

# Lægemeddelmonitorering

## Praksissektoren, Region Midtjylland

1. halvår 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. 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 – DEN SAMLEDE UDVIKLING I BEHANDLINGSPRISEN .....	11
4.2.5. TOP 15 LÆGEMIDLER – ØKONOMI .....	12
4.2.6. TOP 15 LÆGEMIDLER - FORBRUG (MÆNGDER) .....	13
4.2.7 TOP 15 LÆGEMIDLER - ANTAL PATIENTER I BEHANDLING .....	13
<b>5. INDSATSER .....</b>	<b>14</b>
5.1 ADHD .....	14
5.2 ANTIDEPRESSIVA .....	16
5.3 BESPARELSESPOTENTIALE VED NYE LÆGEMIDLER – BLODFORTYNDENDE LÆGEMIDLER OG DIABETES.....	16
<b>5.3.1. BLODFORTYNDENDE LÆGEMIDLER.....</b>	<b>17</b>
<b>5.3.2. DIABETES .....</b>	<b>17</b>
5.4 ASTMA/KOL (KRONISK OBSTRUKTIV LUNGELIDELSE).....	17
5.5 ØVRIGE INDSATSER:.....	18
<b>6. BILAG .....</b>	<b>19</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 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 %.

## 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. halvår 2004 til 1. halvår 2014. Figuren viser, at udgifterne til tilskudsmedicin fra 2004 til 2009 steg, men fra 1. halvår 2010 og frem er udgifterne faldet.

I perioden 2004 til 2010 var der meget store forbrugsstigninger, samtidig med at der kom mange nye lægemidler på markedet, som var patentbeskyttede.

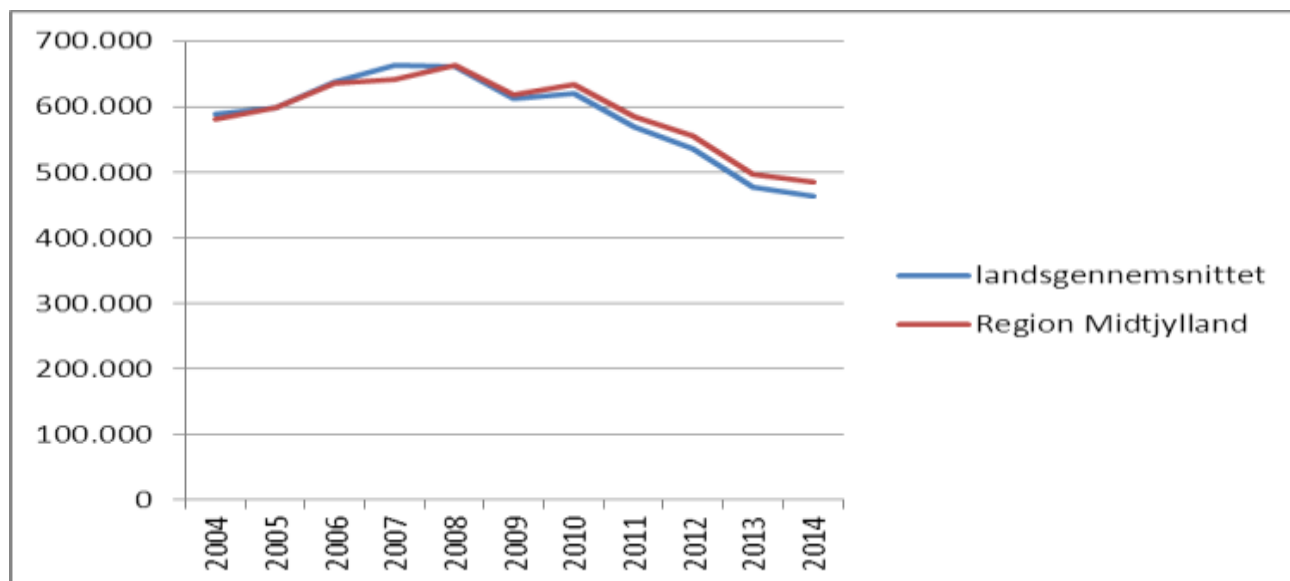
Udgiftsfaldet fra 2010 til 2014 kan opdeles i følgende hovedforklaringer:

**Intensiveret offentlig styring af tilskudsreglerne:** Sundhedsstyrelsen skal via Medicintilskudsnævnet 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).

