

Q&A – Om rapportserien cancer och cancerläkemedel i Asien och Stillahavsområdet

IHE har under maj och juni publicerat en rapportserie om cancer och cancerläkemedel i Asien och Stillahavsområdet. Det är en region som omfattar hälften av världens befolkning och även står för hälften av alla cancerdödsfall världen över. Utmaningarna är stora och skiljer sig åt mellan höginkomstländer och medelinkomstländer.

14 länder och territorier har jämförts i analysen (hög inkomst: Australien, Hongkong, Japan, Nya Zeeland, Singapore, Sydkorea, Taiwan; medelinkomst: Kina, Indien, Indonesien, Malaysia, Filipinerna, Thailand, Vietnam).

Hur stor är utmaningen med cancer?

Cancer är för närvarande den främsta dödsorsaken i de flesta höginkomstländerna. Även i medelinkomstländerna ser vi att det är en allt större andel människor som dör av cancer. Totalt sett har antalet nydiagnostiserade cancerfall ökat från 6,6 miljoner till 7,8 miljoner på en kort tid mellan 2012 och 2018 i hela Asien och Stillahavsområdet. En befolkning som åldras i mycket rask takt gör att allt fler människor drabbas av cancer, men även en ökning av osunda levnadsvanor såsom rökning och fetma spelar roll.

Hur bra är utfallen för patienterna?

Det finns stora skillnader mellan länderna. Av varje 100 patienter som diagnostiseras med cancer överlever cirka 50–65 i höginkomstländer jämfört med 30–40 i medelinkomstländer. Medan utfallen verkar ha förbättrats i höginkomstländerna på sistone så stagnerar utfallen i medelinkomstländerna.

Vilken roll spelar sjukvårdssystemet?

Hur bra tillgången till cancervården är avgörs av hur välutbyggt sjukvårdssystemet är. Det gäller dels hur stor befolkningsandel som täcks av allmän sjukförsäkring, vilka sjukvårdstjänster som täcks och dels hur stora patientavgifterna är. Australien, Japan och Nya Zeeland spenderar över \$3000 per capita på offentligfinansierad sjukvård per år, medan Kina spenderar tio gånger mindre (\$289) per capita och Indien bottenar listan med \$20 per capita. Även i förhållande till BNP spenderar höginkomstländer i genomsnitt mer än dubbelt så mycket som medelinkomstländer.

Vad är resultatet av ett underfinansierat sjukvårdssystem?

Observationsstudier i medelinkomstländer tyder på att nära hälften av alla cancerpatienter och deras familjer drabbas av enorma finansiella svårigheter till följd av behandlingstkostnader och inkomstbortfall. I Thailand är det "bara" en fjärdedel som drabbas allvarligt finansiellt, vilket kan bero på en välutbyggd allmän sjukförsäkring som ger tillgång till cancervårdstjänster i både offentliga och privata vårdkliniker.

Vad behöver göras?

Generellt sett finns det en stark positiv korrelation mellan hur mycket pengar som olika länder lägger på sjukvården och utfall för cancerpatienter (överlevnad). Satsningar i alla led av cancervården – prevention, screening, diagnos & behandling – behövs för att bemöta framtida utmaningar. I höginkomstländerna spelar prevention en stor roll för att mildra den snabba ökningen av nya cancerfall till följd av den åldrande befolkningen. Samtidigt är en kostnadseffektiv användning av

befintliga sjukvårdsresurser viktig. I medelinkomstländer handlar det om att bygga ut allmän sjukförsäkring och att börja erbjuda fler moderna sjukvårdstjänster inom ramen för det offentliga samt att förbättra det sociala skyddsnätet.

Hur bra är tillgången till innovativa cancerläkemedel?

Tillgången till innovativa cancerläkemedel, definierat som läkemedel med en betydande klinisk effekt, är ganska begränsad. Av 38 innovativa läkemedelsindikationer som godkännts av amerikanska FDA för behandling av fem cancertyper hade i genomsnitt 80% fått regulatoriskt godkännande år 2020 i Asien och Stillahavsområdet. Dock ingick bara 35% av läkemedelsindikationer i förmånssystemet. Höginkomstländerna hade mycket bättre tillgång mätt i termer av regulatorisk godkännande (91%) och förmåns godkännande (59%) än medelinkomstländer (68% respektive 17%).

Varför är tillgången så olika?

Alla länderna har olika system och olika förutsättningar. I Japan ingår alla läkemedel senast 2-3 månader efter regulatoriskt godkännande per automatik också i förmånssystemet. I Nya Zeeland tar den processen i regel 3 år eller ännu längre, vilket delvis beror på att den offentliga betalaren jobbar utifrån en fast årlig läkemedelsbudget. I medelinkomstländer beror den begränsade tillgången på låga offentliga läkemedelsbudgetar och att inga nya läkemedel tas in i förmånssystemet. Exempelvis inkluderade Kina inga nya läkemedel i förmånssystemet mellan åren 2009 och 2017 och Vietnam inga mellan 2015 och 2019. Som jämförelse kan man tänka på att ungefär 10 nya cancerläkemedel lanseras varje år.

