



Overordnet beskrivelse af forskelle i udgiftsforbrug til tilskudsmedicin på tværs af regioner

Dato 19-05-2010

Inger Bonde Kristiansen

Tel. +45 8728 4545

Inger.Kristiansen@STAB.RM.DK

1-16-0-13-06-V

0: Baggrund og formål med analysen

I forbindelse med budgetforliget for 2010 vedtog Regionsrådet i Region Midtjylland at der skulle udarbejdes en benchmarkinganalyse af forskellene i udgiftsniveau til tilskudsmedicin¹ mellem Region Midtjylland og de øvrige regioner. Analysen skulle have særlig fokus på forskelle mellem Region Midtjylland og Region Hovedstaden. Budgetforliget for 2010 indebar ligeledes et sparekrav på netto 25 mio. kr. på medicinkontoen.

-Side 1

Denne analyse har til formål at udrede de væsentligste forskelle i udgiftsniveau på tværs af regioner og komme med forslag til eventuelle besparelser til at sænke udgiftsniveauet i Region Midtjylland.

Denne analyse vil indeholde følgende:

- 1) En overordnet beskrivelse af forskelle i udgiftsniveau på tværs af regioner
- 2) Antagelser om årsagssammenhænge
- 3) Grundlag for udpegning af analyseområder
- 4) Beskrivelse af de 4 identificerede områder med afsæt i nøgletal
- 5) Nye indsatsområder

Hertil kommer et særskilt notat om "sammenhænge mellem uddannelse, livsstil, sygdomsforekomst og medicinforbrug på kommuneniveau".

¹ Tilskudsmedicin er en opgørelse over de udgifter til medicin fra et privat apotek som betales af Region Midtjylland som tilskud

0.1. Beskrivelse af forskellene i udgiftsniveau (overordnet)

Dette afsnit beskriver de helt overordnede forskelle i udgiftsniveau imellem Region Midtjylland og de øvrige regioner på følgende indikatorer: Udgifter pr. 1000 indbyggere, forbrug pr. 1000 indbyggere og pris pr døgnbehandling (tilskud pr DDD). Der tages afsæt i data for 2009.

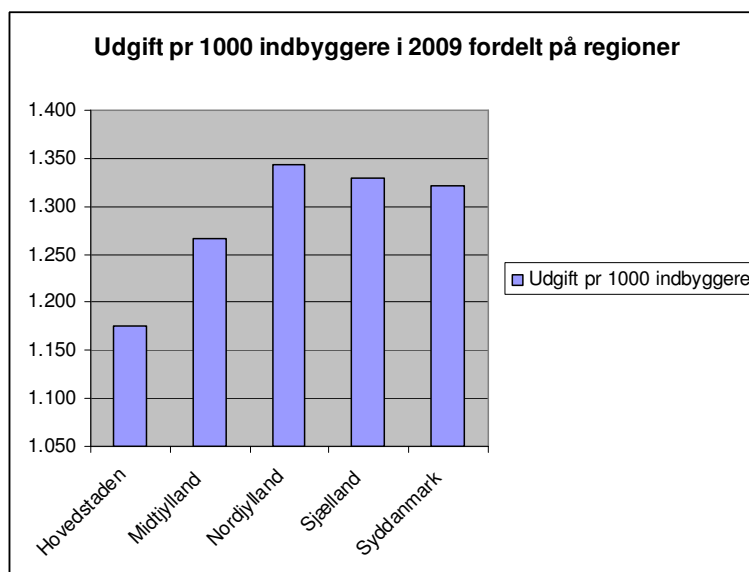
Begreber og definitioner:

Udgift (tilskud) pr. 1000 indbyggere viser udgifter til medicin fra private apoteker. Patienternes andel af medicinudgiften indgår således ikke i opgørelsen. Udgiften er opgjort pr. 1000 indbyggere. Udgiften pr. 1000 indbyggere er illustreret i figur 0.1. og tabel 0.1.1.

DDD pr. 1000 indbyggere. DDD ("Definerede DøgnDoser") er en opgørelse af et normalt gennemsnitligt døgnforbrug, opgjort på årsbasis. (se tabel 0.1.2)

Tilskud pr. DDD viser udgiften pr. definerede døgn dosis og indikerer dermed hvor dyr medicin der ordineres (se tabel 0.1.3)

Figur 0.1. Udgift til medicintilskud pr 1000 indbyggere fordelt på regioner



Tabel 0.1.1: Udgift pr 1000 indbyggere på tværs af regioner i 2009

Udgifter pr. 1000 indbyggere 2009	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark
Udgifter pr. 1000 indbyggere	1.176.074	1.266.423	1.344.676	1.330.201	1.322.202
Index landet = 100	93	100	106	105	104

Tabel 0.1.2: Forbrug (DDD) pr. 1000 indbyggere på tværs af regioner i 2009

DDD pr. 1000 indbyggere	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark
DDD pr 1000 indbyggere *)	346.554	372.919	443.573	411.232	410.131
Index landet=100	90	97	115	106	106

*) Tallene angiver, at der i f.eks. Region Midtjylland i gennemsnit blev forbrugt ca. 372 medicinbehandlinger pr. indbygger pr. år, svarende til lidt over én medicinbehandling pr. indbygger pr. dag.

Tabel 0.1.3: Tilskud pr. døgnbehandling (DDD) på tværs af regioner i 2009

Tilskud pr. DDD i kr. 2009	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark
Tilskud pr. DDD	3,39	3,39	3,03	3,23	3,22
Index (landet=100)	103	103	92	98	98

Det fremgår af tabel 0.1.1, at udgiftsniveauet er lavest i Region Hovedstaden og endda markant lavere end i de øvrige regioner. Region Midtjylland ligger næstlavest.

I henhold til bloktilskudskriterierne finansieres alene udgifter svarende til index 93 i Region Midtjylland. Da Region Midtjylland er placeret på index 100 på udgiftssiden i forhold til tilskudsmedicin er der ikke tilstrækkelig finansiering til at dække de faktiske udgifter.

I tabel 0.1.2 vises forbrugsniveauet (DDD) og i tabel 0.1.3 tilskud pr. døgnbehandling, dvs. hvor dyrt der ordineres. Det er således påfaldende, at Region Hovedstaden ordinerer relativt dyrt – overordnet set – men har markant det laveste forbrug i mængder sammenlignet med de øvrige regioner. Dvs. det er generelt det lave mængdeforbrug i Region Hovedstaden, der forklarer den lavere udgift pr. 1000 indbyggere. Fokus i denne analyse vil derfor primært være hvad der kan forklare denne markante forskel i forbrugsniveau imellem Region Hovedstaden og de øvrige regioner, herunder Region Midtjylland.

0.2. Mulige årsager til forskelle i forbrugsniveau:

Der kan være flere hovedforklaringer på forskelle i udgiftsniveau imellem de to regioner:

1) Lægerne har forskellige ordinationsvaner

Lidt populært sagt kan der være tale om, at læger i Region Hovedstaden underbehandler eller at læger i Region Midtjylland overbehandler.

2) Forskelle i befolkningen i forhold til sygdomsforekomst.

Forskelle i sygdomsforekomst, og dermed forskelle i behovet for medicinsk behandling, kan være en anden forklaring på forskelle i forbrug.

3) Skjult forbrug

Data i denne analyse tager afsæt i den medicin, der udskrives til ekspedition på de private apoteker med tilskud, men en del af medicinforbruget vil kunne forekomme i andre sektorer f.eks. sygehus, herunder de psykiatriske hospitaler. Der vil derfor i denne analyse blive præsenteret data, der belyser såvel forbrug af tilskudsmedicin, som den medicin der ordineres internt på hospitalerne, så det samlede forbrug på tværs af sektorer kortlægges.

0.3. Grundlag for udpegning af analyseområder

Med henblik på at udpege de væsentligste afvigelser i *forbrug* mellem Region Hovedstaden og Region Midtjylland er udarbejdet en liste (top 20) over de områder, hvor der er de største afvigelser, når der er korrigeret for forskelle i antal indbyggere.

Nedenstående opgørelse er udarbejdet med henblik på at identificere de områder, hvor der på forbrugssiden findes de største afvigelser pr. 1000 indbyggere i Region Midtjylland i forhold til Region Hovedstaden. Listen er rangordnet, således at de lægemiddelgrupper (på ATC-niveau 2²), hvor der er de største afvigelser i form af højere forbrug, er placeret øverst. Lægemidlerne under N06 er dog meget forskellige, så den gruppe lægemidler er udspecificeret yderligere.

² ATC-kodesystemet er et klassifikationssystem indenfor lægemiddelområdet der klassificerer lægemidler i forhold til kemiske indholdsstoffer. ATC-niveau 2 giver et overordnet overblik.

Tabel 0.3.1 Medicinforbrug (antal DDD) pr. 1000 indbyggere og samlet udgift i Region Midtjylland og Region Hovedstaden, 2009 (de 20 lægemidler hvor der foreligger de største relative forskelle i forbrug på overordnet niveau)

	A	B	C	D	E
	Afvigelse i % (mængde/forbrug)	Samlet tilskud i Region Midtjylland 2009 (1000 kr) ³	Samlet tilskud i Region Hovedstaden 2009 (1000 kr.)	Samlet tilskud i Region Hovedstaden hvis indbyggertallet var det samme som i Region Midtjylland (1000 kr.)	Forskel i udgifter mellem Region Midtjylland og Region Hovedstaden når der er korrigeret for forskelle i indbyggertal (B-D)
M03 – Muskelrelaxantia (muskelfalsslappende)	37%	3.588	2.939	2.206	1.382
N03 – Antiepileptica (epilepsi)	36%	66.957	62.858	47.182	19.775
H02 - Corticosteroider til systemisk brug (steroider)	33%	4.730	4.730	3.550	1.180
A06 – Laksantia (afføringsmidler)	31%	3.971	3.539	2.656	1.315
C01 – Hjerteterapi (hjerter/kar)	29%	13.353	13.051	9.796	3.557
A12 – Mineralpræparater	27%	14.196	12.995	9.754	4.442
N06 – Psychoanaleptica					
- heraf N06B ADHD	85%	45.198	33.928	25.467	19.731
- heraf N06A antidepressiva	23%	65.444	73.390	55.087	10.357
C07 – Beta-blokerende midler (hjerter/kar)	23%	23.160	24.734	18.566	4.594
L04 – Immunsuppressiva (bl.a. biologiske lægemidler til sclerose)	22%	17.437	14.416	10.821	6.616
B03 - Midler mod anæmi (blodmangel)	21%	3.323	4.197	3.150	173
M05 - Midler til behandling af knoglesygdomme	17%	10.220	12.315	9.244	976
R03 - Midler mod obstruktiv lungesygdom	16%	211.037	237.330	178.143	32.094
C09 - Midler med virkning på renin-angiotensin systemet (hjerter/kar)	16%	98.150	124.412	93.385	4.765
C10 – Lipid-modificerende midler (kolesterol-sænkende hjerter/kar)	13%	57.771	66.947	50.251	7.520
H03 - Thyreoidea-terapi	11%	5.500	5.239	3.932	1.568
R01 - Midler mod sygdomme i næsehulen	11%	8.960	11.172	8.386	574
C08 – Calciumantagonister ⁴ (blodtryk hjerter/kar)	9%	15.680	22.477	16.872	-1.192
Øvrige under C (primært vanddrivende) ⁵ Hjerter/kar	-7 %	15.158	24.880	18.675	-3.517

Note: De fremhævede lægemidler i tabellen er nærmere omtalt i teksten.

