

# Lægemiddelmonitorering

## Praksissektoren, Region Midtjylland

1. kvartal 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
<b>4. DEN ØKONOMISKE UDVIKLING.....</b>	<b>6</b>
4.1 UDVIKLING I UDBETALING AFTILSKUD.....	6
4.1.1 <i>Udvikling i udbetaling af tilskud i de enkelte lægemiddelgrupper</i> .....	7
4.1.2 <i>Udgiftsniveauet er højere end landsgennemsnittet</i> .....	7
4.2 LÆGEMIDLER MED UDGIFTSFALD.....	8
4.2.1 <i>Patentudløb</i> .....	8
4.2.2 <i>Tilskudsændringer</i> .....	8
4.3 LÆGEMIDLER MED UDGIFTSSTIGNING.....	8
4.4 GENERELLE PRISÆNDRINGER.....	10
4.5 FORBRUGSUDVIKLING (MÆNGDER).....	10
4.6 FORBRUGSNIVEAU (MÆNGDER).....	11
4.7 ANTAL PATIENTER I BEHANDLING.....	11
<b>5. INDSATSER.....</b>	<b>13</b>
5.1 ASTMA/KOL (KRONISK OBSTRUKTIV LUNDELIDELSE).....	13
5.2 ADHD.....	14
5.3 MORFIN/OXYCODON.....	15
5.4 ØVRIGE INDSATSER:.....	16
<b>6. BILAG.....</b>	<b>18</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 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 de samme 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 %.

## 4. Den økonomiske udvikling

### 4.1 Udvikling i udbetaling af tilskud

Figur 1 viser udviklingen i regionernes udgifter til medicintilskud fra 1. kvartal 2004 til 1. kvartal 2014. Figuren viser, at udgifterne til tilskudsmedicin fra 2004 til 2009 steg men siden 1. kvartal 2010 er faldet. Dette gælder både i Region Midtjylland og i landet som helhed. Udgiftsfaldet fra 2011-2014 skyldes en kombination af en højere grad af offentlig styring af tilskudsreglerne og gunstige markedsvilkår i perioden.

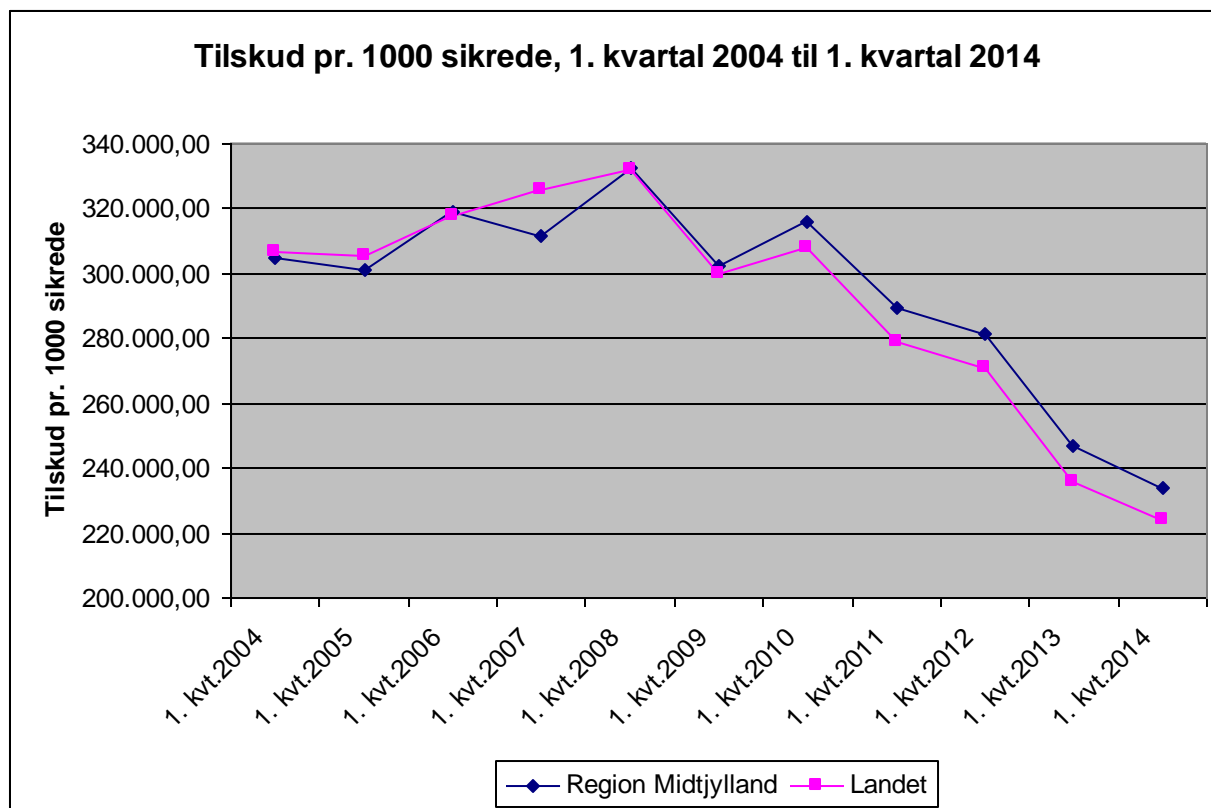
Intensiveret offentlig styring af tilskudsreglerne: Sundhedsstyrelsen skal via Medicintilskudsnevnet løbende revurdere tilskudsstatus for lægemidler der sælges på de private apoteker. Der er især i de senere år sket væsentlige opstramninger i tilskudsregler, hvor lægemidler der var meget dyre sammenlignet med andre behandlingsmæssigt lægeværdige lægemidler – enten har fået fjernet muligheden for offentligt tilskud eller tilskuddet gives på særlige betingelser (klausuleret tilskud).

