



Til medlemmerne af  
Danske Regioners bestyrelse  
m.fl.

28-01-2021

MDR-2021-00106

Maren Munk-Madsen

## Dagsorden for virtuelt møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 4. februar 2021 kl. 10.30

**Deltagere:** Stephanie Lose, Ulla Astman, Henrik Thorup, Sophie Hæstorp Andersen, Anders Kühnau, Heino Knudsen, Poul-Erik Svendsen, Lars Gaardhøj, Karin Friis Bach, Per Larsen, Villy Søvnndal, Lone Langballe, Martin Geertsen, Carsten Kissmeyer, Jacob Jensen, Lone Sondrup, Tormod Olsen

**Afbud:**

**Mødested:** Virtuelt møde





# Indholdsfortegnelse

1 (Offentlig) Temadrøftelse - borgerskabte data.....	4
2 (Offentlig) Status vedrørende COVID-19 .....	8
3 (Fortrolig) .....	8
4 (Fortrolig) .....	8
5 (Offentlig) Metodeændringens betydning for Medicinrådets vurdering af lægemidler til sjældne sygdomme.....	9
6 (Offentlig) Opsamling på høring af rammer for metode og proces i regi af Behandlingsrådet.....	13
7 (Fortrolig) .....	17
8 (Offentlig) Status for ansættelse af speciallæger februar 2021 .....	18
9 (Fortrolig) .....	23
10 (Offentlig) Politikerkonferencen (GF21) .....	24
11 (Fortrolig) .....	25
12 (Offentlig) Danske Regioner regnskab 2020 .....	26
13 (Offentlig) Forslag til Danske Regioners EU-prioriteringer 2021.....	31
14 (Offentlig) Høringssvar – Bekendtgørelse om logvisning .....	36
15 (Offentlig) Høringssvar – Revideret forslag til lov om epidemier m.v. (epidemiloven) .....	39
16 (Fortrolig) .....	41
17 (Fortrolig) .....	41
18 (Offentlig) Hverv - Ændring i Udvalget for Miljø og Ressourcer.....	42
19 (Offentlig) Hverv - Ændring i Landssamarbejdsudvalget for fysioterapi, Samarbejdsudvalget for ridefysioterapi samt Branchebestyrelsen i Pension Danmark.....	43
20 (Offentlig) Generelle orienteringer .....	44
21 (Offentlig) Formandens meddelelser.....	48
22 (Offentlig) Næste møde .....	49
23 (Offentlig) Eventuelt .....	50

## 1 (Offentlig) Temadrøftelse - borgerskabte data

---

Cathrine Everhøj  
EMN-2019-00638

### Resumé

Borgerne opsamler stadig flere helbredsrelaterede data om dem selv via såkaldte *wearables*, som fx skridttællere, smartwatches og mobile apps. Det er til debat, hvordan sundhedsvæsenet kan og skal bruge borgeres selvskabte data i forebyggelses- og behandlingsøjemed. Danske Regioner har i december 2020 gennemført en holdningsundersøgelse og i januar 2021 afholdt en virtuel konference om borgeres selvskabte data. Holdningsundersøgelsen viser bl.a., at mange borgere mener, at borgeres selvskabte data kan skabe værdi for sundhedsvæsenet, mens mange allerede indsamler data. Til konferencen blev temaer som tryghed, transparens, ulighed i sundhed og datakvalitet debatteret.

Der lægges op til en drøftelse af Danske Regioners holdning og position til brugen af borgeres selvskabte data i sundhedsvæsenet.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at bestyrelsen tager holdningsundersøgelse om borgerskabte data til efterretning,*

*at bestyrelsen tager orienteringen om afviklingen af konferencen *Dine Data – Vores Sundhed* til efterretning, og*

*at bestyrelsen drøfter Danske Regioners holdning og position til brugen af borgeres selvskabte data i sundhedsvæsenet.*

---

### Sagsfremstilling

90 procent af danskerne ejer en smartphone<sup>1</sup> og 41 procent af danskerne indsamler i nogen eller høj grad aktivt data om deres egen sundhed via wearables, som fx skridttællere, smartwatches og mobile apps<sup>2</sup>. Udviklingen med wearables indebærer, at borgere og patienter dagligt indsamler store mængder data og derfor får adgang til stadig flere helbredsrelaterede oplysninger om dem selv. Det er en udvikling, der stiller nye krav til de sundhedsfaglige og vores samlede sundhedsvæsen. Yderligere har udviklingen bidraget til ændringer i borgernes forventninger til sundhedsvæsenet, fx en forventning om at sundhedsvæsenet kan modtage, opbevare og anvende borgers selvskabte data i en konkret behandlingssituation.

---

1 Danmarks Statistik, 2020

2 Danske Regioners holdningsundersøgelse, 2020

På grund af denne udvikling har Det Ethiske Råd<sup>3</sup> opfordret det offentlige sundhedsvæsen til at påtage sig en aktiv rolle bl.a. i forhold til at guide borgerne i brugen af wearables og ikke mindst anvende disse nye typer af data, hvor det er meningsfuldt for at understøtte og hjælpe borgerne og kommende patienter bedst muligt.

Danske Regioner lancerede en HealthTech-satsning i juni 2019. Ét initiativ heri er, at der skal laves en afdækning af borgernes selvskabte data. Danske Regioner har derfor gennemført en holdningsundersøgelse blandt borgere, patienter og sundhedsprofessionelle samt afholdt en politisk konference om borgeres selvskabte data. Afdækningen viser, at der er brug for en drøftelse af nogle centrale dilemmaer, før det er muligt at gå mere konkret til værks.

Dette omhandler dilemmaer som:

- Hvordan håndterer vi, at mange borgere allerede indsamler data og forventer, at de kan dele deres data med sundhedsvæsenet?
- Hvordan undgår sundhedsvæsenet et overload af information fra raske borgere?
- Skal det offentlige stå for at anbefale eller certificere apps?
- Hvordan sikres den enkelte borgers ret til privatliv og gennemsigtighed?
- Hvordan undgår sundhedsvæsenet, at brugen af borgeres selvskabte data bidrager til ulighed i sundhed?

### *Holdningsundersøgelse*

Formålet med holdningsundersøgelsen var at kortlægge borgeres, patienters og sundhedsprofessionelles erfaringer med og forventninger til brugen af borgeres selvskabte data i sundhedsvæsenet samt at afdække målgruppernes viden om udfordringer og muligheder ved anvendelse af borgeres selvskabte data i sundhedsvæsenet. Undersøgelsen blev udført blandt 1000 borgere, 500 patienter, 150 læger og 118 øvrige sundhedsprofessionelle (SOSU-assistenten, SOSU-hjælpere og sygeplejersker).

Holdningsundersøgelsen viste, at 60 procent af danskerne er meget enige eller enige i, at borgeres selvskabte data samlet set vil give borgere og patienter en bedre behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Yderligere viste undersøgelsen, at 13 procent i nogen eller høj grad har oplevet, at deres borgerskabte data er blevet anvendt i forbindelse med behandling eller lægebesøg. Mere end hver fjerde sundhedsprofessionel har brugt borgeres egne målinger i en konkret behandlingssituation. Dog har læger en række forbehold ved brugen af denne type data, bl.a. mener 47 procent af lægerne, at borgerskabte data vil betyde en ekstra arbejdsbyrde for de sundhedsprofessionelle. Undersøgelsen viser, at 69 procent af danskerne er trygge ved at dele deres adfærds- og sundhedsdata med sundhedsvæsenet,

---

3 Redegørelse om sundhedswearables og big data, Det Ethiske Råd, 2019

hvorimod tilliden er lav ved deling af data med private virksomheder, såsom lægemiddelindustrien og forsikringsselskaber.

#### *Konference: Dine Data – Vores Sundhed*

Danske Regioner afholdt den 12. januar 2021 en virtuel konference med Danske Patienter, Lægeforeningen og KL som medarrangører. Målet med konferencen var at skabe en politisk debat om de fremtidspotentialer og faldgruber, som brugen af borgeres selvskabte data i sundhedsvæsenet åbner op for.

Konferencen vakte stor interesse og havde mere end 875 tilmeldte og 677 deltagere, der så med undervejs. Blandt de tilmeldte var folketings- og regionsrådspolitikere samt ansatte fra ministerier, styrelser, patientforeninger, medicinalindustrien, regioner, kommuner, universiteter, Dansk Erhverv, Dansk Industri og Det Etske Råd.

Til konferencen blev temaer som tryghed, transparens, ulighed i sundhed og datakvalitet debatteret. Der var enighed om, at den teknologiske udvikling sker nu, og flere oplægsholdere fremhævede et uforløst potentiale i forhold til forebyggelse, rehabilitering, mennesker med kroniske lidelser og mere målrettet behandling. Dog blev det påpeget, at det er vigtigt, at brugen sker under hensyntagen til den enkelte borgers ret til privatliv ved at sikre en transparent, forsvarlig og tryk anvendelse af data.

I debatten blev det pointeret, at brugen af borgeres selvskabte data bør være frivillig og med gældende samtykke. Samtidig skal infrastrukturen være på plads, og data skal være retvisende. Det blev bl.a. foreslået at lave en model, hvor apps bliver anbefalet og/eller godkendt af det offentlige.

Lægeforeningen påpegede, at klare regler og retningslinjer er nødvendige førend sundhedsvæsenet systematisk kan anvende denne type data, og at sundhedspersonalet skal have tid og kompetencerne til at anvende nye løsninger. Derudover mener Lægeforeningen, at brugen bør fokusere på patienter i en aktuell behandling. Det skal ikke være en unødvendig add-on for lægen, fx hvor raske borgere søger læge, fordi de bliver unødvendigt bekymrede over de data, de har indsamlet.

Der var enighed om, at der er en risiko for ulighed i sundhed ved brugen af borgerskabte data, da det ofte er højtuddannede, yngre borgere, der indsamler data om sig selv. Derfor er det vigtigt, at der tages hensyn til de borgere og patienter, som ikke bruger de nye teknologier. Yderligere blev det påpeget, det er vigtigt, at brugen af borgerens selvskabte data er en hjælp til patienten og ikke et krav og forventning.

Konferencen kan ses eller genses på [Danske Regioners hjemmeside](#).

Til konferencen og sociale medier er der produceret to film, der skal illustrere, hvilken værdi det har for hhv. en 'selvmåler' og en tidl. brystkræftpatient at indsamle data via apps, samt hvilke overvejelser de har omkring at dele data med sundhedsvæsenet.

Filmene kan ses her:

[Anders er selvmåler](#)

[Appen gør Henriette tryk](#)

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Temadrøftelsen er undtagelsesvist på den åbne dagsorden i lyset af, at Danske Regioner kører en offentlig debat om emnet.

---

## Kommunikation

Holdningsundersøgelsen samt konferencen fik presseomtale i Altinget, Mandag Morgen samt Politiken Sundhedsmonitor.

Holdningsundersøgelsen og optagelse fra konferencen er offentliggjort på Danske Regioners hjemmeside.

---

## Bilag

1. Holdningsundersøgelse borgerskabte data (1409439 - EMN-2019-00638)

## 2 (Offentlig) Status vedrørende COVID-19

---

Ottilia Odette Printzlau  
EMN-2020-01198

### Resumé

Formanden vil på mødet orientere mundtligt om aktuel status vedrørende COVID-19.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen tager formandens mundtlige orientering til efterretning.

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

3 (Fortrolig)

4 (Fortrolig)



## 5 (Offentlig) Metodeændringens betydning for Medicinrådets vurdering af lægemidler til sjældne sygdomme

---

Thomas Birk Andersen  
EMN-2017-00578

### Resumé

Danske Regioners bestyrelse har tidligere besluttet, at Medicinrådet skulle udarbejde et notat med en vurdering af, hvilken effekt Medicinrådets metodeændring pr. 1. januar 2019 har haft for vurderingen af lægemidler til sjældne sygdomme.

Det fremgår af Medicinrådets status, at lægemidler til sjældne sygdomme er kategoriseret mere positivt efter metodeændringen. Det kan ikke konkluderes, om de mere positive vurderinger reelt er et resultat af metodeændringen, fordi der er tale om et lille antal lægemidler. Alle lægemidler til sjældne sygdomme har opnået en positiv kategorisering efter metodeændringen. Det tyder derfor på, at Medicinrådet ikke afviser at anbefale lægemidler på grund af sparsomt datagrundlag. I de tilfælde lægemidlerne ikke kan anbefales, skyldes det snarere uacceptable høje omkostninger.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at* bestyrelsen tager Medicinrådets orientering om metodeændringens betydning for vurdering af lægemidler til sjældne sygdomme til efterretning, og

*at* Medicinrådet anmodes om, at rådets årsrapport fremadrettet indeholder en status for rådets vurdering af lægemidler til sjældne sygdomme.

---

### Sagsfremstilling

Som opfølgning på den eksterne evaluering af Medicinrådet, der blev gennemført i foråret 2019, besluttede bestyrelsen den 21. november 2019 en række ændringer af Medicinrådet, herunder at Medicinrådet ultimo 2020 skulle udarbejde et notat med en vurdering af, hvilken effekt Medicinrådets egen metodeændring pr. 1. januar 2019 har haft for vurderingen af lægemidler til sjældne sygdomme.

Medicinrådet har på den baggrund udarbejdet vedlagte notat om metodeændringens betydning for vurderingen af lægemidler til sjældne sygdomme.

*Metodeændring pr. 1. januar 2019*

Medicinrådet justerede den 1. januar 2019 på eget initiativ sin metode for kategorisering af nye lægemidlers værdi. Medicinrådet fandt det nødvendigt at justere metoden, fordi kriterierne for at kategorisere lægemidlers værdi i den oprindelige metode ikke var præcise nok. Der var i den tidligere metode risiko for uensartet praksis for kategorisering af lægemidler med ringe datagrundlag.

Formålet med metodeændringen var at skabe en mere transparent og ensartet tilgang til kategoriseringen af lægemidlers merværdi. Ved metodeændringen blev kravene til datagrundlaget skærpet, så et lægemiddels værdi kun kan tildeles en kategori, hvis der er statistisk sikkerhed for lægemidlets effekt. Hvis ikke det statistiske datagrundlag er tilstrækkeligt, vil Medicinrådets konklusion efter metodeændringen blive, at lægemidlets værdi ikke kan kategoriseres.

Når Medicinrådet vurderer et lægemiddel, som ikke kan kategoriseres, vil fagudvalget supplere de tilgængelige data med argumenter for eller imod, om det nye lægemiddel forventes at være bedre eller dårligere end den eksisterende behandling. I fraværet af tilstrækkelig evidens, må fagudvalget argumentere ud fra kliniske skøn og erfaringer, som Medicinrådet efterfølgende kan inddrage i beslutningen om anbefalingen.

Medicinrådet baserer sin beslutning om, hvorvidt lægemidlet skal anbefales som standardbehandling, på den samlede vurdering af lægemidlets effekt samt information om omkostninger ved brug af lægemidlet. Lægemidler, hvis værdi ikke kan kategoriseres, kan ligesom andre lægemidler anbefales, hvis Medicinrådet i den konkrete sag vurderer, at den formodede effekt står i et rimeligt forhold til omkostningerne, og det samtidig vurderer, at de usikkerheder, der er i datagrundlaget, i den konkrete sag kan accepteres.

#### *Definition af sjældne sygdomme*

Medicinrådet definerer lægemidler til sjældne sygdomme med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens afgrænsning af sjældne sygdomme. Her er sjældne sygdomme defineret som sygdomme med en prævalens (antallet af personer med en sygdom på et givent tidspunkt) på 1-2 ud af 10.000 personer eller derunder. Det svarer til, at højst 500-1.000 personer har sygdommen i Danmark. Sjældne infektionssygdomme og kræftsygdomme indgår ikke i Sundhedsstyrelsens definition. Da Medicinrådet ofte vurderer kræftlægemidler på områder, hvor patientdatagrundlaget er meget lille, så har Medicinrådet valgt også at belyse, hvilken betydning ændring af metoden har haft for disse lægemidler.

#### *Konklusion om metodeændringens betydning for vurdering af lægemidler til sjældne sygdomme.*

Efter metodeændringen i 2019 er andelen af lægemidler, som opnår en positiv merværdi, samlet set uændret. Brugen af kategorien "ingen merværdi"

er faldet markant i forhold til tidligere, og i en tredjedel af vurderingerne har lægemidlet ikke kunnet tildeles en merværdikategori. Samtidig er andelen af lægemidler, der anbefales eller delvist anbefales, en smule lavere efter metodeændringen.

Lægemidler til sjældne sygdomme er generelt blevet kategoriseret mere positivt efter metodeændringen. Det er dog uvist, om de mere positive vurderinger reelt er et resultat af selve metodeændringen, fordi der er tale om et lille antal lægemidler. Medicinrådet har anbefalet 4 ud af 10 lægemidler til sjældne sygdomme før metodeændringen og 4 ud af 6 efter ændringen. Alle lægemidler til sjældne sygdomme har opnået en positiv kategorisering efter metodeændringen, hvilket tyder på, at Medicinrådet ikke afviser at anbefale denne type lægemidler på grund af sparsomt datagrundlag, men snarere på grund af uacceptabelt høje omkostninger.

Efter metodeændringen blev 6 ud af 7 lægemidler til sjældne kræftsygdomme ikke tildelt en merværdikategori, og færre lægemidler blev anbefalet. Opgørelsen bygger på meget få lægemidler, og det er derfor for disse lægemidler uvist, om det er selve metodeændringen, lægemidlets evidensgrundlag, lægemiddelprisen eller andre forhold, der er den primære årsag til, at færre lægemidler til sjældne kræftsygdomme er blevet anbefalet efter metodeændringen.

Det er Medicinrådets vurdering, at metodeændringen samlet set har givet større transparens i forhold til, hvornår Medicinrådets vurderinger er baseret på henholdsvis en sikker dokumentation eller på kliniske skøn vedrørende lægemidlets merværdi.

#### *Medicinrådets overgang til ny QALY-metode*

Medicinrådet er pr. 1. januar 2021 overgået til ny metode med anvendelse af QALY til vurdering af nye lægemidler. Metodeændringen indebærer, at lægemidlers merværdi ikke længere bliver kategoriseret af Medicinrådet, hvorfor ændringen pr. 1. januar 2019 alene er aktuel for de lægemidler, som færdigbehandles efter den gamle metode.

I stedet er det QALY som mål for effekt, som fremover vil udgøre en stor andel af beslutningsgrundlaget for Medicinrådets anbefalinger. Sekretariatet foreslår, at Medicinrådet anmodes om at sikre, at Medicinrådets årsrapport fremover kommer til at indeholde en status over rådets vurdering af lægemidler til sjældne sygdomme.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Notat til Danske Regioner om metodeændringens betydning for vurderingen af lægemidler til små patientgrupper-sjældne sygdomme 30 (1406756 - EMN-2017-00578)

## 6 (Offentlig) Opsamling på høring af rammer for metode og proces i regi af Behandlingsrådet

---

Emilie Sophie Frank  
EMN-2017-04443

### Resumé

Bestyrelsen godkendte den 19. november 2020 et udkast til rammer for Behandlingsrådets metode og processer. Rammerne har efterfølgende været i høring. Høringssvarene viser, at der generelt er stor opbakning til rammerne, og flere interessenter kvitterer for en inddragende proces.

Høringssvarene indeholder en række ønsker og forslag til præciseringer. Sekretariatet foreslår, at rammerne justeres på en række mindre punkter – herunder at omfanget af inddragelsen af virksomheder præciseres, og at det fremgår tydeligt, at de relevante organisationer vil blive inddraget i de tilfælde, hvor Behandlingsrådets evalueringer og analyser berører områder, der er omfattet af kliniske retningslinjer og vejledninger. Behandlingsrådets sekretariat vil efterfølgende arbejde videre med at udfylde rammerne.

Der lægges herudover op til at præcisere, at Behandlingsrådet over tid skal sørge for at udvælge en bred palet af emner blandt de indkomne forslag til evaluering, herunder også emner der vedrører små patientgrupper.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen godkender de beskrevne forslag til præciseringer af metode- og procesrammerne, og

at bestyrelsen godkender, at Behandlingsrådet over tid skal sikre, at der udvælges en bred palet af emner blandt de indkomne forslag til evaluering – herunder emner der vedrører små patientgrupper.

---

### Sagsfremstilling

Bestyrelsen godkendte den 19. november 2020 et forslag til rammer for Behandlingsrådets metode og processer. Forslaget har efterfølgende været i høring. Danske Regioner har modtaget 24 høringssvar. Høringssvarene viser, at der generelt er stor opbakning til Behandlingsrådet og de foreslåede metode- og procesrammer. For en oversigt over de gennemgående temaer i høringssvarene henvises til vedlagte notat.

Nogle af høringssvarene går på den besluttede model for Behandlingsrådet – herunder rådets sammensætning. Disse kommentarer er ikke medtaget i opsamlingen, da bestyrelsen tidligere har taget stilling hertil. Kommentarer,

der indeholder ønsker til den videre indholdsudfyldelse af rammerne, fremgår heller ikke af opsamlingen, men viderebringes til Behandlingsrådets sekretariat, som tager højde for disse i udarbejdelsen af den endelige proces- og metodehåndbog.

### **Væsentligste kommentarer til rammerne**

Nedenfor gennemgås de væsentligste kommentarer fra høringssvarene og forslag til, hvordan sekretariatet vil håndtere dem:

#### *Inddragelse af virksomheder*

Flere interessenter bl.a. Medicoindustrien efterspørger øget inddragelse af virksomhederne i vurderingsprocessen og ønsker, at virksomhederne kan mødes direkte med fagudvalget. Der er efterspørgsel efter, at både virksomheder, der står bag nye teknologi, og virksomheder, der står bag den/de teknologier, der sammenlignes med, inddrages i processen. Nogle interessenter, bl.a. Dansk Erhverv, ønsker, at den involverede virksomhed skal have mulighed for at indsende mere end to siders kommentering på fagudvalgets vurderingsrapport.

*Forslag til handling:* Procesrammen præciseres, så det tydeliggøres, at virksomhederne inddrages i flere faser af evalueringsprocessen – herunder i udarbejdelsen af analysedesignet og under udarbejdelsen af evalueringen/analysen. Der lægges op til, at dialogen med virksomheden fortsat sker gennem sekretariatet og ikke direkte til fagudvalget eller Behandlingsrådet. Den foreslåede proces lægger sig op ad processen i Medicinrådet, hvor der er gode erfaringer med, at dialogen med virksomhederne går igennem sekretariatet.

Det foreslås, at grænsen på max to siders kommentering fastholdes. Dette lægger sig også op ad retningslinjerne i Medicinrådet. Udover de to siders kommentering har virksomheden mulighed for at rette fejl og mangler i vurderingsrapporten. Det vil i procesrammen blive præciseret, at rettelsen af fejl og mangler ikke tæller med i de to siders kommentering.

Herudover vil det blive indskrevet i procesrammen, at også virksomheden (eller virksomhederne) bag de løsninger, der sammenlignes med, inddrages – og de vil også kunne kommentere vurderingsrapporten.

#### *Sagsbehandlingstid*

Flere interessenter bl.a. Medicoindustrien og Region Hovedstaden skriver i høringssvarene, at sagsbehandlingstiden på 5-8 måneder for evalueringer bør forkortes. De er bekymrede for, at sagsbehandlingstiden vil forsinke ibrugtagning af ny sundhedsteknologi.

*Forslag til handling:* Længden af sagsbehandlingstiden skal sikre, at Behandlingsrådets anbefalinger bygger på et solidt fagligt fundament – ligesom der skal afsættes tilstrækkelig tid til den løbende inddragelse af virksomheder og andre interessenter (som af flere ønskes udfoldet, jf. ovenfor). Der lægges derfor ikke op til at ændre i tidsrammen. Behandlingsrådets sekretariat vil løbende følge sagsbehandlingstiderne.

Sagsbehandlingstiderne vil være længere end i Medicinrådet, da genstandsfeltet er bredere, der skal sammensættes et nyt fagudvalg for hver enkelt teknologi, og undersøgelsesdesignet skal designes fra gang til gang. Til sammenligning kan sagsbehandlingstiden i fx det engelske vurderingsinstitut *NICE* være op til 40 uger for sundhedsteknologier (eksklusiv diagnostisk) og over 60 uger for diagnostik. I det australske vurderingsinstitut *Medical Services Advisory Committee* er sagsbehandlingstiden op til 42 uger, og Nye Metoder i Norge oplyser, at sagsbehandlingstiden ligger på mellem seks og 12 måneder.

Der gøres opmærksom på, at Behandlingsrådet ikke skal vurdere ny sundhedsteknologi, før det tages i brug i regionerne. Det er kun en lille del af ny sundhedsteknologi, som rådet vil vurdere.

#### *Snitflader til retningslinjer og vejledninger*

Flere interessenter, bl.a. Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for fysioterapi, spørger til samspillet med fx Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer eller de faglige selskabers vejledninger. Sundhedsstyrelsen efterspørger, at Behandlingsrådet ikke beskæftiger sig med emner, hvor der er kliniske retningslinjer og andre vejledninger.

*Forslag til handling:* Det præciseres i procesrammen, at Behandlingsrådet inddrager de relevante myndigheder, faglige selskaber m.v. i processen, så evalueringer og analyser baserer sig på den relevante faglige dokumentation. Sundhedsstyrelsen sidder desuden i Behandlingsrådet som observatør og kan rejse eventuelle problemstillinger i rådet. Det bemærkes, at Medicinrådet også kan komme med anbefalinger på områder, der er omfattet af kliniske retningslinjer og andre vejledninger. Erfaringerne viser, at det ikke har givet anledning til udfordringer.