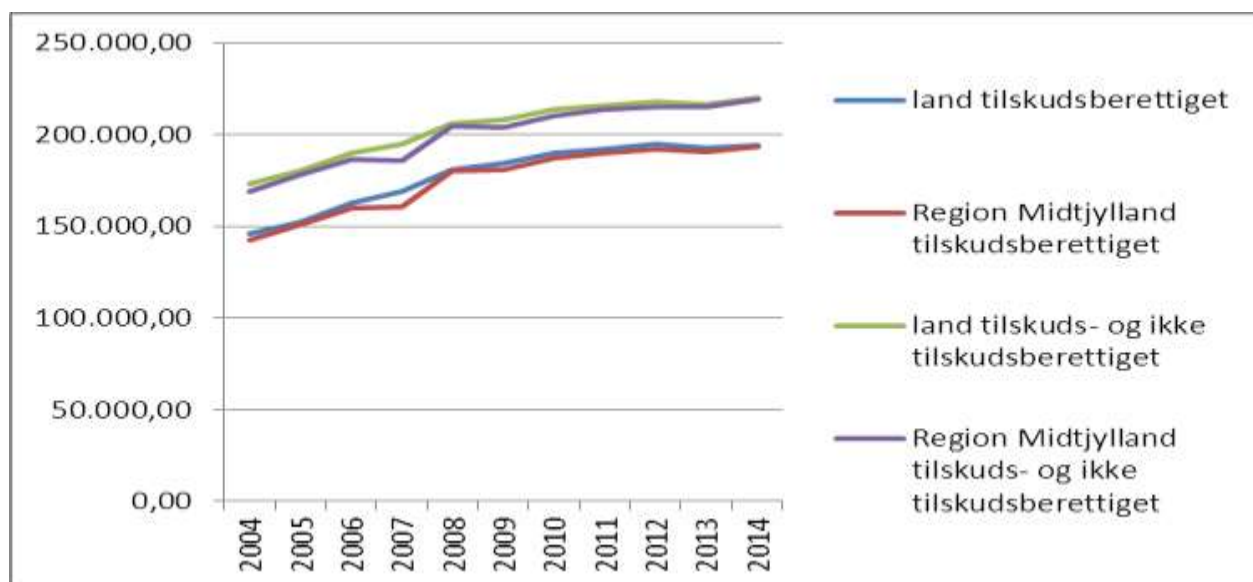
**Markedsvilkår:** Lægemidler der sælges på de private apoteker prissættes hver 14. dag. Apoteket skal vælge det lægemiddel der er billigst. Det danske system er i den henseende unikt og giver anledning til meget stor priskonkurrence. Derfor er markedet også meget påvirkeligt af de aktuelle markedsvilkår, 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 tidligere. Dette fremgår af figur 2, hvor udviklingen er opgjort, både for tilskudsberettigede og ikke tilskudsberettigede lægemidler.

**Figur 1: Udvikling i tilskud til lægemidler landsgennemsnittet og Region Midtjylland 1. halvår 2004 til 1. halvår 2014**



**Figur 2: Udvikling af forbrug (DDD) af lægemidler, både tilskuds- og ikke tilskudsberettigede – landsgennemsnittet og Region Midtjylland 1. halvår 2004 til 1. halvår 2014.**



Kilde: TARGIT

## 4.2 Forbrugs- og udgiftsudvikling indenfor det seneste år

Fra 2013 til 2014 er udgiftsfaldet betydeligt mere moderat end de tidligere år. Fra 1. halvår 2012 til 1. halvår 2013 faldt udgifterne med -9%. Fra 1. halvår 2013 til 1. halvår 2014 er udgifterne alene faldet med -2 %. Det skyldes især færre patentudløb, begrænset udgiftsdæmpende effekt af tilskudsændringer, færre prisfald og anvendelse af nye og dyrere lægemidler. Der vil blive redegjort nærmere for dette i nedenstående afsnit. Sidst i afsnittet specificeres udgifter og forbrug på de enkelte lægemiddelgrupper. Opgørelser over Top 15 fordelt på lægemidler i forhold til udgifter, forbrug og antal patienter i behandling 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 2013 har der været få patentudløb med priseffekt også i 2014 (se bilag 6 tabel D)

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

Imidlertid er der ingen større økonomiske fordele forbundet hermed:

- Escitaloprams (Cipralext) hovedpatent er udløbet i slutningen af 2013, hvilket giver et mindre udgiftsfald (jfr bilag 6 Tabel D) og det aktuelle patentudløb medio 2014 vedrører kun en særlig administrationsform, f.eks. sugetablet.
- Duloxetin (Cymbalta, Yentreve, Xeristar) har endnu ingen generisk konkurrence, 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. Endnu vides ikke, om lægemidlets patentudløb er rykket til 2. halvår 2014. I så fald kan forventes et besparelspotentiale på maksimalt 4-5 mio. kr. for 2014 svarende til ca. 80-90 % af det samlede tilskud til lægemidlet.

