i mængder, som er forskellige fra vejledende retningslinjer, som for eksempel Sundhedsstyrelsen
- at begrænse forbrug af lægemidler, som har særligt mange bivirkninger f.eks. udvalgte gigtmidler og bredspektret antibiotika med risiko for udvikling af resistens.
- at udrede og eventuelt iværksætte indsatser indenfor KOL/Astma området (økonomi og kvalitet).
- at begrænse forbruget af afhængighedsskabende lægemidler.
- at fremme ensartet anvendelse af lægemidler på tværs af regioner.

### 5.1 ADHD

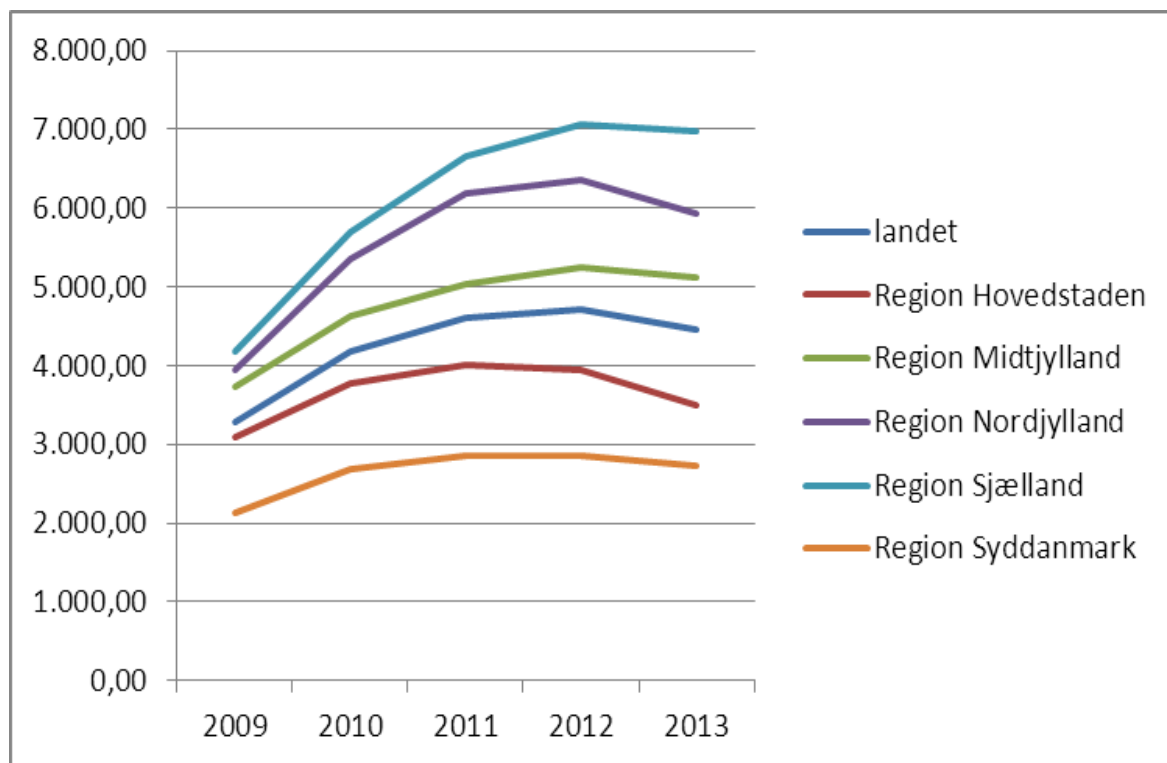
Som det fremgår af afsnit 4.2.6 ligger udgifterne til lægemidler til behandling af ADHD i Region Midtjylland væsentligt over landsgennemsnittet. Region Midtjylland har på den baggrund i de seneste år, ad flere omgange rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen med henblik på udarbejdelse af landsdækkende retningslinjer. Retningslinjernes primære formål er at sikre en mere ensartet klinisk praksis på tværs af regioner. Sundhedsstyrelsen gik for ca. 2 år siden i gang med arbejdet og nedsatte to arbejdsgrupper til udarbejdelse af retningslinjer for henholdsvis børn/unge og voksne.

Retningslinjerne for børn/unge er udsendt til regionerne og drøftet i specialistgruppen. Specialistgruppen melder tilbage, at retningslinjerne er i overensstemmelse med gældende klinisk praksis i regionen og at der ikke er behov for yderligere implementering.