#### **Hensyn til små patientgrupper**

Flere interessenter bl.a. Danske Handikaporganisationer efterspørger i høringssvarene, at det tydeliggøres, at teknologier målrettet små patientgrupper også kan vurderes af Behandlingsrådet. De skriver, at små patientgrupper ofte har få eller ingen behandlingsmuligheder, og at ny teknologi derfor kan fremstå omkostningstung, hvis den sammenlignes med eksisterende standard behandling.

*Forslag til handling:* Behandlingsrådet vil med den beskrevne procesramme også kunne udvælge teknologier målrettet små patientgrupper fx med henvisning til alvorlighed og effekt (herunder livskvalitet). Der lægges herudover op til, at Danske Regioners bestyrelse beslutter, at Behandlingsrådet over tid skal udvælge en bred palet af emner blandt de indkomne forslag til vurdering – herunder emner der vedrører små patientgrupper. En teknologi kan derfor godt blive udvalgt, selvom den ikke scorer højt på alle kriterier – fx kriteriet om i hvor høj grad emnet er bredt klinisk efterspurgt, og hvor stor indvirkning teknologien har på sundhedsvæsenets udgifter. Dette præciseres i procesrammen.

### **Videre proces for opstart af Behandlingsrådet**

Overdragelsen fra Danske Regioners sekretariat til Behandlingsrådets sekretariat er i sin sidste fase. Per 1. februar 2021 har sekretariatet 10 medarbejdere, og de resterende 12-15 medarbejdere ansættes løbende. De første anbefalinger forventes at være klar i begyndelsen af det nye år. Herfra vil bestyrelsen hvert kvartal modtage en orientering om Behandlingsrådets anbefalinger.

Herudover forventes den videre proces i 2021 at være:

- Februar: Frist for udpegning af medlemmer til Behandlingsrådet
- April: Forventet høring af metodehåndbogen og procesbeskrivelsen
- Maj: Første konstituerende møde for medlemmerne af Behandlingsrådet
- Maj: Åbning for indstillinger
- Ultimo juni: Møde i Behandlingsrådet med udvælgelse af de første emner til evaluering
- Ultimo året: Danske Regioners bestyrelse udvælger temaerne for de første brede analyser.

---

## **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

Bestyrelsen vil få tilsendt de tilrettede rammer for metode og proces, når de foreligger.

---

## **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---



## Bilag

1. Opsamling på temaer i hørings svar vedr. proces- og metoderammer  
(1408681 - EMN-2017-04443)

7 (Fortrolig)

## 8 (Offentlig) Status for ansættelse af speciallæger februar 2021

---

Lisbet Langbjerg Sørensen  
EMN-2017-00054

### Resumé

Bestyrelsen besluttede på sit møde den 15. december 2016 at opfordre regionerne til at følge tre tiltag for at understøtte, at den fortsatte stigning i antallet af speciallæger ansat i regionerne bremses, at forholdet mellem overlæger og afdelingslæger ændres, samt at der skabes mulighed for en ændret geografisk fordeling af speciallægerne.

Bestyrelsen bad i den forbindelse sekretariatet om en halvårlig status. Sidste status blev givet på bestyrelsens møde den 27. august 2020.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

---

### Sagsfremstilling

På baggrund af bestyrelsens beslutning den 15. december 2016 om at opfordre regionerne til at sætte fokus på ansættelser af speciallæger har alle fem regioner efterfølgende tilkendegivet, at de vil følge bestyrelsens anbefaling. Det betyder konkret, at regionerne lokalt har implementeret pkt. 1-3 beskrevet nedenfor.

*1. Overvejelser i forbindelse med fremtidige ansættelser i speciallægestillinger*  
Skærpet vurdering af behovet for at genbesætte en ledig stilling med speciallægekompetencer samt vurdering af, om stillingen i givet fald skal slås op som henholdsvis afdelingslæge- eller overlægestilling.

*2. Fælles regionale principper for faglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger*

Supplerende til de hidtil gældende principper vil regionerne i forbindelse med den faglige bedømmelse fremadrettet tillægge ansøgernes erfaring særlig vægt, herunder særligt antal år som speciallæge.

Udgangspunktet for at være kvalificeret til en overlægestilling skal således være, at ansøgeren har haft ansættelse som afdelingslæge eller tilsvarende inden for det pågældende speciale eller fagområde i minimum fem år efter, at vedkommende har fået sin speciallægeanerkendelse.

Kriteriet om fem års forudgående ansættelse som speciallæge følges ud fra "følg eller forklar princippet". Det betyder, at der i særlige tilfælde kan dispenseres fra de fem år, fx hvis vedkommende skal have personaleansvar eller arbejder inden for et helt særligt nicheforskningsområde.

### 3. Fastfrysning af antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne i København, Århus og Odense i to år

Antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne omkring de tre største byer i Danmark "fastlåses" frem til 1. april 2021. Måltallet for fastfrysningen af antallet af speciallægestillinger ved universitetshospitalerne er antal besatte stillinger/faktisk ansatte speciallæger pr. 1. januar 2018.

Bestyrelsen har besluttet at særlige specialiserede områder undtages fra "loftet", hvorfor der i fremstillingen er et "loft", hvor specialerne: dermatovenerologi, klinisk farmakologi, klinisk immunologi, thoraxkirurgi og neurokirurgi ikke indgår.

For disse måltal gælder også "følg eller forklar princippet". Der vil således kun undtagelsesvis kunne gives dispensation til at øge antallet af årsværk for speciallæger på de berørte hospitaler.

#### Status på ordningerne

I forbindelse med at bestyrelsen på møde den 15. december 2016 besluttede at anbefale ordningerne, besluttede bestyrelsen samtidig, at Danske Regioner skulle understøtte implementeringen af tiltagene ved bl.a. at præsentere bestyrelsen for en halvårlig status.

Status indeholder:

- Udviklingen i det samlede antal speciallæger ansat i regionerne.
- Udviklingen i forholdet mellem antal overlæger og antal afdelingslæger ansat i regionerne.
- Antal dispensationer for kravet om fem års ansættelse forud for første ansættelse som overlæge
- Antal dispensationer i forhold til det fastlåste antal speciallæger ved universitetshospitalerne.

#### A. Det samlede antal speciallæger i regionerne

Herunder fremgår en samlet opgørelse af speciallæger i hele landet. Opgørelse i de enkelte regioner fremgår af vedlagte bilag.

Hele landet	Dec. 2016	Okt. 2018	Okt. 2019	Okt. 2020	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	1.036	1.081	1.089	1.086	105
Overlæger	5.442	5.324	5.241	5.312	98
Afdelingslæger	1.909	2.284	2.515	2.679	140
Samlet antal speciallæger	8.388	8.689	8.846	9.079	108

Overlæger/afdelingslæger **2,85** 2,33 2,08 **1,98**

Tal: SIRKA, KRL – i SIRKA er oktober 2020 sidste tilgængelige tal.  
Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor total sum afviger minimalt.

Det kan konstateres, at det samlede antal ansatte speciallæger har været stigende i perioden december 2016 til april 2020. Stigningen er primært sket inden for gruppen af afdelingslæger.

### **B. Forholdet mellem antal overlæger og antal afdelingslæger ansat i regionerne**

Formålet med bestyrelsens anbefaling er at ændre på forholdet mellem overlæger og afdelingslæger, så der i fremtiden ses en forholdsmeæssig større andel afdelingslæger end overlæger. Der er i perioden fra 2016 sket en positiv udvikling:

I december 2016 var forholdet mellem afdelingslæger og overlæger 1:2,85. Dvs., at der for hver afdelingslæge var ansat 2,85 overlæge.

I oktober 2020 var forholdet mellem afdelingslæger og overlæger 1:1,98. Dvs., at der for hver afdelingslæge er ansat 1,98 overlæge.

Fordelingstal for de enkelte regioner fremgår af vedlagte bilag.

### **C. Antal dispensationer for kravet om fem års ansættelse forud for første ansættelse som overlæge**

Regionerne har givet følgende tilbagemeldinger vedrørende dispensationer for fem års kravet:

#### Region Nordjylland

10 dispensationer i perioden 1. juli – 31. december 2020.

Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos regionsdirektøren.

Til sammenligning blev der i perioden 1. januar - 30. juni -2020 givet 5 dispensationer.

#### Region Midtjylland

13 dispensationer i perioden 1. juli – 31. december 2020.

Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos koncerndirektionen.

Til sammenligning blev der i perioden 1. januar – 30. juni 2020 givet 24 dispensationer.

#### Region Syddanmark

12 dispensationer i perioden 1. juli – 31. december 2020.

Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos koncerndirektionen.

Til sammenligning blev der i perioden 1. januar – 30. juni 2020 givet 20 dispensationer.

#### Region Sjælland

7 dispensationer i perioden 1. juli – 31. december 2020.

Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos direktionen.

Til sammenligning blev der i perioden 1. januar – 30. juni 2020 givet 12 dispensationer.

#### Region Hovedstaden

19 dispensationer i perioden 1. juli – 31. december 2020.

Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos sundhedsdirektøren.

Til sammenligning blev der i perioden 1. januar – 30 juni 2020 givet 25 dispensationer.

### **D. Antal dispensationer i forhold til det fastlåste antal speciallæger ved universitetshospitalerne**

Bestyrelsens anbefaling om fastlåsning af antal af speciallægestillinger vedrører udelukkende universitetshospitalerne i København, Århus og Odense.

I tilbagemeldingerne fra regionerne er der både en opgørelse over samlet antal speciallæger og antal speciallæger uden de undtagne områder:

#### **Region Midtjylland – Århus Universitetshospital**

Periode	Antal speciallæger	Antal speciallæger, excl. undtagne specialer
01.01.18 – "loft"	949 <sup>1</sup>	868 <sup>1</sup>
01.07.-31.12.20 -heraf deltidsansatte <sup>4</sup>	I gennemsnit: 947 <sup>2</sup> <sup>3</sup> Ikke oplyst	I gennemsnit: 882 <sup>2</sup> <sup>3</sup> Ikke oplyst

**1.** Antallet er inklusiv 11 ubesatte stillinger til partikelcenteret. Antallet er inklusiv 11 andre stillinger, der var i proces med at blive besat, men ikke var besat den 1. januar 2018. Antallet er ekskl. speciallæger ansat ved Steno Diabetes Centeret.

**2.** Antallet er ekskl. speciallæger ansat ved Steno Diabetes Centeret.

**3.** I 2019 fik AUH overflyttet 2 stillinger til Urinvejskirurgi fra regionshospitalerne og 1 stilling til NUK-PET fra Randers. I 2020 tilføjes AUH i alt 11 speciallægestillinger, 10 stillinger jf. regionsrådets beslutning samt en stilling til en national enhed.

**4.** Der foreligger ikke fyldestgørende oplysninger om antal delestillinger.

## Region Syddanmark – OUH Odense Universitetshospital/Svendborg

### Sygehus

Periode	Antal speciallæger	Antal speciallæger, excl. undtagne specialer
01.01.18 – "loft"	876 <sup>5</sup>	814 <sup>5</sup>
01.07- 31.12.20 <sup>7</sup> - heraf deltidsansatte <sup>8</sup>	I gennemsnit: 906 <sup>6</sup> 106	I gennemsnit: 841 <sup>6</sup> 99

5. Antallet er ekskl. speciallæger ansat ved Steno Diabetes Center Odense og Akut Medicinsk Koordination (AMK), AMK-vagtcentralen samt Ambulance Syd, da det er tværgående regionale funktioner, der finansieres af eksterne midler.

6. Antallet er ekskl. speciallæger ansat ved Steno Diabetes Center Odense og Akut Medicinsk Koordination (AMK), AMK-vagtcentralen samt Ambulance Syd, da det er tværgående regionale funktioner, der finansieres af eksterne midler.

7. Koncerndirektionen har i perioden siden 1. januar 2018 givet dispensation til stillingsudvidelse ift. "loft" på 24,0 stillinger (årsværk).

8. Der foreligger ikke fyldestgørende oplysninger om antal delestillinger.

### Region Hovedstaden – Rigshospitalet

Periode	Antal speciallæger	Antal speciallæger, excl. undtagne specialer
01.01.18 – "loft"	1.140	1.082
01.07.-31.12.20 <sup>9,10</sup> - heraf deltidsansatte <sup>11</sup> - heraf ansat på forskerbeskatningsordning	I gennemsnit: 1.190 126 9	I gennemsnit: 1.130 126 9

9. Der er i perioden 01.07-31.12.2020 givet 10 dispensationer til stillingsudvidelse ift. "loft" (5 afdelingslæger + 5 overlæger). 1 overlæge er i klinisk farmakologi. Dispensationerne er alle – på nær 1 til Covid diagnostik – givet på baggrund af øget aktivitet indenfor det pågældende område. Den yderligere stigning på 5 i forhold til sidste status skyldes flere deltidsansatte.

10. Der er før 01.07.2020 givet 34 dispensationer til stillingsudvidelse ift. "loft".

11. Der foreligger ikke fyldestgørende oplysninger om antal delestillinger.

### Region Hovedstaden – Herlev og Gentofte Hospitaler

Periode	Antal speciallæger	Antal speciallæger, excl. undtagne specialer
01.01.18 – "loft"	640	622
01.01-30.06.20 <sup>12,13</sup> - heraf deltidsansatte <sup>14</sup>	I gennemsnit: 665 82	I gennemsnit: 628 74

12. Der er i perioden 01.07-31.12.2020 givet 3 dispensationer til stillingsudvidelse ift. "loft" (1 afdelingslæge + 2 overlæger). Begrundelsen

er øget aktivitet og etablering af innovationsprojekt i samarbejde med DTU. Yderligere stigning på 2 i forhold til sidste status skyldes flere deltidsansatte.

13. Der er før 01.07.2020 givet 11 dispensationer ift. "loft".

14. Der foreligger ikke fyldestgørende oplysninger om antal delestillinger.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Udvikling i ansættelse af speciallæger februar 2021 (1406525 - EMN-2017-00054)

9 (Fortrolig)

## 10 (Offentlig) Politikerkonferencen (GF21)

---

Eva M. Weinreich-Jensen  
EMN-2020-01546

### Resumé

Den politiske konference for regionspolitikere holdes i år forskudt fra generalforsamlingen, digitalt og med borgerinddragelse som tema. Heri indgår, at den politiske arbejdsgruppe for demokrati og borgerinddragelse fremlægger deres foreløbige resultater til drøftelse.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen godkender rammen for konferencen, herunder at det overordnede tema er demokrati og borgerinddragelse.

---

### Sagsfremstilling

Den politiske konference vil blive afholdt den 29. april 2021, kl. 9.00-13.30. Det foreslås at rammen er, at konferencen afvikles virtuelt, men med udgangspunkt i, at man samles på regionsgårdene, hvis muligt.

Hovedtemaet for konferencen er demokrati og borgerinddragelse, som blandt andet vil blive drøftet ud fra de foreløbige resultater, som den politiske arbejdsgruppe herom, er kommet frem til. Der vil samtidig blive lagt vægt på, at deltagerne får tid til og mulighed for at drøfte, hvordan de forholder sig til de ideer, der bliver lagt frem.

Forslag til program:

- |             |   |
|-------------|---|
| 9.00-9.15   | Velkomst/status på den aktuelle politiske situation fra formanden   |
| 9.15-10.00  | Oplæg fra Hywel Dda University Health Board, Wales – som har arbejdet innovativt med borgerinddragelse i sundhedsvæsenet (Mulighed for opfølgende spørgsmål)      |
| 10.00-12.00 | Demokrati og borgerinddragelse: 2 fælles oplæg med mulighed for spørgsmål, regionale debatter styret af arbejdsgruppens medlemmer regionalt, og fælles afslutning |
|             | 10-10.15: Udvalgets anbefalinger ved Villy Søvnald  |
|             | 10.15-10.45: 7 skarpe til regionerne om borgerinddragelse ved Lars Klüver, Fonden Teknologirådet  |



10.45-11.30: Regionale diskussioner om ambitioner og praktiske tiltag for at forbedre borgerinddragelsen /ledet af arbejdsgruppens medlemmer i hver region

11.30-12: Fælles opsamling og afrunding ved formanden

12-12.30 Frokost /pause

12.30-13 Input til næste valgperiode: Hvad kan Danske Regioner gøre anderledes eller forbedre i forhold til politiske arbejdsgrupper, temaer for faste udvalg, GF, den politiske konference, kurser eller andet?

13-13.30 Formandskabet står på mål for året der gik

13.30 Afslutning ved formanden

Efter konferencen vil den politiske arbejdsgruppe for demokrati og borgerinddragelse gøre sine anbefalinger til bestyrelsen færdige. Anbefalingerne forventes fremsat ved bestyrelsens møde den 16. juni 2021.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger.

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

11 (Fortrolig)

### Resumé

Danske Regioners regnskab for 2020 aflægges i overensstemmelse med årsregnskabslovens regler for klasse A virksomheder. Årsregnskaber er revideret af BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab.

Danske Regioners resultatopgørelse udviser et driftsunderskud på 29,3 millioner kroner.

De finansielle poster udgør 9,0 millioner kroner, idet der er indtægter på 11,8 millioner kroner, omkostninger på 0,8 millioner kroner og kurstab på 2,0 millioner kroner. Dermed udviser resultatet af foreningens drift et underskud på 20,2 millioner kroner.

Udgiften til rammebevillingen Projekt Godt Sygehusbyggeri udgjorde 0,9 millioner kroner og til Opstart af Behandlingsrådet 1,4 millioner kroner.

Årets resultat er dermed et underskud på 22,6 millioner kroner.

Danske Regioners balance pr. 31. december 2020 udgør 679,5 millioner kroner. Egenkapitalen ultimo 2020 udgør 339,9 millioner kroner, hvilket er et fald på 22,6 millioner kroner i forhold til primo egenkapitalen svarende til årets resultat.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at Danske Regioners regnskab for 2020 godkendes og underskrives, og  
at Revisionsprotokollatet underskrives.*

---

### Sagsfremstilling

Danske Regioners regnskab for 2020 er revideret af BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab. Revisionen har ved afslutningen af revisionen af Danske Regioners årsregnskab afgivet en beretning.

Konklusionen på den udførte revision er, at "godkender ledelsen årsregnskabet i den nuværende form, vil vi forsyne det med en påtegning uden forbehold, omtale af væsentlig usikkerhed vedrørende fortsat drift, fremhævelse af forhold eller andre rapporteringsforpligtelser."

Regnskabet aflægges som en årsrapport efter årsregnskabsloven regnskabsklasse A. Denne regnskabsklasse er beregnet på virksomheder, som ikke er forpligtet til at aflægge årsrapport, men som frivilligt har valgt at aflægge en sådan til ekstern brug. Bestyrelsen besluttede ved behandlingen af Danske Regioners kasse- og regnskabsregulativ den 23. november 2006, at regnskabslovens principper skulle anvendes.

#### *Regnskabet for 2020*

Danske Regioners resultatopgørelse udviser et driftsunderskud på 29,3 millioner kroner.

De finansielle poster udgør 9,0 millioner kroner, idet der er indtægter på 11,8 millioner kroner, omkostninger på 0,8 millioner kroner og kurstab på 2,0 millioner kroner. Dermed udviser resultatet af foreningens drift et underskud på 20,2 millioner kroner.

Udgiften til rammebevillingen Projekt Godt Sygehusbyggeri udgjorde 0,9 millioner kroner og til Opstart af Behandlingsrådet 1,4 millioner kroner. Årets resultat er dermed et underskud på 22,6 millioner kroner.

#### *Danske Regioner inkl. de selvstændigt finansierede områder*

I det følgende tages der udgangspunkt i Budget og resultatoversigt 2020.

De samlede indtægter før finansielle poster endte godt 6,7 millioner kroner højere end budgetteret fordelt på kontingentindtægter og øvrige indtægter, mens sekretariatsbidragene var lavere end budgetteret.

Sekretariatsbidragene og øvrige indtægter fluktuerer blandt andet i takt med indgåede projektbevillinger i forskningsfondene og fordeler sig dermed ujævnt over årene.

De højere kontingentindtægter skyldes oprettelsen af IT Rådet, hvor der for perioden 1.9.2019-31.12.2020 er opkrævet et kontingent på 1,3 millioner kroner (note 21 i regnskabet). For Medicinrådet er der opkrævet 5 millioner kroner ekstra i forbindelse med overdragelsen af opgaven med sundhedsøkonomiske vurderinger fra Amgros pr. 1.1.2020.

De samlede personaleomkostninger på 192,7 millioner kroner er godt 15,6 millioner kroner højere end budgetteret. Årsagen er primært en stigning i hensættelsen til tjenestemandspensionister på 11,0 millioner kroner. Stigningen er en konsekvens af, at Sampension Livsforsikring har ændret beregningsmetode for den forsikringsafdækkede del af tjenstemandsforpligtelsen (se afsnittet om Tjenstemandsforpligtelsen sidst i punktet for en uddybende forklaring).

Indførelsen af et nyt lønsystem i 2019 medførte en utilsigtet konteringspraksis af løn og refusionsposter. Korrektionen af bogføringen af løn og refusioner fra et netto til et brutto princip har øget lønudgifterne svarende til dobbeltbogføringen af refusionerne. Effekten heraf er en stigning i lønomkostningerne med 1,6 millioner kroner for 2019, der er medtaget i regnskab 2020.

Driftsomkostningerne eksklusiv personaleomkostninger er 17,8 millioner kr. lavere end budgetteret.

Udgifterne til fremmede tjenesteydelser var 8,3 millioner kroner lavere end budgetteret, hvilket skyldes uforbrugte puljemidler på 6,5 millioner kroner. Årsagen er primært, at mange initiativer er blevet udsat i 2020 pga. COVID 19. En del bevillinger er overflyttet til budget 2021. De øvrige vil blive genansøgt, hvis de stadig er relevante.

Udgifterne til mødeaktiviteter og rejser er 6,8 millioner kroner lavere end budgetteret. Igen er det COVID 19, der har betydet et kraftigt fald i møder, konferencer og rejser. Til gengæld er brugen af virtuelle møder steget kraftigt.

#### *Finansielle poster*

De finansielle indtægter udgør 11,8 millioner kroner, hvilket er 4,3 millioner kroner højere end forventet. Merindtægten skyldes primært høje dividendeudbetalinger i 2020. De finansielle omkostninger er 0,5 millioner kroner højere end budgetteret på grund af negative renter på indeståender. Kurstab udgør 2,0 millioner kroner. Overskuddet på de finansielle poster er samlet 9,0 millioner kroner i 2020.

#### *Medicnrådet*

Medicnrådet har egne kontingentindtægter og selvstændig økonomi, men indgår som en del af det samlede regnskab. I note 20 i årsrapporten vises hovedtallene for Medicnrådets del af regnskabet for 2020.

Medicnrådet modtager i årene 2019-2022 årligt 2 millioner kroner over finansloven til at understøtte arbejdet med brede behandlingsvejledninger. Primo 2020 blev opgaven vedrørende sundhedsøkonomiske vurderinger flyttet fra Amgros til Medicnrådet. I den forbindelse blev kontingentet til Medicnrådet øget med 5 millioner kroner.

Som angivet ovenfor har opgaveflytningen medvirket til en stigning i Medicnrådets lønudgifter i 2020 ligesom ændringen i opgørelsen af løn og refusioner påvirker Medicnrådet som en del af Danske Regioners regnskab.

Medicnrådets resultat for 2020 er et mindreforbrug på 1,9 millioner kroner.

*Status pr. 31. december 2020*

Danske Regioners balance pr. 31. december 2020 udgør 679,5 millioner kroner. Egenkapitalen ultimo 2020 udgør 339,9 millioner kroner, hvilket er et fald på 22,6 millioner kroner i forhold til primo egenkapitalen svarende til årets resultat.

Værdien af ejendomme og øvrige anlægsaktiver udgør 186 millioner kroner efter årets tilgange og afskrivninger.

Danske Regioner har indgået en kapitalforvaltningsaftale med Nordea Asset Management. Aftalens overordnede investeringspolitik medfører en maksimal aktieandel på 30 %, og en deraf følgende obligationsandel på 70 %.

Ultimo 2020 udgjorde aktieandelen 22,8 % af den samlede portefølje på 418,7 millioner kroner (inklusive indestående på tilhørende porteføljekonto på 1,3 millioner kroner ultimo 2020). Obligationsporteføljen søges placeret under hensyn til højest muligt afkast med lavest mulig risiko for kurstab ved renteudsving samtidig med, at det sikres, at der løbende frigives kapital til at dække de løbende driftsunderskud. Obligationernes restløbetid fordeler sig med 64 % af beholdningen mellem 0-5 år og 36 % over 10 år.

#### *Interimskonti*

Danske Regioner forvalter centrale overenskomstpuljer, der er opkrævet i amterne og regionerne siden 1993. Overenskomstpakterne disponerer over puljerne, og der henstår 101,9 millioner kroner. Puljerne forrentes med diskontoen minus en procent. Da diskontoen er 0,0 % er der ikke sket en rentetilskrivning, idet aftalen indebærer, at der ikke udmøntes en negativ forrentning.

Der er hensat midler til projekter for 77,5 millioner kroner. Den største del heraf udgøres af Regionernes Medicinpulje(r), hvor der ultimo 2019 henstod 18,6 millioner kroner. Den seneste ansøgningsrunde er afsluttet i 2020, og der er givet tilsagn til forskningsprojekter i størrelsesordenen 20 millioner kroner, der delvist er udbetalt, mens resten kommer til udbetaling i 2021 og frem. Herudover udgjorde den Fællesregionale pulje til forskning i forebyggelse 13,44 millioner kroner ultimo 2020. Heraf er der givet tilsagn for 6,5 millioner kroner, der kommer til udbetaling i 2021 og frem.