Der kommer et muligt patentudløb på Paliperidon ultimo 2014, som dog tidligst får effekt i slutningen af året.

### 4.2.2 Tilskudsændringer

I november 2013 trådte tilskudsændringer på diabeteslægemidler i kraft.

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 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 udgiftsudviklingen.

### 4.2.3 – Nye lægemidler

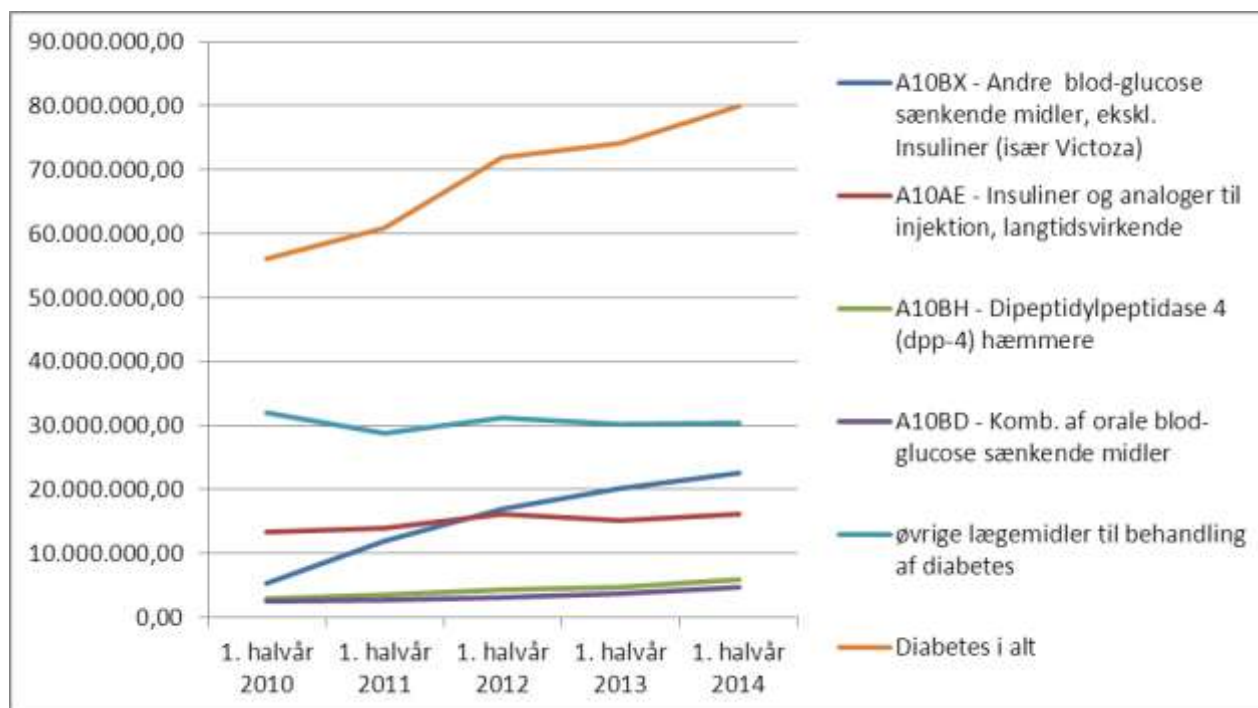
I de senere år er der fremkommet en række nye og dyrere lægemidler, især indenfor områderne blodfortyndende lægemidler og diabetes. Det må forventes at udgifterne til disse lægemidler stiger.

