



UiO • University of Oslo

Department of Health Management and Health Economics

Myelomatose i Norge: Forekomst, overlevelse, kostnader, prioritering

Blodkreftforeningens høstmøter 2019

Oslo, Trondheim, Tromsø

Ivar Sønbo Kristiansen

(i.s.Kristiansen@medisin.uio.no)

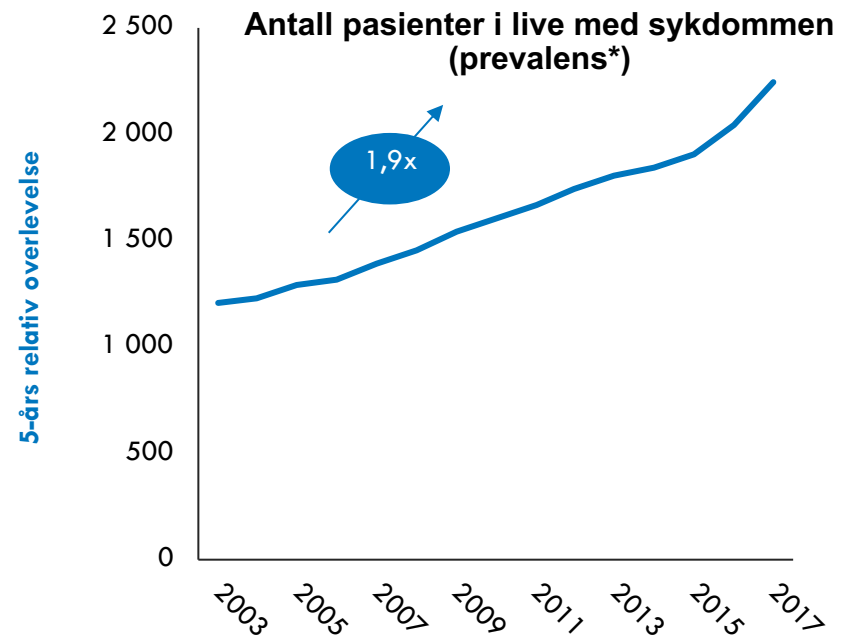
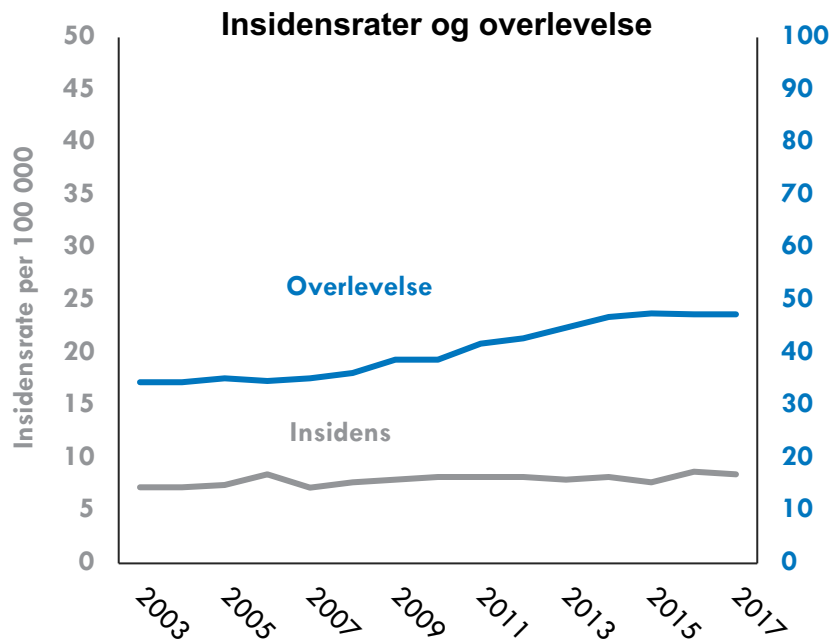


Interessekonflikter

- ISK har mottatt lønn, honorar, gaver, måltider og reisetilskudd fra et lang rekke offentlige og private institusjoner og legemiddelfirmaer
- ISK har mottatt honorar for å medvirke til en rapport fra Oslo Economics om myelomatose i Norge finansiert av Celgene

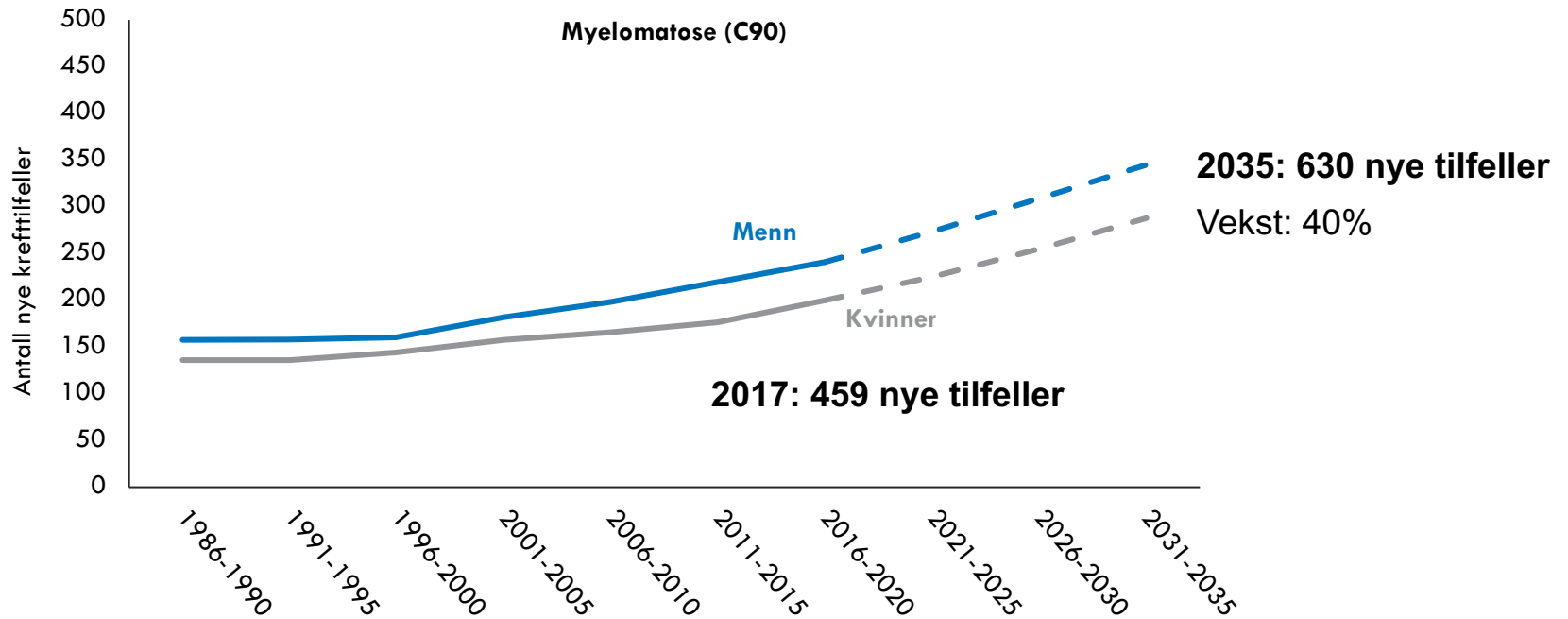
**Myelomatose:
Forekomst, dødelighet,
behandling, kostnader**