De 20 lægemidler udgør ca. 40 % af de samlede udgifter til medicintilskud i Region Midtjylland.

⁴ bemærk at Region Midtjylland på denne gruppe, på trods af et markant højere forbrug, har en lavere udgift når der tages højde for forskelle i indbyggere. Det skyldes at Region Midtjylland her anvender billigere lægemidler

⁵ Her er forbruget lavere end i Region Hovedstaden, men området medtages for at få en samlet opgørelse over hele området "C"

Det ses af tabellen, at de områder, hvor der er de største afvigelser i det procentuelle forbrug, ikke nødvendigvis "fylder" særlig meget på udgiftssiden. F.eks. ses det, at der er en meget stor procentvis afvigelse på området "muskelrelaxantia", men at Region Midtjyllands udgifter til området er beskedne (3,5 mio. kr. pr. år).

Den sidste kolonne viser forskellen imellem *udgifterne* i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, hvis indbyggertallet var det samme i Region Hovedstaden som i Region Midtjylland. Formålet med at medtage denne kolonne er at identificere de områder indenfor top 20 på forbrugssiden der også "fylder noget" på udgiftssiden.

Der er med denne argumentation udvalgt 4 områder til nærmere analyse.

- Epileptiske lægemidler
- Lægemidler til behandling af ADHD
- Lægemidler indenfor området hjerte/kar C
- Midler mod obstruktiv lungesygdom (Astma og KOL)

Da en lang række af lægemidlerne indenfor området hjerte/kar (ATC-kode C) indgår i top 20, og da flere af lægemidlerne har samme effekt (blodtrykssænkende), udtages hele området hjerte/kar (C) som analyseområde.

Merudgifterne på de 4 områder i forhold til Region Hovedstaden, hvis der er korrigeret for antal indbyggere er på årsbasis:

- Lægemidler til behandling af KOL/Astma: 32 mio. kr.
- Lægemidler behandling af ADHD: 20 mio. kr.
- Lægemidler til behandling af epilepsi: 20 mio. kr.
- Området hjerte/kar: 16 mio. kr.

Der vil blive anvendt følgende nøgletal i analysen til at beskrive de 4 områder:

- Udvikling i forbrug på tværs af regioner.
- Udvikling i tilskud pr. DDD (døgnbehandlingspris) på tværs af regioner
- Udvikling i antal behandlede patienter på tværs af regioner
- Det samlede forbrug af medicin, dvs. medicinforbrug både i praksissektor og sygehussektor (efterfølgende kaldet tværsektorielt forbrug)
- Øvrige relevante nøgletal indenfor de enkelte områder

Af hensyn til sammenlignelighed vil opgørelserne primært være opgjort pr. 1000 indbyggere.

Denne analyse har især til formål at identificere forskelle mellem Region Hovedstaden og Region Midtjylland, med henblik på at beskrive årsager til forskelle i forbrugs-/udgiftsniveau og som følge heraf evt. identificere besparelsesmuligheder.

Det skal dog bemærkes, at der findes en række områder, hvor der ikke er nævneværdige forskelle imellem Region Hovedstaden og Region Midtjylland i forhold til udgifts-/forbrugsniveau, men hvor der alligevel kan være betydelige besparelsespotentialer. Den intensiverede indsats på medicinområdet, der blev iværksat i forhold til almen praksis i 2009 med 5 udvalgte lægemiddelgrupper, er et eksempel herpå.

Der findes yderligere områder, som med fordel kan indgå i den nuværende indsats. Områderne er identificeret af centrale faglige myndigheder som Lægemiddelstyrelsen (herunder Institut for Rationel Farmakoterapi) og Sundhedsstyrelsen. Et afsluttende afsnit i denne analyse vil have til formål at identificere disse områder, hvor der foreligger hensigtsmæssige besparelsesmuligheder – områder som ellers ikke ville blive "fanget op" af denne analyse, da denne analyse i øvrigt alene tager afsæt i forskelle.

0.4. Metode og datagrundlag:

Fokus for denne analyse er lægemidler, der ordineres med offentligt tilskud og udleveres til ekspedition på de private apoteker i Danmark. Der er alene tale om receptpligtig medicin med tilskud. Data hentes fra det landsdækkende datavarehus "Targit", som administreres af CSC-Scandihealth. Data indeholder oplysninger om forbrug, tilskud, antal patienter og omsætning for lægemidler der udleveres til ekspedition fra de private apoteker i hele landet. Data er registreret efter en ensartet snitflade, hvilket muliggør analyser på tværs af regioner. Regionerne har hver især betalingsforpligtelsen for egne indbyggere, og der er i denne analyse derfor taget afsæt i forbrug og udgifter for regionens indbyggere, da formålet med analysen er at belyse forskelle i udgiftsniveau på tværs af regioner. Med mindre andet fremgår, vil data i de fremstillede tabeller være fra "Targit".

Der gives en rabat på alt tilskudsmedicin på 2,72 %. Alle data i "Targit" er eksklusiv rabat og svarer derfor ikke fuldt ud overens med regnskabsdata. I et benchmarking-perspektiv har det dog ingen praktisk betydning.

Der vil i enkelte tilfælde blive hentet oplysninger om det medicinforbrug, der foreligger internt på hospitalerne, dvs. hvor der ikke udskrives en recept til ekspedition på de private apoteker, men hvor der ordineres vederlagsfrit fra sygehusapotekerne i forbindelse med indlæggelse på hospital. Disse data hentes fra Lægemiddelstyrelsens database "Medstat". Det skal bemærkes, at disse data ikke er opgjort i forhold til forbrug for regionens egne indbyggere, da disse ikke er tilgængelige. Det giver en lille usikkerhed om konklusionerne, Det vurderes dog, at betydningen er marginal.

Oplysninger om medicinforbrug korrigeret for køn og alder er hentet fra Lægemiddelstyrelsens database "Ordiprax".

Data fra før regionernes dannelse er data konstrueret fra amternes data, hvor der er taget højde for den enkelte patients bopæl.

Bemærk at der kan være mindre forskelle i opgørelsesmetoder, f.eks. forbrug (DDD) i de forskellige datakilder.

0.4.1. Generelle metodiske overvejelser

Sundhedsstyrelsen er ved at indhente landsdækkende tal om sygdomsforekomst på tværs af regioner. Indtil data om sygdomsforekomst på tværs af regioner foreligger, vil eventuelle konklusioner om sammenhænge mellem medicinforbrug og sygdomsforekomst være forbundet med nogen usikkerhed. Der findes dog flere undersøgelser der peger på, at forskelle i uddannelsesniveau og livsstil har en væsentlig betydning for forskelle i sygdomsforekomst og

dermed også medicinforbrug. Undersøgelser fra "Center for Folkesundhed" har tidligere sandsynliggjort en sammenhæng imellem uddannelse, livsstil og forekomsten af kroniske sygdomme og dermed medicinforbrug.

I et supplerende notat, "Benchmarking-analyse af udgifter og forbrug til tilskudsmedicin på tværs af regionens kommuner", undersøges disse sammenhænge nærmere og sandsynliggør sammenhæng mellem uddannelse, livsstil, sygdom og medicinforbrug.

Generelt set vil mulighederne for evt. at underbygge konklusionerne om sammenhæng mellem medicinforbrug og sygdomsforekomst blive forbedrede, når datagrundlaget om sygdomsforekomst foreligger.

Analyseområde 1: Hjerte/kar

Lægemidler til behandling og forebyggelse af sygdomme indenfor området "hjerte-kar" omfatter især forebyggende medicin til at forebygge sygdom i hjerte og kredsløb (f.eks. kolesterol-sænkende medicin, blodtryks-sænkende medicin, vanddrivende medicin) men også lægemidler til behandling af hjertesygdomme f.eks. hjertesvigt.

I alt brugte Region Midtjylland i 2009 233 mio. kr. til forebyggelse og behandling af sygdomme indenfor området "hjerte/kar", og området udgjorde 15 % af de samlede udgifter til medicintilskud. Udgifterne er i alle regioner faldet inden for de seneste år. I Region Midtjylland er der sket et fald fra 275 mio. kr. i 2005 til 233 mio. kr. i 2009. Udgiftsfaldet skyldes blandt andet ændringer i tilskudsregler og prisfald som følge af patentudløb. Ca. 40 %⁶ af det samlede forbrug af den medicin, der udskrives til ekspedition på de private apoteker som tilskudsmedicin, ligger indenfor området hjerte-/kar. Den relativt lave udgiftsandel hænger sammen med, at hjertemedicin pr. døgnbehandling er relativt billig.

1.1. Forbrugsudvikling på tværs af regioner:

Mængdeforbruget af lægemidler indenfor hjerte-/kar er steget markant indenfor de seneste år. Som det fremgår af nedenstående tabel 1.1.1 og 1.1.2 er forbruget steget med mellem 25% og 40% fra 2005 til 2009 - mest i Region Syddanmark og mindst i Region Hovedstaden. Forbrugsniveauet ligger i 2009 højest i Region Nordjylland og lavest i Region Hovedstaden.

