

Ny medicin forlænger liv – men ikke altid i Danmark

I Danmark omtales udgifter til medicinsk behandling kun som en byrde for sundhedsvæsenet. Men for patienter er hurtig adgang til nye, medicinske behandlinger afgørende. Både for at opnå et bedre og længere liv. Men også for at opretholde håbet. Særligt indenfor brystkræft oplever Brystkræftforeningen, at man først venter længe på en afgørelse i Medicinrådet, og at rådet derefter giver afslag på mange nye behandlinger, der er adgang til i vores nabolande. Afslag skyldes i høj grad kombinationen af dyre behandlinger med mange patienter, der ofte skal have medicinen længe. Men det er det forkerte sted at spare i sundhedsvæsenet.

Derfor anbefaler Brystkræftforeningen, at der afsættes en større andel af vores sundhedsudgifter til nye, medicinske behandlinger i form af mindst to milliarder kroner mere.

Den nuværende situation skaber en masse usikkerhed for patienter med metastaserende brystkræft. Nogle patienter søger til udlandet eller til privathospitaler. Enkelte har råd til det, andre må sælge deres bolig¹. Det skaber både ulighed og frustrationer hos patienter og personale.

DANMARK HALTER BAGUD

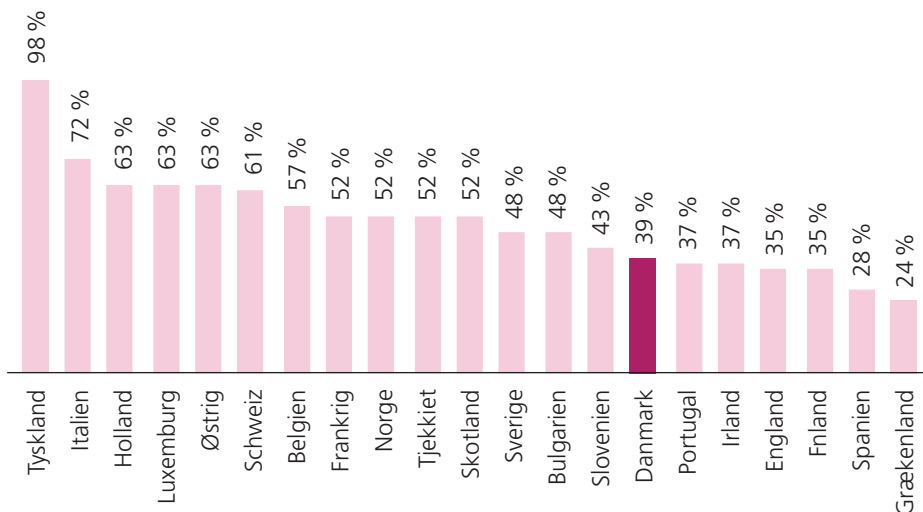
Ifølge overlæge og lægelig leder af den onkologiske kliniske forskningsenhed på Rigshospitalet Ann Knop er udfordringen omfattende: "For to år siden (...) kunne vi trygt sige, at det er præcist det samme (vi tilbyder i Danmark, red.), som ESMO's² guidelines, måske med et par måneders forsinkelse. Men sådan er det ikke mere. Næsten halvdelen af de ting, der står i de guidelines, har vi desværre ikke mulighed for"¹. Opfattelsen gælder ikke alene for brystkræft. Til Onkologisk Tidsskrift siger Niels Fristrup, afdelingslæge på Aarhus Universitetshospitals kræftafdeling: "Fra 2018 og fremefter har nyrekræftpatienter i alle andre europæiske lande fået adgang til op til fire nye kombinationsbehandlinger i første linje, behandlinger, der er den eksisterende behandling overlegen – ingen af disse behandlinger kan jeg tilbyde til mine patienter"³.

Fakta om brystkræft

Brystkræft er diagnosen for hver fjerde danske kvinde med kræft. Sygdommen tegner sig for 15 procent af kræftdødeligheden. Hvert år er der cirka 1.200 patienter, der får tilbagefald af deres brystkræft eller som får konstateret en brystkræft, der har spredt sig. Denne gruppe lever i gennemsnit i 40 måneder, men det afhænger meget af undertyper. Hovedparten har en median overlevelse på 43 måneder, mens undertypen ER-/HER2 normalt har en median overlevelse på 15 måneder.