Som det fremgår af nedenstående figur 6 og 7 er det især behandling af voksne, hvor der er meget store forskelle imellem Region Midtjylland og de øvrige regioner. Hovedfokus i forhold til implementering af retningslinjerne i forhold til sikring af mere ensartet klinisk praksis på tværs af regioner vil derfor især være relevante for voksen-

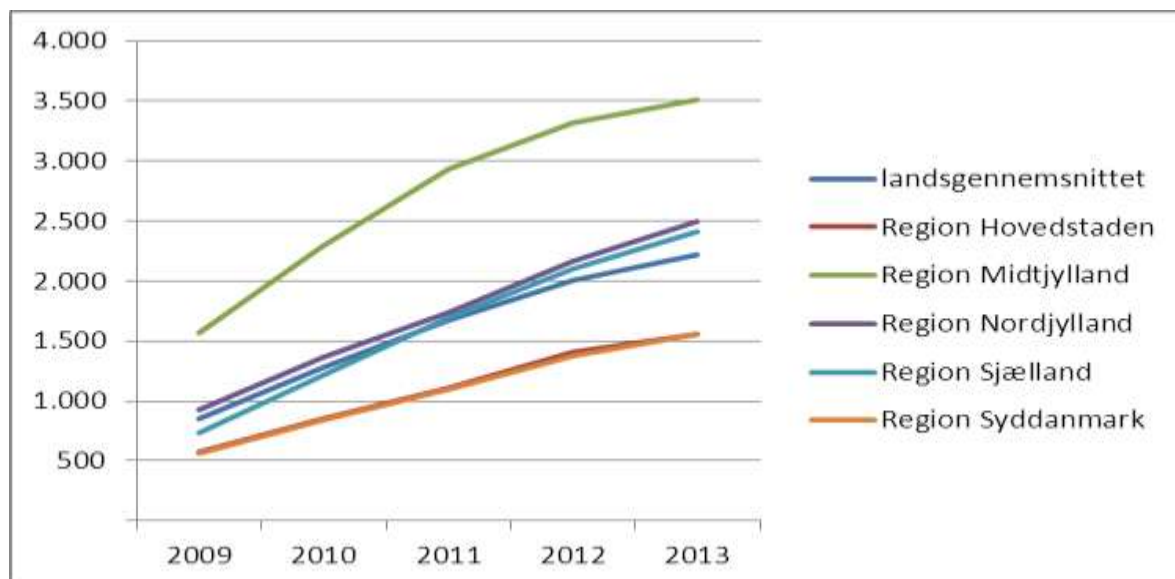
målgruppen. Retningslinjerne for voksne er netop sendt i høring og vil blive drøftet i relevant specialistgruppe.

**Figur 7: Forbrug (DDD) pr 1000 indbyggere til behandling af ADHD børn og unge (0-18 år) 2009 til 2013 fordelt på regioner og landsgennemsnittet**





**Figur 8: Forbrug (DDD) pr 1000 indbyggere til behandling af ADHD voksne (o/18 år) 2009 til 2013 fordelt på regioner og landsgennemsnittet**



## 5.2 Antidepressiva

På trods af et faldende forbrug i de senere år ligger forbruget af antidepressiva fortsat højt i Region Midtjylland, sammenlignet med de øvrige regioner. Der er derfor udarbejdet en større datarapport på området, som er drøftet imellem specialistgruppen og Den Regionale Lægemedelkomité. På den baggrund har Den Regionale Lægemedelkomité på sit møde 29. september 2014 besluttet følgende:

1. Relevant specialistgruppe har udarbejdet en konkret udmøntning af den nationale rekommandation for udtrækning af patienter i antidepressiv behandling.
2. Der udarbejdes en kort og præcis oplysningskampagne om hensigtsmæssig brug af antidepressiva. Kampagnen skal udarbejdes i samarbejde med almen praksis.

RADS har udarbejdet en vejledning, der er på vej i høring.

## 5.3 Besparelsespotentiale ved nye lægemidler – blodfortyndende lægemidler og diabetes

Som det fremgår af afsnit 4.2.3 ses en stor vækst i forbruget af nye lægemidler. Der er i nogle tilfælde tale om bedre lægemidler og er udtryk for et behandlingsmæssigt fremskridt. Imidlertid findes der mange præparater der ligner hinanden blandt de nye lægemidler og der er derfor fokus på, at sikre faglig og økonomisk rationelt lægemiddelvalg.