Tabel 1.1.1. Udviklingen i forbrug af hjerte/kar medicin (DDD) pr. 1000 indbyggere, 2005 - 2009, alle regioner

	2005	2006	2007	2008	2009	Indeks 2009 (hele landet=100)
Region Hovedstaden	119.959	127.670	137.463	146.749	150.444	87
Region Midtjylland	125.211	134.890	141.367	158.772	164.138	95
Region Nordjylland	157.999	171.886	186.243	200.190	210.717	122
Region Sjælland	136.964	147.962	160.801	175.102	183.304	106
Region Syddanmark	133.572	149.423	163.014	176.884	185.340	108
Hele landet	130.704	141.778	152.587	165.933	172.386	100

Tabel 1.1.2. Udviklingen i forbrug af hjerte/kar medicin (DDD) pr. 1000 indbyggere, 2005 - 2009, alle regioner, indexeret (index 2005=100)

	2005	2006	2007	2008	2009
Region Hovedstaden	100	106	115	122	125
Region Midtjylland	100	108	113	127	131
Region Nordjylland	100	109	118	127	133
Region Sjælland	100	108	117	128	134
Region Syddanmark	100	112	122	132	139
Hele landet	100	108	117	127	132

⁶ Bemærk at denne procentsats er lidt lavere end i notatet "Bench-marking analyse af udgifter og forbrug til tilskudsmedicin på tværs af regionens kommuner", da der i dette notat tages afsæt i Lægemedelstyrelsens afgrænsning, hvor der medtages lægemidler indenfor området "B" - bloddannende lægemidler.

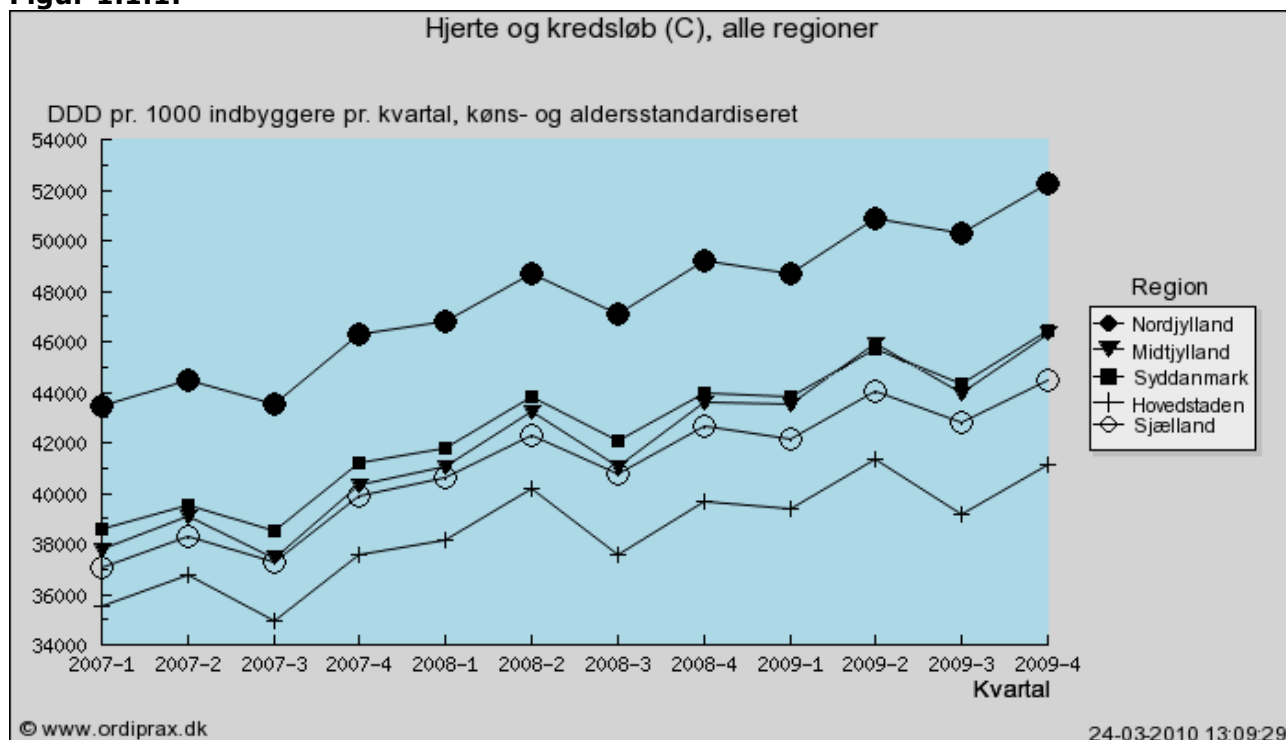
Nedenstående opgørelse specificerer, hvad det er for en slags medicin der anvendes. Det største forbrug ses indenfor områderne vandrivende medicin (C03 diuretika), blodtrykssænkende medicin (C07, C08, C09) og kolesterolsænkende medicin (C10). Region Hovedstaden anvender i lidt højere grad end Region Midtjylland vanddrivende medicin (C03), der er relativt billig.

Tabel 1.1.3. Specificeret forbrug (DDD) af hjertemidler pr. 1000 indbyggere fordelt på områder, 2009

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
C01 – Hjerteterapi	4.622	5.956	6.176	5.755	5.480
C02 – Antihypertensiva	1.084	635	1.317	1.496	1.159
C03 – Diuretica	35.822	33.108	46.899	43.057	41.192
C04 - Perifere vasodilatorer	6	4	6	4	4
C05 – Vasoprotectiva	19	14	25	18	22
C07 - Beta-blokerende midler	10.233	12.585	15.700	13.399	13.654
C08 – Calciumantagonister	23.353	25.546	28.859	28.883	29.174
C09 - Midler med virkning på renin-angiotensin systemet	44.164	51.039	68.574	53.352	56.593
C10 - Lipid-modificerende midler	31.141	35.251	43.161	37.340	38.063
I alt	150.444	164.138	210.717	183.304	185.340
Indeks (hele landet = 100)	87	95	122	106	108

Det er velkendt at medicinforbrug er tæt relateret til køn og alder. Forskellene i forbrug kan derfor muligvis hænge sammen med forskelle i køn og alder.

Figur 1.1.1.



Figur 1.1.1. viser forbrug af lægemidler indenfor hjerte-kar på tværs af regioner korrigeret for forskelle i indbyggertal, køn og alder. Figuren viser, at forbrugsniveauet ligger markant lavere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner også efter korrektion for forskelle i køn og alder. Endvidere viser figuren, at alle regioner har stort set samme stigende tendens i den standardiserede forbrugsudvikling pr. indbygger for hjerte-kar lægemidler, dog med lidt lavere stigning i Region Hovedstaden.

1.2. Tilskud pr. døgnbehandling (DDD) på tværs af regioner

Mens forbruget har været stærkt stigende i perioden 2005-2009 er der i samme periode sket et markant fald i, hvor dyr den ordinerede medicin er (målt som tilskud pr. DDD). Det skyldes især patentudløb med prisfald til følge, men også ændringer i tilskudsregler, således at tilskud til de dyrere hjertemidler ikke længere gives som generelt tilskud. Tilskud pr. DDD i Region Midtjylland er faldet fra 1,61 kr. i 2005 til 1,14 kr. i 2009, svarende til et fald på ca. 29%. Der ses ikke væsentlige forskelle i udviklingen på tværs af regioner. I Region Hovedstaden er der gennem hele perioden ordineret lidt dyrere medicin end i de øvrige regioner, dog således at RH nu nærmere sig niveauet i Region Midtjylland.

Tabel 1.2.1 Tilskud til hjerte/kar medicin, kr. pr. døgnbehandling (DDD), alle regioner, 2005 - 2009

Kr.	2005	2006	2007	2008	2009	Indeks 2009 (2005=100)
Region Hovedstaden	1,67	1,71	1,75	1,44	1,15	69
Region Midtjylland	1,61	1,67	1,77	1,43	1,14	71
Region Nordjylland	1,61	1,68	1,73	1,44	1,11	69
Region Sjælland	1,56	1,61	1,67	1,40	1,10	71
Region Syddanmark	1,58	1,61	1,67	1,39	1,10	70
Hele landet	1,61	1,66	1,72	1,42	1,12	70

1.3. Udvikling i antal behandlede patienter

Af tabel 1.3.1 ses, at antallet af patienter i behandling med hjerte-/karmedicin er steget mindre i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner. Det betyder, at hvor antallet af patienter i behandling i Region Midtjylland var ca. 3% højere end i Region Hovedstaden i 2005, er forskellen i 2009 øget til 8%. Denne udvikling forklarer en meget stor del af Region Hovedstadens gunstigere udvikling i forbruget af hjerte-/kar lægemidler generelt, jf. tabel 1.1.1 og 1.1.2 ovenfor.

Tabel: 1.3.1 Udvikling i antal behandlede patienter pr. 1000 indbyggere (hjerte/karmedicin), 2005-2009, fordelt på regioner

	2005	2006	2007	2008	2009	Indeks 2009 (2005=100)
Region Hovedstaden	168	177	184	191	193	115
Region Midtjylland	173	183	193	202	208	120
Region Nordjylland	202	215	226	236	242	120
Region Sjælland	191	203	213	224	229	120
Region Syddanmark	192	204	215	225	230	120
Hele landet	181	191	201	210	214	120

Lægemidler til behandling af sygdomme indenfor hjerte-kar anvendes hovedsageligt til ældre patienter. I Tabel 1.3.2. er vist, hvor stor en andel af befolkningen over 50 år, der har indløst en recept til hjerte/kar medicin i 2009. Det ses, at omkring halvdelen af befolkningen over 50 år har indløst en recept indenfor området hjerte-/kar i 2009. Flest i Region Nordjylland, færrest i Region Hovedstaden. Langt hovedparten af de patienter der behandles med hjerte/kar medicin er altså over 50 år.