Overlevelse, insidens og prevalens myelomatose



Celgene/Oslo Economics. Datakilde: Krefregisteret *per 31.12

Anslag for fremtidige antall nye tilfeller (insidens) myelomatose




Celgene/Oslo Economics. Datakilde: NORDCAN (Kreftregisteret)

Samfunnskostnader ved myelomatose 2018


Verdien av tapte leveår og helsetap: ~ 2,9 mrd. kr.


 Tapte leveår i kroner ~ 2,58 mrd. kr.


 Tapt livskvalitet ~ 320 mill. kr.


Myelomatose: samfunnskostnader 2018

Direkte kostnader: ~ 750 mill. kr.


 Primærlegetjenesten ~ 17,5 mill. kr.


 Spesialisthelsetjenesten ~ 452,9 mill. kr.


 Legemidler apotek ~ 213 mill. kr.


 Pleie- og omsorgskostnader ~ 67 mill. kr.

Indirekte kostnader: ~ 510 mill. kr.

 Uformell pleie og omsorg ~ 50 mill. kr.

 Tids- og reisekostnader ~ 43 mill. kr.

 Skattefinansieringskostnad ~ 140 mill. kr.

 Produksjonstap ~ 277 mill. kr.

Legemiddelkostnader i RHF – faste priser – AUP ekskl MVA

	2016	2017	2018	2018 - justert
	Kreftlegemidler			
Kostnad per år	1 462 404	2 477 992	3 063 715	
Årlig vekst	186 714	1 015 587	585 723	
Vekst %		69 %	24 %	10 %
	Alle legemidler			
Kostnad per år	5 842 639 690	6 980 006 802	7 870 195 387	
Årlig vekst	1 124 327 854	1 137 367 112	890 188 585	
Vekst %		19 %	15 %	8 %

Myelomatose-
legemidlers
andel (%) av
totale RHF
kreftlegemiddel-
kostnader
2018:
22,4%

Kilde: Sykehusapotekene HF. Basert på rabatterte priser.

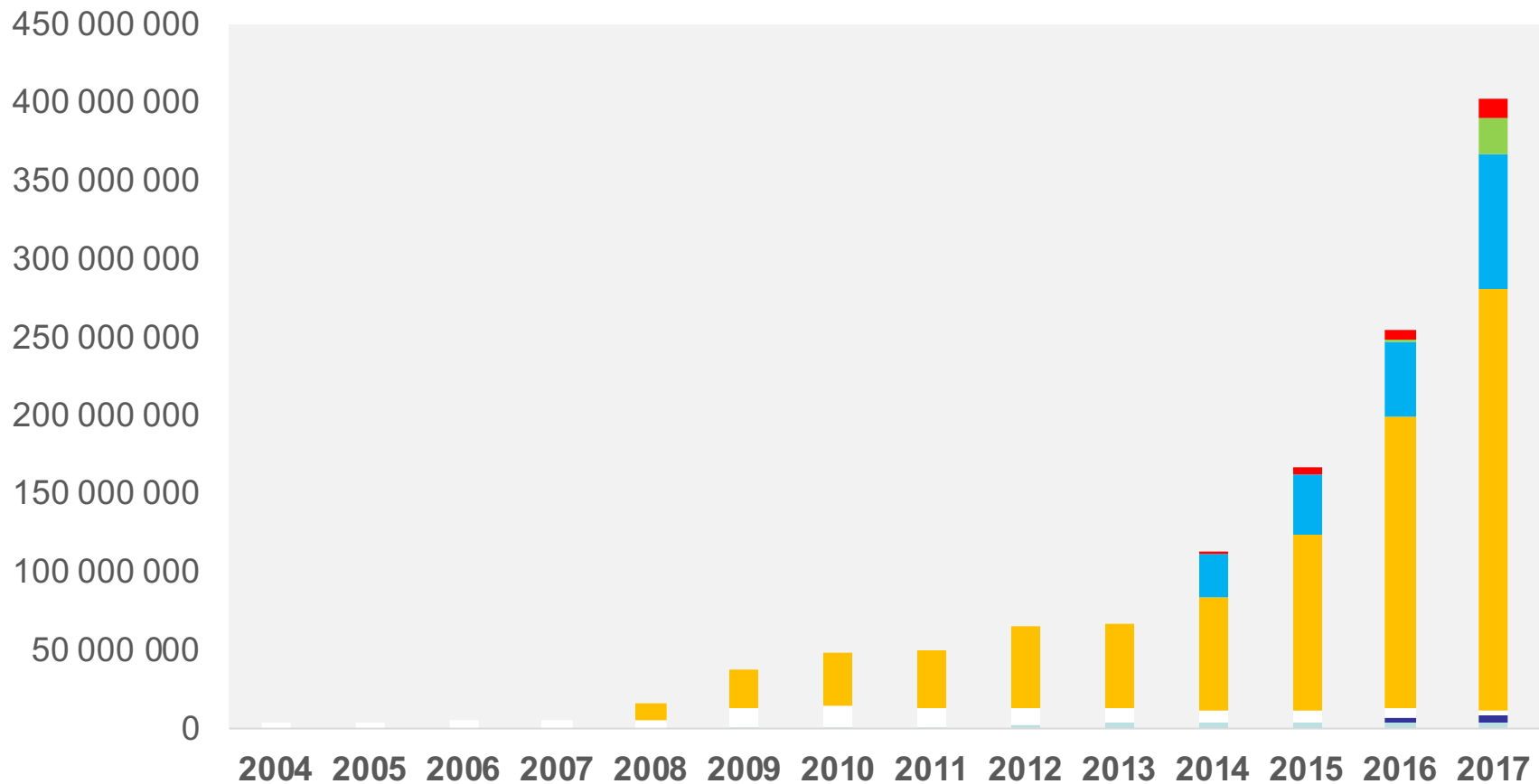
Myelomatosелеgemidlers andel (%) av totale RHF kreftlegemiddelkostnader 2018