### *Blodfortyndende lægemidler.*

Som det fremgår af tidligere afsnit, ses en stor vækst i udgifterne til blodfortyndende lægemidler. Warfarin er billigere end de nyere lægemidler og der er større erfaring med lægemidlet.

Som det fremgår af tidligere afsnit har Rads besluttet, at Warfarin skal prøves først inden anvendelse af de nye blodfortyndende lægemidler. Af de nye blodfortyndende lægemidler har specialistgruppen i Region Midtjylland besluttet, at Rivaroxaban (Xarelto) er 1. valg.

Region Midtjylland har orienteret almen praksis via Medicinnyt (orienteringskrivelse til de praktiserende læger) i oktober om behandlingsvalgene. Ligeledes har Institut for Rationel Farmakoterapi (en enhed under Sundhedsstyrelsen, der arbejder med rationel anvendelse af lægemidler) i efteråret 2014 iværksat en større landsdækkende kampagne om blodfortyndende lægemidler.

### *Diabetes.*

Der udvikles mange nye lægemidler på diabetesområdet. Analysegruppen undersøger, i samarbejde med specialistgruppen, om der er mulige rationaliseringsgevinster.

## **5.4 Astma/KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse)**

Medicin til behandling af astma/KOL er det største udgiftsområde i praksissektoren i Region Midtjylland (jfr. tabel A). Der skønnes at være rationaliseringsgevinster indenfor området – både økonomisk og kvalitetsmæssigt.

Den Regionale Lægemiddelkomite har nedsat en planlægningsgruppe til at udarbejde et forslag til en indsats ud mod primærsektoren. I planlægningsgruppen arbejdes med følgende mulige indsatser:

- møder med fokus på diagnostik og samarbejde om patienterne
- patientmateriale til at skærpe opmærksomhed på behandlingen
- at anbefalinger fra specialistgruppen om brug af easyhaler udbredes

## **5.5 Øvrige indsatser:**

- Antibiotika: Der er et stigende forbrug af bredspektrede antibiotika i Region Midtjylland, selvom der generelt set er et lavt forbrug af antibiotika sammenlignet med landsgennemsnittet (jævnfør tidligere afsnit). Især bredspektrede antibiotika kan medføre resistens og udgør et patientsikkerhedsmæssigt problem. Der vil blive udarbejdet et temanummer i næstkommende Medicinnyt om emnet.
- Benzodiazepiner: I henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for behandling med afhængighedsskabende lægemidler fremgår, at det bør tilstræbes, at benzodiazepiner kun anvendes i op til 4 uger, da der ellers kan udvikles

afhængighed. Forbruget er fortsat faldende og Region Midtjylland har det laveste forbrug af alle regioner.

Region Midtjylland drøfter generelt problematikker omkring afhængigheds-skabende lægemidler med Embedslægeinstitutionen og vil tage eventuelle problematikker op her.

- **Gigt:** Der har været et stort fokus på patientsikkerheden ved anvendelse af gigtmidler. Der har specielt været fokus på brug af diclofenac, et middel med stor risiko for hjerte-/karbivirkninger, især for ældre. Forbruget af gigtmidler og især diclofenac er faldende. Der vil blive lavet en opfølgning, når vi har tal fra hele året, hvorefter indsatsen foreslås afsluttet.  
Medicintilskudsnævnet har foreslået, at tilskuddet fjernes for alle lægemidler indenfor området, på nær Ibuprofen og naproxen (de lægemidler der anbefales i Region Midtjylland), da Ibuprofen og Naproxen har mindst bivirkningsrisiko.
- **Morfin/oxycodon:** Da der er større risiko for misbrugspotentiale ved visse administrationsformer af oxycodon, besluttede Den Regionale Lægemeddelkomité i juni 2013, at anbefale morfin af faglige og patientsikkerhedsmæssige grunde. Der vurderes ikke længere at være et behov for at gennemføre generelle kampagner på området.  
Region Midtjylland drøfter generelt problematikker omkring afhængigheds-skabende lægemidler med Embedslægeinstitutionen, og vil tage eventuelle problematikker op her.
- **Antipsykotika:** Der blev i foråret 2014 forelagt en rapport for regionsrådet omkring medicinsk behandling af antipsykotika. Foreløbige resultater viste, at der muligvis var en gruppe patienter der fik doser over det anbefalede niveau. Analysegruppen kigger nærmere på problemstillingen. Analysegruppen er suppleret af lægefaglige kompetencer i psykiatri og almen praksis