Tabel 1.3.2: Antal patienter over 50 år i behandling med hjerte/kar medicin (2009) på tværs af regioner

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Antal patienter i behandling over 50 år	279.217	223.452	121.622	163.832	239.645
Antal indbyggere over 50 år	554.180	431.047	218.793	317.980	446.187
Andel af befolkning i behandling	50 %	52 %	55 %	52 %	54 %

1.4. Tværsektorielt forbrug

Indtil nu har opgørelser i denne analyse belyst udgifter, priser og forbrug i forhold til tilskudsmedicin til ekspedition på private apoteker. Med henblik på at opnå en større indsigt i medicinudskrivning i de forskellige sektorer vil dette afsnit koncentrere sig om følgende to nøgletal:

- 1) hvilke sektorer i sundhedsvæsenet der udskriver medicin til ekspedition på de private apoteker med offentligt tilskud. Når f.eks. et sygehus udskriver medicin til ekspedition på et privat apotek er der tale om den medicin patienten får en recept på i forbindelse med udskrivelse. Der er ikke tale om den medicin der ordineres internt på hospitalet.
- 2) opgørelse af medicinforbrug internt på hospitaler

ad 1) Nedenstående opgørelse belyser dette spørgsmål. Det ses af opgørelsen, at hjertemidler i ca. 94 % af tilfældene ordineres af praktiserende læger og at ordinationer fra hospitalssektor og speciallægepraksis til de private apoteker er begrænset. Tendensen ses på tværs af regioner. Dog viser opgørelsen, at almen praksis i Region Hovedstaden ordinerer lægemidler i mindre omfang end i de øvrige regioner. Det skal bemærkes, at behandlinger indenfor dette område, der er opstartet på hospital, ofte medfører en livslang behandling, der fortsættes af den praktiserende læge.

Tabel 1.4.1. Andele af hjerte/kar lægemidler (DDD) udskrevet til ekspedition på private apoteker fordelt på udskrivende sektor 2009

1000 DDD	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Speciallæge	2%	1%	1%	1%	1 %
Sygehuse	8%	4%	3%	5%	4 %
Almen praksis	89%	95%	96%	94%	95 %
Øvrige	1%	0%	0%	0%	0%
I alt	100%	100 %	100 %	100 %	100 %

Ad 2) I dette notat er fokus på forbruget/udgifter af lægemidler udskrevet til ekspedition på de private apoteker med offentligt tilskud. Et relativt større forbrug af tilskudsmedicin i Region Midtjylland i forhold til Region Hovedstaden kunne imidlertid skyldes, at der ordineres mere medicin internt på hospitalerne i Region Hovedstaden end i Region Midtjylland. For at få et samlet overblik præsenteres forbrug af medicin i såvel primær sektor (dvs. den medicin der udskrives til ekspedition på de private apoteker) som hospitalssektor (sygehusapoteker). Data hentes fra Lægemiddelstyrelsens databank Medstat.

Nedenstående opgørelse viser omsætningen for hjertemedicin i Region Hovedstaden og Region Midt i hospitalssektoren og primær sektor.

Tabel 1.4.2 Forbrug (DDD) pr. 1000 indbyggere hospitalssektor (sygehusmedicin) og Primær sektor (tilskudsmedicin private apoteker) i Region Hovedstaden og Region Midtjylland (Hjerte/kar)⁷

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland
Hospitalssektor	2.226	1.815
Primær sektor	147.603	161.983
I alt	149.829	163.798

Kilde: Lægemiddelstyrelsens databank "Medstat"

Det ses af tabellen, at kun en meget begrænset andel af medicinforbruget ordineres internt i hospitalsregi. Selv om der er ses et lidt større forbrug i hospitalssektor i Region Hovedstaden end i Region Midtjylland er forskellen beskeden sammenlignet med det samlede forbrug. Det kan derfor konkluderes, at det samlede forbrug af hjertemedicin i Region Midtjylland er højere end i Region Hovedstaden når det samlede forbrug af medicin (incl. hjerte/karmedicin i hospitalssektoren) opgøres.

1.5. Opsummering vedr. området hjerte-kar:

Forbruget af medicin indenfor hjerte/kar området er steget markant i de seneste år. Der er især tale om forebyggende medicin til forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol. Samtidig er prisen faldet p.gr.a. patentudløb, tilskuddet pr. DDD er faldet p.gr.a. regelændringer og tilskuddet pr. døgndosis er nu nede på under 2 kroner. Behandling med hjertemedicin er meget udbredt især i den ældre del af befolkningen, hvor ca. halvdelen af samtlige indbyggere over 50 år tager hjertemedicin.

Der er et højere behandlingsniveau med hjerte/kar lægemidler pr. 1000 indbyggere i Region Midtjylland end i Region Hovedstaden, både når der ses på medicin udleveret fra privat apotek og når der ses på alle sektorer under ét. Region Hovedstaden har imidlertid haft en lavere stigning i antal patienter i behandling pr. 1000 indbyggere, og dermed i det samlede forbrug af hjerte/kar medicin, end de øvrige regioner. Udviklingen i Region Hovedstaden skyldes primært et lavere ordinationsmønster fra almen praksis.

Sygdomme indenfor hjerte/kar kategoriseres under de 5 kroniske sygdomme, som er omfattet af kronikerindsatsen. Der findes undersøgelser/forskningsresultater der påpeger en sammenhæng mellem uddannelse, livsstil og sygdomsforekomst. Denne hypotese er mere

⁷ Bemærk at der kan være mindre forskelle i definitioner mellem opgørelse af DDD i Targit og medstat

uddybende udredt i notat "Benchmarking-analyse af udgifter og forbrug til tilskudsmedicin på tværs af regionens kommuner". Det bemærkes, at uddannelsesniveaueet er generelt lavere i Region Midtjylland end i Region Hovedstaden.

Det kan antages, at den intensiverede forebyggende medicinske indsats på hjerte/kar området i praksissektoren har haft betydning i forhold til faldende aktivitet i forhold til mere kompliceret behandling af sygdomme indenfor hjerte-/kar området, f.eks. by-pass og ballonudvidelser i hospitalsregi. Dette kræver dog nærmere udredning. I en kommentar til den faldende aktivitet på hjerte-lunge-karkirurgisk afdeling på Skejby Sygehus udtaler ledende overlæge Lars Ilkjær til "Dagens Medicin" at: "Det er svært at sige, hvad den præcise årsag er (til den faldende aktivitet) , men meget tyder på, at den forebyggende indsats er begyndt at slå igennem. Færre ryger, og flere tager kolesterolsænkende medicin". Ud fra en tværsektoriel synsvinkel vil der i så fald være tale om rationel ressourceudnyttelse især set i lyset af en behandlingspris (DRG-værdi 2009) på 70.529 kr. for en by-pass operation i hospitalsregi.

Analyseområde 2: ADHD

Anvendelsen af lægemidler til behandling af ADHD er steget voldsomt i de seneste år fra 6 mio. kr. i 2005 til 45 mio. kr. i 2009 i Region Midtjylland og væksten fortsætter i 2010. Sammenlignet med øvrige regioner er afvigelsen i forhold til forbrug markant, idet der i 2009 blev ordineret næsten dobbelt så meget medicin til behandling af ADHD pr. 1000 indbyggere i Region Midtjylland som i Region Hovedstaden.

2.1. Forbrugsudvikling på tværs af regioner:

Nedenstående opgørelse viser udviklingen i forbrug pr. 1000 indbyggere på tværs af regioner. Der ses en generelt set meget stor forbrugsstigning, idet forbruget er 5-6 dobbelt fra 2005 til 2009. Variationen henover regionerne er meget stor, og Region Midtjylland har det højeste forbrug pr 1000 indbyggere, i 2009 næsten 50% højere end landsgennemsnittet. Forbrugsstigningen er dog størst i Region Nordjylland og Region Sjælland. En væsentlig årsag til det stærkt stigende forbrug i perioden er, at der er tale om øget fokus på behandlingsmulighederne på dette område.

Tabel 2.1.1. Udviklingen i forbrug af ADHD-medicin (DDD) pr. 1000 indbyggere, 2005-2009, alle regioner

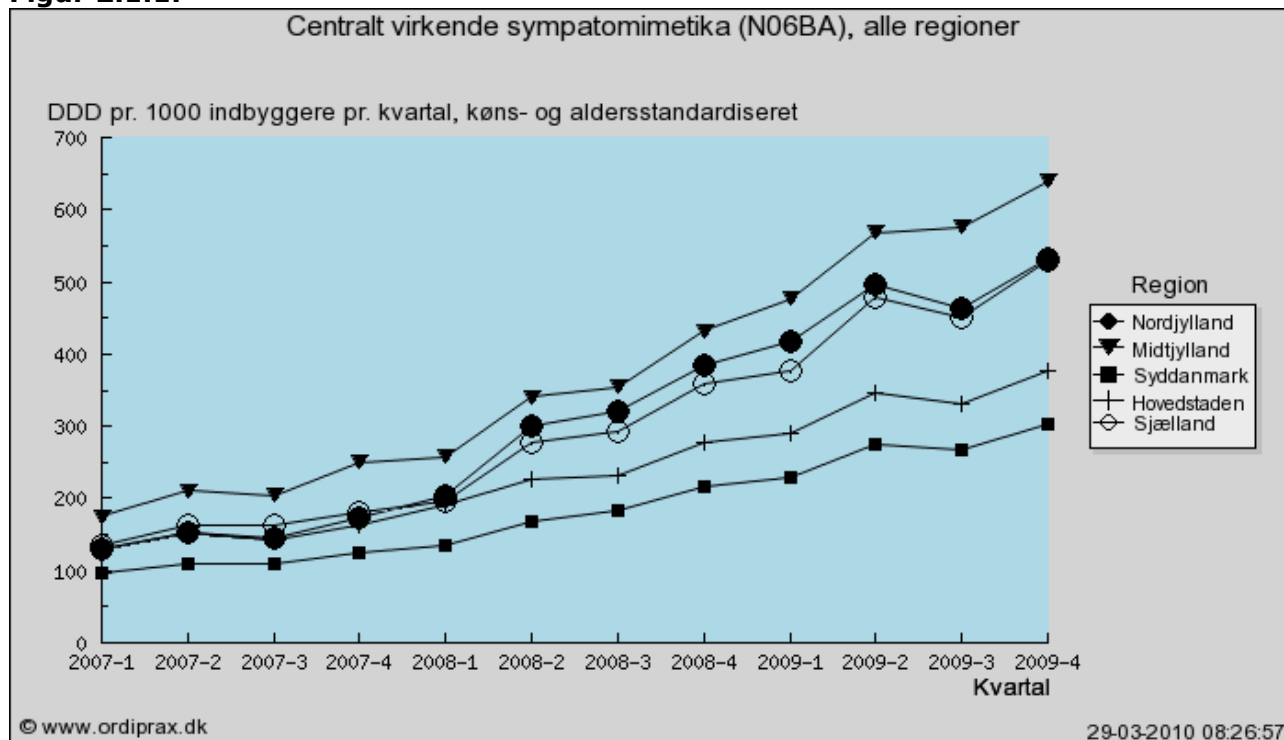
	2005	2006	2007	2008	2009	Indeks 2009 (hele landet=100)
Region Hovedstaden	242	351	474	758	1.135	80
Region Midtjylland	315	473	724	1.233	2.096	147
Region Nordjylland	215	329	470	997	1.631	115
Region Sjælland	212	347	503	903	1.553	109
Region Syddanmark	194	264	369	603	936	66
Hele landet	240	356	511	878	1423	100

Tabel 2.1.2. Udviklingen i forbrug af ADHD-medicin (DDD) pr. 1000 indbyggere, 2005-2009, alle regioner, indexeret (2005=100)

DDD pr 1000 indbyggere	2005	2006	2007	2008	2009
Region Hovedstaden	100	145	196	313	468
Region Midtjylland	100	150	230	392	666
Region Nordjylland	100	153	219	464	759
Region Sjælland	100	163	237	426	733
Region Syddanmark	100	136	190	311	483
Hele landet	100	148	212	365	592

Figur 2.1.1 nedenfor viser udviklingen i forbruget af lægemidler til behandling af ADHD når der korrigeres for forskelle i køn og alder. Figuren viser, at Region Midtjylland fortsat har det højeste forbrug på tværs af regioner når der er korrigeret for køn og alder, og at stigningen er større end i de øvrige regioner.