Revlimid (lenalidomid)	10,4
Darzalex (daratumumab)	4,0
Velcade (bortezomib)	3,5
Imnovid (pomalidomid)	3,0
Kyprolis (karfilzomid)	1,3
Farydak (panabinostat)	0,1
Empliciti (elotuzumab)	0,05
Sum	22,4

NB: Patent-
utløp

Basert på rabatterte priser. Kilde: Sykehusapotekene HF

Kostnader myelomatose-legemidler 2004-2017, løpende priser



L01XX32 Velcade

L01XX42 Farydak

L04AX02 Thalidomide

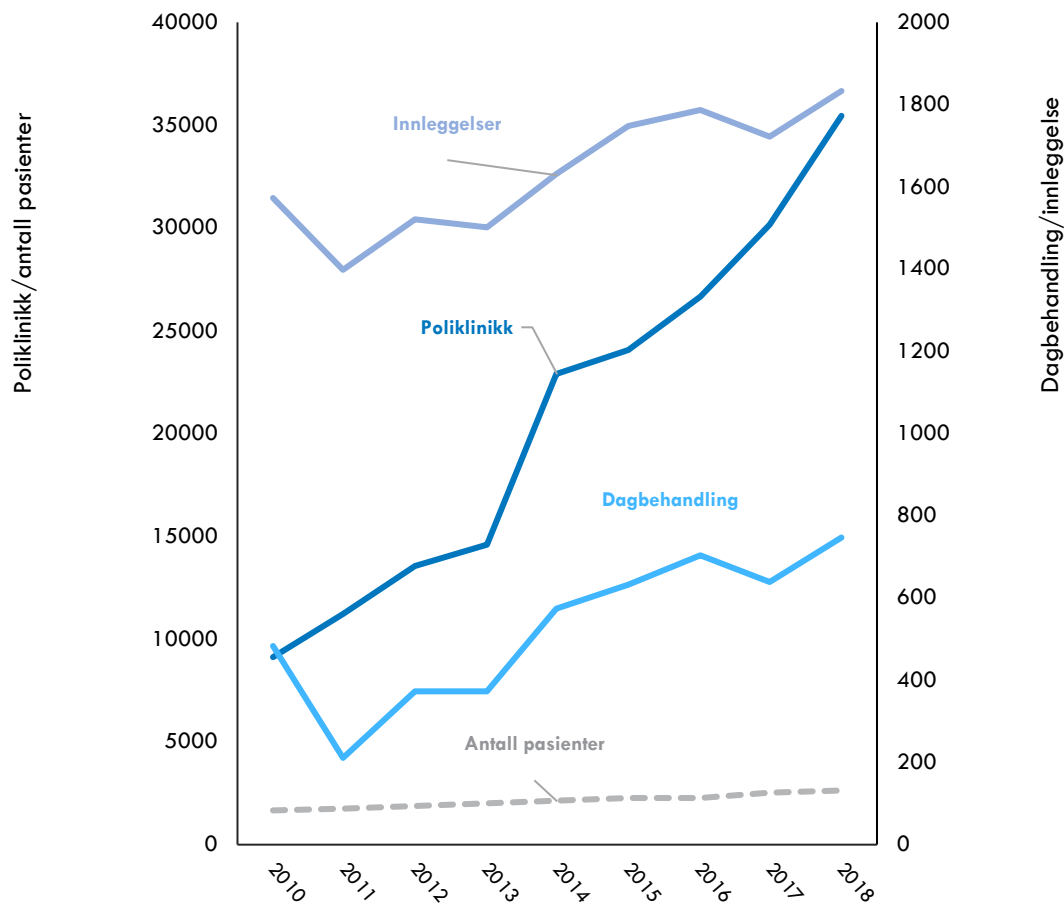
L04AX04 Revlimid

L04AX06 Imnovid

L01XC24 Darzalex

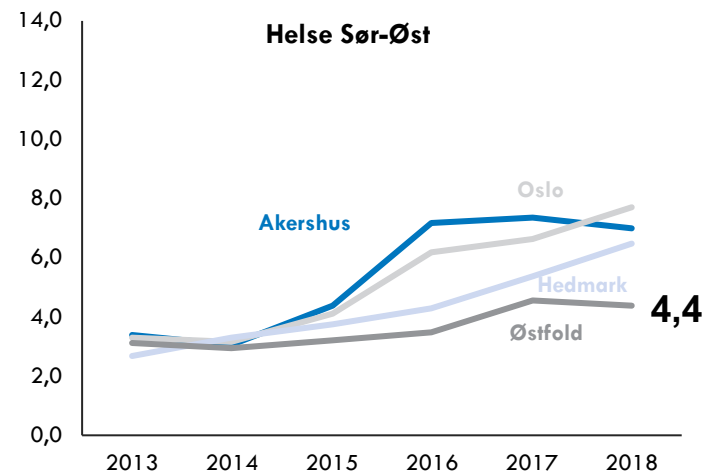
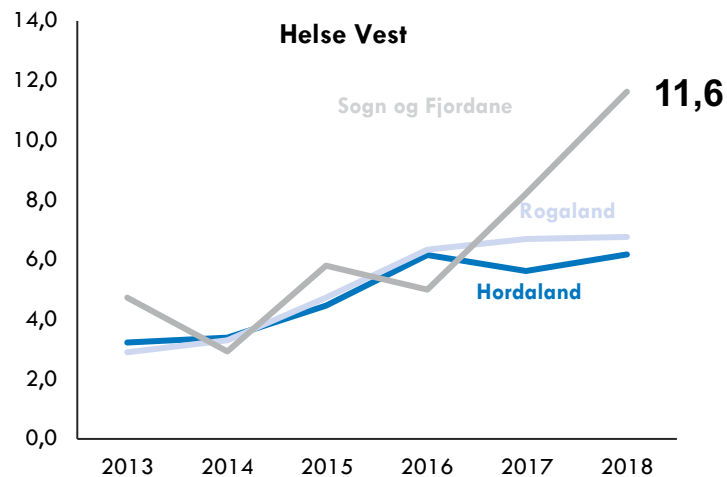
L01XX45 Kyprolis

Antall myelomatosepasienter i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste og antall behandlingsepisoder fordelt etter omsorgstype (poliklinikk, dagbehandling og døgnopphold), 2009-2018