## 6. Bilag

**Tabel A: Udgiftsniveau og udgiftsændring i Region Midtjylland 1.-3.kvartal 2013 og 1.-3.kvartal 2014 sammenlignet med DK. Tabellen viser top 15 af de mest udgiftstunge lægemidler.**

ATC	Lægemiddel Gruppe	RM Mio. kr. 1-3.kvt 2013	RM Mio. kr. 1.-3.kvt 2014	RM Vækst i %	Landsgennem snittet Vækst %	Udgift Pr. 1000 sikrede Indeks (landsgennem snittet =100)
R03	Midler mod obstruktiv lungesygdom (KOL/Astma)	153,3	154,9	1,1%	1,4%	102
A10	Diabetesmidler	105,9	114,7	8,4%	7,2%	100
N06B	Lægemidler til behandling af ADHD	62,4	70,5	12,9%	8,7%	152
N05	Antipsykotika (lægemidler mod psykoser)	66,2	62,5	-5,6%	-6,2%	99
N03	Epilepsi	51,2	55,0	7,5%	8,2%	115
B01	Blodfortyndende lægemidler	40,5	52,0	28,6%	25,0%	89
N02	Smertestillende	52,6	46,4	-11,8%	-11,6%	98
G03	Kønshormoner herunder fertilitetsbehandling	34,4	34,0	-1,2%	1,9%	102
N06A	Midler mod depression	41,1	30,2	-26,6%	-26,8%	114
C10	Kolesterolsænkende midler	25,9	27,8	7,1%	3,7%	101
N04	Anti-parkinson midler	24,9	25,7	3,0%	5,1%	90
J01	Antibiotika	25,1	24,2	-3,8%	-1,6%	97
G04	Urinvejssygdomme mv	26,3	24,1	-8,4%	-8,2%	104
C03	Vanddrivende (diuretika)	17,3	16,8	-3,0%	-2,2%	96
A07	Midler mod diarre og tarminflammation/-infektioner	14,8	15,2	2,6%	1,2%	103
Total	Top 15	742,2	754,2	1,5%	1,2%	104
Total	Øvrige	224,8	218,8	-2,9%	-2,7%	104
	I alt	967,0	973,0	0,6%	0,6%	104

Note:

- a) Der er korrigeret for en datafejl i RM i april 2014 på totaltallene på 3 mio. kr. i såvel RM tal som landstal

**Tabel B: Mængdeniveau og mængdeændring (DDD) i Region Midtjylland 1.-3.kvartal 2013 og 1.-3.kvartal 2014 sammenlignet med DK. Tabellen viser top 15 af de mest udgiftstunge lægemidler.**

ATC	Lægemiddel Gruppe	RM Mio. DDD	RM Mio. DDD	RM	Landsgennem snittet	Forbrugs-niveau Pr. 1000 sikrede
		1-3.kvt 2013	1.-3.kvt 2014	Vækst i %	Vækst %	Indeks (landsgennem snittet =100)
R03	Midler mod obstruktiv lungesygdom (KOL/Astma)	19,9	20,0	0,6%	0,7%	102
A10	Diabetesmidler	16,6	16,9	1,7%	0,7%	97
N06B	Lægemidler til behandling af ADHD	3,7	3,9	6,7%	4,4%	147
N05	Antipsykotika (lægemidler mod psykoser)	4,0	3,9	-2,0%	-1,3%	90
N03	Epilepsi	6,0	6,3	5,2%	4,0%	114
B01	Blodfortyndende lægemidler	26,1	25,4	-2,7%	-2,4%	94
N02	Smertestillende	14,3	17,5	23,1%	23,4%	94
G03	Kønshormoner herunder fertilitetsbehandling	4,7	4,2	-9,7%	-10,3%	94
N06A	Midler mod depression	29,1	27,8	-4,6%	-4,5%	111
C10	Kolesterolsænkende midler	42,8	45,7	5,2%	6,8%	104
N04	Anti-parkinson midler	1,4	1,5	1,1%	0%	100
J01	Antibiotika	4,3	4,2	-2,1%	-3,4%	94
G04	Urinvejssygdomme mv	6,0	6,3	5,0%	5,3%	102
C03	Vanddrivende (diuretika)	27,9	27,5	-1,5%	-2,6%	88
A07	Midler mod diarre og tarminflammation/-infektioner	1,6	1,6	2,4%	4,3%	99
Total	Top 15	208,4	212,7	2,0%	1,6%	99
Total	Øvrige	173,9	178,2	2,4%	2,5%	99
	I alt	382,3	390,9	2,2%	2,0%	99