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

Indenfor de seneste 5 år ses især en vækst til lægemidlet Victoza. Lægemidlet er et relativt nyt lægemiddel som kan sænke 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. halvår 2010 til 1. halvår 2014**



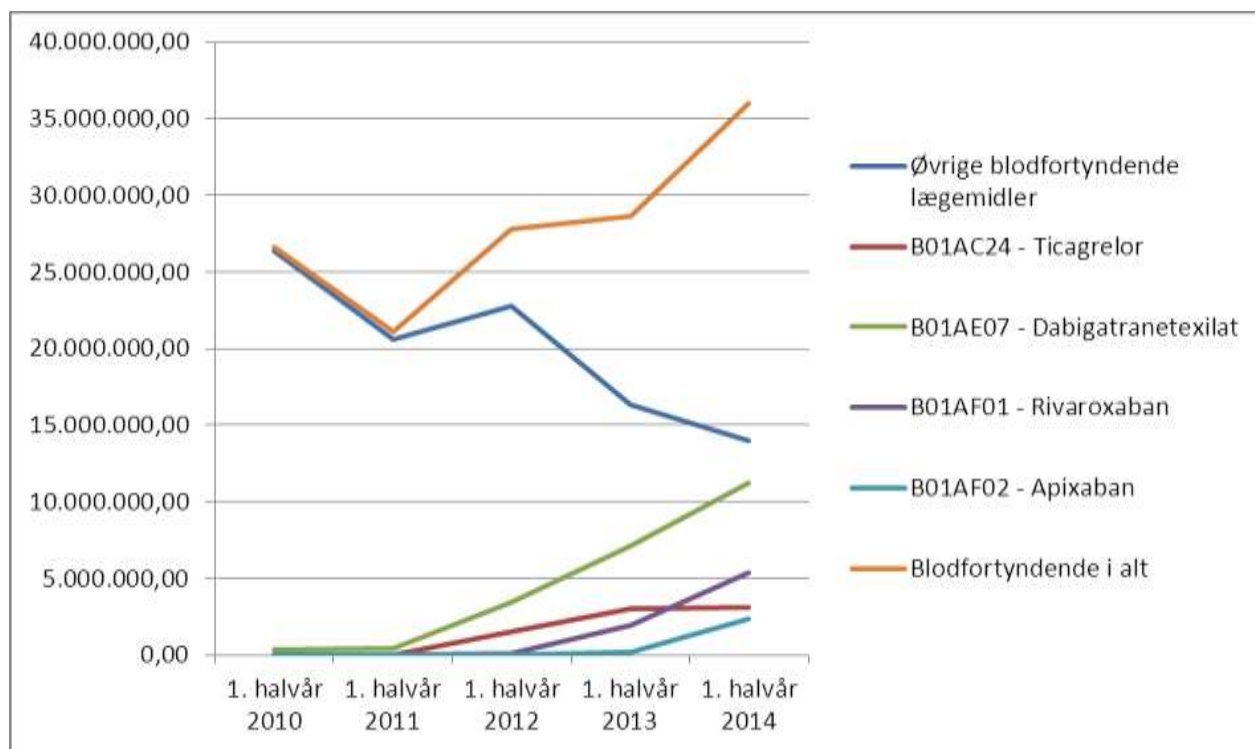
### Blodfortyndende lægemidler:

Der ses en meget stor stigning i forbruget af de tre nye blodfortyndende lægemidler Dabigatranexilat (Pradaxa), Rivaroxaban (Xarelto) og Apixaban (Eliquis).

Lægemidlet Warfarin, som er langt billigere er fortsat 1.valg blandt blodfortyndende lægemidler. Warfarin har den fordel, at den kan monitoreres og der kan gives antidot (stof der ophæver virkningen).

De nye lægemidler kan være en fordel for de patienter der har vanskeligt ved at fastholde et stabilt INR-niveau eller hvor lægemidlet ikke kan anvendes sammen med andre lægemidler.

**Figur 4: Udvikling i tilskud til blodfortyndende lægemidler 1. halvår 2010 til 1. halvår 2014**



#### 4.2.4 – Den samlede udvikling i behandlingsprisen

Den samlede udvikling i behandlingsprisen (tilskud pr. DDD) er betinget af en række faktorer.