Der er ingen erhvervsaktive tjenestemænd ansat i Danske Regioner. Der udbetales tjenestemandspensioner til 16 tidligere ansatte tjenestemænd eller deres enker. Danske Regioners tjenestemandspensionsforpligtelse er delvis dækket ved forsikring i Sampension A/S. Sampension har fra 2020 ændret opgørelsesmetoden for pensionsdepotet således, at det nu beregnes med en grundlagsrente på 0 %. Som konsekvens heraf er beregningen af pensionsforpligtelsen for alle pensionisterne ændret til at følge EIOPAs rentekurve. Tjenestemandspensionsforpligtelsen er optaget til

indskudsværdien ultimo 2020 af den manglende forsikringsmæssige dækning svarende til 46,4 millioner kroner.

Til dækning af Danske Regioners feriepengeforpligtelse er hensat 26,7 millioner kroner. Heraf vedrører 15,6 millioner kroner indefrosne feriepenge efter den nye ferielov. Disse er opført som langfristet gæld på regnskab 2020. Midlerne overføres til feriefonden i 2021, hvorfra administration og udbetaling vil ske fremover. Dette vil medføre en administrativ lettelse i foreningens administration.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Danske Regioner årsrapport 2020 (1417417 - EMN-2020-01695)
2. Danske Regioner protokollat 2020 - 04.02.2021 (1417444 - EMN-2020-01695)
3. Budget og resultatoversigt 2020 (1414888 - EMN-2020-01695)

## 13 (Offentlig) Forslag til Danske Regioners EU-prioriteringer 2021

---

Asger Andreasen  
EMN-2020-01440

### Resumé

EU-Kommissionens arbejdsprogram for 2021 har fokus på den grønne og den digitale omstilling. Begge områder er relevante for den regionale opgavevaretagelse. De vigtigste nye EU-tiltag for Danske Regioner handler om en europæisk sundhedsunion, EU's Green deal, herunder målet om en 55 pct. CO2-reduktion, forslaget om en dataretsakt og et europæisk sundhedsdataområde, samt ansættelsesretlige konsekvenser af handlingsplanen for den europæiske søjle for sociale rettigheder. Derudover fortsætter arbejdet med igangværende EU-sager, f.eks. evaluering af direktivet om sundhedsydelser på tværs af grænser, EU's kræfthandlingsplan, minimumsløn og EU-budgettet i relation til Horizon Europe og Interreg-programmer.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen godkender, at Danske Regioners EU-indsats i 2021 koncentrerer sig om følgende hovedprioriteringer:

1. En europæisk sundhedsunion med fokus på beredskabsplaner og fælles indkøb af medicin og værnemidler.
  2. Lovgivning i forbindelse med EU-målet om en 55 pct. CO2-reduktion inden 2030, herunder indsatser for energieffektivitet.
  3. Retsakt om data og et europæisk sundhedsdataområde, herunder CE-mærkning og et europæisk e-ID.
  4. Handlingsplan for den europæiske søjle for sociale rettigheder, herunder forslaget om en minimumsløn, med fokus på påvirkningen af Danske Regioners opgave som arbejdsgiverorganisation.
  5. Europæisk biomedicinsk forskning og udvikling, herunder revision af lovgivningen om blod, væv og celler.
  6. Igangværende EU-sager, som Danske Regioner er engageret i, dvs. evaluering af direktivet om sundhedsydelser på tværs af grænser, EU's kræfthandlingsplan og EU-budgettet 2021-2027 med specielt fokus på betydningen for Horizon Europe og Interreg-programmerne.
- 

### Sagsfremstilling

Kommissionens arbejdsprogram for 2021 fastholder i lighed med sidste år fokus på den grønne og den digitale omstilling. Arbejdsprogrammet er kædet tæt sammen med genopretningsplanen for Europa, som består af det syvårige EU-budget på 1.100 mia. euro samt genopretningsinstrumentet NextGenerationEU på 750 mia. euro. Medlemsstaterne skal bruge pengene i

overensstemmelse med EU's politiske mål på det grønne og digitale område: Mindst 37 procent af udgifterne skal gå til den grønne omstilling og mindst 20 procent til den digitale omstilling.

Arbejdsprogrammet indeholder 44 nye politiske mål opdelt på seks overordnede ambitioner. Nedenfor er de seks overordnede ambitioner kort beskrevet. Nogle af dem har overskrifter, som er udtryk for den europæiske politiske kontekst, de er formuleret i. For hver af de overordnede ambitioner er de vigtigste politiske mål, lovgivningsforslag, mv. med relevans for Danske Regioner fremhævet.

### *1. En europæisk grøn pagt (EU's Green Deal)*

For at opnå et klimaneutralt Europa senest i 2050 vil Kommissionen arbejde for at mindske emissionerne med mindst 55 procent inden 2030. Den såkaldte Fit for 55-pakke vil dække en bred vifte af politikområder — fra handlingsplan for nulforurening for vand, luft og jord til anvendelse af vedvarende energikilder til energieffektivitet, bygningers energimæssige ydeevne og bæredygtig og intelligent mobilitet. Desuden vil Kommissionen foreslå foranstaltninger bl.a. med henblik på at gennemføre EU's handlingsplan for den cirkulære økonomi.

Indenfor ambitionen om en europæisk grøn pagt er de vigtigste sager for Danske Regioner:

- Ændring af direktiv om energieffektivitet
- Revision af direktivet om bygningers energimæssige ydeevne

### *2. Et Europa klar til den digitale tidsalder*

For at gøre dette årti til Europas "digitale årti" vil Kommissionen fremlægge en køreplan med klart definerede digitale mål for 2030 vedrørende færdigheder og digitale offentlige tjenester. Der vil bl.a. blive fokuseret på udveksling af data, det europæiske sundhedsdataområde, et europæisk elektronisk borger-ID og cybersikkerhed. Kommissionen vil lovgive om sikkerhed, ansvar, grundlæggende rettigheder og dataaspekter af kunstig intelligens.

Initiativerne er relevante for regionernes digitaliseringstiltag og fremhæves også i den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi. Evalueringen af lovgivningen om CE-mærkning af produkter kan få økonomisk betydning for regionernes egen-udvikling og registrering af løsninger indenfor sundheds-it.

For Danske Regioner er de vigtigste nye tiltag:

- En europæisk dataretsakt
- Et pålideligt og sikkert europæisk e-ID
- Evaluering af de nye lovgivningsmæssige rammer for CE-mærkning

### *3. En økonomi, der tjener alle*



For at sikre, at den økonomiske og sundhedsmæssige krise ikke udvikler sig til en social krise, vil Kommissionen fremlægge en handlingsplan for en fuldstændig gennemførelse af den europæiske søjle for sociale rettigheder.

Danske Regioner har fokus på:

- Arbejdsmarkedspolitiske tiltag indenfor den europæiske søjle for sociale rettigheder, som har indflydelse på regionernes rolle som arbejdsgivere.

#### *4. Et stærkere Europa i verden*

Kommissionen vil sikre, at Europa spiller en vigtig rolle i verden, bl.a. ved at sikre, at alle kan få adgang til en sikker corona-vaccine. Derudover handler denne overordnede ambition bl.a. om EU's partnerskab med sydlige nabolande og en meddelelse om Arktis. I en meddelelse om EU's humanitære bistand vil der blive set på, hvordan EU kan samarbejde med partnere og andre donorer på nye måder.

Det vigtigste sundhedspolitiske tiltag er,

- at sikre alle adgang til en sikker corona-vaccine.

#### *5. Fremme af vores europæiske levevis*

Som en konsekvens af COVID-19 har Kommissionen fremlagt en ambition om en stærkere europæisk sundhedsunion, der bl.a. skal styrke de eksisterende agenturers rolle (f.eks. Det europæiske center for sygdomsforebyggelse og sygdomskontrol (ECDC)) samt oprette et nyt agentur for biomedicinsk avanceret forskning og udvikling. Derudover har forslaget om en sundhedsunion også fokus på beredskabsplaner og fælles indkøb af medicin og værnemidler.

Danske Regioner vil følge tiltaget om en europæisk sundhedsunion tæt, herunder:

- Fælleseuropæiske tiltag vedrørende beredskabsplaner og fælles indkøb af medicin og værnemidler
- Forslag om oprettelse af et nyt europæisk agentur for biomedicinsk forskning og udvikling
- Lovforslag om det europæiske sundhedsdataområde
- Revision af lovgivningen om blod, væv og celler

#### *6. Nyt skub i det europæiske demokrati*

Under denne overordnede ambition kommer Kommissionen med en langsigtet vision for landdistrikterne, som skal sikre, at landdistrikterne ikke bliver hægtet af udviklingen. Desuden forventes det også, at den såkaldte "Konference om Europas fremtid", som er en toårig proces, der bl.a. skal involvere borgerne og decentrale myndigheder i udviklingen af EU, kan blive sat i gang, når COVID-19 situationen er under kontrol.

Der er interessante tiltag i ambitionen om et "Nyt skub i det europæiske demokrati", men ingen af dem kommer i prioritet A-kategorien på Danske Regioners liste.

Udover de nye tiltag under de seks overordnede ambitioner for 2021, vil Danske Regioner arbejde videre med og følge op på de vigtigste EU-sager fra 2020, som ikke er afsluttet. Det drejer sig bl.a. om:

- Evaluering af direktivet om sundhedsydelse på tværs af grænser, hvor Danske Regioner via et ordførerskab i Det Europæiske Regionsudvalg, nu kan rette henvendelse til EU-Kommissionen og Europa-Parlamentet på vegne af alle regioner og kommuner i EU.
- EU's kræfthandlingsplan, lægemiddelstrategi og medicin til sjældne sygdomme og børn.
- EU-budgettet 2021-2027 med specielt fokus på betydningen for Horizon Europe og Interreg-programmerne.
- Forslaget om minimumslønninger for arbejdstagere i EU.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Forslaget til Danske Regioners EU-prioriteringer har været forelagt Udvalget for Regional Udvikling og EU samt Udvalget for Miljø og Ressourcer og i skriftlig høring i Sundhedsudvalget.

Danske Regioner deltager både på politisk og på embedsmandsniveau for at varetage regionernes interesser i EU's beslutningsproces.

Interessevaretagelsen handler om at påvirke og informere om EU-initiativer, både når EU-tiltag kan understøtte strategi og temaer i bestyrelsens arbejdsprogram, og når indholdet af forslag til EU-lovgivning ikke er hensigtsmæssigt for den regionale opgavevaretagelse.

Samlet set er Danske Regioner repræsenteret enten på politisk niveau eller på embedsmandsniveau ved 55-60 møder årligt i europæiske fora, heraf 35-40 møder alene i Det Europæiske Regionsudvalg.

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

### Resumé

Regeringen har sendt *bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger, samt logning m.v.* i høring. Formålet med bekendtgørelsen er at fastsætte regler om bl.a. regionernes pligt til at registrere logoplysninger og give borgerne digital adgang til disse.

Danske Regioner fremhæver i høringssvaret ønsker om at sikre den rette balance mellem medarbejdernes tryghed og gennemsigtighed for borgerne, mulighed for at anonymisere eller skjærme de regionale medarbejders navne i logoplysningerne samt at kunne begrænse adgangen for truende, chikanerende og voldelige borgere.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

---

### Sagsfremstilling

Sundheds- og Ældreministeriet har fremsendt forslag til ændring af *bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger, samt logning m.v.* Ændringerne til bekendtgørelsen er en udmøntning af sundhedslovens §42c og handler om offentlige dataansvarliges pligt til at registrere logoplysninger og regionsrådets pligt til at sikre, at borgeren har adgang til en letforståelig oversigt over disse.

Manglende udmøntning af sundhedslovens §42c har tidligere fået Ombudsmanden til at efterspørge fremdrift og kalde adgangen til logoplysninger for en væsentlig patientrettighed, så det sikres, at borgerne nemt kan finde ud af, hvem de behandles af, hvilke data sundhedsvæsenet opbevarer og hvem, der har kigget på det.

Fastsættelse af pligt for regionerne til at vise logoplysninger skal også ses i forlængelse af, at regeringen og Danske Regioner med økonomiaftalen for 2019 aftalte, at alle regioner inden udgangen af 2020 skal etablere en digital visning af logoplysninger for borgerne fra sygehusenes elektroniske patientjournaler.

Danske Regioner har følgende bemærkninger til lovforslaget:

### *Balance mellem gennemsigtighed for borgere og medarbejdernes sikkerhed*

Danske Regioner understreger i høringssvaret, at de regionale medarbejdere oplever utryghed i og udenfor arbejdstiden, og peger på behovet for, at det i lovgivningen i visse tilfælde bør være muligt at begrænse udadreagerende patienters adgang til sundhedspersonalets navne i patientjournaler og logoplysningerne. Danske Regioner ønsker en løsning, der både beskytter medarbejderne og samtidig har åbenhed over for det store flertal af patienter, som godt kan håndtere denne åbenhed.

### *Mulighed for skærmning og for at undtage i særlige situationer*

Udkastet til bekendtgørelsen forholder sig ikke til skærmnings- eller undtagelsesmuligheder, hvilket Danske Regioner finder beklageligt.

Konkret foreslår Danske Regioner, at der gives hjemmel til i visse tilfælde at anonymisere sundhedspersonale i logvisningen, eller at borgere med truende eller chikanerende adfærd midlertidigt enten delvist eller helt fratages tilbuddet om digital adgang til journalnotater og logoplysninger.

Danske Regioner har længe påpeget behovet og løbende italesat dette for Sundheds- og Ældreministeriet.

### *Ensartethed i lovgivningen*

Udkastet tager ikke højde for, at en foreslået ændring i *bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)*, vil gøre det muligt for sundhedspersoner at identificere sig på andre måder end ved navn i patientjournalen, f.eks. ved initialer eller ID-numre.

Da digitaliseringen fortsat øges, og både patientjournaler og logoplysninger vil blive vist på sundhed.dk, påpeger Danske Regioner nødvendigheden af, at den registreringspraksis, der er gældende for én kilde, f.eks. patientjournaler, også er gældende for andre kilder, herunder logvisning.

### *Særlig fortrolighed i forbindelse med utilsigtede hændelser*

Udkastet tager heller ikke højde for håndteringen af utilsigtede hændelser, hvor det er Danske Regioners opfattelse, at der gælder en særlig fortrolighed for personer, der indrapporterer eller indgår i en rapportering om utilsigtede hændelser. Danske Regioner er bl.a. bekymret for, at formålet med patientsikkerhedsordningen om, at der er pligt til at analysere og lære af utilsigtede hændelser, vil komme under pres, hvis der ikke generelt undtages oplysninger om opslag foretaget ved analyse af utilsigtede hændelser fra lovgivningen.

Høringssvaret indeholder desuden en række mere konkrete og tekniske bemærkninger til MinLog løsningen og forslaget til bekendtgørelse om bl.a.

regler for aktindsigt i logning og den tekniske mulighed for at implementere en undtagelsesbestemmelse.

Høringsmaterialet kan findes på Høringsportalen:  
<https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/64570>.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

På grund af høringsfristen er høringsvaret fremsendt til Sundheds- og Ældreministeriet med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Bestyrelsen drøftede ved sit møde den 24. september 2020 balancen mellem gennemsigtighed for borgere og beskyttelse af medarbejdernes sikkerhed bl.a. i lyset af Sundheds- og Ældreministeriets planer om at udarbejde bekendtgørelsen om visning af logoplysninger.

Emnet blev også behandlet ved forespørgsel [F16](#) til sundheds- og ældreministeren af Liselott Blixt (DF) og Peter Skaarup (DF) om identifikationsnummer for personalet i psykiatrien den 15. januar 2021.

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Hørings svar fra Danske Regioner m. bilag - om forslag til bekendtgørelse om MinLog (1412937 - EMN-2017-02054)

## 15 (Offentlig) Høringssvar – Revideret forslag til lov om epidemier m.v. (epidemiloven)

---

Kenneth H. Sørensen  
EMN-2020-00440

### Resumé

Regeringen har sendt revideret udkast til forslag til lov om epidemier m.v. (epidemiloven) i høring. Det reviderede forslag imødekommer en række bemærkninger fra Danske Regioner og regionerne.

Formålet med loven er at beskytte samfundet og enkeltpersoner mod epidemiske sygdomme ved at begrænse udbredelsen og indførelsen til landet.

Danske Regioner fokuserer i høringssvaret på regionernes arbejde som sundhedsmyndighed, der skal bidrage bedst muligt til at bekæmpe epidemier med fokus på øget myndighedssamarbejde med tæt involvering af regionerne.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.*

---

### Sagsfremstilling

Sundheds- og Ældreministeriet har den 22. december 2020 sendt revideret udkast til forslag til lov om epidemier m.v. (epidemiloven) i offentlig høring.

Lovforslaget sikrer en klarere hjemmel til en lang række af de tiltag, som har vist sig nødvendige under COVID-19 epidemien. Det drejer sig både om en række samfundsmæssige foranstaltninger såsom forsamlingsforbud, brug af værnemidler og restriktioner i forhold til adgang til bygninger og offentlige transportmidler og en række individrettede foranstaltninger i forhold til undersøgelse, indlæggelse og isolation.

Det er lagt op til at oprette en epidemikommission, der skal rådgive og indstille om epidemihåndteringen, herunder konkrete indsatser til sundheds- og ældreministeren og andre ministre. Kommissionens indstillinger gives også til et udvalg, der er nedsat af Folketinget og offentliggøres.

Ministre kan alene fastsætte regler, hvis indholdet af reglerne sammen med en indstilling fra Epidemikommissionen er tiltrådt af det af Folketinget nedsatte udvalg. Med mindre regeludstedelsen har en helt akut karakter.

Kommunalbestyrelsen og regionsrådet skal træffe foranstaltninger for at forebygge og sikre sig mod udbredelsen af smitsomme sygdomme, herunder udarbejde planer for håndtering af smitsomme sygdomme.

Der etableres et ankenævn i forhold til alle foranstaltninger over for enkeltpersoner. Endvidere skal Styrelsen for Patientsikkerhed løbende efterprøve foranstaltningerne.

Der fastsættes regler om behandling af personoplysninger i forbindelse med smitteopsporing og overvågning af smitsomme sygdomme m.v. Samt bedre mulighed for udveksling af personoplysninger mellem myndigheder som led i bekæmpelsen af epidemien.

#### *Danske Regioner har følgende bemærkninger til lovforslaget*

Danske Regioner kvitterer for, at tidligere bemærkninger i vidt omfang er indarbejdet i det reviderede forslag.

Danske Regioner finder det positivt, at Epidemikommissionens rolle styrkes, og at der sikres regional og kommunal repræsentation, samt at den parlamentariske kontrol og involvering styrkes. Endelig støttes det, at der sker en styrkelse af borgernes og patienternes retssikkerhed.

De mere konkrete bemærkninger fremgår af høringssvaret.

#### *Adgang til høringsmateriale*

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen:  
<https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/64719>

---

## Økonomi

Det fremgår af bemærkningerne, at forslaget vil medføre merudgifter af både permanent og midlertidig karakter for staten, kommuner og regioner. Forslaget har ikke været i DUT-høring.

---

## Sekretariatets bemærkninger

På grund af høringsfristen er høringssvaret fremsendt til Sundheds- og Ældreministeriet med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Lovforslaget er fremsat den 22. december 2020 og udmønter den lovgivningsmæssige del af stemmeaftale af 18. december 2020 indgået mellem regeringen (Socialdemokratiet), Venstre, Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti, Enhedslisten, Det Konservative Folkeparti, Liberal Alliance, Alternativet og Susanne Zimmer (UFG). Folketinget 1. behandlede forslaget den 19. januar 2021.



---

**Kommunikation**  
Ingen bemærkninger

---

**Bilag**

1. Høringssvar - epidemiloven revideret (1411707 - EMN-2020-00440)

16 (Fortrolig)

17 (Fortrolig)

## 18 (Offentlig) Hverv - Ændring i Udvalget for Miljø og Ressourcer

---

Bente Jønsson  
EMN-2017-02853

### Resumé

Regionsrådsmedlem Jørgen Holst, Region Sjælland er udtrådt af Enhedslisten og dermed som Enhedslistens medlem af Danske Regioners udvalg for miljø og ressourcer. Enhedslisten har i stedet udpeget regionsrådsmedlem Anna Bondo, Ø, Region Sjælland som nyt medlem af Udvalget for Miljø og Ressourcer.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tager til efterretning, at regionsrådsmedlem Anna Bondo, Ø, Region Sjælland indtræder som medlem af Danske Regioners udvalg for miljø og ressourcer i stedet for Jørgen Holst.

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

## 19 (Offentlig) Hverv - Ændring i Landssamarbejdsudvalget for fysioterapi, Samarbejdsudvalget for ridefysioterapi samt Branchebestyrelsen i Pension Danmark

---

Bente Jønsson  
EMN-2017-02853

### Resumé

Regionsrådsmedlem Hanne Andersen, A, Region Hovedstaden er udtrådt af regionsrådet i Region Hovedstaden og dermed også af hvervene som medlem af Landssamarbejdsudvalget for Fysioterapeuter, medlem af Samarbejdsudvalget for ridefysioterapi samt medlem af Branchebestyrelsen i Pension Danmark. Socialdemokratiet har i stedet udpeget regionsrådsmedlem Kim Rockhill, A, Region Hovedstaden til de tre hverv.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at regionsrådsmedlem Kim Rockhill, A, Region Hovedstaden indtræder som medlem af Landssamarbejdsudvalget for Fysioterapeuter, medlem af Samarbejdsudvalget for ridefysioterapi samt medlem af Branchebestyrelsen i Pension Danmark, i stedet for Hanne Andersen.

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

### Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Orientering om ny aftale mellem Danske Regioner og Seniorpensionsenheden
  - Lancering af ny viden om snus
  - Ny højesteretsdom på patienterstatningsområdet har økonomiske konsekvenser for regionerne
  - Arrangementer og konferencer
- 

### Indstilling

*Det indstilles,  
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.*

---

### Sagsfremstilling

#### **Orientering om ny aftale mellem Danske Regioner og Seniorpensionsenheden**

*(EMN-2020-01131)*

Seniorpensionsenheden er en selvstændig myndighed oprettet ved lov om Seniorpensionsenheden (lov nr. 869 af 14. juni 2020). Seniorpensionsenheden administreres af ATP. Fra den 1. januar 2021 overtager Seniorpensionsenheden myndighedsansvaret om seniorpension fra kommunerne. I forbindelse med Seniorpensionsenhedens sagsbehandling af ansøgninger om seniorpension, kan enheden ikke benytte ATP's lægekonsulenter, men må kun benytte sundhedsfaglig rådgivning og vurdering fra regionernes kliniske funktioner.

Danske Regioner indgår aftale med Seniorpensionsenheden på vegne af regionerne. Det vil være regionerne, der efter aftalens indgåelse, er forpligtede af aftalen. Kontrakten omhandler samarbejdet mellem regionerne og en ny Seniorpensionsenhed. Regionernes kliniske funktioner skal levere sundhedsfaglig udredning og vurdering samt sundhedsfaglig rådgivning i forbindelse med Seniorpensionsenhedens behandling af konkrete sager om tilkendelse af seniorpension.

Aftalen indeholder faste priser for de enkelte ydelser, som kliniske funktioner skal udføre for Seniorpensionsenheden. Sekretariatet estimerer, at der bliver ca. 50 sager om året på landsplan. Det kan være efterspørgslen bliver større

fremadrettet, f.eks. hvis Seniorpensionsenheden lægger en praksis for større lægefaglig dokumentation i sagsbehandlingen.

### **Lancering af ny viden om snus** (EMN-2017-01083)

Danske Regioner er sammen med KL, Danske Gymnasier og -Erhvervsskoler, DIF, DGI, Efterskolerne, Ungdomsringsen, Tandlægeforeningen, Kræftens Bekæmpelse og SSP Samrådet gået sammen om at lancere ny viden om snus. Materialet er udarbejdet af regionerne.

Unge forbrug af snus er en af de næste udfordringer på tobaksområdet. Efterspørgslen på materialer omkring snus vokser i takt med, at flere og flere unge begynder at anvende snus – ikke mindst på ungdomsuddannelser og grundskoler. Der har ikke hidtil været viden samlet om de skadelige konsekvenser for unge ved brug af snus, og der eksisterer mange myter blandt unge om, at snus ikke er skadeligt.

Undervisere har svært ved at håndhæve de unges brug af snus, og de ved ikke hvilke argumenter, de skal bruge over for de unge. Med den nye tobakslov, vedtaget d. 15. december 2020, forventes efterspørgslen at blive endnu større. Loven omfatter nemlig også et forbud mod brug af snus (fra 1. januar på grundskoler og 1. august på ungdomsuddannelser) og en lovbestemt røgfri skoletid for alle.

Materialet stiller skarpt på myter og fakta om snus og er målrettet børn og unge og undervisere, der er i kontakt med børn og unge. Fx er snus skadeligt for den unge hjerne, og snus er ikke præstationsfremmende, som flere unge tror.

Materialet består primært af en web [www.myteromsnus.dk](http://www.myteromsnus.dk).

Informationsindsatsen kan ses i forlængelse af Danske Regioners arbejde i partnerskabet Røgfri Fremtid (opstartet i 2017), Danske Regioners udspil "Sundhed for alle børn og unge" (lanceret i 2019) og Danske Regioners politiske hørings svar til ny tobakslov med fokus på at arbejde for en røgfri fremtid for børn og unge (2020). Informationsindsatsen taler i øvrigt ind i regionernes rådgivningsforpligtelse på forebyggelsesområdet.