**Tabel C: Andel af patienter i behandling i % i Region Midtjylland i 2010 til 2013 sammenlignet med DK 2013. Tabellen viser de 15 mest udgiftstunge områder.**

ATC	Lægemiddelgruppe	RM			Landsgennemsnittet
		2011	2012	2013	2013
R03	Midler mod KOL astma	7,9%	7,8%	7,6%	7,8%
A10	Diabetes	3,6%	3,8%	3,9%	4,1%
N05A	Antipsykotika	2,0%	2,1%	2,2%	2,3%
N06B	Lægemidler til behandling af ADHD	0,8%	0,9%	0,9%	0,7%
N02	Smertestillende	12,4%	12,5%	14,5%	14,4%
N03	Epilepsi	2,5%	2,7%	2,8%	2,6%
N06A	Depression	9,1%	9,0%	8,6%	7,9%
B01	Blodfortyndende lægemidler	9,6%	9,6%	9,6%	9,6%
G03	Kønshormonbehandling (herunder fertilitetsbehandling)	12,0%	11,8%	11,7%	11,6%
G04	Midler til behandling af urinvejssygdomme	3,0%	3,0%	3,2%	3,3%
J01	Antibiotika	29,2%	26,8%	25,9%	28,6%
C10	Kolesterolsænkende midler	11,0%	11,3%	11,3%	11,0%
N04	Anti-parkinson	6,6%	6,8%	6,9%	6,7%
C03	Vanddrivende	8,3%	8,1%	7,8%	8,4%
A07	Midler mod diare og tarminflammation/-infektion	13,1%	12,9%	13,3%	13,4%

**Tabel D: Patentudløb på tilskudsberettigede lægemidler. Tabellen viser en oversigt over lægemidlernes tilskud samt deres effekt (eller forventede effekt) de efterfølgende år.**

		Regnskab			Prognose	Effekt af patentudløb		
2011	Dato	2011	2012	2013	2014	2012	2013	2014 (forventet)
N05AH03 – Olanzapin	27-09-2011	39.370.551	2.785.708			-36.584.843		
C09CA03 – Valsartan	13-05-2011	157.529	188.255			-30.726		
N06DA03 – Rivastigmin	04-03-2011	3.927.743	3.845.762			-81.981		
N03AX14 – Levetiracetam	01-12-2011	12.727.971	2.169.902			-10.558.069		
S01EE01 – Latanoprost	18-07-2011	7.605.375	1.368.150			-6.237.225		
<b>2012</b>								
N05AH04 – Quetiapin	27-03-2012	56.672.158	31.687.822	20.403.242		-24.984.336	-11.284.580	
C10AA05 – Atorvastatin	01-05-2012	34.313.532	15.579.715	2.728.205		-18.733.816	-12.851.510	
G04BD07 – Tolterodin	05-09-2012	6.431.763	5.934.599	1.651.141		-497.164	-4.283.458	
<b>2013</b>						<b><u>-97.646.708</u></b>		
R03AK06 – Salmeterol mv.	07-09-2013	43.969.729	45.745.389	45.625.461	45.600.000		-119.928	-25.461
R03DC03 – Montelukast	25-02-2013	14.501.742	15.438.362	4.659.354	1.900.000		-10.779.008	-2.759.354
S01ED51 – Timolol, kombi.	06-03-2013	7.263.229	5.344.790	3.725.992	3.350.000		-1.618.798	-375.992
G04BE03 – Sildenafil	22-06-2013	7.353.784	7.840.947	4.441.449	1.200.000		-3.399.498	-3.241.449
<b>N05AE04 – Ziprasidon</b>	01-03-2013	7.053.457	7.069.941	2.319.758	650.000		-4.750.183	-1.669.758
		Regnskab			Prognose	Effekt af patentudløb		
2011	Dato	2011	2012	2013	2014	2012	2013	2014 (forventet)