Figur 2.1.1.



Kilde: Ordiprax

2.2. Tilskud pr. døgnbehandling (DDD) på tværs af regioner

Nedenstående tabel 2.2.1 viser prisudviklingen til ADHD-medicin opgjort i tilskud pr DDD. Tabellen viser, at medicin til behandling af ADHD er relativt dyr, men at prisudviklingen har været stabil over tid. Der foreligger ikke større forskelle på tværs af regioner i behandlingspris. Dog har Region Hovedstaden, lige som for hjerte/kar medicin, generelt ordineret lidt dyrere ADHD-medicin end de øvrige regioner. Samtidig har Region Midtjylland haft en større stigning end de øvrige regioner, hvilket imidlertid hænger sammen med et væsentligt lavere udgangspunkt end i de øvrige regioner, således at niveauerne i nu er mere ensartede på tværs af regionerne.

Tabel 2.2.1 Tilskud til ADHD-medicin, kr. pr. døgnbehandling (DDD), alle regioner, 2005-2009

I kr.	2005	2006	2007	2008	2009	Indeks 2009 (2005=100)
Region Hovedstaden	19,81	17,60	18,55	18,62	17,98	91
Region Midtjylland	16,43	16,50	18,71	18,50	17,29	105
Region Nordjylland	17,78	16,28	18,56	17,98	17,13	96
Region Sjælland	18,43	16,88	19,14	18,54	17,55	95
Region Syddanmark	18,66	17,50	18,67	18,61	17,48	94
Hele landet	18,24	17,02	18,71	18,49	17,51	96

2.3. Tværsektorielt forbrug

Nedenstående tabel viser, hvilke sektorer der udskriver tilskudsmedicin til ekspedition på de private apoteker. I forhold til hjertemedicin udskrives en meget stor andel af medicin til

behandling af ADHD af sygehuse og speciallæger. Dog udskrives en relativt stor andel af medicinen (40 %) af den praktiserende læge. Også for de knap 40 % af medicinen, der udskrives af den praktiserende læge, må det antages at behandlingsforløbene er kontrolleret af læger på mere specialiseret niveau, f.eks. læger indenfor børne/ungdomspsykiatrien. De mere specialiserede niveauer i sundhedsvæsenet (hospitaller og praktiserende speciallæger) har derfor en væsentlig betydning for det lægemiddelbaserede behandlingsniveau af patienter med ADHD i regionerne. Der er ikke meget væsentlige forskelle mellem regionerne i, hvem der ordinerer ADHD-medicin. Det bemærkes dog bl.a., at Region Nordjylland i højere grad anvender praktiserende speciallæger end sygehuse til behandling af patienter med ADHD.

Tabel 2.3.1 Andele af ADHD lægemidler (DDD) udskrevet til ekspedition på private apoteker fordelt på udskrivende sektor 2009

DDD	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark
Almen praksis	32 %	41 %	41 %	26 %	42 %
Praktiserende speciallæge	28 %	24 %	45 %	36 %	23 %
Sygehuse	32 %	32 %	10 %	35 %	33 %
Øvrige	8 %	3 %	4 %	3 %	2 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabel 2.3.2. Forbrug (DDD) pr. 1000 indbyggere hospitalssektor (sygehusmedicin) og Primær sektor (tilskudsmedicin private apoteker) i Region Hovedstaden og Region Midtjylland (ADHD)⁶

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland
Hospitalssektor	19	18
Primær sektor	929	1.425
I alt	948	1.443

Kilde: Lægemiddelstyrelsens database Medstat.

Som det fremgår af ovenstående oversigt anvendes kun en meget beskedent del af ADHD medicin internt på hospitalerne. Der er derfor tale om et generelt set større forbrug af lægemidler til behandling af ADHD i Region Midtjylland end i Region Hovedstaden på tværs af sektorer.

2.4.Udvikling i antal behandlede patienter

Nedenstående opgørelse viser udviklingen i antal behandlede patienter pr. 1000 indbyggere fra 2005 til 2009. Der ses en kraftig stigning i antallet af behandlede patienter, hvilket forklarer størstedelen af stigningen i forbruget af ADHD-medicin, jf. tabel 2.1.1 og 2.1.2 ovenfor.

Tabel 2.4.1 Udvikling i antal behandlede patienter pr. 1000 indbyggere (ADHD-medicin), 2005 - 2009, fordelt på regioner

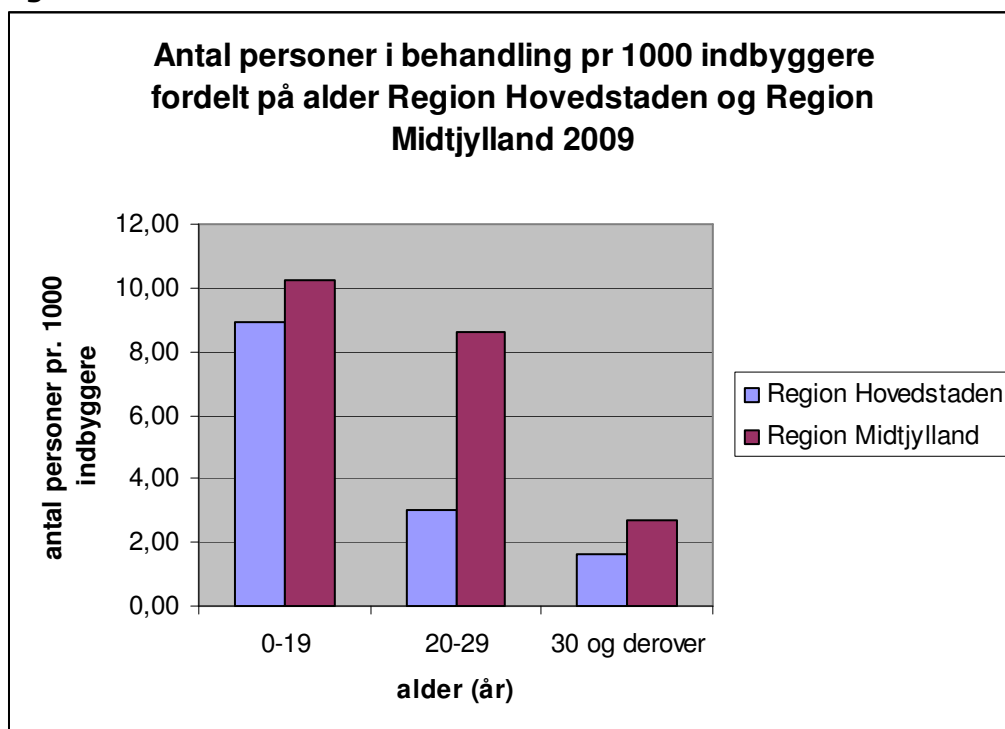
	2005	2006	2007	2008	2009	Indeks 2009 (2005=100)
Region Hovedstaden	0,96	1,27	1,70	2,39	3,32	346
Region Midtjylland	0,99	1,46	2,17	3,30	4,94	499
Region Nordjylland	0,81	1,24	1,72	2,86	4,13	510
Region Sjælland	0,82	1,23	1,74	2,68	3,93	479
Region Syddanmark	0,73	0,97	1,30	1,87	2,60	356
Hele landet	0,87	1,22	1,70	2,53	3,65	420

I en opgørelse fra Lægemiddelstyrelsen præsenteret 10. marts 2010 af Forum for vurdering af Lægemiddelforbrug, som er et rådgivende organ nedsat af Lægemiddelstyrelsen er det gennemsnitlige antal behandlede patienter i hele landet i 2008 2,9 pr. 1000 indbyggere⁸. Sverige behandlede ifølge den samme opgørelse 3,36 patienter pr. 1000 indbyggere og Norge 5,19 patienter pr. 1000 indbyggere.

I Danmark regner man med at 3-7 % af indbyggerne har ADHD. Det fremgår imidlertid ikke hvor stor en andel af disse, der har behov for medicinsk behandling. Der er dog generelt meget stor variation i skønnene, idet f.eks. Italien skønner en forekomst på 1 %.

Nedenstående figur viser antal patienter i behandling vedr. ADHD fordelt på alderskategorier. Figuren viser, at det specielt er i alderskategorien 20-29 år, at der foreligger betydelige forskelle i forhold til antal behandlede patienter imellem Region Midtjylland og Region Hovedstaden.

Figur 2.4.1.



2.5.Opsummering vedr behandling af ADHD

Der har i de senere år været en øget fokus på mulighederne for lægemiddelbehandling af patienter med ADHD.

Region Midtjylland har et markant højere behandlingsniveau end de øvrige regioner. Det er især patienter i aldersgruppen 20-29 år, der behandles oftere i Region Midtjylland end i Region Hovedstaden.

⁸ Opgørelsesmetoden er ikke helt sammenlignelig med opgørelsen i dette notat, hvorfor tallene afviger en smule.