### **Ny højesteretsdom på patienterstatningsområdet har økonomiske konsekvenser for regionerne** (EMN-2020-01739)

Højesteret (HR) har den 4. december 2020 afsagt dom om, at forrentning af erstatning for tabt arbejdsfortjeneste efter en lægemiddelskade skal ske tidligere end fastsat af Ankenævnet for Patienterstatningen.

Dommen får økonomiske konsekvenser for regionerne. Det er endnu ikke muligt at opgøre beløbet. Det estimeres dog, at den nye højesteretsdom samlet set betyder, at regionerne skal betale et millionbeløb af en betydelig størrelse til takstfinansiering af Patienterstatningen og til erstatningsudbetalinger til patienter.

Estimatet er beregnet på baggrund af, at patienterstatningen skal genoptage omkring 8.500 sager for tre år tilbage i tiden. Patienterstatningen skal omberegne erstatningen i sagerne i overensstemmelse med de nye fortolkninger på patienterstatningsområdet, som er opstået ved den nye højesteretsdom. Regionerne skal betale takstfinansiering til Patienterstatningen for hver sag, der skal omberegnes samt udgifter til yderligere erstatningsudbetaling efter den nye beregning. Der er her tale om en engangsudgift for regionerne.

Desuden skal regionerne fremadrettet betale et større beløb i renter til patienternes erstatningsudbetalinger.

Sekretariatet er ved at undersøge mulighederne for, at regionerne kan rejse krav om betaling for regionernes merudgifter ved den kommende økonomiforhandling med staten.

### **Arrangementer og konferencer**

*(EMN-2018-02374)*

11. februar 2021 kl. 15.00 – 18.00

Virtuel konference: Vandet kommer – Erfaringer fra Holland med klimatilpasning og deres anvendelse i Danmark. Danske Regioner, Concito og DI Infrastruktur har sammen med den hollandske ambassade inviteret hollandske nøgleaktører og eksperter til konferencen. Danske Regioner.

Link til tilmelding: <https://www.conferencemanager.dk/vandetkommer>

---

### **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

### **Sekretariatets bemærkninger**

Ingen bemærkninger

---

### **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

Bilag

## 21 (Offentlig) Formandens meddelelser

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2020-01767

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag



## 22 (Offentlig) Næste møde

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2020-01767

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste møde holdes torsdag den 4. marts 2021 kl. 10.30 – 15.00 i Regionernes Hus eller virtuelt afhængigt af de gældende restriktioner.

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

## 23 (Offentlig) Eventuelt

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2020-01767

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,  
at*

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Holdningsundersøgelse borgerskabte data</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Temadrøftelse - borgerskabte data</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>1</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>

# Afrapportering

Borgerskabte data i sundhedsvæsenet

Holdningsundersøgelse blandt borgere, patienter og sundhedsprofessionelle

Af Operate A/S



OPERATE

# Indhold

Metode og formål 3-4

---

Erfaringer og potentialer 5-12

---

Konkrete brugssituationer 13-17

---

Udfordringer 18-31

---





## Data i undersøgelsen

- 150 Læger
- 118 Øvrige sundhedsprofessionelle (SOSU-assistenter, SOSU-hjælpere og sygeplejersker)
- 1000 Borgere
- 500 Patienter



Holdningsundersøgelsen er gennemført af Operate A/S for Danske Regioner (Herfra DR) i efteråret/vinteren 2020. Dataindsamlingen er foretaget i perioden fra oktober til december 2020.

### Interviews:

15 eksplorative interviews til udvikling af spørgerammer målrettet borgere/patienter og sundhedsprofessionelle

### Spørgeskema:

- Et til hhv. borger/patienter og et til sundhedsprofessionelle med fokus på sammenlignelighed herimellem

### Datagrundlag, metode og eksekvering

- Spørgeskema til +200 sundhedsprofessionelle og 1500 borgere/patienter
- Patienter er borgere, der indgår i et længerevarende behandlingsforløb eller har en kronisk sygdom
- Signifikantest er gennemført blandt grupperne (95%-signifikansniveau).



# Formål

## Erfaringer og forventninger

Kortlægge målgruppernes **erfaringer med og forventninger** til brugen af **borgerskabte data** i sundhedsvæsenet

## Udfordringer og muligheder

Afdækning af målgruppernes **viden om udfordringer og muligheder** ved anvendelse af **borgerskabte data** i sundhedsvæsenet

# Erfaringer og potentialer

”

Det er en ressourceeffektiv og økonomisk måde at få nogle fantastiske data, hvis regionerne og sygehusvæsenet lige pludselig kunne læse alle fitnessapps osv. Så kunne man sætte ind over for nogle grupper og helt sikkert finde ud af noget mere specifikt

□ - Borger



# Begrænsede erfaringer – stort potentiale

#1



Danskerne indsamler allerede sundhedsdata

#2



En stor gruppe sundhedsprofessionelle bruger data i dag

#3



Alle grupper tror på potentialet

#4



Danskerne har tillid til sundhedsvæsenet som dataaktør

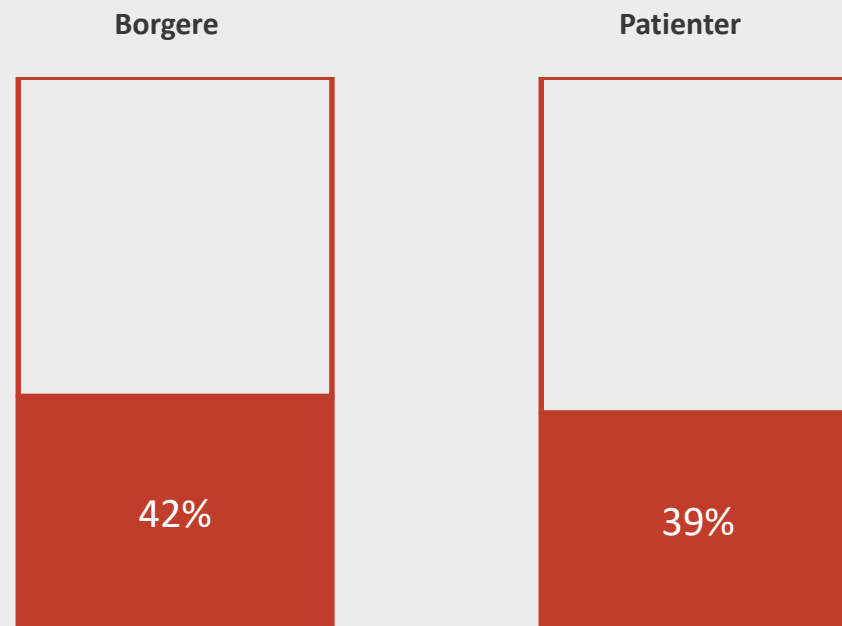
## #1 Erfaringer og potentialer

# Danskerne indsamler allerede sundhedsdata

- 41 % af danskerne (borgere og patienter) indsamler sundhedsdata på eget initiativ
- 94 % har mindst 1 enhed i hjemmet til indsamling af sundhedsdata, fx har 22 % smartwatch
- 23 % af borgere og patienter, der indsamler data har i nogen eller høj grad oplevet, at deres data er blevet anvendt i forbindelse med behandling eller lægebesøg

### *Indsamler du selv data om din sundhed?*

*Det kan fx være via en skridttæller, wearables, apps på telefonen om din søvn, motion, kost, indkøbsvaner mv. Wearables kan være fx et smartwatch, aktivitetsarmbånd, pulsmåler og smartring.*



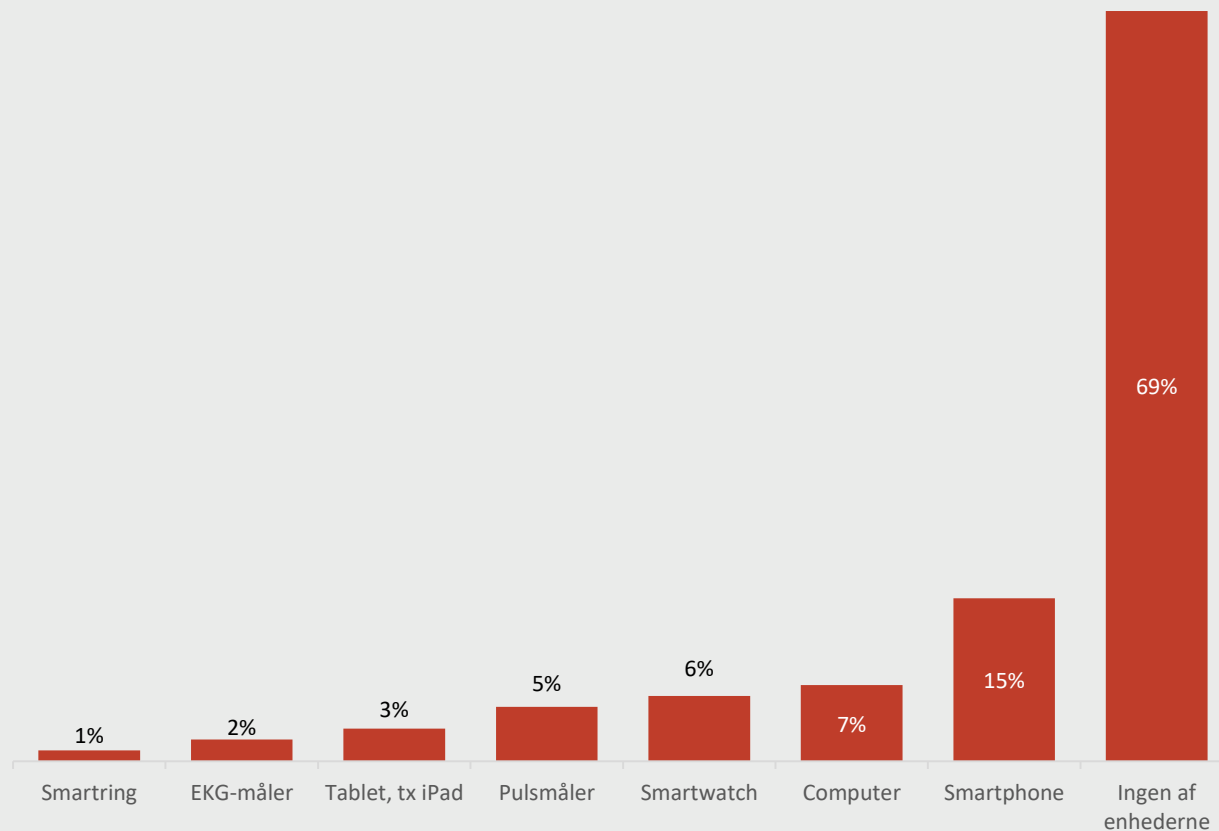
*Note: Skala - Nej, dem indsamler og bruger jeg ikke slet ikke (0) - Ja, dem indsamler jeg og bruger i meget høj grad (10), Ved ikke. Der afrapporteres kun dem, der har svaret 6-10, hvorfor midterkategorien og ved ikke er ikke medregnet*

## #1 Erfaringer og potentialer

# Danskerne indsamler allerede sundhedsdata

- 69 % har endnu ikke brugt nogle af de angivne enheder til dataindsamling i mødet med sundhedsvæsenet
- Flertallet af danskerne tænker ikke borgerskabte data som noget, der bringes i spil ved lægen eller på sygehuset

*Hvilke af dine enheder, som kan bruges til at måle sundhedsdata, bruger du/har du brugt aktivt ifm. en lægekonsultation eller på sygehuset?*

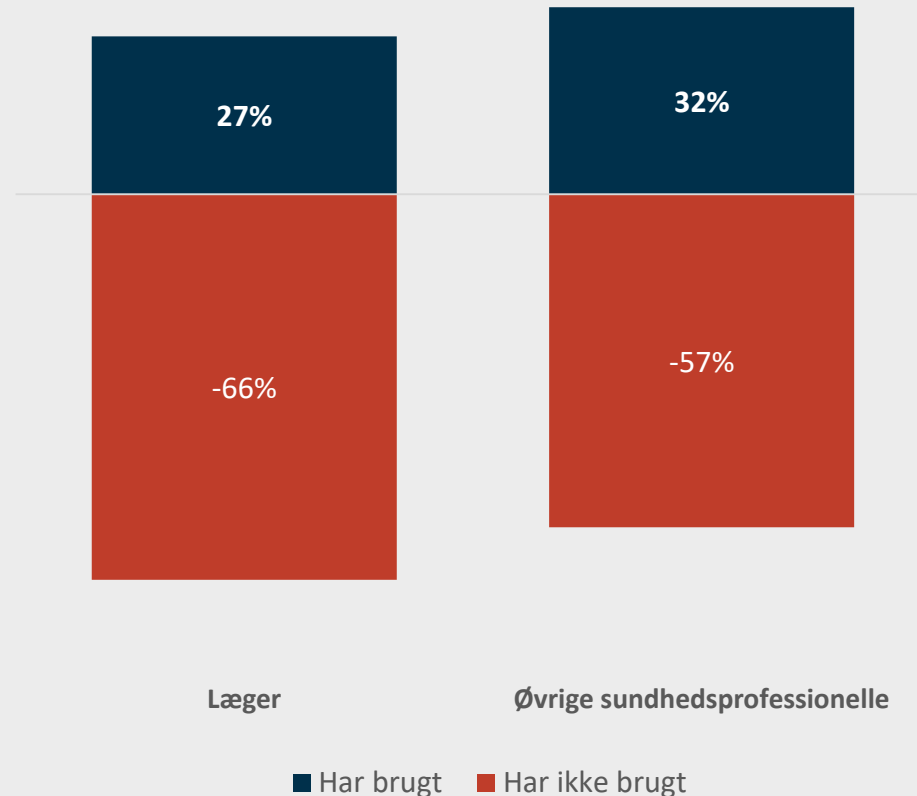


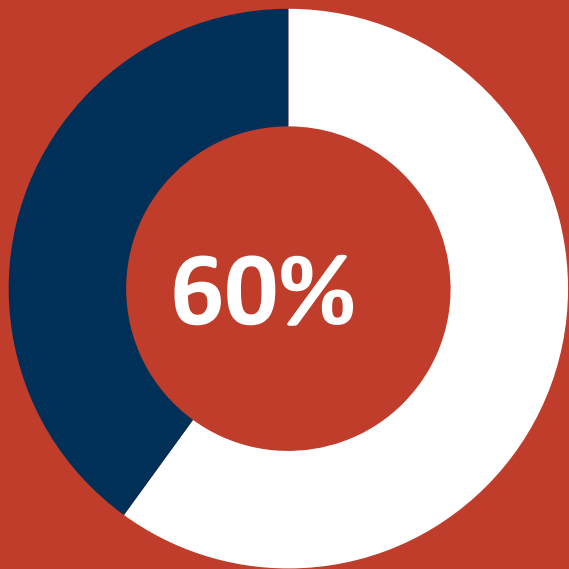
## #2 Erfaringer og potentialer

# Mange sundhedsprofessionelle bruger borgerskabte data i dag

- Mere end hver fjerde sundhedsprofessionel har brugt borgerskabte egne målinger
- Den udbredte brug allerede i dag viser, at der er et stort potentiale efterhånden, som dagsordenen udvikler sig, og de relevante aktører sætter mere fokus på potentialet

I hvilket omfang har du anvendt borgerens egne målinger af fx søvn, kost, motion, puls mv i forbindelse med en behandling?





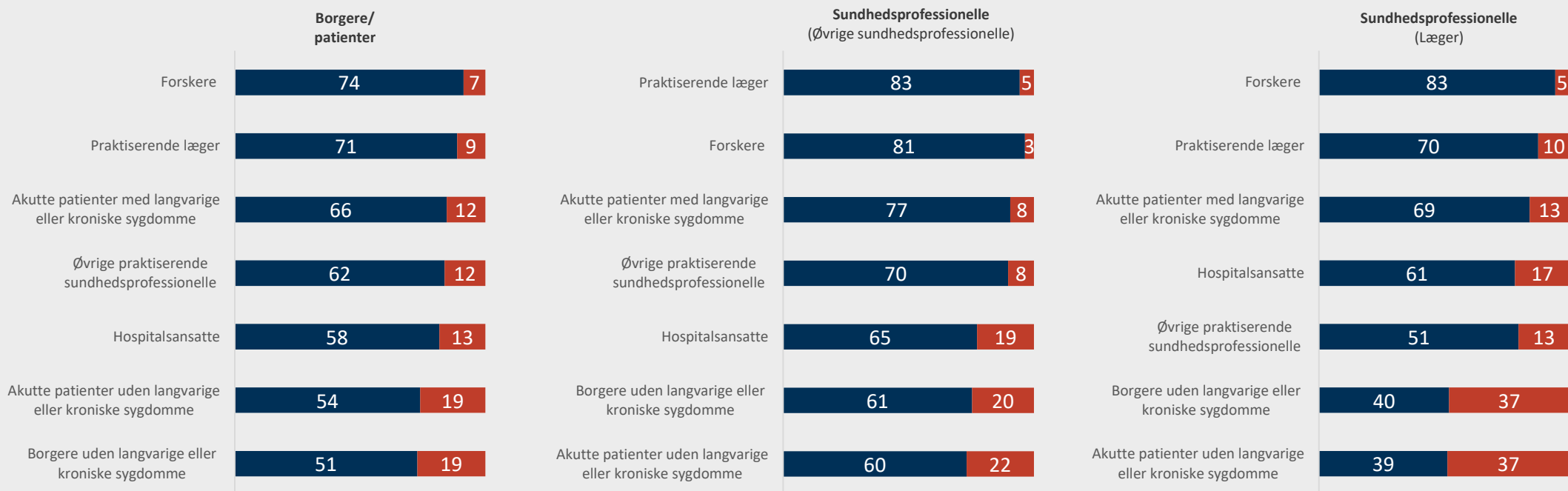
Af danskerne er meget enige eller enige i, at borgerskabte data samlet set vil give borgere og patienter en bedre behandling i det offentlige sundhedssystem

### #3 Erfaringer og potentialer

## Alle grupper tror på potentialet

- På tværs af grupperne forbindes borgerskabte data med store fordele for mange forskellige aktører
- Det indikerer et klart potentiale og opbakning til en yderligere brug af borgerskabte data

*"I det følgende skal du vurdere, hvem der kan have fordel eller ulempe af, at der bliver brugt borgerskabte data i det offentlige sundhedsvæsen"*



Note: Svar angivet i procent. Skala – Kun ulemper (0) – Kun fordele (10), Ved ikke. Der afrapporteres kun dem, der har svaret 0-4 og 6-10, hvorfor midterkategorien og ved ikke er medregnet.

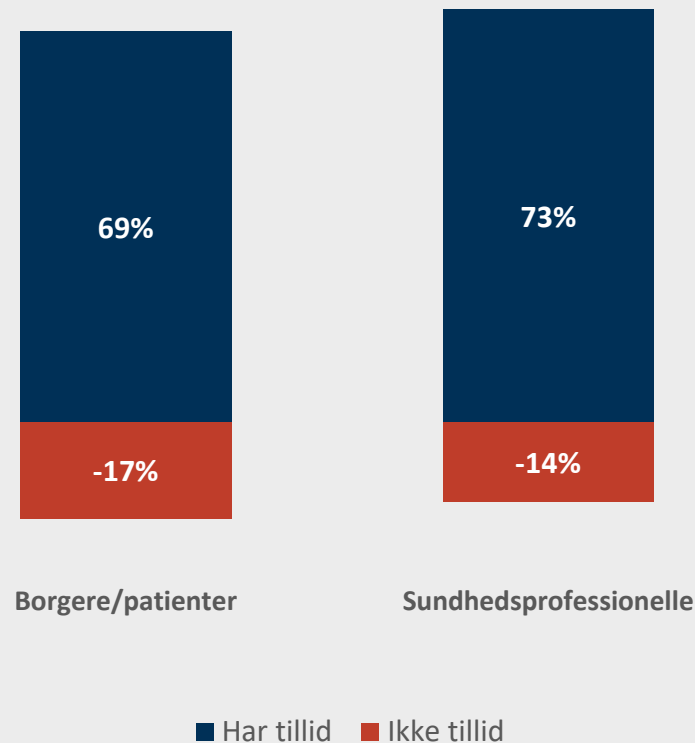
## #4 Erfaringer og potentialer

# Tillid til sundhedsvæsenet som dataaktør

- På tværs af målgrupperne er der høj tillid til sundhedsvæsenet ift. at give adgang til at opbevare og bruge borgernes egne data
- Det indikerer et stort potentiale for sundhedsvæsenet, som kan spille en central rolle for brugen af borgerskabte data
- Den høje tillid kan bruges aktivt til at fremme dagsordenen med sundhedsvæsenet som afsender

*Spørgsmål* Hvor meget tillid har du til, at følgende aktører får adgang til, opbevarer og/eller bruger borgerskabte sundhedsdata?

*Det offentlige sundhedsvæsen*



# Opbakning til tre konkrete brugssituationer

## 1 Lægekonsultation

Du/en patient bestiller tid hos lægen om 14 dage, da du/patienten har mere ondt i hovedet end normalt. I mellemtiden downloader du/patienten en app, udviklet af en privat virksomhed, som samler data om søvnmønstre samt kost- og motionsvaner for at finde mulige årsager til hovedpine. Ved konsultationen gennemgår lægen/du den indsamlede data sammen med dig/patienten.

## 2 Hospitalet

Du/en patient gennemgår et længere behandlingsforløb. For at forbedre behandlingen foreslår de ansatte på hospitalet, at du/patienten downloader en privatudviklet app, der måler din/patientens fysiske aktivitet i de dage, hvor du/vedkommende ikke er på hospitalet. Ved de kommende behandlinger gennemgår du/patienten data fra appen sammen med en hospitalsansat.

## 3 Central opfordring

Sundhedsstyrelsen opfordrer alle borgere i Danmark til at samle data om deres egen sundhed fx kost, motion, søvnvaner og andet med det formål at dele det, når de er i kontakt med det offentlige sundhedsvæsen.