Kilde: DBCG

Figur 1. Oversigt over tilgængelige onkologiske behandlinger, procent, 2018-2021



Kilde: EFPIA (2023). EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2022 Survey

NABOLANDE HAR ADGANG TIL DEN NYE MEDICIN

I perioden 2018-2021 godkendte Danmark 18 ud af 46 mulige typer af kræftmedicin til almen brug. EU gennemsnittet er 23 og Danmark er dermed placeret på en 15. plads⁴, som det fremgår af figur 1. En direkte konsekvens af, at Danmark enten ikke godkender ny kræftmedicin, eller gør det stærkt forsinket er, at der er patienter, som ikke når at få glæde af behandlingsmulighederne, og derfor får et kortere liv end nødvendigt.

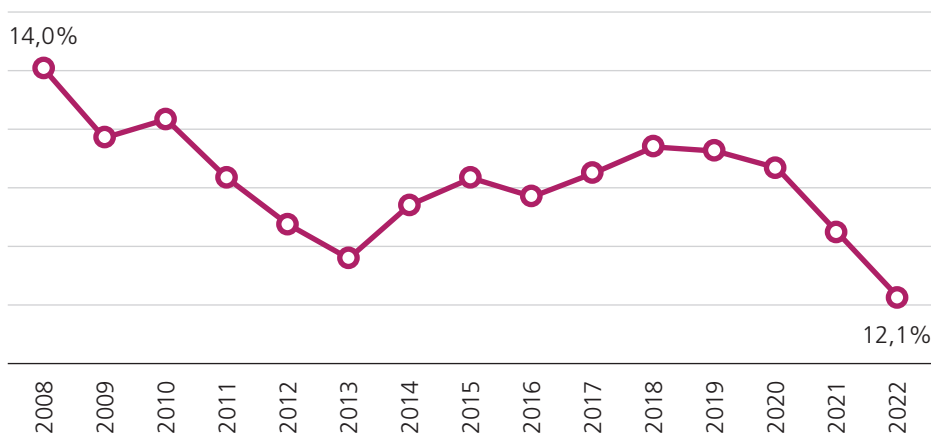
Mange af de medicinske behandlinger er til gengæld til rådighed for patienterne i vores nabolande. Det gælder ikke mindst i Tyskland, men også i Sverige og Norge er der flere behandlingsmuligheder indenfor kræft, jf. figur 1. Man kan med god ret spørge, om det er en politisk bevidst beslutning, at Danmark skal være blandt de lande, der har færrest behandlingsmuligheder for kræftpatienter?

VI BRUGER FÅ PENGE PÅ MEDICIN

Det lyder voldsomt, når Danske Regioner er melder ud, at de forventer stigende medicinudgifter på 750 millioner kroner⁵. For det første bliver de vilde beløb sjældent realiseret. For det andet skal medicinudgifter ses i forhold til, at regionerne netto brugte 131 milliarder kroner på sundhed i alt⁶. Der er ingen tvivl om, at medicinudgifterne er steget gennem årene. I 2008 brugte vi godt 12 milliarder kroner på medicin. I 2022 blev knap 16 milliarder kroner anvendt på medicin. Men alle udgifter stiger – især indenfor sundhed. Derfor skal udgifterne sættes i forhold til den relative udvikling i udgifterne til lægemidler, hvilket kan ses af nedenstående figur 2.

Som det fremgår af figuren, bruger vi færre penge på lægemidler, når man ser på udviklingen i udgifterne sammenlignet med regionernes nettoudgifter til sundhed. I 2008 udgjorde lægemidler 14,0 procent af de samlede sundhedsudgifter, hvilket i 2022 var faldet til 12,1 procent. Måler vi udgifter til lægemidler op i forhold til BNP er der også sket et fald fra 0,67 procent i 2008 til 0,56 procent i 2022. Alt andet lige betyder det, at udgifterne til lægemidler udgør en mindre og faldende andel af vores sundhedsudgifter.

Figur 2.
Udvikling i udgifter til lægemidler i procent af regionernes sundhedsudgifter, 2008-2022



Kilde: Amgros, Sundhedsdatatstyrelsen og Danmarks Statistik

Anm.: Lægemiddeludgifter opgjort som regionernes udgifter til hospitalslægemidler (frem til 2021 er anvendt SAIP. Tallet for 2022 er taget fra markedsovervågningen) lagt sammen med udgifterne til medicintilskud sat i forhold til regionernes nettodriftsudgifter til sundhed.