Under forudsætning af, at der ikke er større forskelle i sygdomsforekomst, må det antages, at forskellene hovedsageligt skyldes forskellig visitationspraksis hos de ordinerende læger. Det kan ikke af talmaterialet umiddelbart vurderes, om det er Region Midtjylland der overbehandler eller Region Hovedstaden der underbehandler, men sammenlignes med de øvrige skandinaviske lande er behandlingsniveauet generelt set lavere i Danmark.

En undersøgelse netop offentliggjort i "Journal of Developmental and behavioral Pediatrics" vedr. behandling af børn med ADHD konkluderer imidlertid, at der for mange børn med ADHD ofte ikke længere er et behandlingsbehov efter et år i medicinsk behandling. Der bør derfor foretages systematisk opfølgning på patienter i medicinsk behandling for ADHD

Det skal bemærkes, at der ikke gives generelt tilskud til lægemidler til behandling af ADHD, men alene enkelttilskud. Enkelttilskud betyder, at patienten alene kan få tilskud, hvis den ordinerende læge får en godkendelse af Lægemiddelstyrelsen på baggrund af en konkret ansøgning. Der eksisterer derfor en skærpet central kontrol med ordination og tilskud til disse lægemidler. Lægemidlerne ordineres primært af praktiserende speciallæger (psykiatere) og hospitalsafdelinger men dog også i et vist omfang (40%) af de praktiserende læger. Lægemidlet ordineres kun i begrænset omfang internt på hospitalerne, herunder psykiatriske hospitaler.

Analyseområde 3: Lægemidler til behandling af epilepsi

Lægemidlerne indenfor ATC-gruppen N03 består af lægemidler hovedsageligt til behandling af epilepsi. Flere af lægemidlerne kan også anvendes til smertebehandling f.eks. ved diabetes, og enkelte anvendes ved angst og forebyggelse af migræne. Region Midtjylland havde i 2009 udgifter på 66 mio. kr. til lægemidler indenfor gruppen N03. Det svarer varer til ca. 5 % af de samlede udgifter til tilskudsmedicin i Region Midtjylland. Udgifterne på området har været svagt faldende fra 73 mio. kr. i 2005, men fra 2008 til 2009 har der igen været tendens til stigende udgifter, og også på dette område skyldes det bl.a. stigende priser.

3.1. Forbrugsudvikling på tværs af regioner:

Nedenstående to opgørelser viser udviklingen i forbrug pr. 1000 indbyggere på tværs af regioner. Der ses en generelt set stor forbrugsstigning. Region Midtjylland har det højeste forbrug pr 1000 indbyggere. Forbrugsstigningen er dog størst i Region Nordjylland og Region Syddanmark og mindst i Region Hovedstaden, der samtidig også har det laveste forbrug pr. 1000 indbyggere.

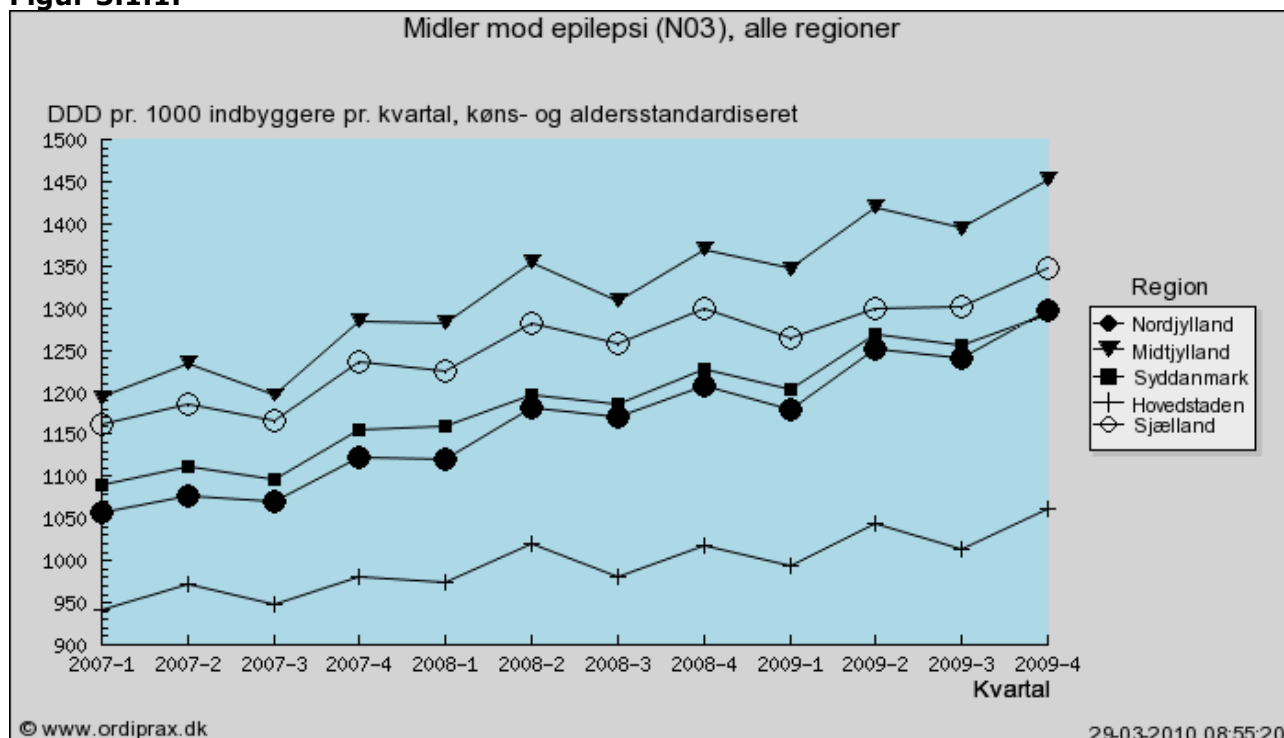
Tabel 3.1.1. Udviklingen i forbruget af epilepsimedicin (DDD) pr. 1000 indbyggere, 2005 - 2009, alle regioner

DDD pr 1000 indb.	2005	2006	2007	2008	2009	Indeks 2009 (hele landet=100)
Region Hovedstaden	3.283	3.398	3.582	3.720	3.800	82
Region Midtjylland	4.140	4.393	4.482	4.998	5.156	111
Region Nordjylland	3.700	3.938	4.170	4.541	4.829	104
Region Sjælland	4.206	4.407	4.634	4.949	5.092	110
Region Syddanmark	3.756	4.055	4.304	4.597	4.835	104
Hele landet	3.760	3.973	4.162	4.470	4.633	100

Tabel 3.1.2. Udviklingen i forbruget af epilepsimedicin (DDD) pr. 1000 indbyggere, 2005 - 2009, alle regioner, indexeret (index 2005=100)

DDD pr 1000 indb.	2005	2006	2007	2008	2009
Region Hovedstaden	100	103	109	113	116
Region Midtjylland	100	106	108	121	125
Region Nordjylland	100	106	113	123	131
Region Sjælland	100	105	110	118	121
Region Syddanmark	100	108	115	122	129
Hele landet	100	105	110	118	123

Figur 3.1.1.



Figur 3.1.1. viser forskellene i udvikling i forbrug på tværs af regioner når der er korrigeret for forskelle i køn og alder. Figuren viser, at forskelle i køn og alder ikke kan forklare forskellene i forbrug.

3.2. Tilskud pr. døgnbehandling (DDD) på tværs af regioner

Nedenstående opgørelse viser udviklingen i prisudviklingen, opgjort som udgifter pr. døgn dosis. Sammenlignet med andre lægemidler, f.eks. lægemidler indenfor hjerte/kar, er epilepsimedicin relativt dyr medicin. Prisen er dog fra 2005 til medio 2008 faldet, bl.a. som følge af patentudløb. Der ses dog tendens til stigende priser sidst på året i 2009 og i 2010, hvilket ikke kan ses af nedenstående, der er opgjort på årsbasis.

Tabel 3.2.1: Tilskud til epilepsimedicin i kr. pr. døgnbehandling (DDD), 2005-2009 på tværs af regioner

Tilskud pr. DDD kr.	2005	2006	2007	2008	2009	Indeks 2009 (2005=100)
Region Hovedstaden	13,57	11,01	9,77	10,25	9,95	73
Region Midtjylland	14,56	11,26	10,11	10,44	10,41	71
Region Nordjylland	11,95	10,43	9,83	10,35	10,43	87
Region Sjælland	13,67	10,89	9,66	10,20	9,95	73
Region Syddanmark	12,75	10,73	10,07	10,67	10,70	84
Hele landet	13,48	10,93	9,91	10,39	10,29	76

3.3.Udvikling i antal behandlede patienter

Nedenstående opgørelse viser udviklingen i antal behandlede patienter på tværs af regioner fra 2005-2009. Udviklingen i antal behandlede patienter følger udviklingen i mængdeforbruget, som er stigende på tværs af regioner, jf. tabel 3.1.1 og 3.1.2 ovenfor.

Tabel 3.3.1 Udvikling i antal behandlede patienter pr. 1000 indbyggere på tværs af regioner fra 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009	Indeks 2009 (2005=100)
Region Hovedstaden	13	14	14	15	16	123
Region Midtjylland	16	17	18	20	21	131
Region Nordjylland	14	15	16	18	19	136
Region Sjælland	16	17	19	20	20	125
Region Syddanmark	15	16	18	19	20	133
Hele landet	15	16	17	18	19	127

3.4.Tværasektorielt forbrug

Nedenstående opgørelse viser, hvilke sektorer i sundhedsvæsenet der udskriver medicinen til ekspedition på de private apoteker. Opgørelsen viser, at almen praksis udskriver den største del af medicinen, men at også hospitaler og speciallæger udskriver større andele af den samlede mængde tilskudsmedicin. Endvidere fremgår det, at Region Hovedstaden afviger med en mindre andel epilepsimedicin ordineret fra almen praksis og en større andel ordineret fra sygehusene og speicallægepraksis.