# #1 Brugssituationer for borgerskabte data

## Lægekonsultationer

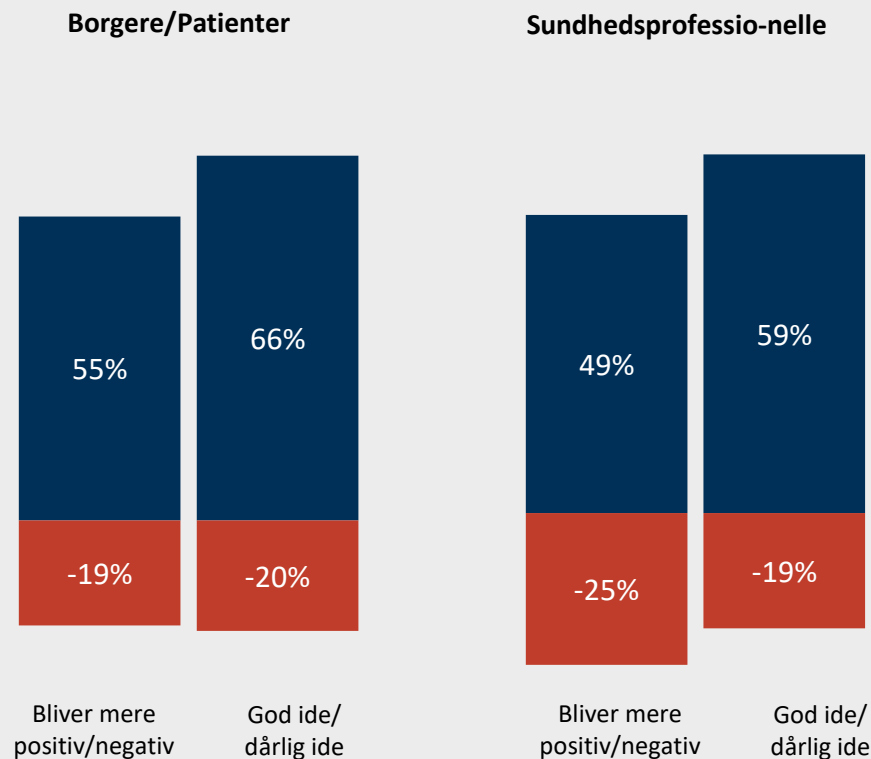
- Der er opbakning til, at borgerskabte data er en god ide i forbindelse med lægekonsultation fra alle grupper
- Alle grupper svarer også samlet set, at de bliver mere positive overfor borgerskabte data i sundhedsvæsenet efter at blive præsenteret for situationen

”

”Det er en rigtig god ide, for lægens tid er så kort, så man ikke kan nå at fortælle alt”

”Det er et spørgsmål om så hurtigt og nemt som muligt at finde frem til patientens problem, og dér er borgerdata en god idé”

Situation: Borgerne bruger en app forud for en lægekonsultation og ser på data sammen med lægen



Note: Skala: Er det en dårlig eller god ide, at borgeren får gode råd fra andre brugere til at forebygge sygdom på baggrund af borgerens egne data: - Meget dårlig ide (0) – meget god ide (10), Gør det dig mere negativ eller positiv overfor borgerskabte data i sundhedsvæsenet, hvis det fører til, at dette fremtidsbillede bliver virkelighed: Meget mere negativ (0) - meget mere positiv (10)

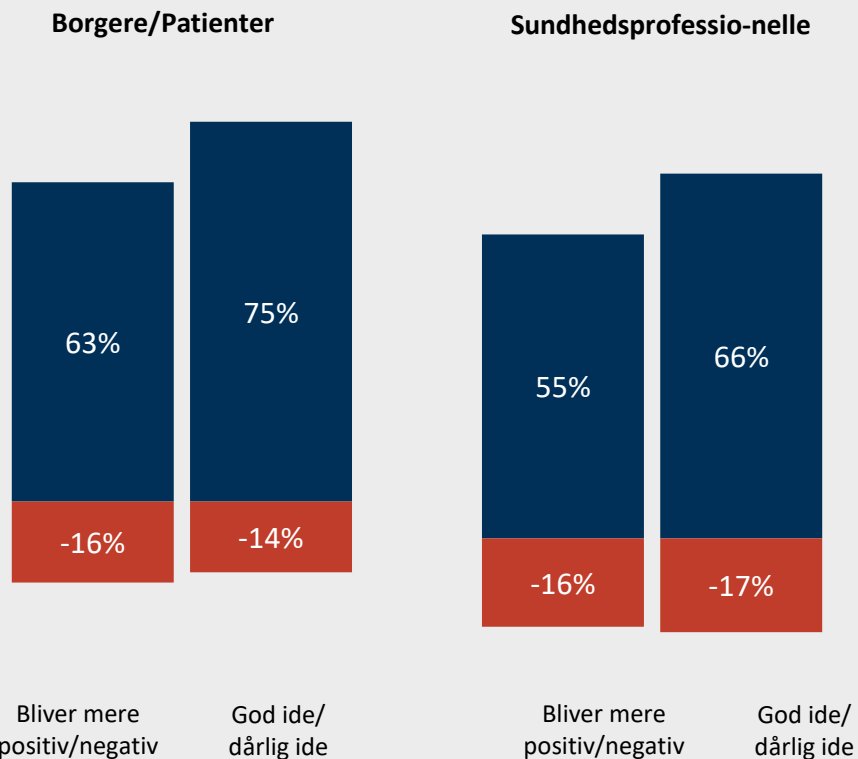
## #2 Brugssituationer for borgerskabte data Hospitalet

- Klar enighed om, at borgerskabte data er en god ide, når det er sygehuset, der initierer brugen i forbindelse med et behandlingsforløb
- Det er i denne situationen, at flest respondenter bliver mere positive over for brugen af borgerskabte data i sundhedsvæsenet

”

”Det er meget positivt hvis det er relevant og brugbart ift. den pågældende sygdom/behandling. Tror klart det ville lette noget af arbejdspresset på sundhedspersonalet da man jo kan nøjes med 1-2 konsultationer, og ikke 3-4 hvor de selv skal foretage data”

Situation: Hospitalet opfordrer til brug af app i forbindelse med et behandlingsforløb på sygehuset



Note: Skala: Er det en dårlig eller god ide, at borgeren får gode råd fra andre brugere til at forebygge sygdom på baggrund af borgerens egne data: - Meget dårlig ide (0) – meget god ide (10), Gør det dig mere negativ eller positiv overfor borgerskabte data i sundhedsvæsenet, hvis det fører til, at dette fremtidsbillede bliver virkelighed: Meget mere negativ (0) - meget mere positiv (10)

### #3 Brugssituationer for borgerskabte data

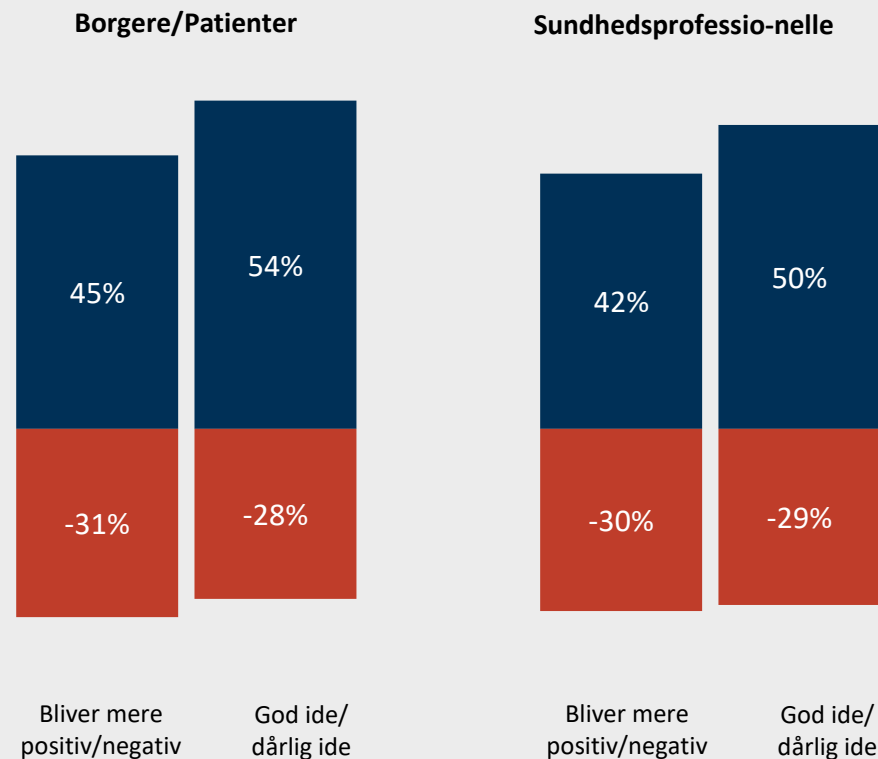
## Central opfordring

- I situationen, hvor Sundhedsstyrelsen opfordrer til brug af borgerskabte data, er holdningerne mindst positive. Mere end hver fjerde synes, at det er en dårlig ide
- Holdningen til borgerskabte data bliver samlet set mere positiv, men et stort mindretal bliver mere negative overfor borgerskabte data, når de møder dette fremtidsbillede
- Tilsammen tegner resultaterne billedet af, at opbakningen er størst, når borgerskabte data indsamles og anvendes i tæt samarbejde med frontlinjen i sundhedsvæsenet



”Fint, at Sundhedsstyrelsen opfordrer folk til at være mere opmærksomme på deres egne vaner, sundhed og indkøbsmønstre - kan sikkert i visse tilfælde være en øjenåbner for nogle til et sundere liv”

Situation: Central opfordring fra Sundhedsstyrelsen



Note: Skala: Er det en dårlig eller god ide, at borgeren får gode råd fra andre brugere til at forebygge sygdom på baggrund af borgerens egne data: - Meget dårlig ide (0) – meget god ide (10), Gør det dig mere negativ eller positiv overfor borgerskabte data i sundhedsvæsenet, hvis det fører til, at dette fremtidsbillede bliver virkelighed: Meget mere negativ (0) - meget mere positiv (10)

# Udfordringer

”

De anvendte apps skal være udviklet af det offentlige, ellers kommer kommercielle interesser i spil, og det er jeg ikke interesseret i som læge

□ - Læge

# Udfordringer

#1



Lægerne har vigtige  
forbehold

#2



Stemningen kan  
vende

#3



Tilliden er  
skrøbelig

## #1 Udfordringer

# Lægerne ser flere udfordringer ved borgerskabte data

- Uklart formål skaber tvivl om gevinsterne ved brug af borgerskabte data. Lægerne er ikke overbevist om fordelene for almindelige borgere
- Frygt for, at borgerskabte data øger uligheden i sundhedsvæsenet eller bliver en barriere for den lægelige kontakt

”

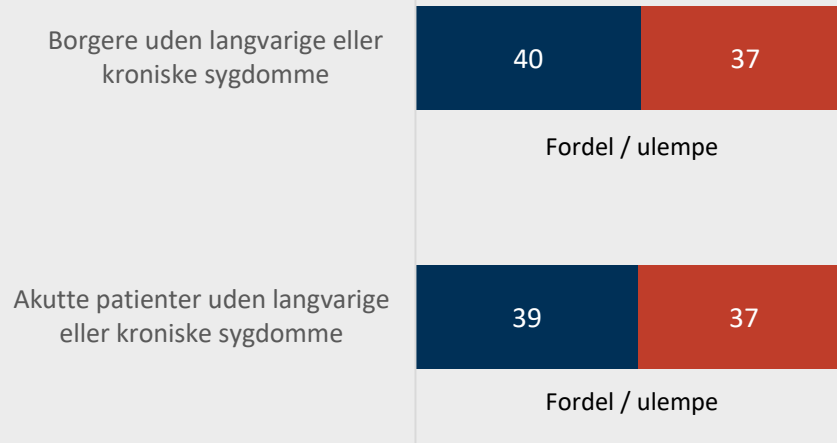
”Jeg skal se noget evidens for, at det gavner patienterne. Det er svært at vide, når der ikke er **et klart formål med at bruge deres data**, men **hvis data viser at det kan nytte, så kan jeg overveje det**”

”Der er desværre **mange patienter** der ikke **evner at mestre elektronikken**”

”Der er også **meget lægefaglighed i bare det at se patienten**”

”Man **skal møde patienten** og dennes oplevelse før brug af data”

**Spørgsmål:** I det følgende skal du vurdere, hvem der kan have fordel eller ulempe af, at der bliver brugt borgerskabte data i det offentlige sundhedsvæsen.



Note: Skala – Kun ulemper (0) – Kun fordele (10), Ved ikke. Der afrapporteres kun dem, der har svaret 0-4 og 6-10, hvorfor midterkategorien og ved ikke er ikke medregnet

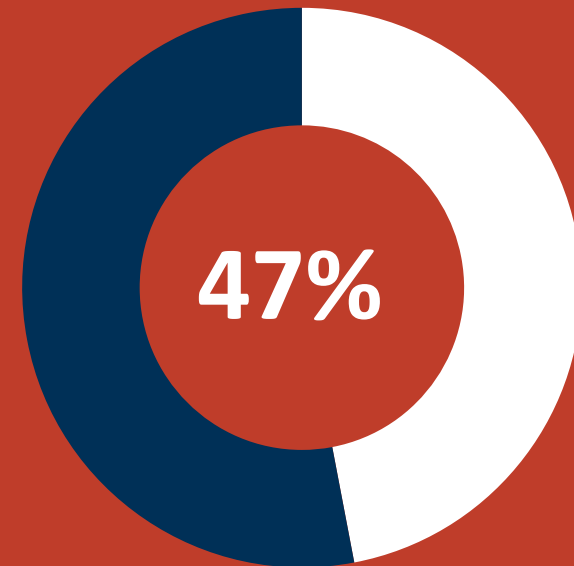
## #1 Udfordringer

# Øget arbejdsbyrde

- 47 % af lægerne ser borgerskabte data som en ekstra arbejdsbyrde for de sundhedsprofessionelle
- Lægerne er markant mere skeptiske end andre sundhedsprofessionelle, hvor kun 24 % ser risiko for en ekstra arbejdsbyrde
- Ca. hver fjerde ser det som en ekstra byrde for borgere og patienter. Her ligger lægerne også øverst, da 31 % har dette synspunkt.
- Dog kan 64 % også se, at det kan være et vigtigt supplement

”

*Som læge ser jeg ofte nye tiltag som en negativ ting, selvom det kan hjælpe os i en bedre retning. Se bare på sundhedsplatformen. Der er ingen, der vil tage ansvar og erkende, at det ikke virker efter hensigten, hvilket er en skam. Når man implementerer nye tiltag, er man nødt til at reflektere og videreudvikle og nogle gange sadle helt om, men dette bliver sjældent gjort, og derfor kan jeg godt være skeptisk*



af lægerne, vurderer at borgerskabte data vil betyde en ekstra arbejdsbyrde for de sundhedsprofessionelle

Note: Skala – Meget uenig (0) – Meget enig (10). Ved ikke. Der afrapporteres kun dem, der har svaret 6-10, hvorfor midterkategorien og ved ikke, ikke medregnes.

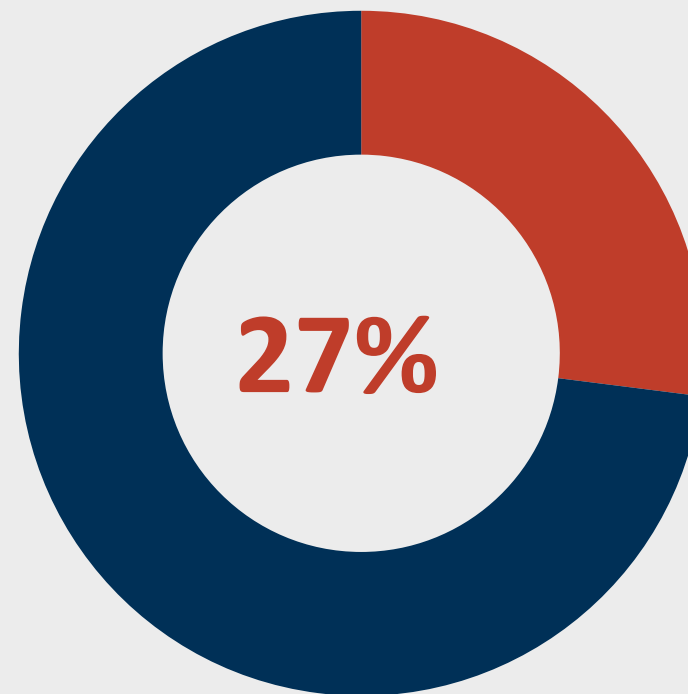
## #2 Udfordringer

# Danskernes holdning til borgerskabte data er ikke konsolideret

- Holdningen er baseret på få konkrete oplevelser og er endnu ikke stærkt forankret
- Mange svar er neutrale eller tæt på dvs. 4, 5 eller 6 på en skala fra 0 til 10. Det gælder også, når folk udtrykker opbakning
- Risiko for, at opbakningen kan tippe fx ved dårlige enkeltsager eller, hvis stærke aktører går imod dagsordenen



Der er ikke noget galt med ideen, men spørgsmålet er så hvem som kan tilgå disse oplysninger? Desuden kan man ikke tvinge folk til at indsamle data, så hvad vil man gøre ved disse borgere? Vil man acceptere at borgerne fortæller det selv?



**Af danskerne svarer ved ikke eller 5 på spørgsmålet: Borgerskabte data vil samlet set give borgere og patienter en bedre behandling i det offentlige sundhedssystem**



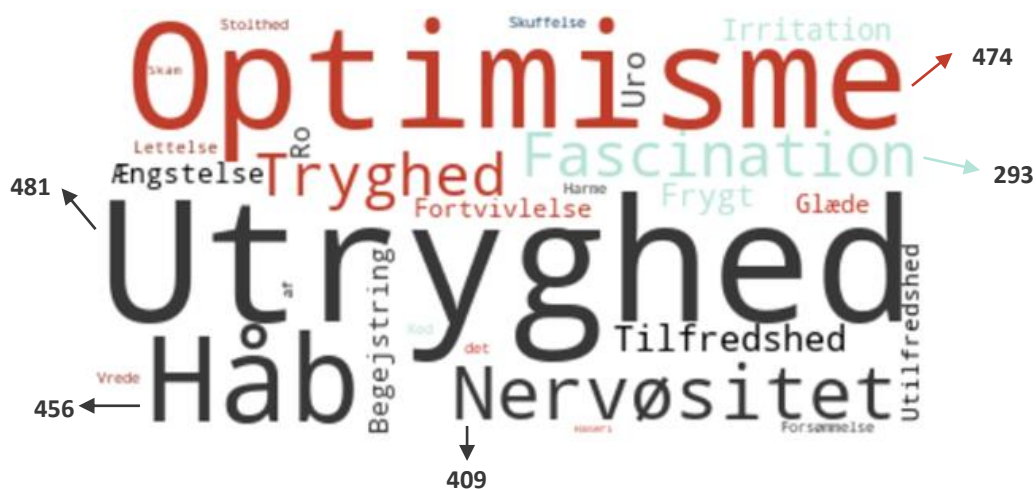
Note: Skala - Nej, dem indsamler og bruger jeg ikke slet ikke (0) - Ja, dem indsamler jeg og bruger i meget høj grad (10), Ved ikke. Der afrapporteres kun dem, der har svaret 6-10, hvorfor midterkategorien og ved ikke er ikke medregnet.



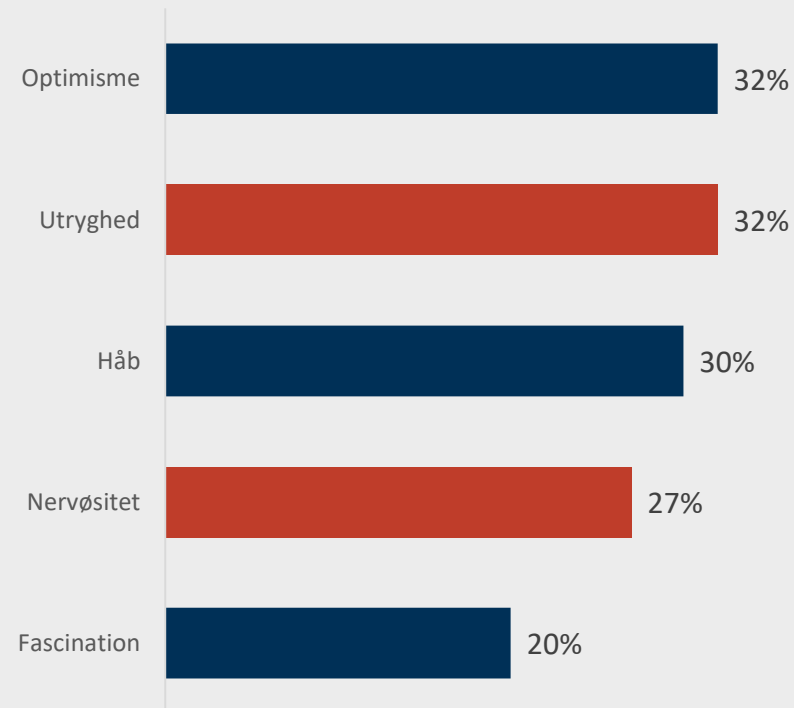
## #2 Udfordringer

# Danskernes dominerende følelser er henholdende og tvetydige

- Følelserne om borgerskabte data er lige dele positive og negative
- De fire mest fremherskende følelser knytter sig til forventninger om fremtiden (fx håb og nervøsitet) fremfor i dag (fx tilfredshed)



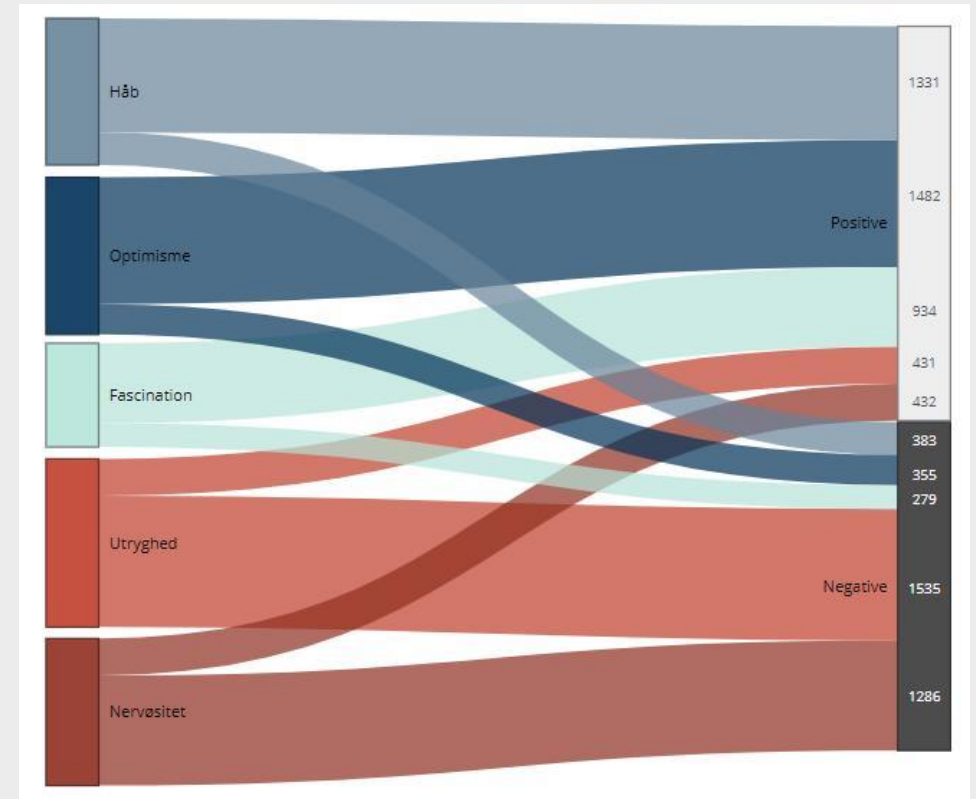
Spørgsmål: Tænk på de spørgsmål, du netop har besvaret. Hvilke følelser sidder du tilbage med omkring borgerskabte data i det offentlige sundhedsvæsen? (vælg så mange, du vil).



## #2 Udfordringer

### Vi har valgt side - foreløbig

- Respondenterne (borgere og patienter) holder sig overordnet til enten de positive eller negative følelser.
- Vælger borgeren fx optimisme, vil 4 ud af 5 øvrige valgte følelser i gennemsnit også være positive
- Det samme gælder ved de andre følelser. Vælger man utryghed, vil 4 ud af 5 øvrige valgte følelser i gennemsnit være negative



## #2 Udfordringer

# Danskerne kan opdeles i tre segmenter

- Segmenteringen er sket ud fra en samling af 3 holdningsspørgsmål herunder holdning til, om borgerskabte data vil give bedre behandling
- Særligt to dimensioner kaster lys på baggrunden for segmenteringen: Borgernes egen adfærd med indsamling af sundhedsdata og deres tillid til det offentlige sundhedsvæsen.
- Optimisterne er både positive overfor indsamling af data og sundhedsvæsenet.
- Tvivlerne er positive overfor sundhedsvæsenet, men i mindre grad overfor øgede brug af data.
- Pessimisterne er skeptiske både overfor sundhedsvæsenet og dataindsamling.



**60%**

**Optimisterne**



**32%**

**Tvivlerne**



**8%**

**Pessimisterne**



## #2 Udfordringer **Optimisterne**

- Optimisten er den største gruppe med en lille overvægt af mænd.
- Deres primære følelser er optimisme (41 %) og håb (38 %)
- 45 % indsamler selv sundhedsdata, hvilket er over gennemsnittet
- 82 % har enten meget høj eller høj tillid til det offentlige sundhedsvæsen



*”Det er fremtiden, så det er den vej, det går. Selvfølgelig skal vi bruge data i sundhedsvæsenet, der er jo så meget godt i dem”*



Note: Skala - Nej, dem indsamler og bruger jeg ikke slet ikke (0) - Ja, dem indsamler jeg og bruger i meget høj grad (10), Ved ikke. Der afrapporteres kun dem, der har svaret 6-10, hvorfor midterkategorien og ved ikke er ikke medregnet



## #2 Udfordringer **Tvivlerne**

- **Tvivlerne er den næststørste gruppe med en overvægt af kvinder.**
- **Selvom de placerer sig i midten på svarskalaen, er deres følelser i den negative ende med de to primære følelser nervøsitet (38 %) og utryghed (35 %)**
- **De ligger under gennemsnittet i forhold til indsamling af egen sundhedsdata**
- **De har relativt høj tillid til sundhedsvæsenet, da 56 % har høj tillid, 20 % har lav tillid og 24 % er i midten**



*”Jeg kan godt lide ideen, men jeg er også nervøs. Hvad hvis mine data bruges mod mig? Hvad hvis jeg ikke kan finde ud af det og ikke kan blive behandlet? Men det er smart, det er svært”.*



Note: Skala - Nej, dem indsamler og bruger jeg ikke slet ikke (0) - Ja, dem indsamler jeg og bruger i meget høj grad (10), Ved ikke. Der afrapporteres kun dem, der har svaret 6-10, hvorfor midterkategorien og ved ikke er ikke medregnet





## #2 Udfordringer **Pessimisterne**

- Pessimisterne udgør en lille gruppe (8 %). Der er klar overvægt af mænd (57 %)
- Deres pessimisme resulterer i følelserne irritation (41 %) og utryghed (51 %)
- 69 % af dem indsamler ikke sundhedsdata
- De har lav tillid til sundhedsvæsenet, da 55 % har meget lav eller lav tillid



*”Det forstår jeg slet ikke, hvorfor man skal, hvorfor skulle jeg dele mine data? Skal der ikke altid en faglig vurdering til? Det er jo kun for, at der kan blive tjent flere penge”*



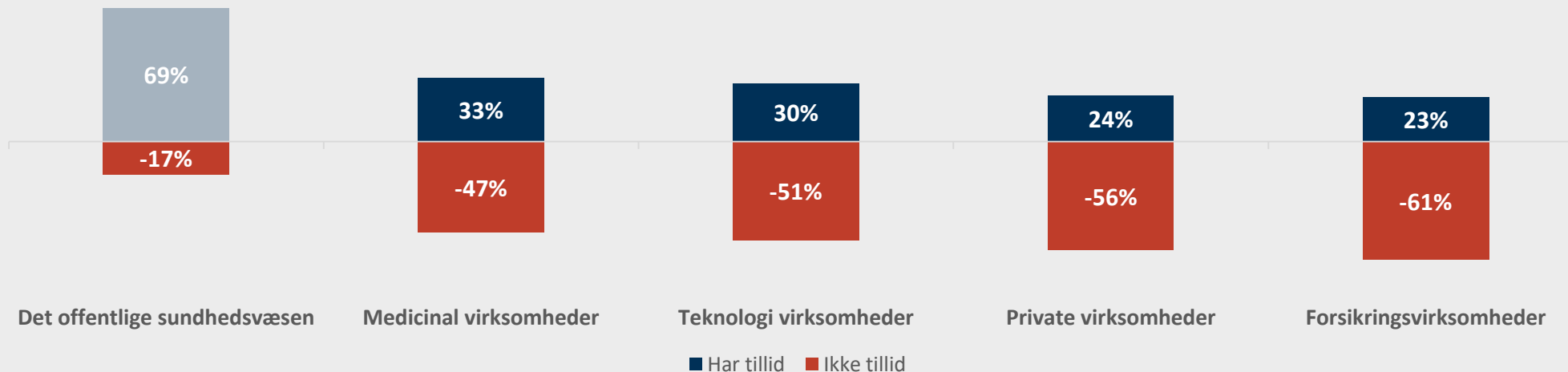
Note: Skala - Nej, dem indsamler og bruger jeg ikke slet ikke (0) - Ja, dem indsamler jeg og bruger i meget høj grad (10), Ved ikke. Der afrapporteres kun dem, der har svaret 6-10, hvorfor midterkategorien og ved ikke er ikke medregnet

### #3 Udfordringer

## Danskerne har lav tillid til aktører udenfor sundhedsvæsenet

- Det offentlige sundhedsvæsen er den eneste aktør, der har danskernes tillid til indsamling og brug af borgerskabte data
- Disse andre aktører vil involveres mere eller mindre i dagsordenen om borgerskabte data, som ikke kan isoleres til det offentlige sundhedsvæsen. Det skaber risiko for en tillidskrise

*Spørgsmål* Hvor meget tillid har du til, at følgende aktører får adgang til, opbevarer og/eller bruger borgerskabte sundhedsdata?