“Vi sakker bagud i Danmark – og det kommer vi utvivlsomt til at kunne aflæse på overlevelsestallene fremover. Vores nordiske nabolande og alle andre lande i Europa godkender behandlinger, der bliver afvist herhjemme.”

Niels Frstrup, afdelingslæge,
Aarhus Universitetshospital

73.817

danske kvinder
levede med brystkræft
ved udgangen af 2019

(Kræftens Bekæmpelse (2022))

ANDRE LANDE BRUGER MARKANT MERE PÅ LÆGEMIDLER

Sundhedsministeriet har i et svar på et udvalgsspørgsmål opgjort de offentlige udgifter pr. indbygger til lægemidler justeret for købekraft, så det tager hensyn til prisforskelle i de europæiske lande⁷. Som det fremgår af figur 3, er Danmark blandt de lande i opgørelsen, der bruger færrest penge på lægemidler pr. indbygger. Det er tankevækkende, at Danmark bruger under halvdelen af det, som man i Tyskland anvender på lægemidler pr. borger.

Ny medicin forbedrer, forlænger og redder liv

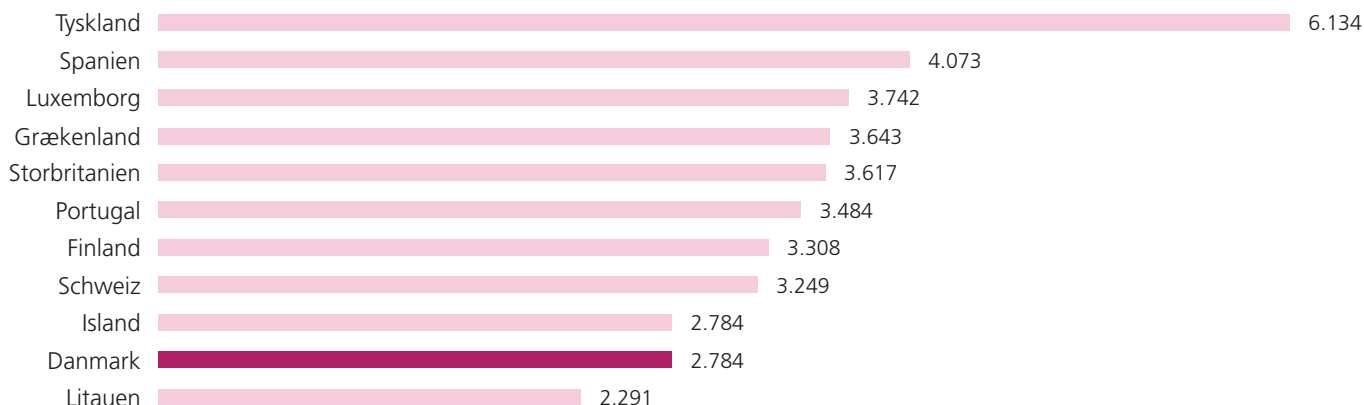
Når det er afgørende for Brystkræftforeningen at bruge flere penge på medicin, skyldes det ikke, at Danmark bruger få og færre end andre lande. Årsagen er alene, at nye medicinske behandlinger forbedrer, forlænger og nogle gange redder patienternes liv.

Middellevetiden i Danmark er i de sidste 30 år steget med 5,3 år for kvinder og 6,9 år for mænd⁸. Det er jo en fantastisk positiv udvikling, som i høj grad kan tilskrives adgangen til nye medicinske behandlinger. Det er ikke alene vores Brystkræftforeningens påstand. Et studie fra 2014 konkluderer:

”Det anslås, at innovation af lægemidler har tegnet sig for næsten tre fjerdedele af stigningen på 1,74 år i den forventede levetid ved fødslen i de 30 lande i vores stikprøve mellem 2000 og 2009”⁹.

Et andet studie slår fast, at nye behandlingsmuligheder indenfor kræft har reduceret dødeligheden med 12,2 procent, mens tidligere diagnosticering reducerede dødelighed med 4,5 procent¹⁰.

Figur 3.
Offentlige udgifter til lægemidler pr. indbygger, 2021
(Danske kr.)



Kilde: www.ft.dk/samling/20231/almdel/suulspm/167/svar/2013965/2810014.pdf

Hvad er prisen på et leveår?