Tabel 3.4.1: Andele af epilepsilægemidler (DDD) udskrevet til ekspedition på private apoteker fordelt på udskrivende sektor 2009

2009	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Gennemsnitlig andel
Speciallæger	8 %	5 %	3 %	6 %	4 %	5%
Sygehuse	15 %	7 %	5 %	11 %	8 %	9%
Almen lægegering	74 %	87 %	91 %	82 %	87 %	84%
Øvrige	3 %	1 %	1 %	1 %	1 %	2%
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabel 3.4.2. Forbrug (DDD) pr. 1000 indbyggere hospitalssektor (sygehusmedicin) og Primær sektor (tilskudsmedicin private apoteker) i Region Hovedstaden og Region Midtjylland (Epilepsi)⁶

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland
Hospitalssektor	187	120
Primær sektor	18.571	21.634
I alt	18.758	21.754

Kilde: Lægemiddelstyrelsens database "medstat"

Det fremgår af ovenstående opgørelse, at forbruget af epilepsimedicin internt på hospitalerne er beskedent i såvel Region Midtjylland som i Region Hovedstaden. Det kan derfor konkluderes

at forbruget af lægemidler til behandling af epilepsi er generelt højere i Region Midtjylland end i Region Hovedstaden når det samlede medicinforbrug opgøres, dvs. incl. den medicin, der ordineres internt på hospitalerne.

3.5.Opsummering vedr. behandling af epilepsi

Forbruget af lægemidler udskrevet til de private apoteker til behandling af epilepsi i Region Midtjylland ligger 37 % over niveauet i Region Hovedstaden. Forbruget er markant højere i Region Midtjylland, også når der tages højde for evt. forbrug internt på hospitalerne. Forbruget er stigende over tid.

Forbruget er også højere i Region Midtjylland også når der tages højde for eventuelle forskelle i køn og alder.

Forskellen i forbrug mellem Region Midtjylland og Region Hovedstaden er meget markant og det må derfor antages, at der foreligger et forskelligt behandlingsniveau på tværs af regioner, især baseret på forskelligt ordinationsomfang fra almen praksis. Da lægemidlerne i nogle tilfælde kan anvendes til forskellige sygdomme, kan forskelle i anvendelsen også være en forklaring.

Analyseområde 4: Lægemidler til behandling af KOL og Astma

Midler mod obstruktiv lungesygdom anvendes til behandling af både KOL og astma. Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) er en kronisk sygdom i luftvejene, hvor den normale lungefunktion er varigt nedsat på grund af forsnævring af luftvejene og ødelæggelse af lungevævet. Astma er også en kronisk lungesygdom med gentagne anfald af åndenød, hoste, trykken for brystet eller hvæsende/pibende vejrtrækning. Den medicinske behandling af både KOL og astma sker med lægemidler, der udvider luftvejene, og med medicin, der dæmper betændelsestilstanden. Disse lægemidler hører under ATC-kode RO3, som derfor anvendes i denne analyse. Det er ikke muligt at opgøre om medicinen bliver anvendt af patienter med KOL eller astmatikere.

I alt brugte Region Midtjylland i 2009 211 mio. kr. til behandling af KOL og astma og området udgjorde cirka 13 % af de samlede udgifter til medicintilskud i Region Midtjylland. Udgifterne er i Region Midtjylland steget fra 185 mio. kr. i 2005, bl.a. som følge af stigende priser.

4.1. Forbrugsudvikling på tværs af regioner:

Forbruget af lægemidler indenfor KOL og astma har næsten været på samme niveau de seneste år – dog med en tendens til svagt faldende forbrug. I de fire af regionerne er der sket et lille fald i forbruget, hvor Region Midtjylland har oplevet det største fald på 5 procent.. Forbrugsniveauet ligger i 2009 højst i Region Nordjylland og lavest i Region Hovedstaden.

Tabel 4.1.1. Udviklingen i forbrug af medicin til behandling af Astma/KOL (DDD) pr. 1000 indbyggere, 2005 – 2009, alle regioner

	2005	2006	2007	2008	2009	Indeks 2009 (hele landet=100)
Region Hovedstaden	18.821	18.742	18.874	18.339	18.418	87
Region Midtjylland	22.594	22.266	21.667	21.450	21.448	101
Region Nordjylland	23.772	23.686	23.683	23.253	23.617	112
Region Sjælland	21.887	21.759	21.701	21.040	21.168	100
Region Syddanmark	23.542	23.879	23.929	23.422	23.563	111
Hele landet	21.683	21.633	21.540	21.074	21.181	100

Tabel 4.1.2. Udviklingen i forbrug Astma/Kol døgnbehandling (DDD) pr. 1000 indbyggere indekseret fra 2005 til 2009 alle regioner

	2005	2006	2007	2008	2009
Region Hovedstaden	100	100	100	97	98
Region Midtjylland	100	99	96	95	95
Region Nordjylland	100	100	100	98	99
Region Sjælland	100	99	99	96	97
Region Syddanmark	100	101	102	99	100
Hele landet	100	99	99	97	97

4.2. Tilskud pr. døgnbehandling (DDD) på tværs af regioner

Mens forbruget har været svagt faldende i perioden 2005-2009 er prisen, opgjort som tilskud pr. DDD, steget. Udviklingen skyldes stigende priser på en række lægemidler indenfor gruppen. Priserne varierer dog betydeligt fra kvartal til kvartal især i 2009. Det er derfor vanskeligt at vurdere, om prisstigningerne også fortsætter i 2010.

Tabel 4.2.1. Tilskud til medicin for behandling af Astma/KOL, kr. pr. døgnbehandling (DDD), 2005-2009, på tværs af regioner

Kr.	2005	2006	2007	2008	2009	Indeks 2009 (2005=100)
Region Hovedstaden	6,88	7,27	7,42	7,57	7,75	113
Region Midtjylland	6,75	7,31	7,54	7,63	7,89	117
Region Nordjylland	6,92	7,52	7,75	7,94	8,20	118
Region Sjælland	6,60	7,16	7,44	7,61	7,86	119
Region Syddanmark	6,84	7,30	7,50	7,66	7,90	115
Hele landet	6,80	7,30	7,51	7,66	7,89	116

4.3. Udvikling i antal behandlede patienter

Nedenstående tabel viser udviklingen i antal behandlede patienter pr. 1000 indbyggere. Tabellen viser bl.a., at der er sket en stigning i antal behandlede patienter fra 2005 til 2009.

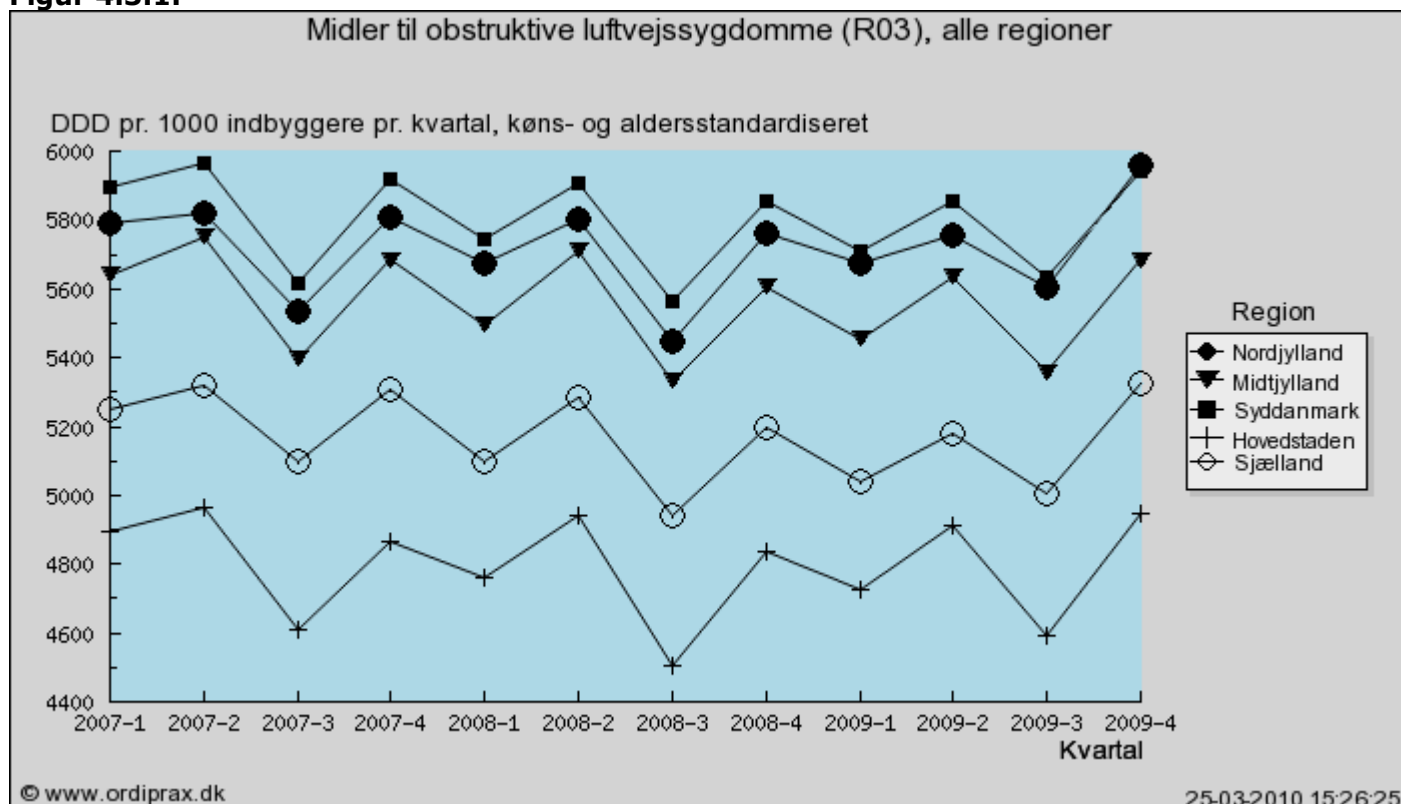
Tabel 4.3.1. Udvikling i antal behandlede patienter (Astma/Kol) pr. 1000 indbyggere, 2005-2009, fordelt på regioner

	2005	2006	2007	2008	2009	Indeks 2009 (2005=100)
Region Hovedstaden	77	80	81	78	80	104
Region Midtjylland	76	78	79	78	80	105
Region Nordjylland	84	85	86	84	86	102
Region Sjælland	81	83	84	81	82	101
Region Syddanmark	85	86	89	87	88	104
Hele landet	79	81	82	80	82	104

Stigningen i antal behandlede patienter fra 2005 til 2009 var landsdækkende med Region Midtjylland med største stigning på cirka 5% og Region Sjælland med laveste på cirka 1%. Udviklingen er overraskende især set i lyset af, at udviklingen i forbruget målt i mængder (DDD) er faldende. Der må derfor være tale om et fald i mængden af medicin pr. behandlet patient i perioden.