N05AH03 – Olanzapin	27-09-2011	39.370.551	2.785.708			-36.584.843		
C09CA03 – Valsartan	13-05-2011	157.529	188.255			-30.726		
N06DA03 – Rivastigmin	04-03-2011	3.927.743	3.845.762			-81.981		
N03AX14 – Levetiracetam	01-12-2011	12.727.971	2.169.902			-10.558.069		
S01EE01 – Latanoprost	18-07-2011	7.605.375	1.368.150			-6.237.225		
<b>2012</b>								
N05AH04 – Quetiapin	27-03-2012	56.672.158	31.687.822	20.403.242		-24.984.336	-11.284.580	
C10AA05 – Atorvastatin	01-05-2012	34.313.532	15.579.715	2.728.205		-18.733.816	-12.851.510	
G04BD07 – Tolterodin	05-09-2012	6.431.763	5.934.599	1.651.141		-497.164	-4.283.458	
<b>2013</b>						<b><u>-97.646.708</u></b>		
R03AK06 – Salmeterol mv.	07-09-2013	43.969.729	45.745.389	45.625.461	45.600.000		-119.928	-25.461
R03DC03 – Montelukast	25-02-2013	14.501.742	15.438.362	4.659.354	1.900.000		-10.779.008	-2.759.354
S01ED51 – Timolol, kombi.	06-03-2013	7.263.229	5.344.790	3.725.992	3.350.000		-1.618.798	-375.992
G04BE03 – Sildenafil	22-06-2013	7.353.784	7.840.947	4.441.449	1.200.000		-3.399.498	-3.241.449
N05AE04 – Ziprasidon	01-03-2013	7.053.457	7.069.941	2.319.758	650.000		-4.750.183	-1.669.758
<b>2014</b>							<b><u>-49.086.963</u></b>	
N06AB10 – Escitalopram	29-05-2014 (udløb hovedpatent ult. 2013)	26.277.957	16.160.336	10.278.586	3.200.00			-7.078.586
N06AX21 – Duloxetin	11-08-2014	18.080.060	19.905.243	17.138.099	?			Usikkert
N05AX13 – Paliperidon	06-11-2014	2.687.452	4.926.840	7.399.275	?			Usikkert
N06AX12 – Bupropion	01-12-2014	85.302	133.257	107.099	?			Usikkert



M01AH01 – Celecoxib	03-12-2014	136.001	132.717	91.618	?			Usikkert
<b>I alt 2014</b>								<b><u>-15.000.000</u></b> <b>(afhængig af</b> <b>effekt)</b>

**Table E: Effect of changed reimbursement rules from the Medication Reimbursement Committee. The table shows reimbursement and savings (effect) for selected drugs that have a large effect on the economy.**

Lægemiddelgruppe	Ikrafttrædelse	Tilskud 2011	Tilskud 2012	Tilskud 2013	Tilskud 2014 (skøn)	Effekt i 2012	Effekt i 2013	Effekt i 2014
Glucosamin - gigt	01-12-11	12.375.965	0			12.375.965		
N06AB10 - Escitalopram	05-03-12	26.277.957	16.160.336	10.278.586	3.200.000	10.117.621	5.881.750	0
Diabetesmidler	01-11-13	26.740.703	35.332.552	39.655.134	40.000.000	0	0	0
Pregabalin - epilepsi	12-05-14	29.683.792	34.724.913	37.103.493	34.200.000*	0	0	2.950.000*
Aripiprazol - antipsykotika	Afgørelse ej truffet	26.614.180	26.604.643	27.921.167	28.000.000	0	0	0
Total antipsykotika	Afgørelse ej truffet		78.111.189	73.887.615	74.026.060			
<b>I alt</b>						<b>22.493.586</b>	<b>5.881.750</b>	<b>2.950.000</b>

\* Med udgangspunkt i, at effekten er halvårlig, og at der i sidste halvår af 2014 er en anvendelsesreduktion på 20%. Der er tale om et løst skøn. Præcis beregning er af datamæssige årsager ikke mulig.