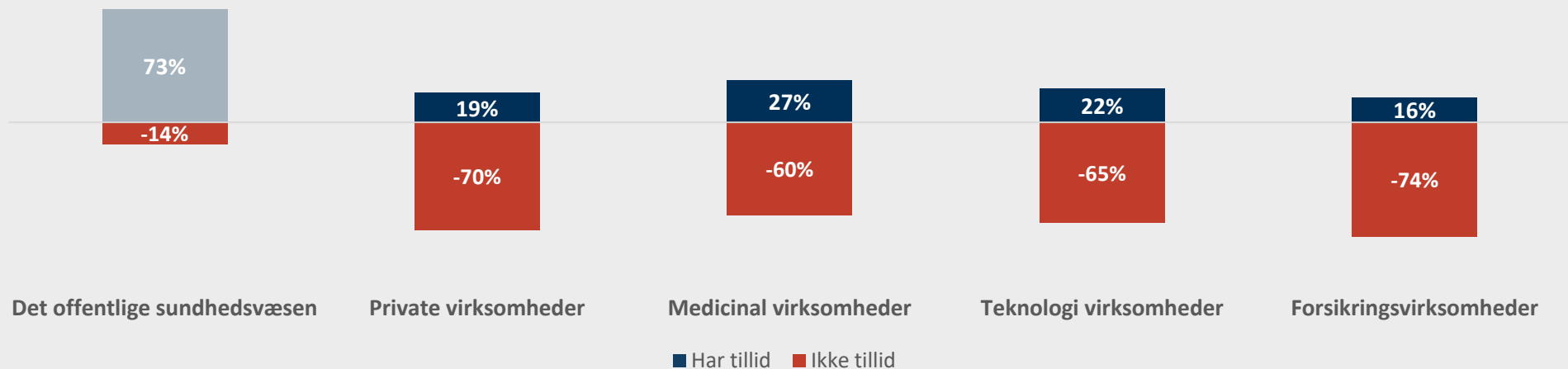


### #3 Udfordringer

## Også blandt de sundhedsprofessionelle er den høje tillid kun knyttet til det offentlige sundhedsvæsen

- Sundhedsvæsenet skal spille en central rolle særligt for at få lægerne med
- Det kræver, at det offentlige sundhedsvæsen tager det faglige ansvar for, hvordan data bliver brugt. Ellers kan opbakningen forsvinde

*Spørgsmål: Hvor meget tillid har du til, at følgende aktører får adgang til, opbevarer og/eller bruger borgerskabte sundhedsdata?*



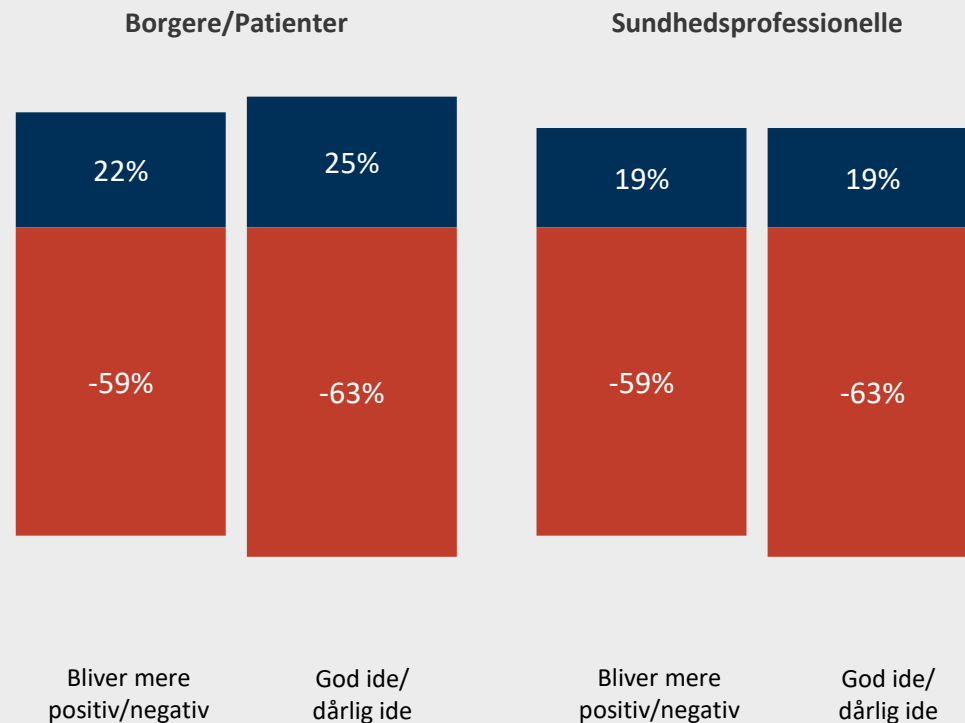


### #3 Udfordringer

## Borgerskabte data kan skubbe til en uønsket fremtid for danskerne

- Et fremtidsbillede hvor danskerne i stigende grad bruger deres egne borgerskabte data til at søge råd og vejledning udenfor det offentlige sundhedsvæsen møder massiv modstand fra både borgere og sundhedsprofessionelle
- Fremtidsbilledet må ses som en sandsynlig konsekvens af udviklingen i retning af flere borgerskabte data. Det giver en stor opgave til hele det offentlige sundhedsvæsen med at påvirke både borgeres og patienters adfærd og sætte dagsordenen om borgerskabte data på den rette måde

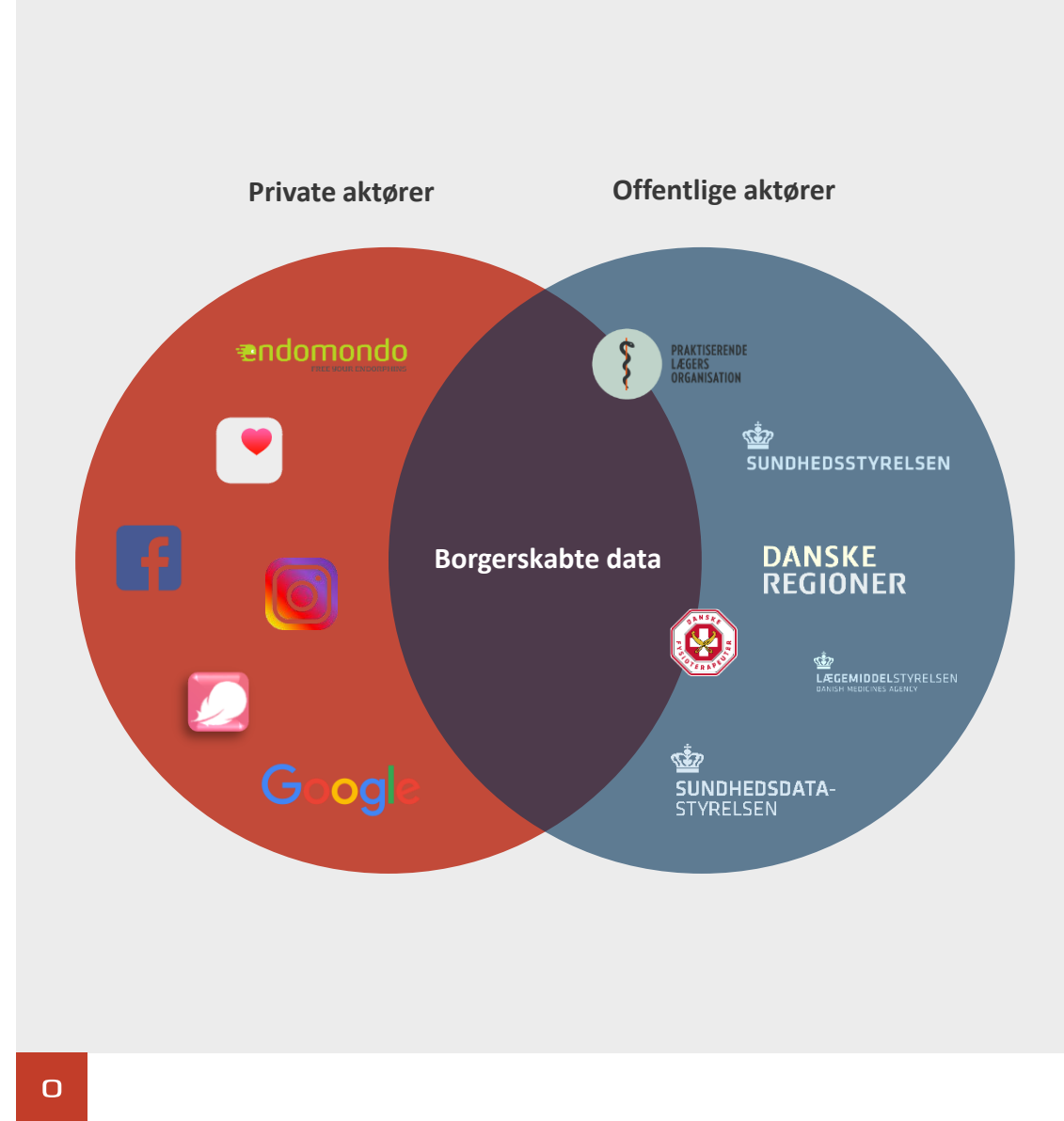
**Situation:** Du/en borger er begyndt at samle data om din kost, motion, søvn og indkøbsmønstre gennem en app og et smartwatch. Du/ Borgeren deler data på en Facebookgruppe for borgere og patienter. Her får du/borgeren gode råd til at forebygge sygdom fra andre brugere, der har kigget på dine indsamlede data.



### #3 Udfordringer

## Borgerskabte data er født med en tillidsudfordring

- Tilliden og opbakningen til borgerskabte data er i høj grad bundet til tilliden til det offentlige sundhedsvæsen. Det giver dagsordenen en forsigtig opbakning blandt danskerne.
- Samtidig er borgerskabte data født i et felt, hvor virksomheder indenfor teknologi og medicin er nødvendige aktører, og hvor data vil brede sig langt ud over de rammer, som det offentlige sætter
- Det er en afgørende strategisk udfordring at håndtere, hvis ikke opbakningen skal komme under pres



<b>Bilag Titel:</b>	<b>Notat til Danske Regioner om metodeændringens betydning for vurderingen af lægemidler til små patientgrupper-sjældne sygdomme 30</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Metodeændringens betydning for Medicinrådets vurdering af lægemidler til sjældne sygdomme</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>5</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>

# Notat

## Metodeændringens betydning for vurderingen af lægemidler til små patientgrupper/sjældne sygdomme

30. november 2020

**Medicinrådet**  
Dampfærgevej 27-29, 3. th.  
2100 København Ø

+45 70 10 36 00  
medicinraadet@medicinraadet.dk

[www.medicinraadet.dk](http://www.medicinraadet.dk)

### Baggrund

Danske Regioner har i forbindelse med evalueringen af Medicinrådet i 2019 bedt Medicinrådet om at udarbejde et notat med en vurdering af, hvilke effekter metodeændringerne pr. 1. januar 2019 har haft i forhold til vurdering af lægemidler til små patientgrupper/sjældne sygdomme.

### Om metodeændringen

Medicinrådet justerede pr. 1. januar 2019 sin metode for vurdering af nye lægemidler og indikationsudvidelser. Formålet med metodeændringen var at skabe en mere transparent og ensartet tilgang til kategoriseringen af lægemidlers værdi. Metodeændringen har medført nye kategorier for værdi og skærpede krav til den statistiske sikkerhed af datagrundlaget. Kategorier for merværdi før og efter metodeændringen er vist i tabellen nedenfor.

Tidligere metode (2017-2018) [1]	Ændret metode (2019-2020) [2]
1. Stor merværdi	Stor merværdi
2. Vigtig merværdi	Moderat merværdi
3. Lille merværdi	Lille merværdi
4. Ingen merværdi	Ingen dokumenteret merværdi
5. Negativ merværdi	Negativ værdi
6. Ikkedokumenterbar merværdi	-
-	Samlet værdi "Kan ikke kategoriseres"

### Ændring af kategorier og skærpet krav til datagrundlag

Ved metodeændringen blev kravene til datagrundlaget skærpet, så et lægemiddels værdi kun kan tildeles en kategori, hvis der er tilstrækkelig statistisk sikkerhed for lægemidlets effekt.

For lægemidler, hvor den tilgængelige evidens for effekt og statistisk sikkerhed er meget begrænset (dvs. der er stor statistisk usikkerhed omkring effektestimaterne), indeholdt den tidligere metode ikke en præcis beskrivelse af, hvordan disse lægemidler skulle kategoriseres eller beskrives. Det var også uklart, hvornår kategori nr. 6: "ikkedokumenterbar merværdi" skulle anvendes. Oprindeligt var kategori 6 tiltænkt lægemidler med en sandsynlig positiv effekt, men kategoriens placering allernederst i et nummereret hierarki gav ikke indtryk heraf. I praksis har kategorien også været anvendt som "restkategori" for lægemidler med et sparsomt evidensgrundlag, som ikke passede ind i de øvrige kategorier. Derfor udgik kategorien 'ikkedokumenterbar merværdi' ved metodeændringen. I stedet fik Medicinrådet kategorien "merværdi af ukendt størrelse", som præciserer, at der er påvist en forbedring for

patienterne (konfidensintervallet inkluderer ikke 1,00), men selve størrelsen af forbedringen (lille, moderat eller stor) kan ikke bestemmes.

Med metodeændringen blev der også indført en mulighed for at undlade at tildele en egentlig kategori. Det sker, når den statistiske usikkerhed omkring effekten er ukendt eller så stor, at Medicinrådet ikke kan udelukke, at det nye lægemiddel er bedre, dårligere eller mindst lige så godt som eksisterende alternativer. Når Medicinrådet vurderer et lægemiddel, som ikke kan kategoriseres, supplerer fagudvalget de tilgængelige data med argumenter for eller imod, om det nye lægemiddel forventes at være bedre eller dårligere end den eksisterende behandling. I fraværet af tilstrækkelig evidens må fagudvalget argumentere ud fra kliniske skøn og erfaringer, som Rådet efterfølgende kan inddrage i beslutningen om anbefalingen.

### Definition af sjældne sygdomme

Sjældne sygdomme er, som udgangspunkt, sygdomme med lav forekomst, men begrebet er ikke entydigt defineret og afgrænset.

Dette notat tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens afgrænsning af sjældne sygdomme, der er defineret som en prævalens<sup>1</sup> på ca. 1-2 ud af 10.000 eller derunder. Det svarer til, at højst ca. **500-1.000** personer i Danmark har sygdommen. Sundhedsstyrelsens definition rummer herudover et krav om *kompleksitet* (medfødte, arvelige, kroniske, komplekse, alvorlige sygdomme) og *behov for en særlig indsats og faglige/teknologiske ressourcer*. Sjældne infektionssygdomme og kræftsygdomme indgår ikke i Sundhedsstyrelsens definition [3].

Medicinrådet vurderer ofte nye lægemidler til kræftsygdomme, hvor patientgrundlaget er meget lille. Derfor vil dette notat også belyse, hvilken betydning ændringen af metoden har haft for disse lægemidler.

#### *Orphan drugs*

Lægemidler til sjældne sygdomme bliver ofte omtalt i sammenhæng med begrebet *Orphan drugs*. *Orphan drugs* afgrænses af det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) som lægemidler til sygdomme med en prævalens på højst 5 ud af 10.000, hvilket svarer til, at 2.500-3.000<sup>2</sup> personer i Danmark kan have sygdommen [4,5], hvilket er ca. 3 gange højere end Sundhedsstyrelsens definition. *Orphan drug*-regulativerne i EMA er skabt for at øge virksomhedernes incitament til at forske i og udvikle lægemidler til sjældne sygdomme, særligt sygdomme, hvor der ikke i forvejen findes lægemidler, der kan mildne eller helbrede sygdommen (*unmet medical need*). *Orphan drug status* hos EMA giver virksomheden nogle fordele i forbindelse med ansøgning om markedsføringstilladelse. Efter markedsføringstilladelsen skal virksomheden desuden efterleve en række krav for at vedligeholde sin *orphan status*. *Orphan drug*-status kan bortfalde før og efter markedsføring af forskellige årsager, ligesom virksomheden kan undlade at søge om *orphan status*, selvom den sygdom, lægemidlet skal behandle, opfylder kravet om lav prævalens. Derfor har vi i dette notat fravalgt at anvende *orphan status* hos EMA til at opgøre lægemidler til sjældne og til ikke sjældne sygdomme<sup>3</sup>.

#### *Lægemidler med begrænset datagrundlag*

Der kan være forskellige årsager til, at evidensen for et lægemiddels effekt er meget begrænset, når Medicinrådet skal beslutte, om det skal anbefales som mulig standardbehandling. For lægemidler til *meget* sjældne sygdomme (1-2 nye patienter i Danmark om året) kan det være vanskeligt at samle et tilstrækkeligt antal patienter til at gennemføre randomiserede kontrollerede studier med tilstrækkelig statistisk styrke, selv over mange år. Begrænset evidens kan også skyldes, at det vurderes at være uetisk at udføre et placebokontrolleret forsøg for en given patientgruppe. Det

---

<sup>1</sup> Prævalens, antallet af personer med en given sygdom på et givet tidspunkt.

<sup>2</sup> 2.500 sammenholdt med SST's tidligere omregning og 2.912 ved beregning ud fra Danmarks befolkning 3. kv. 2020.

<sup>3</sup> Tidligere opgørelser fra Medicinrådet har taget udgangspunkt i en opgørelse på baggrund af EMAs definition af orphan drugs.

kan f.eks. være en alvorlig sygdom, hvor det er velkendt, hvordan sygdommen udvikler sig uden behandling, og hvor de indledende forsøg (fase 1 og 2) viser lovende effekt.

For lægemidler til kræftsygdomme er det typisk ikke sygdommen overordnet set, der er sjælden. Antallet af patienter som er i målgruppen for disse lægemidler kan dog være meget lille, hvis lægemidlet er målrettet en særlig mutation eller lignende. For disse lægemidler gælder i princippet de samme udfordringer med at opnå et tilstrækkeligt evidensgrundlag som for lægemidler til sjældne sygdomme, som ikke er kræft. F.eks. bliver næsten 5.000 patienter i Danmark årligt diagnosticeret med lungekræft, men kun cirka 35 patienter pr. år har ALK-translokation og er dermed kandidater til et lægemiddel, der er målrettet hertil. I dette notat har vi defineret "lægemidler til sjældne kræftsygdomme" som lægemidler, hvor fagudvalget har vurderet, at der er mindre end 50 patienter pr. år i Danmark, som er kandidater til behandlingen.

### Gennemgang af lægemidler vurderet før og efter metodeændringen

Med udgangspunkt i ovenstående definitioner gennemgår vi i det følgende Medicinrådets kategoriseringer af merværdi og anbefalinger for nye lægemidler og indikationsudvidelser ud fra følgende opdeling:

- 1) Lægemidler til sjældne sygdomme (jf. Sundhedsstyrelsens definition)
- 2) Lægemidler til sjældne kræftsygdomme (jf. fagudvalgets vurdering, < 50 patienter pr. år i Danmark)
- 3) Øvrige lægemidler (dvs. lægemidler som ikke opfylder definition 1 og 2)

I bilag 1 ses en samlet liste over alle lægemidler, der indgår i opgørelsen.

### Samlet antal vurderinger før og efter metodeændringen

Medicinrådet har i alt vurderet 114 nye lægemidler til og med 11. november 2020. Her er 72 lægemidler behandlet med den tidligere metode, og 42 er behandlet efter metodeændringen.

### Kategorisering af merværdi

For de 114 lægemidler har Medicinrådet i alt foretaget 209 kategoriseringer af lægemidlernes værdi. Lægemidlernes værdi bliver typisk vurderet for flere undergrupper af patienter. Derfor kan samme lægemiddel være tildelt mere end en kategori.

Kategorier (tidligere metode / ny metode)	Tidligere metode (72 lægemidler med 134 kategorier)	Ændret metode (42 lægemidler med 75 kategorier)
Stor merværdi	4 (3 %)	1 (1 %)
Vigtig merværdi/moderat merværdi	16 (12 %)	8 (11 %)
Lille merværdi	25 (19 %)	6 (8 %)
/Merværdi af ukendt størrelse		11 (15 %)
Ingen merværdi/ingen dokumenteret merværdi	63 (47 %)	5 (7 %)
Negativ merværdi/negativ værdi	1 (1 %)	2 (3 %)
Ikkedokumentérbar merværdi/	25 (19 %)	
/Merværdi 'kan ikke kategoriseres'		42 (56 %)

Overordnet har metodeændringen ikke ændret på, hvor mange lægemidler, der får tildelt en stor (3 % vs. 1 %) eller vigtig/moderat merværdi (12 % vs. 11 %), men færre lægemidler får nu tildelt lille merværdi (19 % vs. 8 %). Til gengæld tildeles 15 % nu den nye kategori 'merværdi af ukendt størrelse'. Det betyder, at andelen af lægemidler med positiv merværdi samlet set er uændret (34 % vs. 35 %). Derimod er der, efter det skærpede krav til datagrundlaget, sket et fald i andelen af lægemidler med 'ingen merværdi/ingen dokumenteret merværdi' (47 % vs. 7 %). Det skyldes formentlig, at det ved metodeændringen blev skærpet, at der skal være statistisk sikkerhed for, at det nye lægemiddel ikke adskiller sig fra komparator, for at denne kategori kan anvendes. En betydelig statistisk usikkerhed eller fravær af statistisk sammenligning har medført, at en del af de lægemidler, som før metodeændringen ville blive kategoriseret som "ingen merværdi" nu ikke kategoriseres.

Efter metodeændringen er mere end halvdelen af Medicinrådets vurderinger endt med, at værdien ikke kunne kategoriseres. Det berører 26 af de 42 lægemidler, som blev vurderet. Heriblandt er der en tredjedel (14 lægemidler), som ikke har kunnet kategoriseres til nogen af de patientgrupper, som lægemidlet er vurderet til.

### Kategoriseringer af merværdi for lægemidler til sjældne sygdomme og sjældne kræftsygdomme

Nedenfor er det vist, hvordan kategorierne for merværdi af lægemidler til hhv. sjældne sygdomme, sjældne kræftsygdomme og øvrige sygdomme er fordelt før og efter metodeændringen. En oversigt over det samlede antal sager kan ses i bilag 2.

Kategorier (tidligere metode/ny metode)	Lægemidler til sjældne sygdomme		Lægemidler til sjældne kræftsygdomme		Lægemidler til øvrige sygdomme	
	Tidligere metode	Ændret metode	Tidligere metode	Ændret metode	Tidligere metode	Ændret metode
Stor merværdi	0 (0 %)	1 (14 %)	2 (15 %)	0 (0 %)	2 (2 %)	0 (0 %)
Vigtig merværdi/ moderat merværdi	4 (25 %)	2 (29 %)	1 (8 %)	0 (0 %)	11 (10 %)	6 (10 %)
Lille merværdi	1 (6 %)	0 (0 %)	5 (38 %)	1 (14 %)	19 (18 %)	5 (8 %)
/Merværdi af ukendt størrelse		4 (57 %)		0 (0 %)		7 (11 %)
Ingen merværdi/ ingen dokumenteret merværdi	9 (56 %)	0 (0 %)	1 (8 %)	0 (0 %)	53 (50 %)	5 (8 %)
Negativ merværdi/ negativ værdi	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	2 (3 %)
Ikkedokumentérbar merværdi/	2 (13 %)		4 (31 %)		19 (18 %)	
/Merværdi 'kan ikke kategoriseres'		0 (0 %)		6 (86 %)		36 (59 %)
Lægemidler og kategorier i alt	10 lægemidler, 16 kategorier	6 lægemidler, 7 kategorier	13 lægemidler, 13 kategorier	5 lægemidler, 7 kategorier	49 lægemidler, 105 kategorier	31 lægemidler, 61 kategorier

### Lægemidler til sjældne sygdomme

Det ser ud til, at lægemidler til sjældne sygdomme overvejende bliver vurderet mere positivt efter metodeændringen, idet samtlige kategoriseringer af disse lægemidler har ført til en positiv merværdi. Anvendelsen af kategorien 'ingen merværdi' er faldet (56 % vs. 0 %), mens 'merværdi af ukendt størrelse' er anvendt i 57 % af vurderingerne.