Den gennemsnitlige behandlingspris vil stige hvis:

- Priserne stiger
- Der anvendes dyre lægemidler frem for billigere

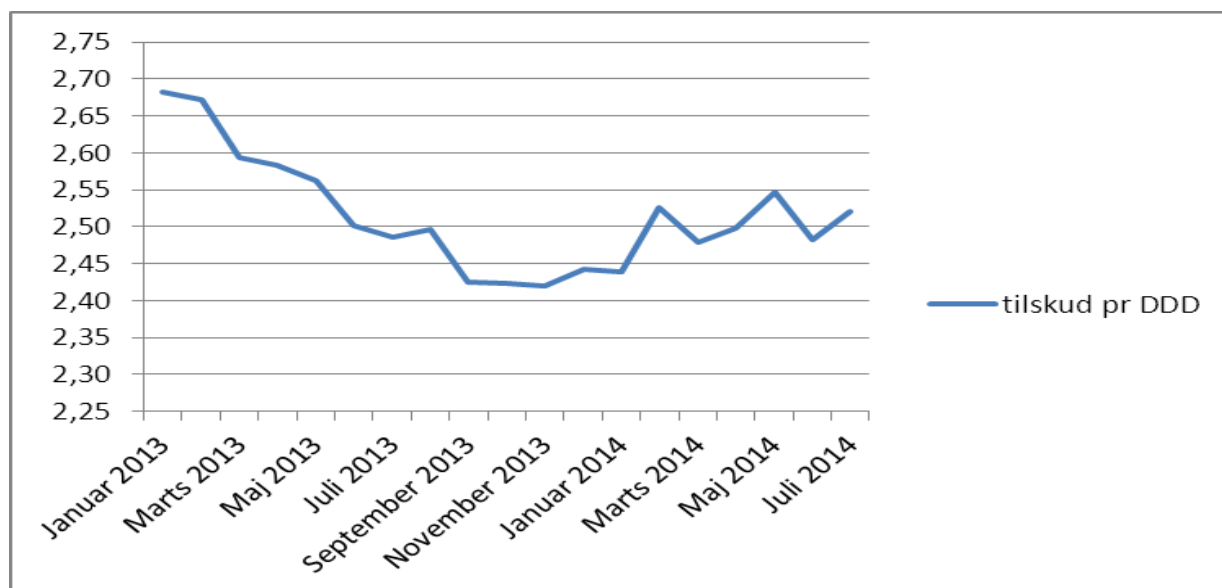
Den gennemsnitlige behandlingspris vil falde hvis:

- Hvis der sker stramninger i tilskudsregler for dyre lægemidler
- Prisfald som følge af patentudløb
- Internationale konjunkturer der medfører generelle prisfald

Som det fremgår af figur 5 faldt den gennemsnitlige behandlingspris igennem hele 2013. Dette skyldtes en kombination af patentudløb og generelle prisfald især hen over sommeren. I 2014 er den gennemsnitlige behandlingspris begyndt at stige igen. Det skyldes især vækst af nye og dyrere lægemidler. Der var også vækst i nye og dyrere lægemidler i 2013, men det samlede prisniveau faldt alligevel som følge af store prisfald.

Ydermere er der sket prisstigninger på flere præparater bl.a. indenfor diabetesområdet og epilepsi.

**Figur 5: Udvikling i den gennemsnitlige behandlingspris (tilskud pr. DDD) fra jan 2013 til juli 2014**



#### 4.2.5. Top 15 lægemidler – økonomi

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. halvår 2013 og 1. halvår 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.

Region Midtjyllands udgiftsniveau ligger i 1. halvår 2014 ca. 4 % over landsgennemsnittet (indeks 104).

De områder hvor udgiftsniveauet er højest, sammenlignet med de øvrige regioner er lægemidler til behandling af ADHD, depression og epilepsilægemidler. Til gengæld er forbruget af blodfortyndende lægemidler markant lavere. Der ses igen en lidt større stigning i udgifter til lægemidler til behandling af ADHD i 1. halvår 2014 sammenlignet med samme periode sidste år end på landsplan. Dette skyldes en lidt højere forbrugsstigning i Region Midtjylland end i de øvrige regioner.

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 (se næste afsnit).

#### **4.2.6. Top 15 lægemidler - forbrug (mængder)**

Tabel B i bilaget viser, at Region Midtjylland har det samme forbrug af medicin pr. 1000 sikrede i forhold til landsgennemsnittet (indeks 100). Forbruget af antidepressiva er faldende. Dog ses det, at forbruget af antidepressiva og epilepsimedicin er højere end landsgennemsnittet. Til gengæld ses forbruget af diuretika (vanddrivende) og mavesårsmidler at være under landsgennemsnittet.<sup>1</sup>

Forbrugsstigningen på smertestillende lægemidler i 1. halvår 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.

#### **4.2.7 Top 15 lægemidler - antal patienter i behandling**

Tabel C i bilaget viser antal patienter i behandling i % af befolkningen for de 15 mest udgiftstunge områder i Region Midtjylland, sammenlignet med landsgennemsnittet fra 2010 til 2012.