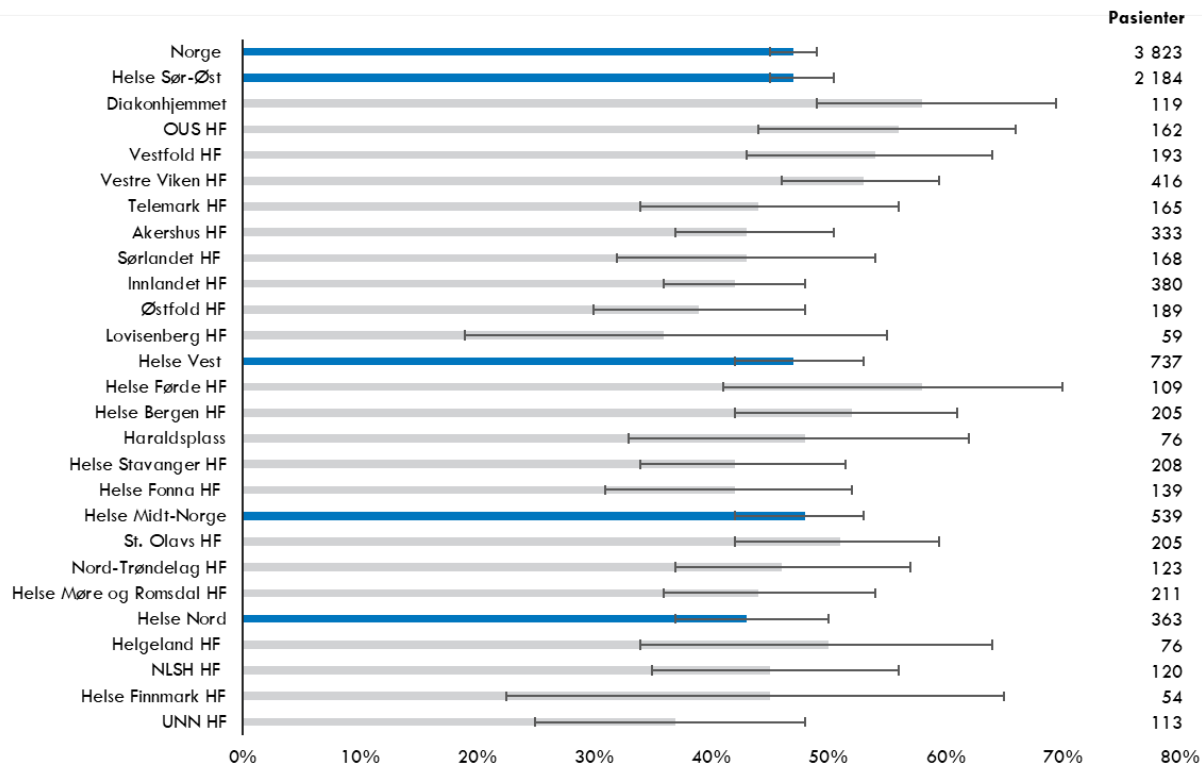
Geografiske forskjeller i legemiddelbruk

Antall pasienter med uttak av lenalidomid per 10 000 innbygger over 50 år



Celgene/Oslo Economics. Datakilde: Reseptregisteret (basert på pasientens bosted)

5 års relativ overlevelse for benmargskreft etter helseforetak (2017)



Kilde: Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter, 2018 (Kreftregisteret, 2018)

Geografiske forskjeller i stamcellebehandling?

		Nye myelomatosetilfeller (2012-2016) (0-69 år)			Antall pasienter med SCT per nye tilfelle
	Antall pasienter med stamcelletransplantasjon i perioden 2012-2016*	Menn	Kvinner	Totalt	
Helse M	92	58	57	115	80 %
Helse N	43	44	34	78	55 %
Helse SØ	354	287	234	521	68 %
Helse V	155	117	71	188	82 %

Celgene/Oslo Economics. Datakilde: Norsk Pasientregister (NPR-kuben). Merk: basert på pasienter under 70 år med myelomatose som hoveddiagnose (C90), DRG 481A og pasientens bostedsadresse) *En pasient kan telle flere ganger dersom pasienten fikk stamcelletransplantasjon i ulike år

Prioriteringsprinsippene

Meld. St. 34

(2015–2016)

Melding til Stortinget

Verdier i pasientens helsetjeneste

Melding om prioritering



Prioriteringsmeldingens prinsipper

- Prioritering skal skje på basis av
 - Tilstandens/sykdommens alvorlighet (tap av gode leveår)
 - Tiltakets/behandlings effekt
 - Tiltakets/behandlings kostnad
- Eksempel – en kreftavdeling har 100 mill budsjett
 - Behandling A gir 100 leveår (1.000.000/leveår)
 - Behandling B gir 200 gode leveår (500.000/leveår)
 - Behandling C gir 500 gode leveår (200.000/leveår)
- Beslutningsforums grense
 - 800.000?? (er hemmelig)

Åpenhet i prioriteringer?



- Hva er verdien av gode leveår?
- Hvordan tallfestes alvorlighet?



Absolutt prognosetap	0-3,9	4-7,9	8-11,9	12-15,9	16-19,9	20+
Vekt	1	1,4	1,8	2,2	2,6	3
Øvre grense for betalingsvillighet for gode leveår	275.000	385.000	495.000	605.000	705.000	825.000