Markedsvilkår: Lægemidler der sælges på de private apoteker udbydes i licitation hver 14. dag. Apoteket skal herefter sælge 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 påvirkeligt af de aktuelle markedsvilkår, herunder patentudløb og internationale prisbevægelser.

Øvrige forhold der påvirker udgifterne er f.eks. udvikling af bedre (men ofte også dyrere) lægemidler og ændring i forbrug f.eks. hvis der kommer flere ældre.

I nedenstående gives et overblik over de aktuelle faktorer der påvirker medicinmarkedet herunder ændringer i tilskudsregler, patentudløb, den generelle prisudvikling og udvikling i nye lægemidler. Indledningsvist gives dog en mere detaljeret beskrivelse af udviklingen på de enkelte lægemiddelgrupper. Beskrivelsen er baseret på talmaterialet i bilaget.

**Figur 1: Udvikling i udbetaling af tilskud i Region Midtjylland og landet 1. kvartal 2004 til 1. kvartal 2014.**



#### 4.1.1 Udvikling i udbetaling af tilskud i de enkelte lægemiddelgrupper

Tabel A i bilaget viser top 15 for lægemiddelgrupperne med de højeste udgifter i Region Midtjylland. Der vises udgiftsniveau og udgiftsudvikling sammenlignet med landsgennemsnittet i 1. kvartal 2013 og 1. kvartal 2014.

Tabellen 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. For de to lægemiddelgrupper er der tale om relativt dyre medicin, (sammenlignet med andre lægemidler indenfor praksissektoren) der gives til en stor gruppe af kroniske patienter.

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

Ligeledes ses en stærk vækst i forbruget af nye blodfortyndende lægemidler.

#### 4.1.2 Udgiftsniveauet er højere end landsgennemsnittet

Region Midtjyllands udgiftsniveau ligger i 1. kvartal 2014 ca. 3 % over landsgennemsnittet (indeks 103). Dette skyldes især et meget højt

udgiftsniveau sammenlignet med landsgennemsnittet indenfor områderne ADHD, epilepsi og antidepressiva.

## 4.2 Lægemidler med udgiftsfald

### 4.2.1 Patentudløb

I 2014 er der patentudløb på ca. 20 lægemidler heraf 2 med relevans for praksissektoren (Escitaloprams og Duloxetin)

Imidlertid er der ingen umiddelbare økonomiske fordele forbundet hermed. Det kan skyldes flere faktorer

- Escitaloprams (Cipralext) hovedpatent er tidligere udløbet og det aktuelle patentudløb vedrører kun en særlig administrationsform, f.eks. sugetablet.
- Duloxetin (Cymbalta, Yentreve, Xeristar) har ingen generisk konkurrence. Dette kan skyldes at præparatet stadig er patentbeskyttet i USA eller at der er søgt SPC-forlængelse. De tre eksisterende produkter markedsføres alle af samme firma, Eli Lilly, og repræsenterer ikke nogen konkurrence. Samme problemstilling gør sig gældende for andre omkostningstunge præparater, som trastuzumab (Herceptin), cetuximab (Erbix) og paliperidon (Invega), hvis patent også udløber i 2014.

Aktuelt er der således ikke reel udsigt til særligt besparelespotentialer på grundlag af patentudløb i 2014. De beregnede besparelespotentialer i bilag, tabel D er patentudløb fra 2013, som allerede er udløbet med årseffekt i 2014.

### 4.2.2 Tilskudsændringer

I november 2013 trådte tilskudsændringer på diabeteslægemidler i kraft. En oversigt over lægemidler med tilskudsændringer findes i bilag, tabel E.

Den væsentligste ændring i 2014 er ændring i tilskudsregler for lægemidler til behandling af diabetes. 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 kraftig opbremsning af udgiftsvæksten for lægemidlet, men ikke et egentligt udgiftsfald.