Tabellen viser, eksempelvis at 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 forholdsvis færre i behandling med antibiotika i Region Midtjylland end i Danmark som helhed. Region Midtjylland har især forholdsvis flere patienter i behandling med lægemidler til behandling af depression og ADHD.

---

<sup>1</sup> Lægemidler til behandling af ADHD ligger højt sammenlignet med de øvrige regioner og på udgiftssiden, men er ikke med i denne opgørelse, da lægemidlet ikke er med i top 15 på forbrugssiden.

## 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 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 fremme ensartet anvendelse af lægemidler på tværs af regioner.

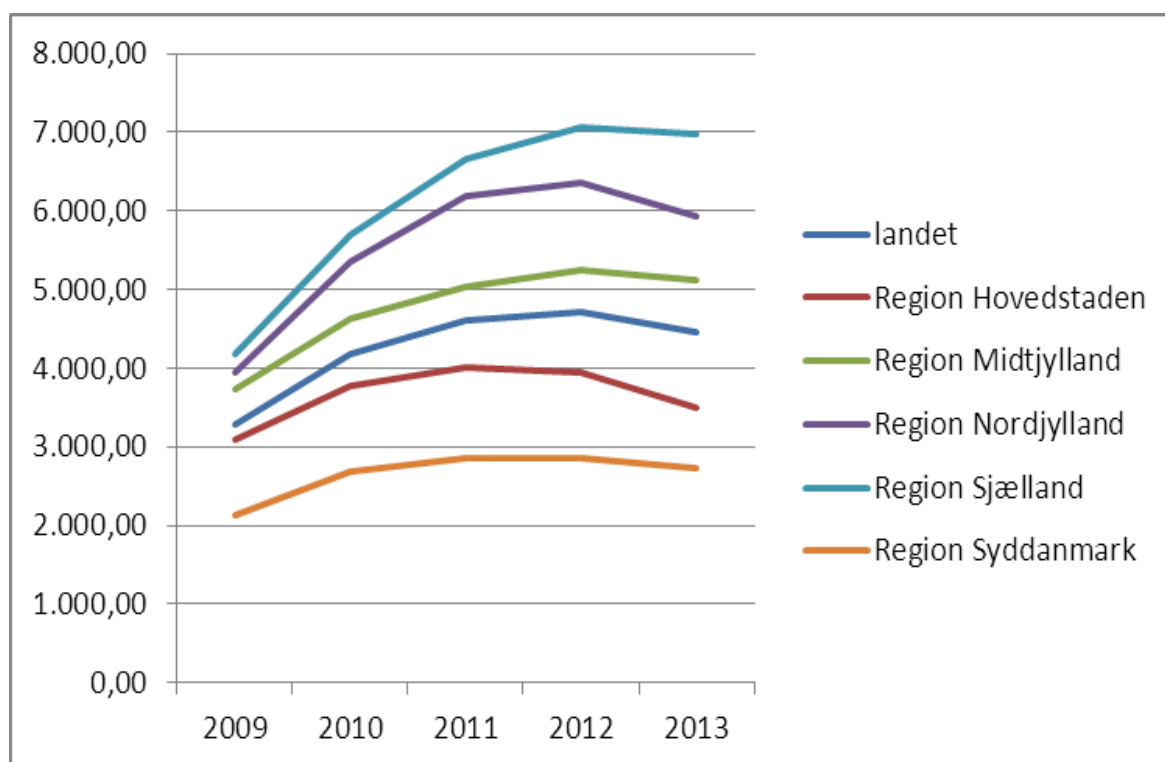
D. 12. december 2013 havde Den Regionale Lægemiddelkomité psykiatri som temaemne. Ud fra temadrøftelserne blev det konkluderet, at der er behov for indsatser på det psykiatriske område. Der blev peget på opsporing af risikopatienter, medicingennemgang og på behandlings- og opfølgingsplaner på udskrevne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