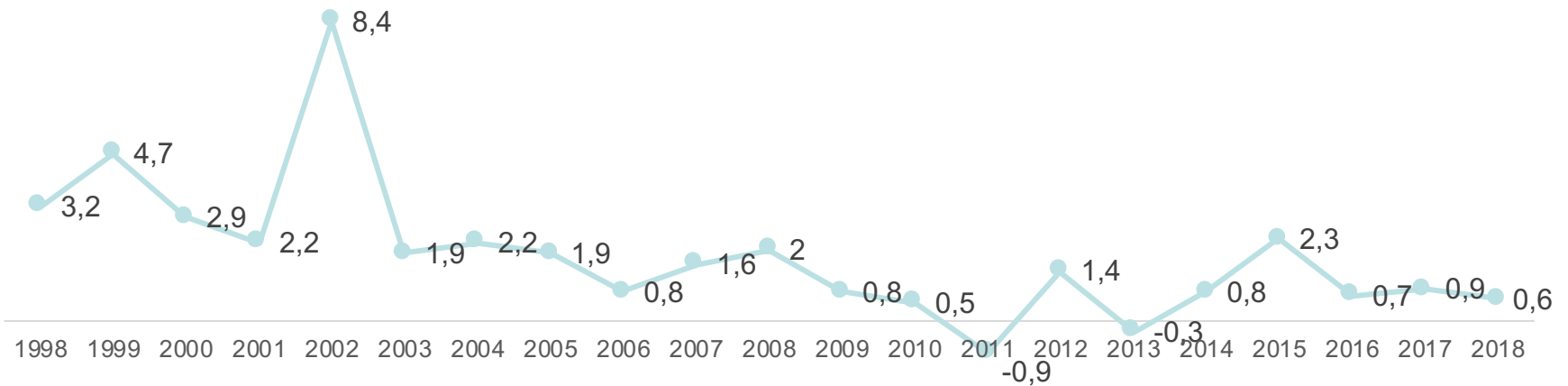
Magnussen-utvalget

Helsetjenestens kostnader

Helsetjenestekostnader (millioner kroner) 2018

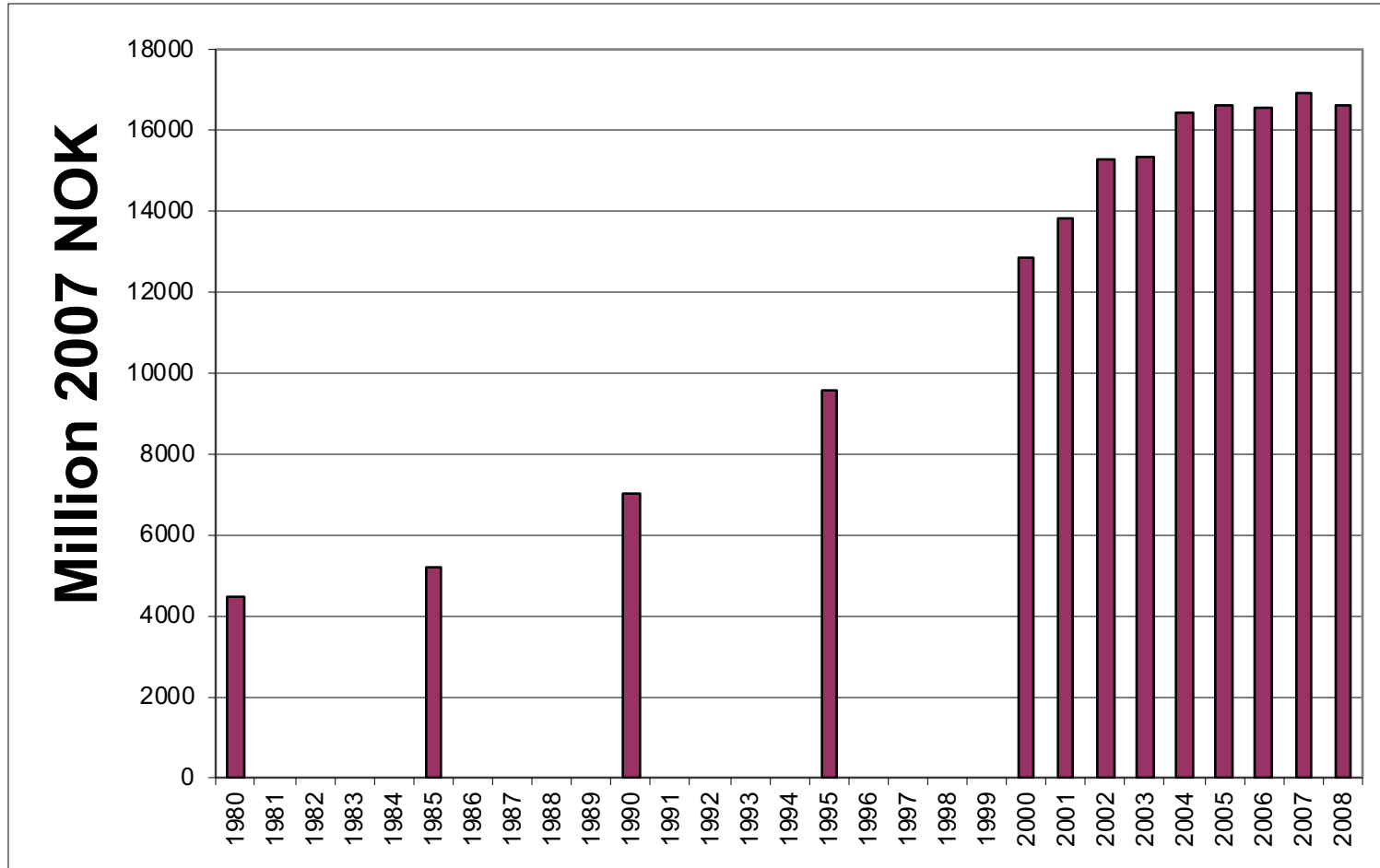
Somatisk spesialisthelsetjeneste	111 331
Psykatri	34 020
Sykehjem og hjemmesykepleie	108 781
Fastleger, tannleger, fysioterapi mv	51 057
Annet	54 799
Sum	359 988

Realvekst (%) per capita helsetjenesteforbruk 1998-2018



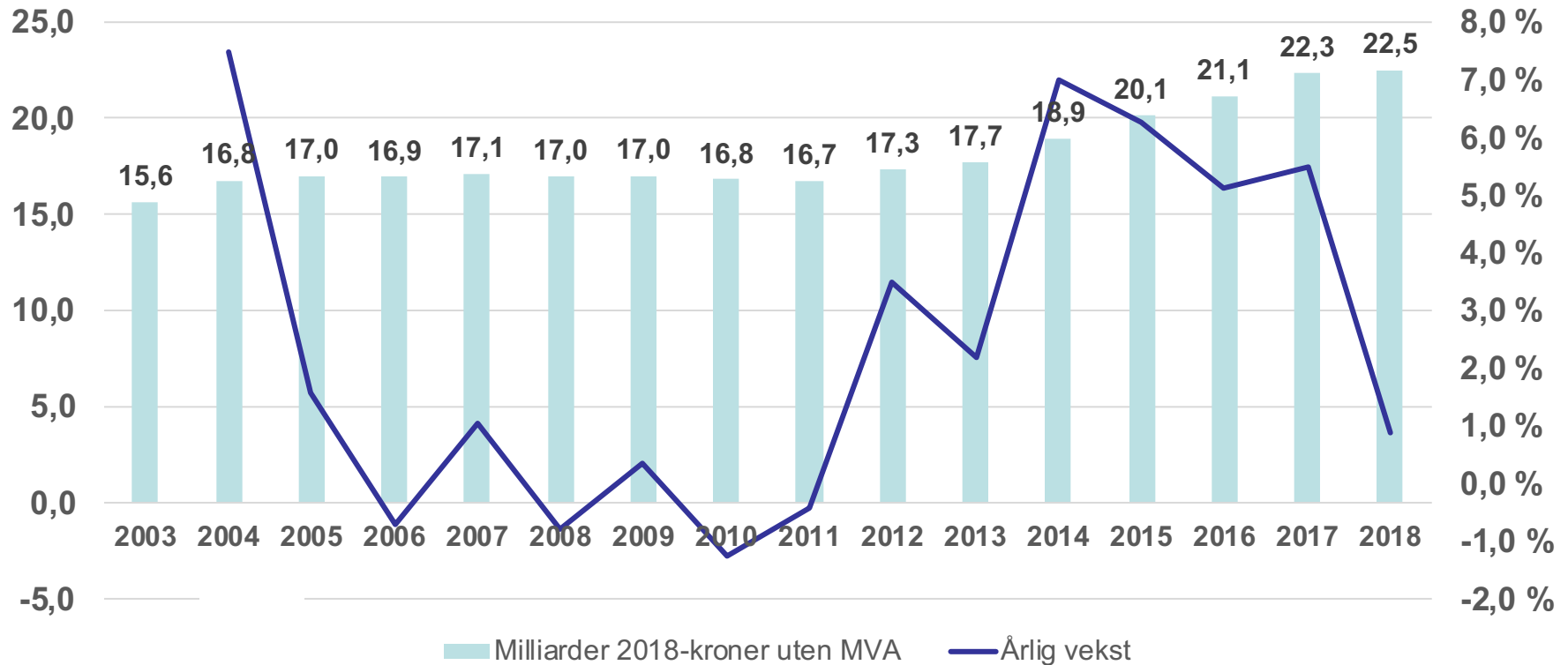
Kilde: Statistisk sentralbyrå. NB: Varierende regnskapspraksis!