## 4.3 Lægemidler med udgiftsstigning

### 4.3.1 – Nye lægemidler

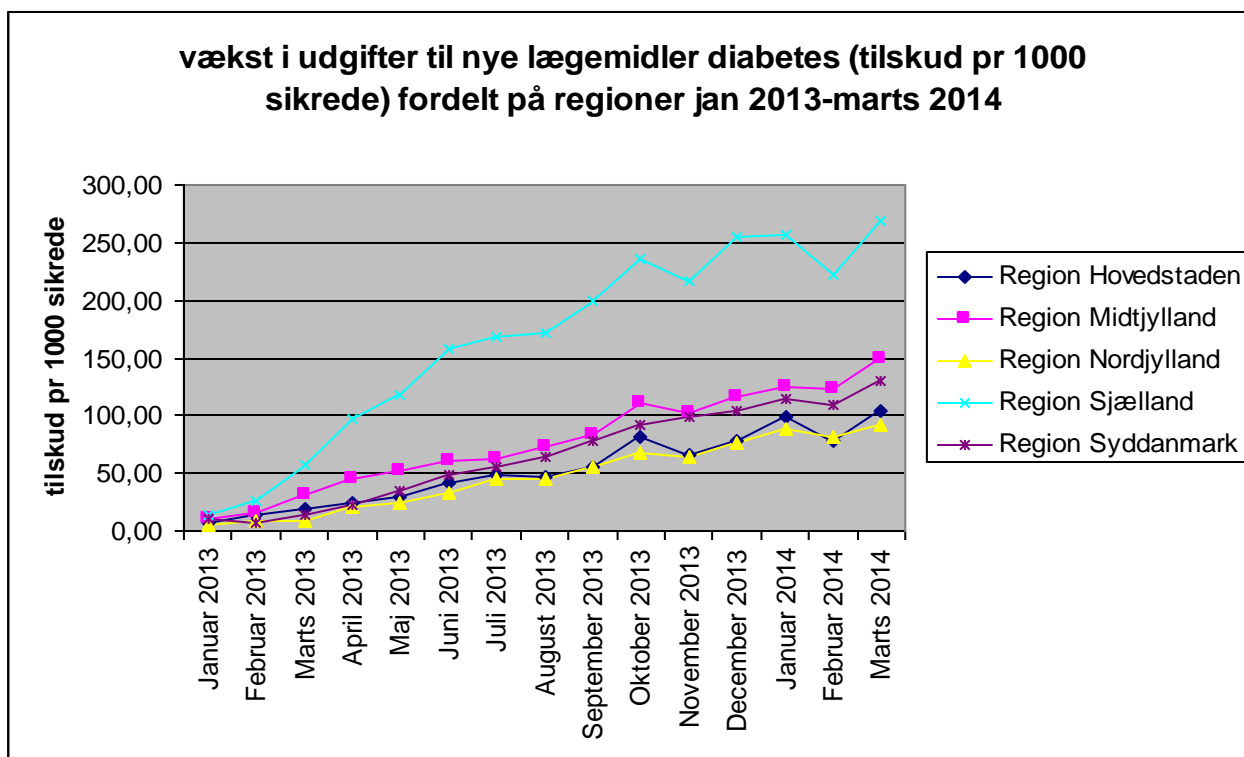
Udgiften til nye lægemidler, især blodfortyndende lægemidler og midler mod diabetes, er fortsat stigende (se figur 2a og 2b nedenfor).

Det forventes, at udgiftsstigningen til blodfortyndende lægemidler, i praksissektoren, i løbet af 2014 vil blive mere moderat. Det skyldes især nye retningslinjer fra Rådet for dyr sygehusmedicin (RADS) der indebærer, at den vederlagsfri udlevering af flere af de nye blodfortyndende lægemidler forlænges til op til 35 dage.

Forbruget af blodfortyndende medicin er dog lavt i Region Midtjylland sammenlignet med de andre regioner (se figur 2b nedenfor).



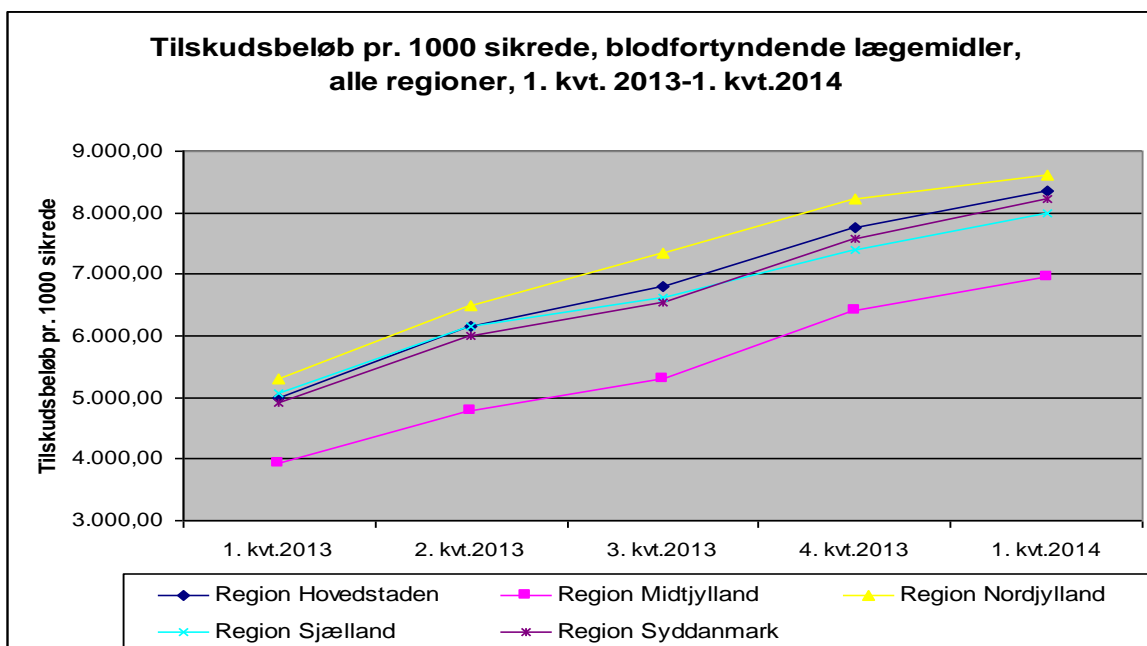
**Figur 2a: Udvikling i tilskudsbeløb (udgift) pr. 1000 sikrede til nye diabetesmidler i alle regioner i 1. kvartal 2013 til 1. kvartal 2014.**



Kilde: TARGIT

Note: figuren viser udvikling i tilskud pr DDD for Alogliptin, Dapaglifoxin og Lixisenatid

**Figur 2b: Udvikling i tilskudsbeløb (udgift) pr. 1000 sikrede til nye blodfortyndende lægemidler i alle regioner i 1. kvartal 2013 til 1. kvartal 2014.**