Netop det spørgsmål har Institut for Statskundskab ved Aarhus Universitet beskæftiget sig med¹¹. I en artikel på instituttets hjemmeside henviser man til, at CEPOS kontroversielt estimerer, at nedlukningen under Covid-19 kostede samfundet 2,6 millioner kroner pr. ekstra leveår. Det sammenligner artiklen med, at Medicinrådet angiveligt opererer med et maksimalt beløb for 500.000 kroner for et ekstra leveår, når de skal godkende ny medicin. Der findes dog ikke dokumentation for, at det er denne grænse, som Medicinrådet har sat, men formand for Medicinrådet, Steen Werner, mener ifølge Berlingske Tidende, at en pris på "800.000 kroner om året for én patient, (...) er et højt beløb selv på kræftområdet"¹².

I Finansministeriet arbejder man også med værdien af et leveår. Man kalder det VOLY (Value Of a Life Year) og det anvendes som et værktøj til prioriteringer af offentlige tiltag, som har en indflydelse på befolkningens risiko for at dø i en bestemt periode. I et notat om værdien af et leveår anbefaler Finansministeriet, at værdien af et leveår fastsættes til 1,4 millioner kroner¹³. Det er næsten tre gange så meget som den værdi, man tilsyneladende anvender i Medicinrådet. Det er tankevækkende og mildest talt frustrerende, at et leveår har markant mindre værdi, fordi det sikres med ny medicin, og tilsyneladende meget større værdi, hvis det eksempelvis handler om trafik eller luftforurening.

Udover at et leveår tilsyneladende ikke har samme værdi for kræftpatienter som for trafikofre, spiller antallet af patienter og den tid, som de skal modtage en medicinsk behandling, også negativt ind på Medicinrådets vurdering. Som det fremgår af Medicinrådets metodevejledning¹⁴, skal den økonomiske analyse af et lægemiddel bestå af to dele: En omkostningsanalyse, der estimerer den gennemsnitlige omkostning per patient, og en budgetkonsekvensanalyse, der estimerer budgetkonsekvenserne for regionerne ved anbefaling af lægemidlet som mulig standardbehandling. Budgetkonsekvensanalysen afhænger ikke alene af omkostningen pr. patient, men også af antal patienter og behandlingsperioden. Medicin, der gavner mange i lang tid, bliver dermed ofte vurderet for dyr. Det indebærer indirekte en endnu lavere værdi for et leveår for en brystkræftpatient, fordi der er mange, der skal have medicin i lang tid.



Lena må selv købe sin behandling

Lena har en type brystkræft kaldet HER2Low, hvor den nyeste behandling ikke er godkendt endnu.

Hun er heldig at have en læge, som kæmper hendes kamp, og derfor har de tre gange ansøgt den regionale lægemiddelkomité om at få betalt behandlingen. Hun har fået afslag alle tre gange. De to sidste afslag er kommet efter hun af egen regning er startet på behandlingen, og at derfor nu findes evidens for, at den virker for Lena.

I det seneste afslag refereres til fakta fra 2020 og at behandlingen er under vurdering i Medicinrådet. De forholder sig ikke til, at behandlingen virker, og at der findes nyere data fra 2022, som også viser den positive effekt af behandlingen.

Lena bruger mere end 50.000 kroner hver tredje uge på sin behandling, som hun ikke må købe gennem sygehuset, selvom sygehuset alligevel køber behandlingen til brystkræftpatienter med en anden genvariant.

HVOR ER FOLKETINGETS PRINCIPPER?

Folketingets partier har vedtaget en række principper for prioritering af lægemidler til sygehuse. Hovedformålet er – eller var – at sikre *fri og lige adgang til behandling af høj kvalitet*. I Brystkræftforeningen er vi enige i de syv principper. Men vi er kedede af, at det halter for Medicinrådet med at leve op til mange af dem. Det knager lidt med fjerde princip om åbenhed, og man kan også diskutere om en afvisning af dyr medicin sikrer det sjette princip om mere sundhed for pengene, idet det vel aldrig har været ambitionen at levere ingen sundhed for ingen penge?