Nedenstående figur viser forbrug af lægemidler til KOL og astma på tværs af regioner korrigeret for forskelle i indbyggertal, køn og alder. Figuren viser, at forbrugsniveauet ligger markant lavere i Region Hovedstaden og at Region Sjælland også ligger noget lavere end Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Syddanmark. Figuren indikerer, at forbruget er sæson påvirket. Dette kan muligvis skyldes, at astmatikerne står for en stor del af forbruget af midler mod obstruktive luftvejssygdomme – og at astma netop bryder op på bestemte tidspunkter af året.

Figur 4.3.1.



4.4. Tværsektorielt forbrug

Det ses af nedenstående opgørelse, at lægemidler med tilskud til ekspedition på private apoteker mod obstruktive luftvejssygdomme i overvejende grad ordineres af de praktiserende læger. Kun i begrænset omfang ordineres lægemidlerne på højere specialiseret niveau, f.eks. speciallægepraksis eller på sygehuse. Dog er der også på dette område forskel mellem regionerne, således at praktiserende læger i Region Hovedstaden udskriver medicin i mindre omfang og hospitalerne i større omfang end i resten af landet.

Tabel 4.4.1. Andele af lægemidler Astma/KOL (DDD) udskrevet til ekspedition på private apoteker fordelt på udskrivende sektor 2009

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Speciallægehjælp	4 %	2 %	1 %	1 %	1 %
Sygehussektor	7 %	3 %	2 %	3 %	3 %
Almen praksis	88 %	95 %	97 %	96 %	96 %
Øvrige	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Nedenstående opgørelse viser forbruget af lægemidler til astma og KOL i Region Hovedstaden og Region Midtjylland i hospitalssektoren og primær sektor⁹

Tabel 4.4.2. Forbrug (DDD) pr. 1000 indbyggere hospitalssektor (sygehusmedicin) og Primær sektor (tilskudsmedicin private apoteker) i Region Hovedstaden og Region Midtjylland (Astma og KOL)⁶

2008	Region Hovedstaden	Region Midtjylland
Hospitalssektor	187	120
Primær sektor	18.571	21.634
I alt	18.758	21.754

Kilde: Medstat

Det ses af tabellen, at kun en meget begrænset mængde KOL-Astma medicin ordineres internt i hospitalsregi. Selvom der ses et lidt større forbrug i hospitalssektor i Region Hovedstaden end i Region Midtjylland, er forskellen beskeden sammenlignet med det samlede forbrug. Det kan derfor konkluderes, at det samlede forbrug af KOL/Astma medicin er højere i Region Midtjylland end i Region Hovedstaden når der ses på sektorerne under ét.

4.5. Opsummering vedr. astma & KOL området

Medicinforbruget indenfor midler til obstruktive luftvejssygdomme (R03) er svagt faldende. Samtidig er tilskuddet pr. døgndosis steget. Omkring 8 % af samtlige indbyggere tager medicin mod obstruktive luftvejssygdomme.

Kun en meget beskeden mængde KOL/Astmamedicin ordineres internt på hospitalerne, og det må konstateres, at der generelt foreligger et højere behandlingsniveau pr. 1000 indbyggere i Region Midtjylland end i Region Hovedstaden når der ses på alle sektorer under ét.

Lægemidlerne indenfor gruppen R03 anvendes til behandling af såvel KOL som Astma. Da der ikke foreligger data om diagnoser i praksissektoren, kan der ikke udarbejdes særskilte opgørelser af patienter der behandles for astma og patienter der behandles for KOL. Dette medfører betydelige vanskeligheder når data skal fortolkes.

Som det fremgår af notatet " "Benchmarking-analyse af udgifter og forbrug til tilskudsmedicin på tværs af regionens kommuner" er der i flere undersøgelser dokumenteret en overordnet sammenhæng imellem uddannelse, livsstil og sygdomsforekomst, bl.a. i forhold til KOL, som dog ikke kan ses i forhold til medicinforgbrug ift KOL/Astma. Dette kan netop skyldes, at Astma og KOL lægemidler ikke kan adskilles, og at målingerne bliver for upræcise.

Det er påpeget bl.a. fra Institut for Rationel Farmakoterapi, at en mindre del af lægemidlerne indenfor gruppen R03 er mest hensigtsmæssige til behandling af astmapatienter og i mindre omfang af KOL-patienter. Det drejer sig om de såkaldte steroider. Da der ikke i praksissektoren registreres diagnoser til anvendelse statistisk, kan det ikke umiddelbart dokumenteres, om der finder evt. overbehandling af KOL-patienter sted på netop den type lægemidler. Området vil dog blive udpeget som fokusområde (se kap. 5)

⁹ Der måles på samlet omsætning dvs. tilskudsbeløb plus patientens egenbetaling (inklusiv patientens egenbetaling) for at sikre sammenlignelighed

5. Øvrige områder der evt. kan udpeges som indsatsområder og som anbefales af Institut for Rationel Farmakoterapi/Sundhedsstyrelsen

I 2009 blev der i Region Midtjylland udpeget 5 områder, hvor der forelå betydelige besparelspotentialer ved skifte fra dyre til billigere kvalitetsmæssigt ligeværdige lægemidler. Områderne er placeret indenfor hjerte/kar (primært blodtryksænkende lægemidler), stærke smertestillende lægemidler, gigtmidler, antidepressive lægemidler og mavesårsmidler. Det er ikke kun i Region Midtjylland at der er betydelige beløb at spare. Dette gør sig gældende på landsplan. Der foreligger for nuværende et besparelspotentiale på ca. 50 mio. kr. i forhold til den nuværende indsats i Region Midtjylland. Der forventes ændringer i tilskudsregler i de kommende måneder indenfor flere af lægemidlerne, der indgår i den nuværende indsats. Hertil kommer et forventet patentudløb på stærke smertestillende lægemidler i 2011. Hvis regelændringerne træder i kraft og patentudløbet på stærke smertestillende lægemidler medfører prisfald, vil besparelspotentialet derudover reduceres til ca. 20 mio. kr.

Dette afsnit udpeger nye områder der kan indgå i indsatsen. Områderne vedrører:

- Områder hvor det er hensigtsmæssigt at foretage skifte fra dyre til billigere lægemidler med ligeværdig effekt
- Områder hvor det kan være hensigtsmæssigt at sænke forbruget

Indsatsområderne er anbefalet af centrale myndigheder.

a) Diabetesmidler (skifte fra dyre til billige lægemidler)

Indenfor området insuliner og analoger foreligger store prisforskelle, og ifølge Institut for Rationel Farmakoterapi, som er en afdeling under Lægemedelstyrelsen, vil lægemidlerne i de fleste tilfælde være ligeværdige i den terapeutiske effekt og bivirkningsprofil. Der foreligger årlige besparelser i Region Midtjylland på ca. 7 mio. kr., hvis billigste lægemiddel anvendes i f.eks. 80 % af tilfældene.

b) Migrænemidler (skift fra dyre til billige lægemidler + forbrug)

Mht lægemidler til behandling af migræne anbefaler Institut For Rationel Farmakoterapi Sumatriptan som 1. valg. Dette både som følge af en mere hensigtsmæssig bivirkningsprofil og en betydeligt lavere pris. Hvis Sumatriptan vælges som 1. valg i 80 % af tilfældene, vil der foreligge en besparelse på 10 mio. kr. årligt i Region Midtjylland.

Det skal endvidere bemærkes, at overbehandling hos den enkelte patient medfører u hensigtsmæssige bivirkninger (triptaninducerede smerter). Der bør derfor supplerende foretages en indsats på patientniveau i de tilfælde hvor der finder overbehandling sted. Der foreligger ikke opgørelser over omfanget, men der foreligger her et supplerende besparelspotentiale.

c) Fentanyl/buprenorfin (forbrug)

Fentanyl/buprenorfin er et af de dyre lægemidler til behandling af stærke smerter. Lægemidlerne er plasterbehandling, sugetabletter, slikkepind og næsespray.

Sundhedsstyrelsen har netop udsendt en anbefaling om forsigtighed ved anvendelsen af disse lægemidler, da der er flere registreringer om utilsigtede hændelser ved ikke korrekt anvendelse. Hvor der er risiko vil det ofte være hensigtsmæssigt at skifte til andet lægemiddel. Det noteres, at en eventuel besparelse ved skifte fra Fentanyl/buprenorfin til et andet lægemiddel forudsætter at der findes kvalitetsmæssigt ligeværdige lægemidler til en billigere pris. Det er endnu ikke muligt at opgøre et evt. besparelspotentiale, men de samlede udgifter til Fentanyl var i 2009 24 mio. kr.

d) forbrug af lægemidler til behandling af mavesår (forbrug)

Lægemiddelstyrelsen anbefaler, at lægemidler til behandling af mavesår – de såkaldte protonpumpehæmmere – som udgangspunkt alene bør anvendes for en behandlingsperiode af 8 uger, da langtidsbehandling over 8 uger kan have uhensigtsmæssige bivirkninger. I marts 2010 har Lægemiddelstyrelsen offentliggjort en undersøgelse, der viser, at alene 44 % af brugerne på landsplan modtager behandling i henhold til anbefalingerne, mens 56 % modtager behandling i mere end 8 uger. Der foreligger ikke data opgjort på regioner.

Lægemiddelstyrelsen anbefaler, at der sættes fokus på det stigende forbrug af lægemidler til behandling af mavesår (protonpumpehæmmere). Til orientering havde Region Midtjylland udgifter til mavesårsmidler (Protonpumpehæmmere) i 2009 på 43 mio. kr. Et løst skøn er et besparelspotentiale på ca. 7 mio. kr.

e) antipsykotiske lægemidler til ældre patienter (forbrug)

Lægemiddelstyrelsen anbefaler stor forsigtighed ved behandling af ældre mennesker med demens /Alzheimers sygdom med antipsykotiske lægemidler, da der har været en øget forekomst af dødsfald indenfor denne patientkategori ved behandling med antipsykotika. Omfanget af behandling af denne gruppe kendes dog ikke.

f) steroid-behandling af KOL-patienter (forbrug)

Det undersøges om behandling af KOL-patienter med steroider er hensigtsmæssig. Vurderingen skal foretages på individniveau i dialog med den praktiserende læge.