Legemiddelutgifter i Norge. Millioner 2007-kroner



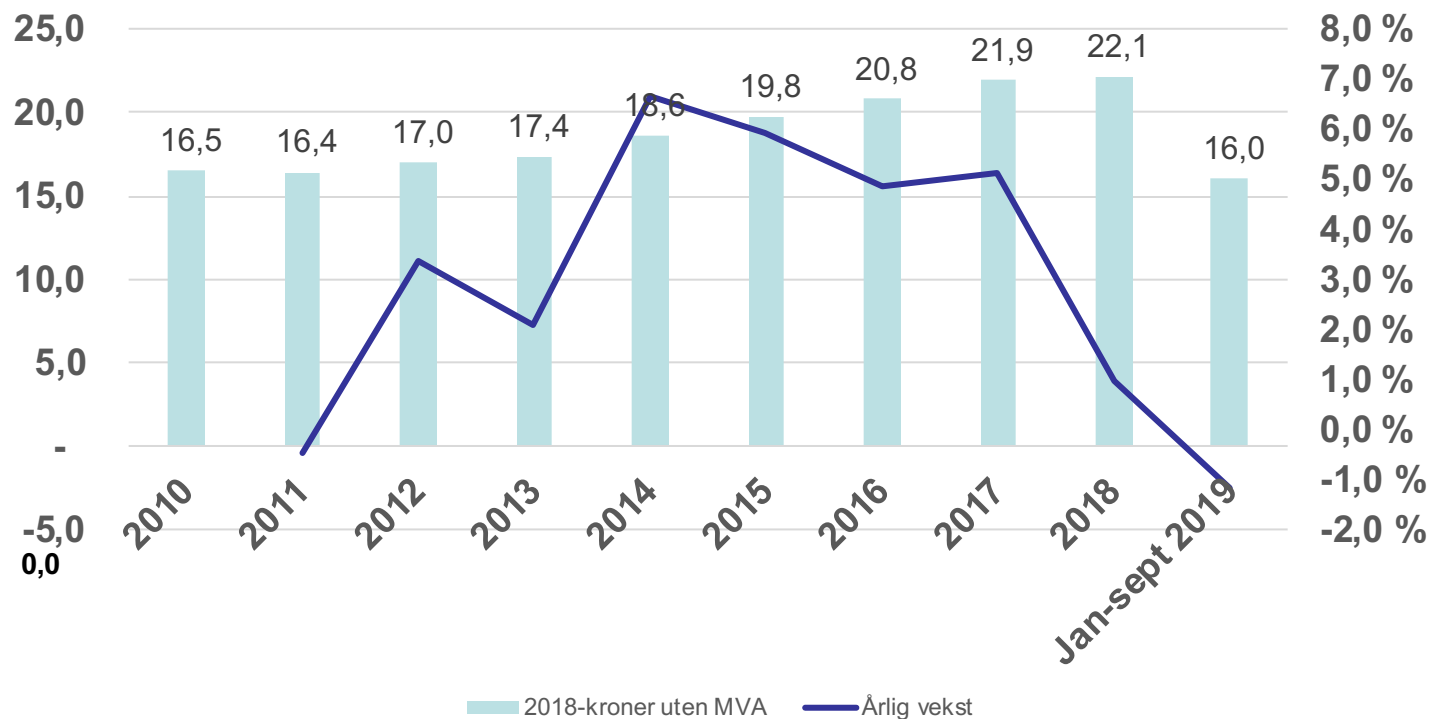
2008: About 6% of total health care expenditure

Totalsalg legemidler 2003-2018 (milliarder 2018-kroner uten MVA) og årlig prosentvis vekst