### 5.1 ADHD

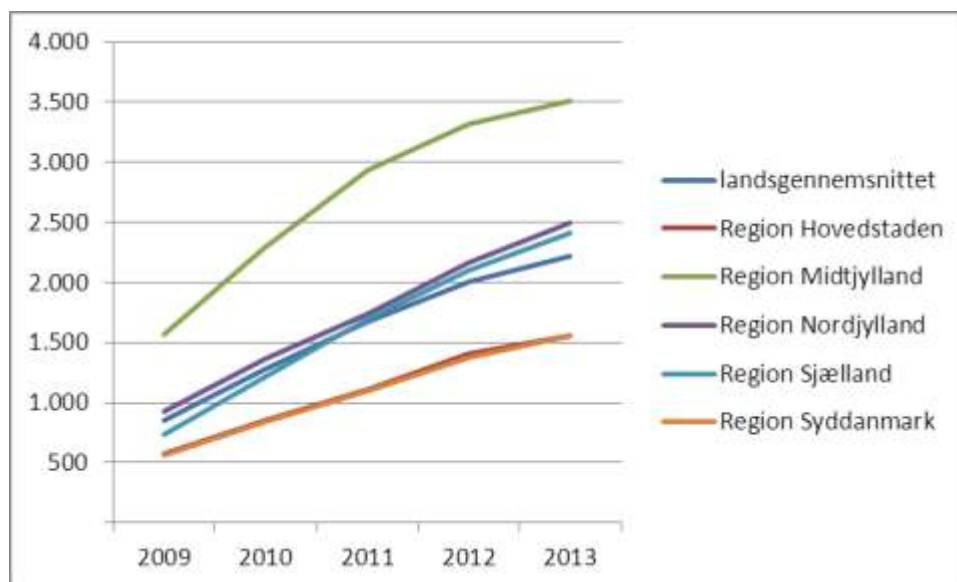
Som det fremgår af afsnit 4.2.6 ligger udgifterne til lægemidler til behandling af ADHD i Region Midtjylland væsentligt over landsgennemsnittet. Region Midtjylland har på den baggrund i de seneste år, ad flere omgange rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen med henblik på udarbejdelse af landsdækkende 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 netop færdiggjort og udsendt til regionerne. Den regionale lægemiddelkomité har derfor bedt den relevante specialistgruppe om at gennemgå retningslinjerne med henblik på efterfølgende implementering. Retningslinjerne for voksne forventes færdiggjorte ultimo 2014. 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 vil derfor især være relevante når retningslinjerne for voksne også ligger klar.

**Figur 6: Forbrug (DDD) pr 1000 indbyggere til behandling af ADHD børn og unge (0-18 år) 2009 til 2013 fordelt på regioner og landsgennemsnittet**



**Figur 7: 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 27. juni 2014 besluttet følgende:

1. Relevant specialistgruppe har udarbejdet en konkret udmøntning af den nationale rekommandation for udtrapning af patienter i antidepressiv behandling.
2. Der udarbejdes en kort og præcis kampagne omkring antidepressiva. Kampagnen skal udarbejdes i samarbejde med almen praksis.
3. RADS har nedsat et udvalg på området.

## 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 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.

### **5.3.1. Blodfortyndende lægemidler**

Specialistgruppen i Region Midtjylland har besluttet, at Rivaroxaban (Xarelto) blandt de nye lægemidler indenfor blodfortyndende medicin er 1. valg, da lægemidlet ud fra en samlet betragtning, både økonomisk og kvalitativt, i de fleste tilfælde er det bedste behandlingsmæssige valg.

### **5.3.2. Diabetes**

Der udvikles mange nye lægemidler på diabetesområdet. Analysegruppen undersøger nærmere 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 (udgør godt 100 mio. kr. i 1. halvår 2014, svarende til knap 16 % af de samlede udgifter til tilskud - jævnfør Bilag 6, tabel a). Der skønnes at være rationaliseringsgevinster indenfor området – 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 inhalationssystem, der er bedst egnet til den enkelte patient.

Den Regionale Lægemiddelkomite har besluttet, at lave en indsats ud mod primærsektoren, med fokus på hensigtsmæssig diagnostik og behandling, herunder valg af device. 1. møde i planlægningsgruppen er i september 2014.

## 5.5 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. Området er under udredning og der vil blive udarbejdet en monitorering når vi har data for 2014.
- 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. Der er en indsats i gang og der vil blive fulgt op, når vi har data for 2014.
- 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. Medicintilskudsnettet har foreslået, at tilskuddet fjernes for alle lægemidler indenfor området, på nær Ibuprofen og Naproxen (de lægemidler der er anbefalede af Region Midtjylland) på grund af de patientsikkerhedsmæssige risici ved anvendelse af lægemidlerne.
- 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. Målet er, at andelen af morfin, af det samlede forbrug af morfin og oxycodon kommer op på 80 %.
- 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. halvår 2013 og 1. halvår 2014 sammenlignet med DK. Tabellen viser top 15 lægemidler.**