De 9 kategoriseringer af 'ingen merværdi' efter den tidligere metode dækker over syv lægemidler. To er lægemidler til sygdomme, hvor der ikke i forvejen findes en behandling (*unmet medical need*). De fem lægemidler er til patienter, hvor der i forvejen er et eller flere ligeværdige lægemidler på markedet. De seks lægemidler vurderet efter ny metode afspejler i højere grad sygdomme med et *unmet medical need*. På grund af disse forskelle, og fordi der er tale om meget få lægemidler, er det uvist, om selve metodeændringen har medført, at lægemidler til sjældne sygdomme bliver vurderet mere positivt, eller om det tilfældigvis er lægemidler med større effekt.

### Lægemidler til sjældne kræftsygdomme

Lægemidler til sjældne kræftsygdomme fik før metodeændringen hyppigst kategorierne 'lille' (38 %) eller 'ikkedokumenterbar merværdi' (31 %), men er efter metodeændringen hyppigst ikke kategoriseret (86 %). Der er tale om meget små tal, og der kan ligesom for lægemidler til sjældne sygdomme være andre betydende forskelle mellem lægemidlerne, end hvilken metode der er anvendt. F.eks. at effekten af de lægemidler, som blev vurderet inden metodeændringen, tilfældigvis er større.

### Anbefalinger

Medicinrådets anbefaling af et lægemiddel som mulig standardbehandling afhænger af, om der er et rimeligt forhold mellem lægemidlets værdi (kategorisering) og omkostningerne til behandlingen. Når Medicinrådet har vurderet et lægemiddels værdi, forhandler Amgros med virksomheden om lægemidlets pris. Lægemidlets pris udgør oftest den største del af de samlede omkostninger til behandlingen. Medicinrådet beslutter, om lægemidlet skal anbefales som mulig standardbehandling ud fra en vurdering af, om lægemidlets værdi står mål med omkostningerne forbundet med at bruge det.

Nedenfor er opgjort fordelingen af anbefalinger for lægemidler til sjældne sygdomme, sjældne kræftsygdomme og øvrige sygdomme. 1) 'anbefalet' betyder, at lægemidlet er anbefalet til alle de vurderede patientgrupper, 2) 'delvist anbefalet', at lægemidlet er anbefalet til nogle, men ikke alle de vurderede patientgrupper, 3) 'ikke-anbefalet', at lægemidlet ikke er anbefalet til nogen af de vurderede patientgrupper.

	Anbefalinger i alt (114 lægemidler)		'Anbefalet'		'Delvist anbefalet'		'Ikke anbefalet'	
	Tidligere metoder	Ændret metode	Tidligere metoder	Ændret metode	Tidligere metode	Ændret metode	Tidligere metode	Ændret metode
Sjældne sygdomme	10	6	4 (40 %)	4 (67 %)	3 (30 %)	1 (17 %)	3 (30 %)	1 (17 %)
Sjældne kræftsygdomme	13	5	9 (69 %)	1 (20 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (31 %)	4 (80 %)
Øvrige sygdomme	49	31	27 (55 %)	17 (59 %)	10 (20 %)	4 (13 %)	12 (24 %)	10 (32 %)
Alle lægemidler	72	42	40 (56 %)	21 (52 %)	13 (18 %)	4 (10 %)	19 (26 %)	15 (38 %)



Overordnet viser tallene et lille fald i forhold til, hvor mange lægemidler der er anbefalet eller delvist anbefalet efter metodeændringen.

#### *Lægemidler til sjældne sygdomme*

Andelen af lægemidler til sjældne sygdomme, der er blevet anbefalet før og efter metodeændringen, er hhv. 40 % (4 ud af 10) og 67 % (4 ud af 6).

Af de seks lægemidler til sjældne sygdomme, som er vurderet efter metodeændringen, blev 3 ud af de 4 lægemidler med 'merværdi af ukendt størrelse' anbefalet, mens det sidste ikke blev anbefalet. Ét lægemiddel med 'moderat merværdi' blev delvist anbefalet, og det sidste lægemiddel med 'stor merværdi' blev anbefalet. Det afspejler, at lægemidler til sjældne sygdomme ofte har tilstrækkeligt datagrundlag til at opnå en kategorisering jf. Medicinrådets metoder. Når lægemidler til sjældne sygdomme ikke anbefales af Medicinrådet, er det dermed sjældent pga. sparsomt evidensgrundlag, men nærmere fordi omkostningerne ved behandlingen er for høje i forhold til den værdi, som lægemidlet tilfører. Generelt er lægemidler til sjældne sygdomme oftest dyrere end lægemidler til øvrige sygdomme.

#### *Lægemidler til sjældne kræftsygdomme*

For lægemidler til sjældne kræftsygdomme, hvoraf de fleste ikke har kunnet kategoriseres efter metodeændringen, er andelen, der ikke anbefales, større efter metodeændringen (31 % vs. 80 %), men også her er der tale om små tal. Af de fem lægemidler til sjældne kræftsygdomme, som er vurderet efter metodeændringen, blev ét lægemiddel anbefalet trods manglende kategorisering, fordi fagudvalget vurderede, at det var bedre end eksisterende alternativer og Medicinrådet vurderede, at omkostningerne var rimelige. Af de fire lægemidler, som ikke blev anbefalet, var tre ikke kategoriseret, og det sidste vurderet at have 'lille merværdi'.

### **Samlet konklusion**

Efter metodeændringen i 2019 er andelen af lægemidler, som opnår en positiv merværdi (lille, moderat, stor eller ukendt merværdi), samlet set uændret. Brugen af kategorien 'ingen merværdi' er faldet markant i forhold til tidligere, og i en tredjedel af vurderingerne har lægemidlet ikke kunnet tildeles en merværdikategori. Samtidig er andelen af lægemidler, der anbefales eller delvist anbefales, lavere efter metodeændringen.

Lægemidler til sjældne sygdomme er generelt blevet kategoriseret mere positivt efter metodeændringen. Det er dog uvist, om de mere positive vurderinger reelt er et resultat af selve metodeændringen, fordi der er tale om et lille antal lægemidler, som kan adskille sig markant på andre parametre end hvilken metode, der er anvendt til kategoriseringen. Medicinrådet har anbefalet 4 ud af 10 lægemidler til sjældne sygdomme før metodeændringen og 4 ud af 6 efter metodeændringen. Alle lægemidler til sjældne sygdomme har opnået en positiv kategorisering efter metodeændringen, hvilket tyder på, at Medicinrådet ikke afviser at anbefale denne type lægemidler på grund af sparsomt datagrundlag, men snarere på grund af uacceptabelt høje omkostninger.

Efter metodeændringen blev 6 ud af 7 lægemidler til sjældne kræftsygdomme ikke tildelt en merværdikategori, og færre lægemidler blev anbefalet. Opgørelsen bygger på meget få lægemidler, og det er derfor også for disse lægemidler uvist, om det er selve metodeændringen, lægemidlets evidensgrundlag, lægemiddelprisen eller andre forhold, der er den primære årsag til, at færre lægemidler til sjældne kræftsygdomme er blevet anbefalet efter metodeændringen.

Det er Medicinrådets vurdering, at metodeændringen samlet set har givet større transparens i forhold til, hvornår Medicinrådets vurderinger er baseret på hhv. en sikker dokumentation eller på kliniske skøn vedrørende lægemidlets værdi. Opgørelsen viser, at mange vurderinger ikke har et tilstrækkeligt datagrundlag til, at lægemidlet kan tildeles en kategori.

Medicinrådet overgår ved årsskiftet til en ny metode, hvor lægemidlers værdi ikke længere vil blive kategoriseret. Sundhedsøkonomiske analyser med QALY som mål for effekt vil derefter udgøre en del af beslutningsgrundlaget for Medicinrådets anbefalinger. Det faktum, at datagrundlaget for en stor andel af lægemidler er så begrænset, at Medicinrådet ikke kan kategoriserer deres værdi, er i den forbindelse et relevant opmærksomhedspunkt.

## Referencer

1. Metodehåndbog 1
2. Metodehåndbog 2
3. Sundhedsstyrelsen. National strategi for sjældne sygdomme. 2014;143.
4. EMA. Orphan designation: Overview.
5. Danmarks Statistisk. Folketal (befolkning og befolkningsfremskrivning) [internet]. Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/folketal>

## Bilag 1:

Lægemiddel	Anvendelsesområde	Til sjældne sygdomme iht. Sundhedsstyrelsens definition	Til sjældne kræftformer (estimat < 50 patienter årligt)
<b>Abemaciclib</b>	Lokalt fremskreden eller metastatisk brystkræft		
<b>Abirateron acetat</b>	Nydiagnosticeret højrisiko metastaserende kastrationssensitiv prostatakræft		
<b>Alectinib</b>	Førstelinjebehandling af ALK-positiv non-småcellet lungekræft (NSCLC)		X
<b>Alfa-1-antitrypsin</b>	Alvorlig alfa-1-antitrypsinmangel	X	
<b>Ataluren</b>	Duchennes muskeldystrofi	X	
<b>Atezolizumab</b>	Ikke-småcellet lungekræft		
<b>Atezolizumab</b>	Urotelialt karcinom		
<b>Atezolizumab i kombination med carboplatin og etoposid</b>	Småcellet lungekræft		
<b>Atezolizumab i kombination med nab-paclitaxel</b>	Lokalt fremskreden eller metastatisk triple-negativ brystkræft		
<b>Avelumab</b>	Metastatisk merkelcellekarcinom (mMCC)		X
<b>Avelumab i kombination med axitinib</b>	Avanceret renalcellekarcinom (RCC)		
<b>Axicabtagene ciloleucel</b>	Diffust storcellet B-cellelymfom		X
<b>Benralizumab</b>	Svær, eosinofil astma		
<b>Bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamid</b>	Hiv-infektion		
<b>Brentuximab vedotin</b>	Kutant T-cellelymfom		X
<b>Brigatinib</b>	ALK positiv ikke-småcellet lungekræft		X
<b>Brodalumab</b>	Moderat til svær plaque psoriasis		
<b>Brolucizumab</b>	Våd AMD (neovaskulær (våd) aldersrelateret makuladegeneration (AMD))		

Lægemiddel	Anvendelsesområde	Til sjældne sygdomme iht. Sundhedsstyrelsens definition	Til sjældne kræftformer (estimat < 50 patienter årligt)
<b>Budesonid</b>	Eosinofil øsofagitis hos voksne (over 18 år)		
<b>Burosumab</b>	Sjældne knoglemetaboliske sygdomme	X	
<b>C1-inhibitor (human)</b>	Forebyggede behandling af arveligt angioødem	X	
<b>Cabozantinib</b>	Leverkræft		
<b>Cabozantinib</b>	Nyrecellekarcinom		
<b>Caplacizumab</b>	Erhvervet trombotisk trombocytopenisk purpura (aTTP)		
<b>Cemiplimab</b>	Lokalt avanceret og metastatisk kutant planocellulært karcinom		X
<b>Certolizumab pegol</b>	Moderat til svær plaque-psoriasis		
<b>Cladribin</b>	Attakvis multipel sklerose		
<b>Dabrafenib og trametinib i kombination</b>	Malignt melanom adjuverende		
<b>Dacomitinib</b>	Ikke-småcellet lungekræft og aktiverende Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR)-mutationer		
<b>Damoctocog alfa pegol</b>	Hæmofili A hos patienter fra 12 år og opefter	X	
<b>Daratumumab i kombination med bortezomib, melphalan og prednison</b>	Nydiagnosticerede voksne med myelomatose, som ikke er egnet til højdosis kemoterapi med stamcelleterapi		
<b>Darvadstrocel</b>	Komplekse perianale fistler ved Crohns sygdom		
<b>Daunorubicin og cytarabin (CPX-351)</b>	Akut myeloid leukæmi		X
<b>Dolutegravir/lamivudin</b>	Hiv-1-infektion		
<b>Doravirin og doravirin/lamivudin/tenofovir disoproxil</b>	Hiv-1		
<b>Dupilumab</b>	Atopisk eksem		
<b>Dupilumab</b>	Svær astma		

Lægemiddel	Anvendelsesområde	Til sjældne sygdomme iht. Sundhedsstyrelsens definition	Til sjældne kræftformer (estimat < 50 patienter årligt)
Dupilumab	Svær atopisk eksem		
Durvalumab	Ikke-småcellet lungekræft stadie III		
Elotuzumab i kombination med pomalidomid og dexamethason	Knoglemarvskræft		
Emicizumab	Hæmofili A	X	
Emicizumab	Hæmofili A med inhibitor mod Faktor VIII	X	
Encorafenib i kombination med binimetinib	Metastaserende malignt melanom med BRAF V600 mutation		
Enzalutamid	Højrisiko ikke-metastaserende kastrationsresistent prostatakræft		
Erenumab	Forebyggende behandling af migræne		
Esketamin	Moderat til svær depression (MDD) hos voksne med manglende respons		
Fremanezumab	Forebyggende behandling af migræne		
Galcanezumab	Kronisk migræne		
Gemtuzumab ozogamicin	Akut myeloid leukæmi		
Gilteritinib	Recidiverende eller refraktær akut myeloid leukæmi med FLT3- mutation		X
Glecaprevir/pibrentasvir	Kronisk hepatitis C		
Guselkumab	Moderat til svær plaque psoriasis		
Inotuzumab ozogamicin	Akut lymfatisk leukæmi		X
Isatuximab	Knoglemarvskræft		
Ixekizumab	Psoriasisartrit		
Lanadelumab	Forebyggende behandling af arveligt angioødem	X	
Lenalidomid	Knoglemarvskræft		
Lenalidomid i kombination med bortezomib og dexamethason	Knoglemarvskræft		

Lægemiddel	Anvendelsesområde	Til sjældne sygdomme iht. Sundhedsstyrelsens definition	Til sjældne kræftformer (estimat < 50 patienter årligt)
Lenvatinib	Hepatocellulært karcinom		X
Letermovir	Forebyggelse af cytomegalovirus-reakivering hos recipienter af allogen hæmatopoietisk stamcelletransplantation		
Limbale stamceller	Alvorlig limbal stamcellemangel		
Lorlatinib	Uhelbredelig ALK-positiv ikke-småcellet lungekræft		X
Lu-177-DOTATATE	Gastro-entero-pankreatiske neuroendokrine tumorer		
Midostaurin	Akut myeloid leukæmi (AML)		X
Niraparib	Platinsensitiv, recidiverende kræft i æggestokkene		
Nivolumab	Modermærkekræft		
Nivolumab	Uroteliale karcinom		
Nivolumab og ipilimumab i kombination	Nyrekæft		
Nonacog beta pegol	Hæmofili B	X	
Nusinersen	Patienter med 5q spinal muskelatrofi	X	
Obinutuzumab	Follikulært lymfom		
Ocrelizumab	Primær progressiv multipel sklerose		
Ocrelizumab	Primær progressiv multipel sklerose		
Ocrelizumab	Recidiverende multipel sklerose		
Olaparib	Kræft i æggestokkene, 1. linje		
Olaparib	Kræft i æggestokkene, æggelederne eller primær kræft i bughinden		
Osimertinib	Ikke-småcellet lungekræft		
Patisiran	Arvelig transthyretinmedieret amyloidose (hATTR)	X	
Pembrolizumab	Adjuverende behandling, melanom		

Lægemiddel	Anvendelsesområde	Til sjældne sygdomme iht. Sundhedsstyrelsens definition	Til sjældne kræftformer (estimat < 50 patienter årligt)
<b>Pembrolizumab</b>	Førstelinjebehandling af recidiverende eller metastatisk planocellulær hoved-halskræft		
<b>Pembrolizumab</b>	Hoved- og halskræft		X
<b>Pembrolizumab</b>	Urotelialt karcinom		
<b>Pembrolizumab i kombination med axitinib</b>	Førstelinjebehandling af avanceret renalcellekarcinom (RCC) hos voksne		
<b>Pembrolizumab i kombination med kemoterapi</b>	Ikke-planocellulær ikke-småcellet lungekræft		
<b>Pembrolizumab i kombination med kemoterapi</b>	Planocellulær ikke-småcellet lungekræft		
<b>Pertuzumab</b>	Tidlig HER2+ brystkræft		
<b>Pomalidomid (i kombination med bortezomib og dexamethason)</b>	Knoglemarvskræft		
<b>Regorafenib</b>	Hepatocellulært karcinom		X
<b>Ribociclib</b>	Brystkræft		
<b>Ribociclib</b>	Lokalt fremskreden eller metastatisk brystkræft		
<b>Risankizumab</b>	Moderat til svær plaque psoriasis		
<b>Romozozumab</b>	Svær osteoporose hos postmenopausale kvinder med høj risiko for fraktur		
<b>Rurioctocog alfa pegol</b>	Hæmofili A	X	
<b>Sarilumab</b>	Reumatoid artrit		
<b>Tafamidis</b>	Transthyretin amyloid kardiomyopati (ATTR-CM)	X	
<b>Talazoparib</b>	Lokalt fremskreden eller metastatisk HER2- brystkræft med BRCA1/2- mutation		X
<b>Telotristat ethyl</b>	Karcinoid syndrom hos patienter med neuroendokrine tumorer		X
<b>Tildrakizumab</b>	Moderat til svær plaque psoriasis		

Lægemiddel	Anvendelsesområde	Til sjældne sygdomme iht. Sundhedsstyrelsens definition	Til sjældne kræftformer (estimat < 50 patienter årligt)
Tisagenlecleucel	Diffust storcellet B-cellelymfom		X
Tisagenlecleucel	Lymfatisk leukæmi		X
Tivozanib	Nyrekraft		
Tocilizumab	Kæmpecellearteritis		
Tofacitinib	Colitis ulcerosa		
Tofacitinib	Psoriasis artrit		
Tofacitinib	Reumatoid artrit		
Tolvaptan	Autosomal dominant polycystisk nyresygdom		
Trastuzumab emtansin	Tidlig HER2+ brystkræft		
Upadacitinib	Kronisk leddegigt		
Ustekinumab	Colitis ulcerosa		
Velmanase alfa	Alfa-mannosidose	X	
Venetoclax i kombination med obinutuzumab	Kronisk lymfatisk leukæmi		
Venetoclax i kombination med rituximab	Kronisk lymfatisk leukæmi		
Vonicog alfa	Von Willebrand sygdom	X	
Voretigene neparvovec	Synstab som følge af arvelig RPE65-relateret nethindedystrofi	X	



**Bilag 2:**

	Lægemidler til:	Antal lægemidler i alt	Kategoriseringer
<b>I alt</b>	Sjældne sygdomme	16	23
	Sjældne kræftsygdomme	18	20
	Øvrige sygdomme	80	166
	I alt	114	209
<b>Tidligere metode</b>			
<b>Tidligere metode</b>	Sjældne sygdomme	10	16
	Sjældne kræftsygdomme	13	13
	Øvrige sygdomme	49	105
	I alt	72	134
<b>Ændret metode</b>			
<b>Ændret metode</b>	Sjældne sygdomme	6	7
	Sjældne kræftsygdomme	5	7
	Øvrige sygdomme	31	61
	I alt	42	75

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Opsamling på temaer i høringssvar vedr. proces- og metoderammer</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Opsamling på høring af rammer for metode og proces i regi af Behandlingsrådet</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>6</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>



## NOTAT

22-12-2020

EMN-2017-04443

1404328

Sanne Nørgaard Laursen

Mirja Kløjgaard

### Opsamling på temaer i høringsvar vedr. proces- og metoderammer

Danske Regioners proces- og metoderamme for det kommende Behandlingsråd er sendt i høring den 19. november 2020 til følgende parter:

Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, LVS, DASYS, Lægeforeningen, FOA, DSR, Dansk selskab for patientsikkerhed, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Danske Patienter, Danske Handikaporganisationer, DI, DE, Danish Care, KL, Lif, Medicoindustrien, Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Alle høringsparter har indsendt svar udtagen Ergoterapeutforeningen og DI.

Ud over de adspurgte har Danske Regioner modtaget svar fra Muskelsvindfonden, Dansk Selskab for Fysioterapi og Danske Bioanalytikere.

Høringssvarene er generelt positive og tilkendegiver opbakning til etableringen af Behandlingsrådet, herunder det brede effekt- og omkostningsbegreb. Mange roser desuden den åbne proces og informationsmødet.

Høringssvarene indeholder en række kommentarer til, hvad der ønskes uddybet og indholdsudfyldt i proces- og metoderammerne. Disse vil Behandlingsrådets sekretariat tage højde for i det videre arbejde med at færdiggøre procesbeskrivelsen og metodehåndbogen. Det er særligt følgende emner, der efterspørges uddybet:

- Proces for udvælgelse af emner, herunder beskrivelse af udvælgelseskriterier og evt. en proces for emner, der ikke udvælges til evaluering/analyse i behandlingsrådet f.eks. en venteliste.
- Konkretisering af processen for dialog med forslagsstillere.
- Konkretisering af det brede omkostningsbegreb og effektmål.
- Konkretisering af processen for vidensopsamling, herunder ansvar, tilrettelæggelse og afholdelse af omkostninger.

Derudover er der en række bemærkninger til selve modellen for Behandlingsrådet, som går igen fra høringen af modellen i december 2019. Det omhandler særligt ønsker til en bredere gruppe af indstillingsberettigede parter, efterspørgsel efter plad-

ser i Rådet, økonomisk honorering af Råds- og Fagudvalgsmedlemmer samt indregning af produktionstab på omkostningssiden. Disse bemærkninger har Bestyrelsen taget stilling til tidligere, og de uddybes derfor ikke yderligere i det følgende.

Endelig er der en række konkrete kommentarer til dele af henholdsvis proces- og metoderammen. De mest centrale er tematiseret nedenfor.

## PROCESRAMME

### **1. Høring af den endelige proces- og metodehåndbog**

Region Nordjylland, Lægemiddelstyrelsen og Dansk Erhverv opfordrer til, at den endelige proces- og metodehåndbog samt relevante arbejdsdokumenter som f.eks. indstillingsskema, ansøgningsskema mv. sendes i høring.

#### **Svar fra Danske Regioner:**

Behandlingsrådets sekretariat planlægger at sende den endelige procesbeskrivelse og metodehåndbog i høring.

### **2. Sagsbehandlingstid**

Region Hovedstaden, Dansk Erhverv, Danish Care og Medicoindustrien har pointeret, at sagsbehandlingstiden i Behandlingsrådet virker lang. De udtrykker bekymring for, at en langsommelig sagsbehandlingstid vil bremse den innovative udvikling og forsinke ibrugtagning af ny teknologi. Medicoindustrien påpeger desuden, at det eksplicit bør nævnes i procesrammen, at det er muligt for hospitaler at indkøbe og ibrugtage produkter fra industrien, selvom disse er under evaluering i Behandlingsrådet.

#### **Svar fra Danske Regioner:**

Bemærkningerne til sagsbehandlingstiden giver ikke anledning til ændring af procesrammen. Flere af processerne i Behandlingsrådet er tidskrævende bl.a. fordi genstandsfeltet er meget bredt, og der nedsættes fagudvalg for hver enkelt teknologi, ligesom undersøgelsesdesignet skal designes fra gang til gang. Foruden ønsket om hurtig proces, vægter også hensynet til en grundig faglig og saglig sagsbehandling samt løbende inddragelse af virksomheder og andre aktører. Dette indgår også som en efterspørgsel i høringssvarene og sagsbehandlingstiden skal sikre begge dele. Behandlingsrådets sekretariat vil løbende følge sagsbehandlingstiderne og være opmærksomme på balancen mellem hurtig proces på den side og solid sagsbehandling og inddragelse på den anden.

I forhold til bekymringen om, at sagsbehandlingstiden vil sinke den innovative udvikling, gøres der opmærksom på, at Behandlingsrådet ikke er tiltænkt en gate-keeper funktion. Som det fremgår i høringsmaterialet, kan Rådet både evaluere nye løsninger, og løsninger der allerede er i bred anvendelse i sundhedsvæsenet. Evaluering i Behandlingsrådet er således ikke en forudsætning for, at ny teknologi kan komme ind på markedet. Danske Regioner vil eksplicitere dette yderligere i procesrammen.

Til sammenligning kan sagsbehandlingstiden i fx det engelske vurderingsinstitut NICE være op til 40 uger for sundhedsteknologier (eksklusiv diagnostisk) og over 60 uger for diagnostik. I det australske vurderingsinstitut Medical Services Advisory Committee er sagsbehandlingstiden op til 42 uger, og Nye Metoder i Norge oplyser, at sagsbehandlingstiden ligger på mellem seks og 12 måneder.

### **3. Ressourceforbrug for virksomhederne**

Dansk Erhverv, Danske Patienter og Danish Care efterspørger større klarhed om, hvilket ressourceforbrug virksomhederne skal forvente at bruge på ansøgningen samt evaluerings- og analysearbejdet. Det omhandler bl.a. omfanget af data og dokumentation, som skal foreligge i selve ansøgningen, og hvorvidt virksomheden skal bidrage med yderligere dataindsamling og analysekapacitet under selve evalueringen.

Dansk Erhverv påpeger, at hvis virksomhederne forventes at bidrage med yderligere kapacitet under selve evalueringen/analysen, bør det præciseres i metode- og procesrammen, hvilket ressourceforbrug de kan forvente.

Danske Patienter påpeger, at der bør være mulighed for at indsende foreløbige ansøgninger, så virksomhederne ikke skal levere al dokumentation i ansøgningen uden at vide, om løsningen udvælges til evaluering/analyse.