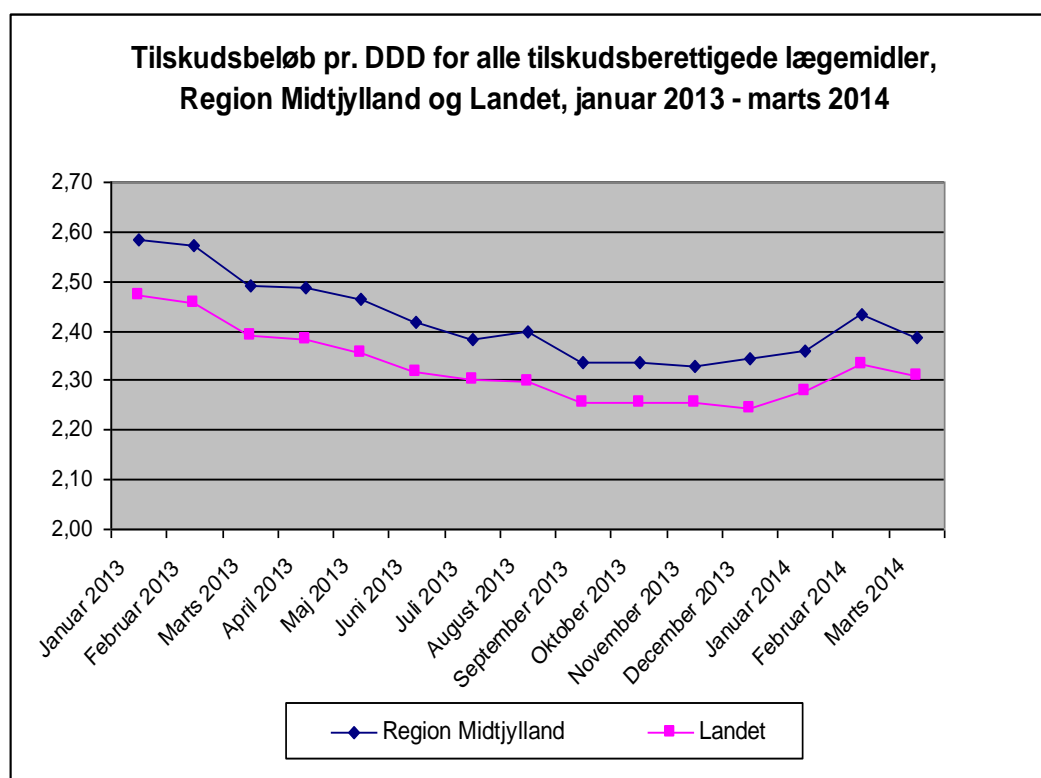
Kilde: TARGIT

Note: Figuren viser udvikling i tilskud pr DDD for Ticagrelor, Dabigatranetexilat, Rivaroxaban og Apixaban

#### 4.4 Generelle prisændringer

Som det fremgår af nedenstående figur faldt priserne på lægemidler i 2013 rigtig meget. Årsagen var - ifølge Lægemedelindustriforeningen - at krisen i Sydeuropa medførte store prisfald. Dermed gav det mulighed for opkøb af billige lægemidler i Sydeuropa til videresalg i Nordeuropa via parallelimport. Figur 3 viser den gennemsnitlige behandlingspris fra januar 2013 til marts 2014. Figuren viser fald i prisen i hele 2013. Som det fremgår af nedenstående figur falder priserne ikke længere men er begyndt at stige. Dermed er der usikkerhed om den fremtidige prisudvikling i 2014. Prisaftalen imellem Lægemedelindustriforeningen (LIF) og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse skal genforhandles ultimo 2014.

**Figur 3: Behandlingspris (Tilskudsbeløb pr. DDD) for alle tilskudsberettigede lægemidler i Region Midtjylland og hele landet, fra januar 2013 til marts 2014.**