Vad blir konsekvensen av att inte ha tillgång till innovativa cancerläkemedel?

Patienterna går miste om förbättrad hälsa. Utifrån ett urval av endast 10 innovativa läkemedelsindikationer visar rapporten att nästan 1 miljon levnadsår går förlorade i hela regionen för varje års fördröjning av ett positivt förmånsbeslut.

Hur mycket pengar läggs det på cancerläkemedel?

Återigen finns det stora skillnader mellan länderna. Japan spenderade mest med över 90 dollar per capita år 2019 och Sydkorea spenderade minst bland höginkomstländerna med omkring 30 dollar per capita. Bland medelinkomstländerna varierade utgiftsnivåerna per capita mellan 0,2 dollar i Indien och 6,6 dollar i Thailand.

Varför läggs det så lite pengar på cancerläkemedel i medelinkomstländer?

Det beror dels på att tillgången till innovativa cancerläkemedel inom förmånssystemen är så låg. Indien har inte ens ett förmånssystem som täcker alla invånare, utan många patienterna får betala helt och hållet själva för sina läkemedel, vilket få har råd med. Lägre listpriser på läkemedel och ett lägre antal cancerpatienter jämfört med höginkomstländer är ytterligare förklaringar till de stora skillnaderna i per capita utgiftsnivåerna.

Spenderar höginkomstländerna tillräckligt mycket på cancerläkemedel för att tillgodose patienternas behov?

I rapporten undersöks denna fråga med hjälp av en fallstudie på läkemedlet Pemetrexed som har använts vid behandling av lungcancer i över 15 år och där generika precis lanserats. På senare år har detta läkemedel kunnat användas i kombination med immunterapi i Australien och Japan efter ett förmånsbeslut. Men båda länderna verkar bara ge kombinationen till hälften av alla patienter som är i behov av det. I andra höginkomstländer men även medelinkomstländer där Pemetrexed enbart ingår

som monoterapi i förmånssystemet tillgodoses patienternas behov. I medelinkomstländer där Pemetrexed inte ingår i förmånssystemet tillgodoses mindre än 10% av patienternas behov.

Om medelinkomstländer inte har råd att spendera mer pengar, vilka sätt finns det att öka tillgången till nya och innovativa cancerläkemedel?

Ett sätt som undersöks i rapporten är prissättningsmekanismer för läkemedel efter patentutgång. Stora prisnedgångar efter patentutgång kan ge betydande besparingar. Detta frigör resurser som istället kan används för att betala för nya och innovativa cancerläkemedel.

Hur väl lyckas länderna med en effektiv prissättning av cancerläkemedel efter patentutgång?

Rent allmänt sjunker priset på originalpreparatet i alla länder efter patentutgång. Emellertid varierar storleken på prisnedgången avsevärt mellan både läkemedel och länderna. Om alla länder hade uppnått samma lägsta pris som observerats för originalpreparatet i något av länderna, så hade alla länder kunnat spara mellan 5% och 20% av sina totala cancerläkemedelsutgifter. Det är stora summor pengar och baserar sig bara på ett urval av 11 storsäljande cancerläkemedel med patentutgång mellan 2010 och 2020.

Utgivna rapporter i rapportserien om cancer och cancerläkemedel i Asien och Stillaohavsområdet:

- Cancer care and access to cancer drugs in Asia-Pacific – Main report
IHE Report 2021:3, IHE: Lund, Sweden
- Cancer care and access to cancer drugs in Asia-Pacific – Introduction
IHE Report 2021:3a, IHE: Lund, Sweden
- Cancer care and access to cancer drugs in Asia-Pacific – Executive summary
IHE Report 2021:3b, IHE: Lund, Sweden
- The burden of cancer in Asia-Pacific
IHE Report 2021:3c, IHE: Lund, Sweden
- Health spending on cancer in Asia-Pacific
IHE Report 2021:3d, IHE: Lund, Sweden
- Patient access to innovative cancer drugs in Asia-Pacific
IHE Report 2021:3e, IHE: Lund, Sweden
- Health spending on cancer drugs and unmet patient needs in Asia-Pacific
IHE Report 2021:3f, IHE: Lund, Sweden
- Pricing policies for off-patent drugs in Asia-Pacific
IHE Report 2021:3g, IHE: Lund, Sweden

För frågor om studien kontakta Thomas Hofmarcher (th@ihe.se) forskningsledare på IHE.