Det femte princip omhandler 'hurtig ibrugtagning af ny, effektiv medicin'. Ambitionen er, at Danmark skal være førende, når det gælder om at sikre patienterne gavn af behandlingsmæssige fremskridt. Virkeligheden er en anden. I en analyse af Medicinrådet af Implement Consulting Group lyder det blandt andet: "I 2021 har det ikke været muligt at overholde den formelle sagsbehandlingstid for nogle af Medicinrådets 37 lægemiddelanbefalinger. (...) Derudover er den reelle sagsbehandlingstid en yderligere udfordring, da flere "clock-stops" fx gør, at den gennemsnitlige tid fra at Medicinrådet modtager en ansøgning, til der er foretaget en anbefaling, reelt er endnu længere. Det princip anvendes i praksis ikke længere"¹⁵.

Det syvende princip hedder 'adgang til behandling', og handler om, at både store og små patientgrupper skal sikres lige adgang. Derudover skal der tages højde for individuelle behov samt behandling med lægemidler, der er afvist til standardbehandling. Det syvende princip overholdes heller ikke alene på grund af Medicinrådets metodehåndbog, der diskriminerer store patientgrupper, der skal modtage behandling længe.

Folketingets syv principper for prioritering af lægemidler til sygehuse

1. Faglighed
2. Uafhængighed
3. Geografisk lighed
4. Åbenhed
5. Hurtig ibrugtagning af ny, effektiv medicin
6. Mere sundhed for pengene
7. Adgang til behandling

KAN VI SÆTTE ET EKSPORT-EVENTYR OVER STYR?

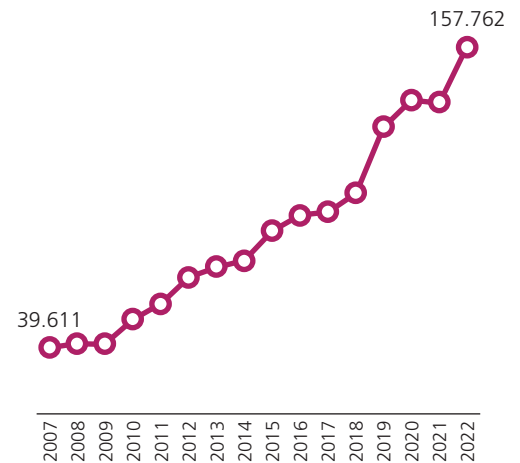
Eksporten af lægemidler fra Danmark til udlandet er firedoblet siden 2007 og udgør nu en femtedel af vores samlede eksport. Det er intet mindre end et lille eventyr, der blandt andet bygger på et velfungerende samarbejde mellem den offentlige og private sektor, der har gjort Danmark førende indenfor kliniske forsøg.

Hvis det ikke længere er attraktivt for udenlandske virksomheder at lancere deres behandlinger på det danske marked, vil det på sigt betyde færre kliniske forsøg og mindre forskning. Det kan på den lange bane knække eksportkurven – i den forkerte retning.

SKAL VI BRUGE FLERE PENGE PÅ MEDICIN?

Man kan med rimelighed spørge, om vi skal bruge flere penge på medicin, når vi har så mange andre uløste problemer i det danske sundhedsvæsen. Mere ny medicin kan ovenikøbet betyde, at der vil være behov for endnu mere kvalificeret sundhedspersonale til at håndtere de avancerede be-

Figur 4. Eksport af lægemidler, mill. kr.



Kilde: Statistikbanken: Den samlede udenrigshandel efter SITC-hovedgrupper, im- og eksport og tid

handlinger. Vores indvending er, at der ikke skal bruges flere penge på sundhed, men at en større andel skal bruges på medicin. Først og fremmest fordi det er en god investering, der kan omsættes direkte i ekstra levetid og ofte også i bedre livskvalitet for mange danske patienter. Samtidig øger det jobtilfredsheden hos vores højt specialiserede sundhedspersonale, fordi de kan tilbyde de mest avancerede behandlinger til deres patienter. Derudover er det med til at modvirke, at personale og patienter rykker over i den private sektor i stedet.

Et modargument kunne være, at man fra Folketingets side ikke ønsker at blande sig i, hvordan regionerne anvender deres midler og hvordan Medicinrådet godkender nye behandlinger. Det er imidlertid Folketingets opgave at sikre, at vores udgifter til sundhed anvendes rigtigt. Desuden har staten tidligere givet meget målrettede tilskud, eksempelvis til landets fødeafdelinger. Og endelig vil vi ikke blande os i Medicinrådets arbejde. Vi vil blot sikre, at de ikke behøver at prioritere så hårdt på bekostning af danske patienters liv og leved.