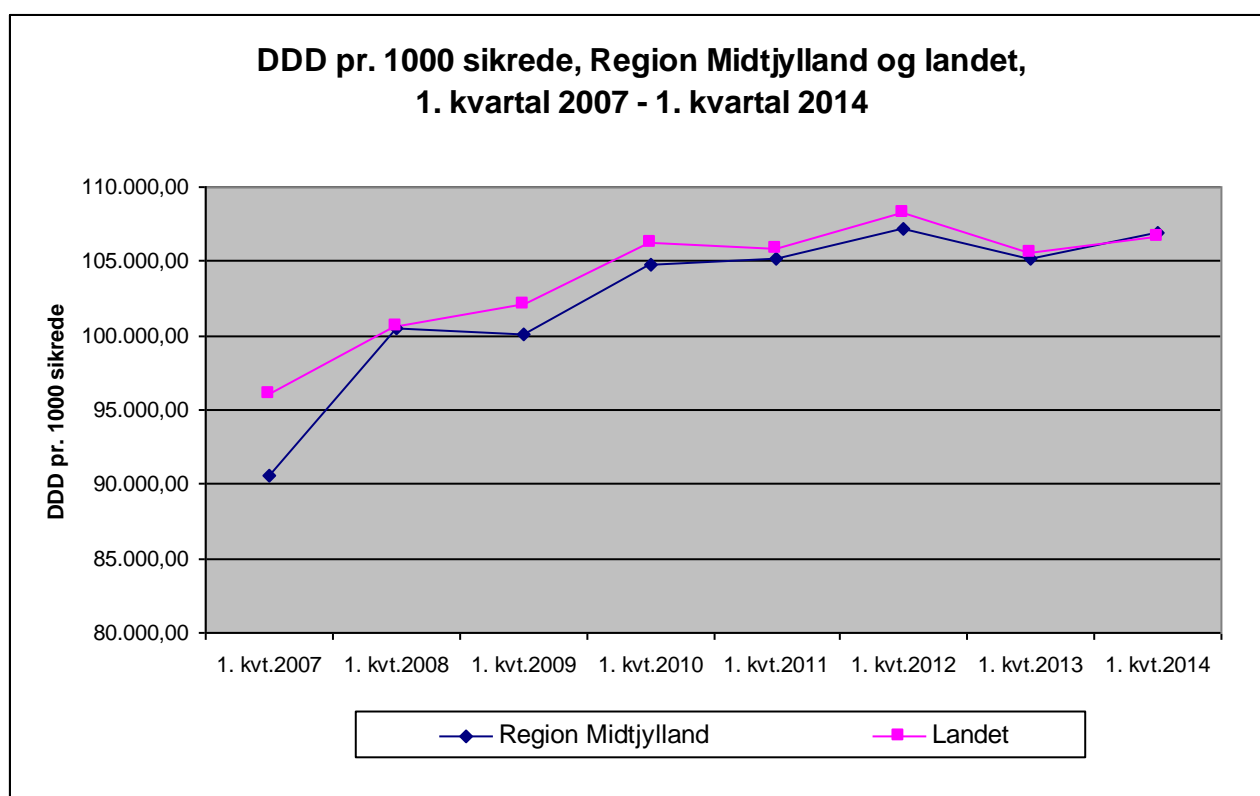


#### 4.5 Forbrugsudvikling (mængder)

Figur 4 viser udviklingen i forbruget af både tilskuds- og ikke tilskudsberettiget medicin fra primærsektoren (udleveret fra de private apoteker). Forbruget opgøres i DDD. Stigningen i 2007 til 2010 kan især tilskrives lægemidler til behandling af

forhøjet blodtryk, ADHD, depression og kolesterolsænkende lægemidler. Siden da har forbrugsstigningen stabiliseret sig på et højere niveau. Forbrugsstigningen i 1. kvartal 2014 er især for svage smertestillende lægemidler, hvilket skyldes en lovændring pr. 1. oktober 2013, hvor større pakninger af svage smertestillende lægemidler ikke længere kan købes i håndkøb. 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.

**Figur 4: Udvikling af forbrug (DDD) af lægemidler, både tilskuds- og ikke tilskudsberettigede.**



Kilde: TARGIT

#### 4.6 Forbrugsniveau (mængder)<sup>1</sup>

Tabel B i bilaget viser, at Region Midtjylland har det samme forbrug af medicin pr 1000 sikrede i forhold til landsgennemsnittet (indeks 100). Dog ses det, at forbruget af antidepressiva, epilepsimedicin, midler mod anæmi samt midler til behandling af knoglesygdomme ligger højt sammenlignet med landet. Til gengæld er forbruget af diuretika (vanddrivende) og antipsykotiske lægemidler lavt.

#### 4.7 Antal patienter i behandling

<sup>1</sup> ADHD ligger også meget højt forbrugsmæssigt i Region Midtjylland sammenlignet med landet, men er ikke med i opgørelsen, da den ikke fremgår af top 15.

Tabel C (se bilag) viser antal patienter i behandling i % af befolkningen for de 20 mest udgiftstunge områder i Region Midtjylland sammenlignet med landet fra 2010 til 2012.

Tabellen viser, at f.eks. en stor del af befolkningen er i behandling med antibiotika. Det bemærkes, at antibiotika oftest gives som en kur og ikke som en varig behandling. Ligeledes bemærkes, at der er langt færre i behandling med antibiotika i Region Midtjylland end i Danmark som helhed. Region Midtjylland har især mange patienter i behandling med lægemidler til behandling af depression og ADHD.

## 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.

Der er igangsat indsatser med henblik på:

- At undgå, at enkeltpatienter får uhensigtsmæssige høje doser af udvalgte lægemidler. Dosisniveau fastlægges på baggrund af gældende retningslinjer fra f.eks. 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 udrede årsagen til ekstraordinært højt forbrug af f.eks. antidepressiva.

Et af redskaberne til at påvirke ordinationerne i almen praksis er breve, der løbende udsendes til de praktiserende læger (også kaldet BOB-rapporter - se afsnit 3, om begreber).

Den regionale Lægemiddelkomité havde d. 12. december 2013 psykiatri som temaemne. Ud fra temadrøftelserne blev det konkluderet, at der er behov for indsatser på det psykiatriske område. Der blev peget på opsporing af risikopatienter, medicingennemgang og på behandlings- og opfølgingsplaner på udskrevne patienter. Samarbejdet på tværs af sektorer skal øges og hertil skal fremskaffes en større mængde data.

### 5.1 Astma/KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse)

Medicin til behandling af astma/KOL er det største udgiftsområde i praksissektoren i Region Midtjylland (udgør godt 50 mio. kr. i 1. kvartal 2014 svarende til knap 16 % af de samlede udgifter til tilskud - jævnfør Bilag 1, tabel 1). Der skønnes at være rationaliseringsgevinster – både økonomisk og kvalitetsmæssigt.

Der er kommet mange nye præparater, der primært adskiller sig ved, at der anvendes andre inhalatorer. Der er således mange præparater med samme indholdsstof, men forskellige inhalatorer. Der er store prisforskelle præparaterne imellem, og dermed besparelsesmuligheder omkring valg af præparater med samme indholdsstof. Denne

besparelse skal dog holdes op imod, at det er vigtigt at anvende det inhalations-system, der er bedst egnet til den enkelte patient.