Datakilde: Apotekforeningen. Analyse: Oslo Economics

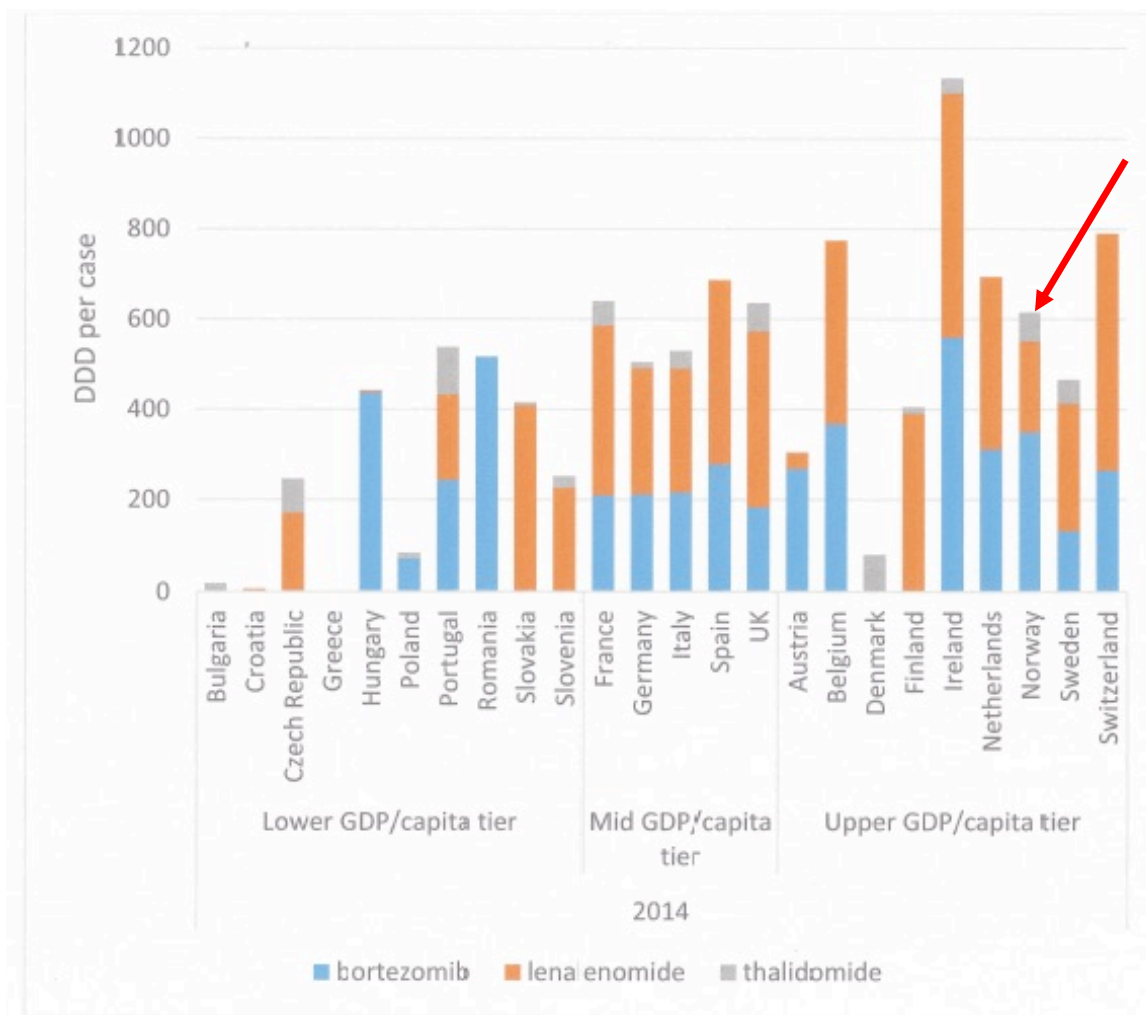
Totalsalg legemidler til humant bruk 2010-2019 (milliarder 2018-kroner uten MVA) og årlig prosentvis vekst.



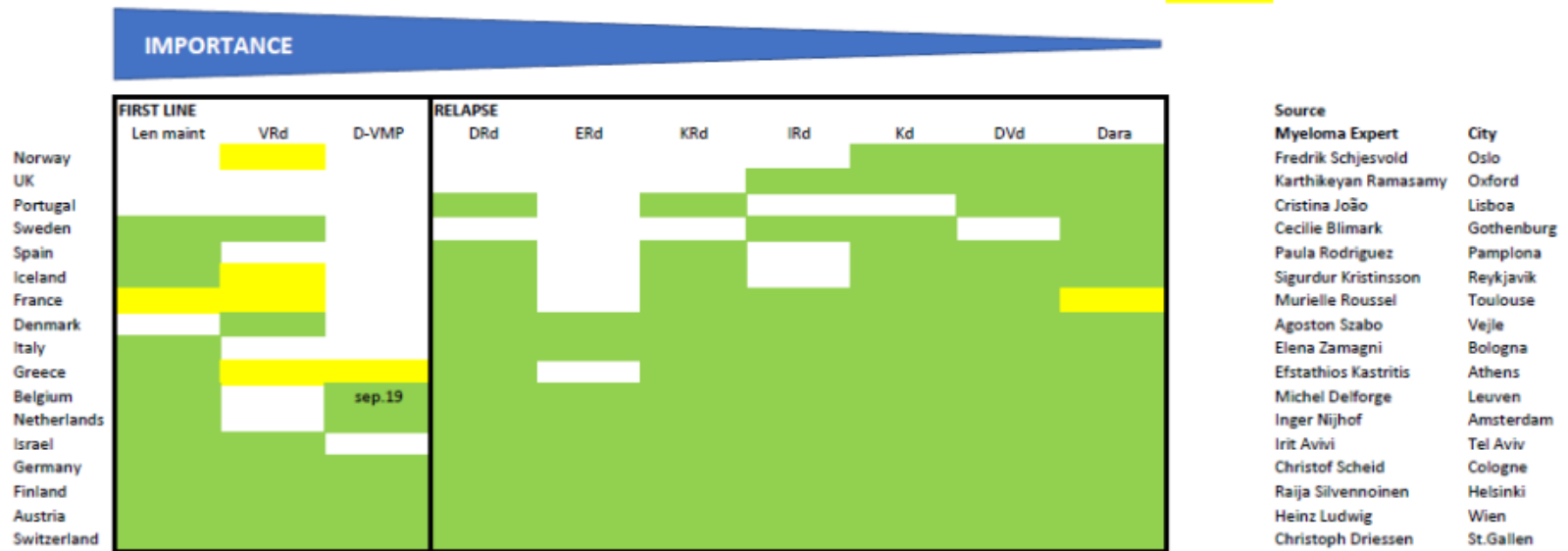
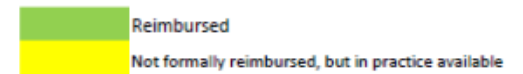
Datakilde: Apotekforeningen. Analyse: Oslo Economics

Er Norge en sinke?

Forbruk av Velcade, Revlimid og talidomid 2014. DDD per pasient



Novel regimens approved by EMA



Kilde: Fredrik Schjesvold, UiO/UNN

Dagens prioriteringsregime:

**Hovedaktører:
Legemiddelfirmaene
Legemiddelverket,
Legemiddelinnkjøpet LIS,
Folkehelseinstituttet
Beslutningsforum**

To parter med strategisk adferd

- **Produsentene**

- I prinsippet monopolister, i praksis konkurranse
- Primære mål: maksimere salg/overskudd
- «Excess profit»??
- Fremmer interesser «i det stille» uten offentlig kritikk av motparten (?)