- ¹ Ann Knop (2022). Brystkræft. Oplæg på Kræftdag 2022 arrangeret af Dagens Medicin. Afholdt den 29. september 2022. Tilgængelig på <https://vimeo.com/758708960/e848e70e0a>
- ² ESMO står for European Society for Medical Oncology
- ³ Steen-Andersen, A.M. (2023). Fremtrædende onkologer: Medicinrådets arbejde er spild af tid og ressourcer. [online] Onkologisk Tidsskrift. Available at: https://onkologisktidsskrift.dk/data-og-medicinogkendelser/2869-fremtraedende-onkologer-medicinradets-arbejde-er-spild-af-tid-og-ressourcer.html?utm_source=newsletter_1366&utm_medium=email&utm_campaign=overall-survival-er-udfordret-som-golden-standard-i-onkologiske-studier-i-praksis-har-onkologer-ikke-altid-tid-til-at-vente-pa-modne-os-data.
- ⁴ EFPIA (2023). EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2022 Survey. [online] www.efpia.eu. Available at: <https://www.efpia.eu/media/677293/efpia-patient-wait-indicator-final-report.pdf> [Accessed 01 May 2023].
- ⁵ Ejbye-Ernst, A. (2020). Regioner: Markante stigninger i medicinudgifter i 2021. [online] Dagens Medicin. Available at: <https://dagensmedicin.dk/regioner-markante-stigninger-i-medicinudgifter-i-2021/#:~:text=> [Accessed 26 Apr. 2023].
- ⁶ Danmarks Statistik (2023). Statistikbanken. REGR31: Regionernes regnskaber efter region, hovedkonto, dranst, art og prisneden. [online] Available at: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1470> [Accessed 10 May 2023].
- ⁷ <https://www.ft.dk/samling/20231/almdel/suu/spm/167/svar/2013965/2810014.pdf>
- ⁸ Danmarks Statistik and Jørn Korsbø Petersen (2023). Middellevetid for 0-årige efter køn og tid. [online] Statistikbanken. Available at: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/selectvarval/saveselections.asp> [Accessed 1 May 2023].
- ⁹ Lichtenberg, F.R. (2014). Pharmaceutical innovation and longevity growth in 30 developing and high-income countries, 2000–2009. *Health Policy and Technology*, 3(1), pp.36–58. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2013.09.005>.
- ¹⁰ Seabury, S.A., Goldman, D.P., Gupta, C.N., Khan, Z.M., Chandra, A., Philipson, T.J. and Lakdawalla, D.N. (2016). Quantifying Gains in the War on Cancer Due to Improved Treatment and Earlier Detection. *Forum for Health Economics and Policy*, 19(1), pp.141–156. doi: <https://doi.org/10.1515/fhep-2015-0028>.
- ¹¹ Fossum, I.M. (2020). Hvad er prisen for et leveår? [online] ps.au.dk. Available at: <https://ps.au.dk/cepdisc/nyheder/nyhed/artikel/hvad-er-prisen-for-et-levaar> [Accessed 26 Apr. 2023].
- ¹² <https://www.berlingske.dk/samfund/det-er-ren-desperation-kvinder-med-brystkraeft-bruger-formuer-paa-privat>
- ¹³ Finansministeriet (2019). Dokumentationsnotat om værdien af statistisk liv og værdien af leveår. [online] www.fm.dk. Available at: https://fm.dk/media/18104/dokumentationsnotat_om_vaerdien_af_statistisk_liv_og_vaerdien_af_levaar_a.pdf [Accessed 26 Apr. 2023].
- ¹⁴ Medicinrådet (2024). Medicinrådets metodevejledning for vurdering af nye lægemidler. [online] Medicinrådet. Available at: https://medicinraadet.dk/media/5nvplk03/efter-1-januar-2021_medicin%C3%A5dets-metodevejledning-for-vurdering-af-nye-l%C3%A6gemidler-vers-1-0_adlegacy.pdf [Accessed 1 May 2023].
- ¹⁵ Danske Regioner (2023). Anbefalinger skal sikre kortere sagsbehandlingstider i Medicinrådet. [online] www.regioner.dk. Available at: <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2023/februar/anbefalinger-skal-sikre-kortere-sagsbehandlingstider-i-medicinraadet> [Accessed 1 May 2023].