Den Regionale Lægemiddelkomité besluttede på sit møde den 6. marts 2014, at der skal afholdes et planlægningsmøde med deltagelse af bl.a.:

- Praktiserende læge
- Regionale Lægemiddelkonsulent
- Klinisk Farmakolog
- Lungemediciner
- Efteruddannelsesvejleder
- Apoteksansat farmaceut

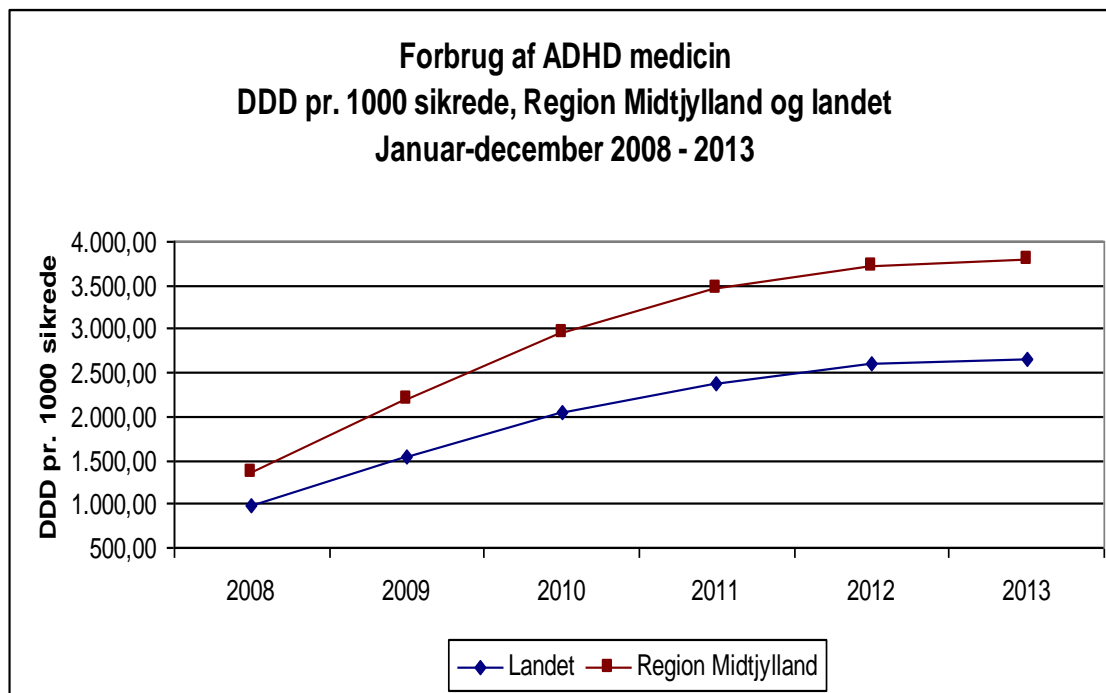
Formålet med mødet er, at planlægge en indsats ud mod primærsektoren med fokus på hensigtsmæssig diagnostik og behandling, herunder valg af device. Der skal tages højde for de initiativer, der allerede er i gang og den kommende opdatering af vejledningen "KOL i almen praksis" fra DSAM (Dansk Selskab for Almen Medicin). Denne vejledning forventes at udkomme i løbet af 2014. Planlægningsgruppen er under etablering.

Analysegruppen vil i samarbejde med specialistgruppen udvikle monitorerings-redskaber, der kan kortlægge og evaluere eventuelle indsatser.

## 5.2 ADHD

Figur 5 viser udviklingen i forbrug (DDD) af lægemidler til behandling af ADHD pr. 1000 sikrede i Region Midtjylland sammenlignet med landsgennemsnittet. Figuren viser, at forbruget er betydeligt højere i Region Midtjylland end de øvrige regioner, omend forbruget er stagneret.

**Figur 5: Udvikling af forbrug af lægemidler til ADHD, målt i DDD pr. 1000 sikrede, 2008-2013.**



Kilde: TARGIT

Den store forskel kan næppe alene tilskrives forskelle i sygdomsforekomst, men må skyldes forskelle i grad af tidlig opsporing og lægefaglige vurderinger af, hvornår der er indikation for medicinsk behandling. Sundhedsstyrelsen har på den baggrund taget initiativ til landsdækkende kliniske retningslinjer på området. Sundhedsstyrelsen har netop offentliggjort nye retningslinjer for børn og unge. For voksne forventes retningslinjerne endeligt færdige ultimo 2014

Der vil blive udarbejdet en ny monitorering af udviklingen i Region Midtjylland sammenlignet med landet med henblik på at følge implementeringen af de nye retningslinjer.