ATC	Lægemiddel Gruppe	RM Mio. kr.	RM Mio. kr.	RM	Landsgennemsnittet	Udgifts-niveau Pr. 1000 sikrede
		1.halv år 2013	1.halvår 2014	Vækst i %	Vækst %	Indeks (landsgennemsnittet = 100)
R03	Midler mod obstruktiv lungesygdom (KOL/Astma)	105,2	104,9	-0,3%	0%	103
A10	Diabetesmidler	70,8	76,4	7,8%	6,3%	101
N06B	Lægemidler til behandling af ADHD	43,7	46,3	6,0%	2,4%	151
N05	Antipsykotika (lægemidler mod psykoser)	46,1	42,8	-7,0%	-8,1%	100
N03	Epilepsi	34,5	37,0	7,4%	7,5%	116
B01	Blodfortyndende lægemidler	26,5	33,5	26,6%	23,0%	90
N02	Smertestillende	37,4	31,5	-15,9%	-15,9%	98
G03	Kønshormoner herunder fertilitetsbehandling	24,6	23,7	-3,6%	0,1%	103
N06A	Midler mod depression	28,0	20,6	-26,3%	-26,8%	114
C10	Kolesterolsænkende midler	17,6	18,1	3,4%	-0,3%	102
N04	Anti-parkinson midler	16,8	17,5	4,3%	5,1%	91
J01	Antibiotika	17,8	16,5	-7,3%	-5,4%	97
G04	Urinvejssygdomme mv	18,8	16,1	-14,4%	-14,5%	105
C03	Vanddrivende (diuretika)	11,8	11,3	-4,9%	-5,3%	97
A07	Midler mod diarree og tarminflammation/-infektioner	10,0	10,3	2,6%	0%	104
Total	Top 15	509,6	506,5	-0,6%	-1,1%	
Total	Øvrige	154,1	144,2	-6,4%	-4,0%	
	I alt	663,7	650,7	-1,9%	-1,8%	104

Note:

- a) Der er korrigeret for en bogføringsfejl i RM i april 2014 på totaltallene på 3 mio. kr. i såvel RM tal som landstal
- b) Et indeks 104 svarer til at udgiftsniveauet ville have ligget ca 48 mio. kr. lavere hvis udgiftsniveauet havde svaret til landsgennemsnittet. Til sammenligning var indekset i 2011 på 102.

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

ATC	Lægemiddel Gruppe	RM Mio. DDD	RM Mio. DDD	RM	Landsgennemsnittet	DDD pr. 1000 sikrede i RM
		1. halvår. 2013	1. halvår. 2014	Vækst % 1. halvår. 2013-1. halvår. 2014	Vækst % 1. halvår. 2013-1. halvår. 2014	Indeks (landsgennemsnittet =100)
C09	Renin-angiotensin hæmmere (hjerte-/karmidler)	39,1	39,6	1,3%	1,2%	101
C10	Kolesterolsænkende midler	28,8	30,6	6,3%	6,4%	104
C08	Calciumantagonister (hjerte-/karmidler)	19,6	19,7	0,5%	0,3%	100
N06A	Midler mod depression	19,8	18,7	-5,6%	-5,3%	112
C03	Vanddrivende	19,0	18,4	-3,2%	-3,2%	88
B01	Blodfortyndende midler	17,0	17,1	0,6%	0,6%	95
R03	Lægemidler mod KOL/Astma	13,5	13,5	0,0%	0,4%	103
N02	Smertestillende	9,5	11,7	23,2%	21,9%	93
A02	Midler mod mavesår	10,9	11,6	6,4%	7,5%	87
A10	Diabetes	11,2	11,4	1,8%	1,8%	97
C07	Betablokerende midler	7,9	7,8	-1,3%	-1,1%	97
M01	Gigtmidler	5,5	5,8	5,5%	4,2%	97
G04	Urinvejssygdomme	4,1	4,3	4,9%	4,8%	103
N03	Epilepsi	4,0	4,2	5,0%	5,4%	114
H03	Thyreioidea	3,9	4,1	5,1%	4,6%	100
<b>Total</b>	<b>Top 15</b>	213,8	218,5	2,2%	2,2%	99
<b>Total</b>	<b>Alle</b>	<b>258,1</b>	<b>263,5</b>	<b>1,7%</b>	<b>2,1%</b>	<b>100</b>

**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	RM	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 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.**

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.