- **Staten/RHF**

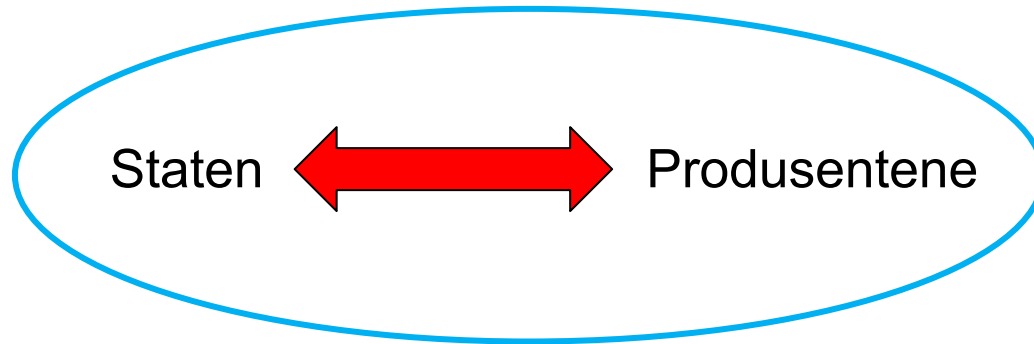
- Monopsonist («monopol-kjøper»)
- Budsjettbegrensning
- Befolkning/massemedier ønsker bedre behandling
- Skaper folkelig aksept for avslag i Beslutningsforum ved å henvise til «kjeltring-priser»

Det strategiske spillet

Pasient-foreningene

Pasientene

Massemedia



Politikerne

Legeforeningen mv

Legemiddelkostnader i RHF – faste priser – AUP ekskl MVA

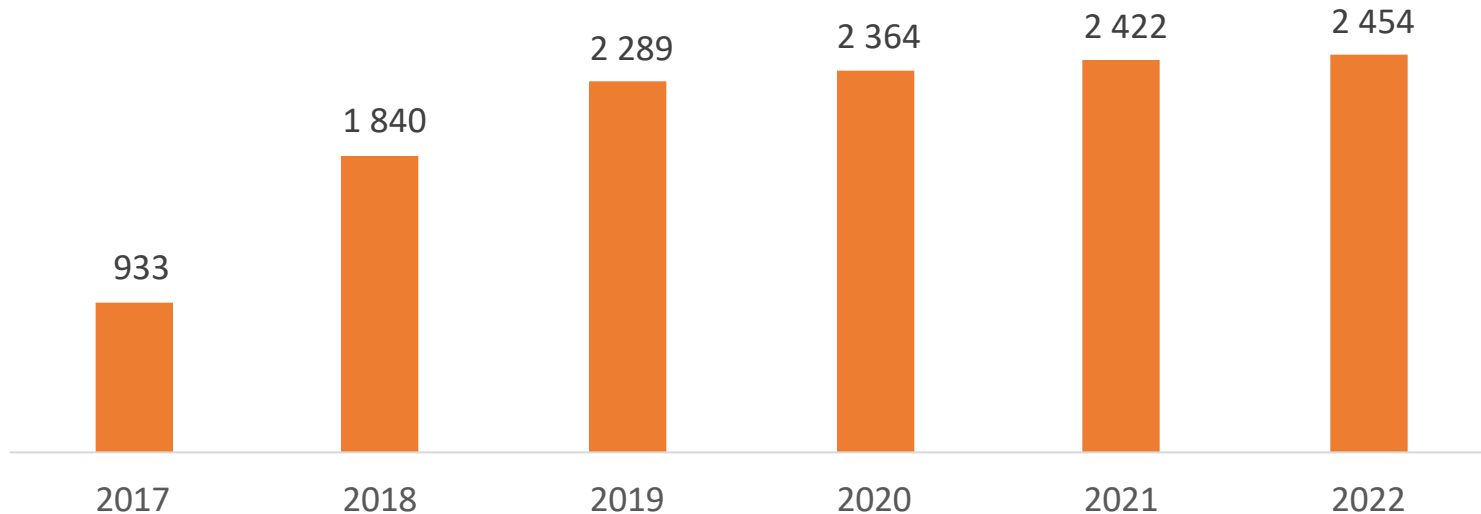
	2016	2017	2018	2018 - justert
	Kreftlegemidler			
Kostnad per år	1 462 404	2 477 992	3 063 715	
Årlig vekst	186 714	1 015 587	585 723	
Vekst %		69 %	24 %	10 %
	Alle legemidler			
Kostnad per år	5 842 639 690	6 980 006 802	7 870 195 387	
Årlig vekst	1 124 327 854	1 137 367 112	890 188 585	
Vekst %		19 %	15 %	8 %

Myelomatose-
legemidlers
andel (%) av
totale RHF
kreftlegemiddel-
kostnader
2018:
22,4%

Kilde: Sykehusapotekene HF. Basert på rabatterte priser.

Legemiddelverkets anslag for kostnader PD1/PDL1-hemmere 2017-2022. Godkjent maksimalpris inkl MVA

Faktisk salg 2018 NOK 462 mill. AUP inklusive MVA



Kilde: Legemiddelverkets metodevurderinger og Sykehusapotekene HF

Noen aspekter ved dagens prioriteringsregime

- Legemiddelverket velger antagelser som reduserer forventet effekt og derved gir høy kostnad per QALY (risikoaversjon)
- Ingen ekstern kvalitetskontroll av Legemiddelverkets metodevurderinger.
- Samrøre mellom LIS Sykehusinnkjøp som skal forhandle priser, og Legemiddelverket som i prinsippet skal gjøre uavhengige, faglige vurderinger av kostnadseffektivitet
- Beslutningsforums medlemmer har neppe tid eller kompetanse til å validiteten av Legemiddelverkets metodevurderinger
- Beslutningsforum er både påtalemyndighet og dommer i saker der pasienter og produsenter «sitter på tiltalebenken». Legemiddelverket er påtalemyndighetens sakkyndige. Den tiltalte har hverken advokat eller sakkyndig tilstede i Beslutningsforum

Noen aspekter ved dagens prioriteringsregime

- Betalingsviljen for gode leveår er hemmelig
- Sakene kan gjenopptas dersom det tilkommer nye opplysninger, men det er Beslutningsforum som bestemmer om dette er tilfelle
- Legemiddelpriser og budsjettkonsekvenser er hemmelige
- Metodevurderingene angir ikke lenger om Legemiddelverket anser en behandling for å være kostnadseffektiv.
- Det finnes ingen ankeinstans eller ekstern kvalitetskontroll av prosessene
- Ingen offentlig statistikk for behandlingstid i Nye Metoder eller i hvilken grad norske pasienter i praksis får tilgang til de legemidler som er godkjent av Beslutningsforum

Oppsummering

- Benmargskreft er en alvorlig sykdom, med mange tapte leve år/ høye samfunnskostnader
- Flere tilfeller i fremtiden fordi vi blir flere eldre
- Behandling er i stadig bedring, mange lever lenge med sykdommen
- Betydelige geografisk variasjon i behandling og overlevelse
- Behandling har vært en suksess, men kommer med en kostnad, men kostnadene er ikke ute av kontroll
- Dagens prioriteringssystem har en rekke svakheter



Grunn til bekymring?

Takk for oppmerksomheten!



UiO : Universitetet i Oslo

i.s.kristiansen@medisin.uio.no