### 5.3 Morfin/oxycodon

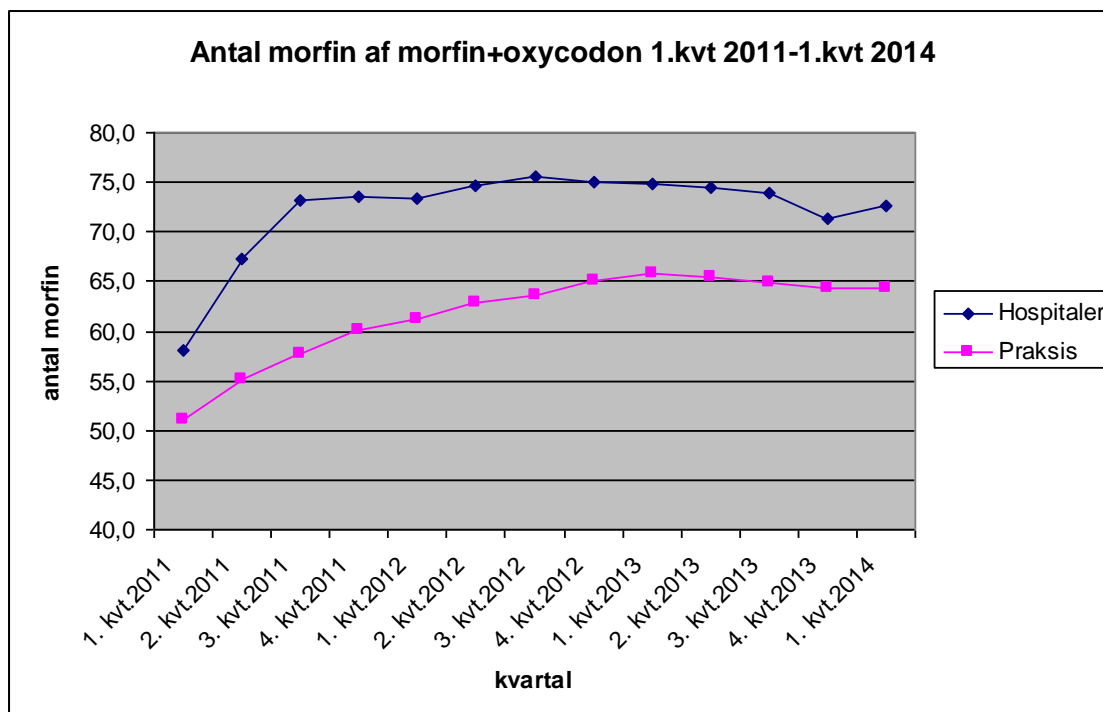
Indsatsen for at ændre forbruget af oxycodon til morfin havde oprindeligt såvel et kvalitetsmæssigt som et økonomisk sigte. Der blev indfriet besparelser på ca. 10 mio. kr. ved at skifte fra det dyre oxycodon til det billigere morfin. Da der det seneste år er kommet øget priskonkurrence på oxycodon, er der ikke længere et økonomisk perspektiv ved at videreføre indsatsen.

Da der er større risiko for misbrugspotentiale ved visse administrationsformer af oxycodon, besluttede Den regionale Lægemedelkomité i foråret 2013 at fortsætte indsatsen med anbefaling af morfin af faglige og patientsikkerhedsmæssige grunde. Målet er stadig at andelen af morfin, af det samlede forbrug af morfin og oxycodon kommer op på 80 %.

Af figur 6 ses, at der i indsatsperioden har været en pæn stigning i andelen af morfin, men at andelen af morfin har ligget næsten uændret fra 1. kvartal 2013 og frem.

Der udsendes fortsat BOB-rapporter to gange årligt.

**Figur 6: Udvikling af andelen af morfin af morfin+oxycodon 1.kvartal 2011-1.kvartal 2014.**



**Kilde: TARGIT**

#### 5.4 Øvrige indsatser:

- **Antibiotika:** Der er et stigende forbrug af bredspektret antibiotika i Region Midtjylland, selvom der generelt set er et lavt forbrug af antibiotika i praksissektoren (jævnfør tidligere afsnit). Især bredspektret antibiotika kan medføre resistens og udgør et patientsikkerhedsmæssigt problem. Analysegruppen vil formidle data til specialistgruppen, hvor der er sat fokus på dette område. Der vil blive udarbejdet en monitorering sidst på året.
- **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. Opgørelser fra Statens Seruminstitut viser, at der er ca. 66 storforbrugere og ca. 8.200 langtidsforbrugere i Region Midtjylland. Der er en indsats i gang og der vil blive fulgt op sidst på året.
- **Antidepressiva:** Selvom forbruget er faldende, ligger forbruget af antidepressiva fortsat højt i Region Midtjylland, sammenlignet med de øvrige regioner. Der er



udarbejdet en større datarapport på området som drøftes mellem specialistgruppen og Den regionale Lægemiddelkomité. (se afsnit om begreber).

- 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 sidst på året.

## 6. Bilag

**Tabel A: Tilskudsbeløb (udgiftsniveau) af tilskudsberettigede og ikke-tilskudsberettigede lægemidler i Region Midtjylland og landet i 1. kvartal 2013 og 1. kvartal 2014. Tabellen viser top 15 lægemidler.**

ATC	Lægemiddel Gruppe	RM Mio. kr. 1. kvartal 2013	RM Mio. kr. 1. kvartal 2014	RM Vækst % 1. kv. 2013-1. kv. 2014	Landet Vækst % 1. kv. 2013-1. kv. 2014	Udgifts-niveau Pr. 1000 sikrede Indeks (landet =100)
R03	Midler mod obstruktiv lungesyge	52,9	50,4	-5 %	-3 %	102
A10	Diabetesmidler	34,2	35,9	5 %	4 %	100
N05	Psykoletika - antipsykotika	23,6	21,1	-11 %	-12 %	100
N06B	Lægemidler til behandling af ADHD	21,8	21,4	-1 %	-4 %	151
N03	Antiepileptika	16,8	18,1	8 %	8 %	117
N06A	Midler mod depression	13,8	10,1	-27 %	-27 %	113
B01	Blodfortyndende lægemidler	12,7	15,5	23 %	21 %	89
N02	Smerterstillende	19,3	15,4	-20 %	-21 %	96
G03	Lægemidler til bl.a. kunstig befrugtning	12,1	11,9	-2 %	-1 %	102
N04	Anti-parkinson midler	8,4	8,7	3 %	6 %	91
C10	Kolesterolssænkende midler	8,5	8,4	-1 %	-3 %	100
J01	Antibakterielle midler til systemisk brug	9,3	8,3	-10 %	-11 %	97
G04	Urinvæjsygdomme	9,8	8,0	-18 %	-20 %	105
C03	Vanddrivende (diuretika)	5,7	5,5	-4 %	-4 %	95
A07	Midler mod diarré og tarminflammation/-infektioner	4,8	4,9	3 %	1 %	103
<b>Total</b>	<b>Top 15</b>	<b>261,8</b>	<b>249,0</b>	<b>-5%</b>	<b>-5%</b>	<b>103</b>
<b>Total</b>	<b>Alle</b>	<b>333,0</b>	<b>318,7</b>	<b>-5%</b>	<b>-4%</b>	<b>103</b>

Kilde: TARGIT

**Tabel B: Mængdeniveau og mængdevækst (DDD) i Region Midtjylland 1. kvartal 2013 og 1. kvartal 2014 sammenlignet med landet. Tabellen viser top 15 lægemidler. Både tilskudsberettigede og ikke tilskudsberettigede lægemidler**

ATC	Lægemiddel Gruppe	RM Mio. DDD 1. kv. 2013	RM Mio. DDD 1. kv. 2014	RM Vækst % 1. kv. 2013-1. kv. 2014	Landet Vækst % 1. kv. 2013-1. kv. 2014	DDD pr. 1000 sikrede i RM Indeks (landet =100)
C09	Renin-angiotensin hæmmere (hjerter-/kardmidler)	19,3	19,8	2 %	2 %	101
C10	Kolesterol-sænkende midler	14,1	14,9	6 %	5 %	104
C08	Calciumantagonister (hjerter-/kardmidler)	9,6	9,8	1 %	1 %	100
N06A	Midler mod depression	10,0	9,4	-6 %	-7 %	112
B01	Blodfortyndende midler	9,6	9,2	-4 %	-3 %	97
G03	Midler til fertilitetsbehandling m.m.	9,0	8,9	-1 %	-1 %	103
C03	Vanddrivende	9,3	8,9	-4 %	-4 %	88
N02	Smerterstillende	5,5	7,7	40 %	37 %	99
R03	KOL/astma	6,7	6,6	-1 %	0 %	103
A02	Midler mod mavesår	5,5	5,8	6 %	4 %	89
A10	Diabetes	5,4	5,6	2 %	1 %	97
C07	Betablokerende midler	3,9	3,8	-1 %	0 %	98
N05	Psykoledtika / antipsykotika	3,6	3,5	-2 %	-4 %	84
M01	Gigtmidler	2,9	3,0	4 %	3 %	98
G04	Urinevejssygdomme	2,1	2,3	12 %	10 %	103
<b>Total</b>	<b>Top 15</b>	<b>116,4</b>	<b>119,3</b>	<b>2 %</b>	<b>2 %</b>	<b>99,3</b>
<b>Total</b>	<b>Alle</b>	<b>141,9</b>	<b>145,6</b>	<b>3 %</b>	<b>2 %</b>	<b>100,3</b>

Kilde: TARGIT

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

ATC	Lægemiddelgruppe	RM	RM	RM	Landet
		2010	2011	2012	2012
R03	Midler mod KOL astma	8,0 %	7,9 %	7,8 %	8,0 %
A10	Diabetes	3,4 %	3,7 %	3,8 %	4,0 %
N05A	Antipsykotika	2,0 %	2,1 %	2,1 %	2,2 %
N06B	Lægemidler til behandling af ADHD	0,8 %	0,9 %	0,9 %	0,7 %
N02	Smertestillende	12,3 %	12,5 %	12,5 %	12,5 %
N03	Epilepsi	2,4 %	2,5 %	2,7 %	2,5 %
N06A	Depression	9,2 %	9,1 %	8,9 %	8,2 %
B01	Blodfortyndende lægemidler	9,5 %	9,6 %	9,6 %	9,6 %
G03	Kønshormonbehandling (herunder fertilitetsbehandling)	12,1%	12,0%	11,8%	11,7%
G04	Midler til behandling af urinvejssygdomme	2,9 %	3,0 %	3,0 %	3,1 %
J01	Antibiotika	28,9 %	29,3 %	26,8 %	29,3 %
C10	Kolesterol-sænkende midler	10,4 %	11,0 %	11,3 %	11,0 %
N04	Anti-parkinson	0,7 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %
C03	Vanddrivende	8,6 %	8,3 %	8,1 %	8,7 %
A07	Midler mod diare og tarminflammation/-infektion	1,3 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %

Kilde: Medstat

Note: Data for 2013 er endnu ikke opdateret.

**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 – Zipr</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 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	11.500.000			usikkert
N05AX13 – Paliperidon	06-11-2014	2.687.452	4.926.840	7.399.275	7.650.000			Usikkert
N06AX12 – Bupropion	01-12-2014	85.302	133.257	107.099	100.000			Usikkert

M01AH01 – Celecoxib	03-12-2014	136.001	132.717	91.618	95.000			Usikkert
<b>I alt 2014</b>								<b><u>-15.000.000</u></b> <b>(afhængig af</b> <b>effekt)</b>

**Tabel E: Effekt af ændrede tilskudsregler fra Medicintilskudsnet. Tabellen viser tilskud samt besparelser (effekt) for udvalgte lægemidler der har stor effekt på økonomien.**

Lægemiddelgrupper	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.