### **Svar fra Danske Regioner**

Bemærkningerne giver ikke anledning til ændring i rammerne. Som det fremgår i procesrammen, vil en af opgaverne for Behandlingsrådets sekretariat være at udarbejde en række værktøjer og produkter, der vejleder virksomheder og andre ansøgere i, hvilke informationer, der skal indsendes til Behandlingsrådet. Det gælder bl.a. et ansøgningsskema, katalog over enhedsomkostninger og et værktøj til vurdering af omkostningsneutralitet. Med disse vejledninger tydeliggøres det, hvilke informationer, der skal indsendes til Behandlingsrådet ved indstilling af emner og ved ansøgning. Dermed sikres det, at virksomheder ikke bruger tid på at indsende unødvendig dokumentation. Efter ansøger har indstillet et emne til Behandlingsrådet, vil der være mulighed for dialog med sekretariatet. Formålet med denne dialog er bl.a. at vurdere, om det er meningsfyldt at indsende en egentlig ansøgning, herunder om virksomheden har tilstrækkeligt med dokumentation.

Det kan også nævnes, at der i udgangspunktet vil blive efterspurgt dokumentation og data, som virksomhederne allerede ligger inde med, og at alt materiale ikke skal foreligge på ansøgningstidspunktet. Der er således ikke lagt op til, at virksomheder skal udarbejde nye studier eller lignende for sine produkter - hverken i forbindelse med ansøgning eller under selve evalueringen/analysen.

### **4. Dokumentationsbyrde i situationer, hvor virksomheder ikke selv indstiller sin løsning**

Region Midtjylland, Danish Care og Danske Patienter efterlyser, at der i procesrammen tages stilling til hvilke procedurer, der gælder i situationer, hvor virksomheden ikke

selv indstiller sin løsning til Behandlingsrådet, men hvor indstillingen kommer fra regioner eller hospitalsledelser. Spørgsmålene går dels på, hvor stort ressourceforbrug virksomhederne vil have i forbindelse med indsendelse af dokumentation og data, hvis de ønsker at medvirke til indstillingen, dels hvem der skal løfte ”dokumentationsbyrden”, hvis virksomheden ikke ønsker at medvirke til indstilling af løsningen.

Medicoindustrien fremhæver, at det bør indtænkes i Rådets arbejde, at der kan ydes eksternt konsulentbistand til at løfte dokumentationsbyrden i evalueringer, hvor virksomheder ikke selv har ansøgt om evaluering. Medicoindustrien nævner endvidere, at det bør fremgå eksplicit, at virksomheder, der ikke selv har ansøgt om evaluering ikke kan pålægges at finansiere vidensopsamling.

### **Svar fra Danske Regioner**

Bemærkningerne har ikke givet anledning til at ændre i procesrammen. I de tilfælde, hvor virksomheder ikke selv indstiller sit produkt, vil Behandlingsrådets sekretariat gå i dialog med den eller de relevante virksomheder. Sekretariatet vil indhente de oplysninger og data, som er tilgængelige og som virksomhederne ønsker at udlevere. I tilfælde af, at virksomhederne ikke har den supplerende information, der måtte efterspørges, vil sekretariatet foretage sin vurdering på det grundlag, der er foreliggende i ansøgningen.

Hverken Behandlingsrådet eller Danske Regioner kan pålægge virksomheden at finansiere vidensopsamling. Det fremgår af procesrammen, at hvis en løsning anbefales til vidensopsamling, vil det i udgangspunktet være virksomheden, der finansierer omkostningerne forbundet hermed. Hvis virksomheden ikke ønsker at finansiere vidensopsamling, vil den i udgangspunktet ikke blive gennemført.

Hvis en anden part end virksomheden selv har indstillet en teknologi, kan Behandlingsrådet indstille til regionerne, at regionerne bærer omkostningerne ved vidensopsamlingen – det gælder dog kun, hvis der er tale om løsninger med et stort potentiale.

## **5. Mere formaliseret inddragelse af virksomheder**

Medicoindustrien og Dansk Erhverv efterspørger, at dialogen med virksomhederne formaliseres yderligere. Dette gælder i særlig grad i forbindelse med fastlæggelse af analysedesignet og i forbindelse med selve evaluerings- og analysearbejdet. De foreslår, at der skal være et obligatorisk element af dialog mellem virksomhederne og Fagudvalget i forbindelse med udarbejdelse af evaluerings- og analysedesignet samt under selve evalueringen/analysen f.eks. i form af møder.

### **Svar fra Danske Regioner:**

Danske Regioner vil på baggrund af bemærkningerne tilrette procesrammen, så det fremgår tydeligere, at virksomhederne inddrages i flere faser af evalueringsprocessen – herunder i udarbejdelsen af analyse-/evalueringdesign og under selve evalueringen/analysen. Der lægges op til, at dialogen går igennem sekretariatet, så virksomhe-

der ikke har krav på direkte adgang til Fagudvalgene. I særlige tilfælde kan sekretariatet og fagudvalgsformanden skønne, at det er nødvendigt, at fagudvalgsformanden eller et fagudvalgsmedlem deltager i mødet med virksomheden. Hermed lægger processen sig op ad processen i Medicinrådet. Det vil være op til Behandlingsrådets sekretariat at definere, hvordan inddragelsen af virksomhederne mere konkret skal foregå.

## **6. Kommentering af vurderingsrapporten**

Dansk Erhverv og Medicoindustrien stiller spørgsmålstegn ved virksomhedernes høringsret i forbindelse med vurderingsrapporten. Dansk Erhverv påpeger, at virksomhederne ikke har en reel høringsmulighed sådan som det er tilfældet i Medicinrådet, men at der "kun" er mulighed for at indsende et to-siders notat. Dansk Erhverv opfordrer til, at notatet som minimum offentliggøres på Behandlingsrådets hjemmeside sammen med det øvrige baggrundsmateriale som ligger til grund for vurderingen. Medicoindustrien mener, at formkravet om et to-siders notat bør udgå, da det ikke altid vil være tilstrækkeligt med to sider til at kommentere på vurderingsrapporten i sin helhed.

### **Svar fra Danske Regioner:**

Processen for gennemlæsning og supplerende af vurderingsrapporten, lægger sig op ad processen i Medicinrådet. Her har virksomheden mulighed for at gennemse udkastet til vurderingsrapporten for faktuelle fejl og kontrollere, at alle informationer, de betragter som fortrolige, er markerede i rapporten. Virksomheden har desuden mulighed for at skrive et to-siders notat, som lægges ved vurderingsrapporten, når Rådet skal behandle sagen. Her kan virksomheden anføre supplerende information, som de ønsker, at Rådet skal oplyses om. Notatet må ikke indeholde nye data, som ikke er anvendt i virksomhedens ansøgning. Erfaringen fra Medicinrådet er, at to sider er tilstrækkeligt.

For at imødekomme misforståelse om formkravet til det supplerende notat, vil Danske Regioner gøre det tydeligere i procesrammen, at virksomhederne både får mulighed for at rette fejl og mangler i vurderingsrapporten og derudover kan supplere vurderingsrapporten med et 2-siders notat. Således bliver det tydeligt, at fejl og mangler ikke indgår i de 2 sider. Derudover præciseres det i procesrammen, at vurderingsrapporten og virksomhedens kommentarer samt supplerende notat offentliggøres.

## **7. Inddragelse af virksomheder bag komparator**

Dansk Erhverv nævner, at det er usikkert, hvordan virksomheder bag "komparator" stilles i evalueringer, og hvorvidt disse har ret til at blive inddraget som part i evalueringen. Der er tale om virksomheder, der ikke selv har ansøgt om at blive evalueret, men som udvælges som komparator til en løsning, der evalueres.

### **Svar fra Danske Regioner**

På baggrund af bemærkningen, vil Danske Regioner gøre det tydeligere i procesrammen, at virksomheder bag komparator også vil blive inddraget i processen omkring evalueringen. Det vil være sekretariatet og fagudvalget, der udvælger komparator, og

derefter vil virksomheden bag komparator, på lige fod med den ansøgte virksomhed, få mulighed for at indsende oplysninger og data om sit produkt, herunder om omkostninger og effekt. Bemærkningen har desuden givet anledning til at præcisere, at virksomheder bag komparator i lighed med den ansøgte virksomhed vil få vurderingsrapporten til gennemsyn for fejl og mangler, ligesom de kan supplere rapporten med et 2-siders notat.

## **8. Samspil med øvrige organer, vejledninger og specialeplanlægning**

Dansk Erhverv, Dansk Selskab for fysioterapi og Sundhedsstyrelsen efterspørger, at snitflader mellem Behandlingsrådets anbefalinger og vejledninger/anbefalinger fra offentlige myndigheder, nationale myndigheder og andre aktører konkretiseres yderligere. Dansk Erhverv og Dansk Selskab for fysioterapi har fokus på, at fagpersoner ikke placeres i dilemmaer med modsatrettede anbefalinger.

Sundhedsstyrelsen mener, at Behandlingsrådet bør afgrænses fra eksisterende systemer i Danmark for indførelse af sundhedsteknologier f.eks. nationale screeningsprogrammer, ligesom Behandlingsrådets arbejde bør afgrænses fra anbefalinger fra andre organer.

Region Sjælland og Sundhedsstyrelsen retter desuden opmærksomhed på, at Behandlingsrådets anbefalinger kan have konsekvenser for regionernes specialeplanlægning, og at Rådet bør sikre, at anbefalingerne implementeres korrekt i forhold til specialeplanerne.

### **Svar fra Danske Regioner:**

Bemærkningerne har ikke givet anledning til at afgrænse Behandlingsrådets genstandsfelt fra eksisterende systemer og anbefalinger/vejledninger. Danske Regioners sekretariat vurderer, at det skal være muligt for Behandlingsrådet at se på områder, der er omfattet af kliniske retningslinjer og vejledninger. Almindeligvis indgår omkostninger f.eks. ikke i udformningen af kliniske retningslinjer og vejledninger og det kan være relevant for Behandlingsrådet at inddrage omkostningsperspektivet på nogle af disse områder også. Det vil dog blive præciseret i procesrammen, at Behandlingsrådet vil inddrage de relevante myndigheder, faglige selskaber m.v. i processen, hvis emnet for en analyse eller evaluering er omfattet af en eksisterende vejledning eller retningslinje. Herudover gøres der opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen og lægemiddelstyrelsen er observatører i Rådet og dermed har mulighed for løbende at rejse eventuelle problemstillinger i Rådet. Det bemærkes desuden, at Medicinrådet også kan komme med anbefalinger på områder, der er omfattet af kliniske retningslinjer og andre vejledninger. Erfaringerne viser, at det ikke har givet anledning til udfordringer.

## **9. Proces for indstilling af forslag for klinikere på hospitalerne**

FOA og Lægeforeningen opfordrer til, at der arbejdes på en proces for, hvordan klinikere og medarbejdere kan indstille forslag til Behandlingsrådet igennem hospitalsledelserne.



Lægeforeningen efterspørger en vejledning til lokale hospitalsledelser om håndtering af indkomne ansøgninger til Behandlingsrådet fra klinikere m.fl., så der sikres ensartet sagsbehandling lokalt og for at sikre, at ansøgere ikke kan "shoppe" fra hospitalsledelse til hospitalsledelse.

#### **Svar fra Danske Regioner:**

Bemærkningerne har ikke givet anledning til at ændre rammerne. Det vurderes, at det er en lokal opgave for regionerne og hospitalsledelserne at tilrettelægge en indstillingsproces for medarbejdere og sundhedsfagligt personale.

#### **10. Automatisk revision af anbefalinger**

Medicoindustrien nævner, at anbefalingerne automatisk bør tages op til revision efter en årrække, ligesom man gør i NICE i England.

#### **Svar fra Danske Regioner**

Bemærkningen har ikke givet anledning til at foretage ændringer i rammerne. Som det fremgår i modellen for Behandlingsrådet, vil Rådet fra sag til sag vurdere, om der skal sættes en specifik dato for revurdering. Det skyldes, at der er forskel på udviklingen på de forskellige områder. Hvis der er nye konkurrerende teknologier på vej på et område, vil det f.eks. være meningsfyldt at sætte en udløbsdato, der ikke ligger for langt ude i fremtiden. Når der i procesrammen ikke er lagt op til automatisk revision, skyldes det et hensyn til kapaciteten i Behandlingsrådet og et ønske om at bruge Behandlingsrådets ressourcer bedst muligt. Det bemærkes, at det ikke er alle teknologier, der skal igennem Behandlingsrådet.

#### **11. Hensyn til små patientgrupper**

Muskelsvindfonden, Danske Handicaporganisationer og Dansk Selskab for fysioterapi rejser bekymring for, at der i udvælgelsen af emner tages højde for, hvor klinisk efterspurgt et emne er, da sjældne sygdomme med et lille patientgrundlag kan blive overset. Samtidig fremhæver de, at der i forbindelse med vurderingen af omkostningseffektivitet også er risiko for, at løsninger målrettet små patientgrupper ikke udvælges. For mange små patientgrupper er der f.eks. ikke så mange behandlingsalternativer, hvilket kan gøre det vanskeligt at fremvise evidens, ligesom nye løsninger, hvor der ikke er alternative behandlinger ofte kommer til at fremstå omkostningstunge.

#### **Svar fra Danske Regioner**

Bemærkningerne har ikke givet anledning til at ændre på kriterierne for udvælgelse af emner til analyse og evaluering. Dog vil Danske Regioner i procesrammen præcisere, at de otte kriterier for udvælgelse af emner skal ses i en sammenhæng, og at emner kan udvælges til evaluering, selvom de ikke scorer højt på alle kriterier. Alle kriterierne skal altså tages i betragtning og vægtes overfor hinanden, når emner udvælges til evaluering/analyse. Behandlingsrådets sekretariat vil arbejde videre med, hvordan dette gøres i praksis.

Herudover vil Danske Regioners sekretariat give Behandlingsrådet til opgave at sikre, at der udvælges en bred palet af emner blandt de indkomne forslag til evaluering – herunder emner der vedrører små patientgrupper.

## METODERAMME

### **12. Behandlingsrådets genstandsfelt og snitflade til Medicinrådet**

Region Hovedstaden, Dansk Erhverv og Lif kommenterer på Behandlingsrådets genstandsfelt og fremhæver et behov for at præcisere snitfladen til Medicinrådet i de tilfælde, hvor de to Råd kan have overlappende genstandsfelter. Lif og Dansk Erhverv rejser f.eks. spørgsmålet om, hvorvidt der kan foretages sammenligninger af lægemidler, der har været evalueret i Medicinrådet og Medicoteknisk udstyr, der evalueres i Behandlingsrådet.

Medicoindustrien pointerer, at Behandlingsrådet alene bør evaluere CE-mærkede produkter, da CE-mærke er afgørende for at produktet anses som sikkert og effektivt.

#### **Svar fra Danske Regioner**

Behandlingsrådets genstandsfelt blev beskrevet i Danske Regioners model for et Behandlingsråd, der blev sendt i høring den 12/12 2019. Heri fremgår det: *” Behandlingsrådet kan evaluere produkter, hvis anvendelse går på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis. Behandlingsrådet kan evaluere produkter, der kan erstatte medicin. Dette vil ske i tæt koordinering med Medicinrådet. Omvendt vil et lægemiddel, som er ledsaget af en diagnostisk test – fx en biomarkør – blive vurderet af Medicinrådet”*.

Danske Regioners sekretariatet vil dertil præcisere, at Behandlingsrådet udelukkende kan evaluere CE-mærkede enkeltteknologier.

### **13. Evaluering af produkter eller produktkategorier**

Dansk Erhverv pointerer, at det er uklart, hvorvidt Rådets primære formål er at ligestille produkter med henblik på konkurrenceudsættelse eller vurdere kvaliteten af enkelte produkter for at løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet generelt.

#### **Svar fra Danske Regioner**

Det er Behandlingsrådet opdrag og en del af Behandlingsrådets principper, at Behandlingsrådet skal målrette sundhedsvæsenets ressourcer til de teknologier og indsatser, der giver mest sundhed for pengene og bidrage til højere kvalitet i sundhedsvæsenet.

Behandlingsrådet kan derfor både evaluere enkeltteknologier eller produkter og produktkategorier eller behandlingsområder. Det forventes, at der oftest vil være tale om produkter, for hvilke, der er andre produkter, der kan sammenstilles i en evaluering, idet helt nye produkter, sjældnere vil have den nødvendige evidens tilgængeligt.

#### **Kommentarer til opgørelse af effekter:**

##### **13. Patientsikkerhed**

Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Dansk selskab for Patientsikkerhed opfordrer til, at der som en fast del af evalueringen/analysen altid ses på de dokumenterede effekter af patientsikkerheden, herunder komplikationer og bivirkninger.

## Svar fra Danske Regioner

Kommentarerne har ikke givet anledning til tilpasninger eller præciseringer. Vurdering af sikkerhed af og ved en given teknologi indgår i enhver evaluering. Derudover indgår opgørelser og vurdering af komplikationer eller bivirkninger på linje med de øvrige mulige effektmål herunder effekter relateret til brugen af en teknologi, mortalitet eller overlevelse samt livskvalitet. Det fremgår af metoderammen at: *”Valg af effektmål inden for bivirkninger afhænger af den konkrete teknologi og den sygdom, den vurderes til”*.

### 14. Krav til kvaliteten af kvalitative input og patientperspektiver i evalueringer

Region Midtjylland og Dansk Selskab for Fysioterapi efterspørger en beskrivelse af procedurer for kvalitetsvurdering og effektvurdering af kvalitative studier og input til evalueringerne. Der henvises til, at der i metoderammen opereres med et evidenshierarki for kvantitative undersøgelser, men at der ikke er noget tilsvarende for kvalitative undersøgelser.

DSR, DASYS og Medicoindustrien efterspørger også større klarhed om, hvordan patientens perspektiv vægtes, når man inddrager patientperspektivet som evidens på linje med øvrigt tilvejebragt evidens.

## Svar fra Danske Regioner

Kommentarerne har ikke givet anledning til ændringer for nu, men det forventes at disse dele uddybes i den endelige metodehåndbog.

Det fremgår af metoderammen at evidens kan: *”spænde fra kvantitative studier og litteratur om klinisk effekt og omkostninger, til kvalitativ evidens fra bl.a. patienter, udtalelser fra eksperter samt informationer fra pågående forskning eller andet”*. Ligesom det er understreget, at patienters perspektiv inddrages i enhver evaluering eller analyse på linje med øvrig tilvejebragt evidens. Det er dertil beskrevet, at det er fagudvalgene, der vurderer evidensens kvalitet med inddragelse af GRADE i relevant omfang – herunder fx også til vurdering af kvalitativ evidens. Fagudvalgene skal anvende deres faglige og kliniske viden om teknologien og terapiområdet til at vurdere, i hvor høj grad man har tillid til de fund, som den samlede kvalitative og kvantitative evidens har frembragt. Det fremgår endvidere af metoderammen at: *”Sekretariatet vil i Metodehåndbogen uddybe, relevante kilder og metoder til at validere og kvalitetsvurdere data, herunder hvordan eksperter og patienter inddrages og hvordan disses udsagn indgår i den samlede analyse”*.

### Kommentarer til opgørelse af omkostninger:

### 15. Inkluderede omkostninger fra andre sektorer – det brede omkostningsbegreb

Sundhedsstyrelsen m.fl. anser det for positivt, at evalueringer også medtager omkostninger fra øvrige sektorer, når det er relevant. De påpeger endvidere, at det er ønskeligt, at Rådet også forholder sig til, hvad det får af konsekvenser ved implementering, hvis udgifter f.eks. skubbes fra en aktør til en anden. Dansk Selskab for Fysioterapi og

Danske Handicaporganisationer efterspørger en mere detaljeret beskrivelse af det brede omkostningsbegreb og hvilke omkostninger, der kan tælles med fra andre sektorer f.eks. fra den sociale sektor. Dansk Selskab for Fysioterapi spørger eksplicit, om omkostninger i kommunen til forebyggelse og rehabilitering medregnes som omkostninger i evalueringerne, ligesom omkostninger til hjemmehjælp og hjælpemidler gør det. Danske Handicaporganisationer spørger eksplicit om, handicaprelaterede ydelser i serviceloven regnes med som omkostninger i evalueringerne.

### **Svar fra Danske Regioner**

Kommentarerne har ikke givet anledning til tilpasninger eller præciseringer. De konkrete omkostninger, der indgår i en given evaluering, vil afhænge af genstandsfeltet og teknologien eller behandlingens karakteristika. Det fremgår af metoderammen at: *"alle relevante behandlingsrelaterede omkostninger inkluderes, uanset hvem de tilfalder/afholdes af. Dette gælder også afledte omkostninger som følge af fx bivirkninger. Hvis teknologien i evalueringen påvirker omkostninger i almen praksis eller kommuner, skal disse omkostninger inkluderes i analysen (...) Analysen skal give en oversigt over, hvordan de økonomiske konsekvenser fordeler sig for de forskellige aktører (hospitaller, aktører i primærsektoren etc.)"*. Det vil derfor variere fra evaluering til evaluering hvilke omkostninger, det er relevant at medtage herunder omkostninger til fx hjælpemidler, rehabilitering etc.

Behandlingsrådet skal dertil i enhver evaluering forholde sig relevante organisatoriske eller implementeringsmæssige forudsætninger for teknologien.

### **16. Produktpris, der anvendes i vurderingen af omkostninger**

Medicoindustrien foreslår, at virksomhederne fastsætter en pris ved deres ansøgning. I de tilfælde, hvor ansøger ikke er virksomheden, bør virksomheden få mulighed for at oplyse deres pris i den indledende dialog vedr. evaluering- og analysedesign.

### **Svar fra Danske Regioner**

Kommentarerne har ikke givet anledning til tilpasninger eller præciseringer. Det fremgår af metoderammen at: *"Pris indgår som en omkostning indgår i de indsendte ansøgninger. Der kan indgå en prisforhandling under en evaluering, der dermed fastsætter en (ny) indkøbspris. Det kan f.eks. være i tilfælde, hvor der er tale om et nyt produkt, der endnu ikke er prissat eller i tilfælde, hvor en række produkter, som ikke tidligere har været konkurrenceudsat, sidestilles i en evaluering eller analyse"*.

### **17. Inddragelse af produktionstab/-gevinster**

Mens DE anerkender og kvitterer for det brede omkostningsperspektiv, påpeger de, Medicoindustrien og LIF, at udelukkelsen af Produktionstab/-gevinster (arbejdsmarkedsgvinster mv.) i en omkostningsanalyse kan skabe et misvisende billede af en teknologisk eller behandlings omkostninger på langt sigte. Medicoindustrien foreslår, at produktionstab/-gevinster som minimum bør indgå i følsomhedsanalyser.

### **Svar fra Danske Regioner**

Kommentarerne har ikke givet anledning til ændringer. Mens Danske Regioner er enige i, at det er vigtigt at se på de langsigtede effekter af at investere i sundhedsvæsenet, så er det besluttet, at hverken Medicinrådet eller Behandlingsrådet skal medtage konsekvenser for tilknytningen til arbejdsmarkedet, dvs. om et lægemiddel eller en teknologi har betydning for evnen til at arbejde, fordi det potentielt vil skabe en ulighed i adgangen til medicin eller teknologi for forskellige befolkningsgrupper. Idet sådanne beregninger kan medvirke til at skabe forrang for teknologier eller lægemidler, der er målrettet arbejdsduelige mennesker fremfor teknologier eller lægemidler til fx ældre, små børn og mennesker uden eksisterende arbejdsmarkedstilknytning.

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Udvikling i ansættelse af speciallæger februar 2021</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Status for ansættelse af speciallæger februar 2021</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>8</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>



## Udvikling i ansættelse af speciallæger

Medtaget i opgørelsen er lægelige chefer, overlæger og afdelingslæger. Endvidere fremgår fordelingen overlæger/afdelingslæger. Hensigten er, at fordelingsstallet skal falde således, at vi fremtidigt ser en forholdsmæssig større andel af afdelingslæger i forhold til overlæger.

08-01-2021

EMN-2017-00054

1406525

Lisbet Langbjerg Sørensen

På nuværende tidspunkt er det muligt at få oplyst tal for oktober måned 2020.

Udviklingsindeks viser udviklingen fra december 2016 til oktober 2020.

### Hele landet

	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>1.036</b>	1.063	1.057	1.063	1.081	1.081	1.089	1.077	<b>1.086</b>	<b>105</b>
Overlæger	<b>5.442</b>	5.501	5.489	5.421	5.324	5.288	5.241	5.282	<b>5.312</b>	<b>98</b>
Afdelingslæger	<b>1.909</b>	1.924	1.963	2.159	2.284	2.415	2.515	2.573	<b>2.679</b>	<b>140</b>
Samlet antal speciallæger	<b>8.388</b>	8.489	8.509	8.643	8.689	8.784	8.846	8.932	<b>9.079</b>	<b>108</b>

Overlæger/afdelingslæger **2,85** 2,86 2,80 2,51 2,33 2,19 2,08 2,05 1,98



## Region Hovedstaden

	<b>Dec. 2016</b>	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>211</b>	218	210	214	210	205	205	207	<b>199</b>	<b>94</b>
Overlæger	<b>2.142</b>	2.178	2.177	2.167	2.159	2.163	2.141	2.162	<b>2.180</b>	<b>102</b>
Afdelingslæger	<b>659</b>	653	644	703	737	766	802	824	<b>884</b>	<b>134</b>
Samlet antal speciallæger	<b>3.023</b>	3.048	3.046	3.084	3.106	3.134	3.148	3.193	<b>3.263</b>	<b>108</b>

Overlæger/afdelingslæger **3,25**    3,34    3,38    3,08    2,93    2,82    2,67    2,62    2,47

## Region Midtjylland

Hele Landet	<b>Dec. 2016</b>	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>205</b>	206	205	208	202	206	206	202	<b>198</b>	<b>97</b>
Overlæger	<b>1.145</b>	1.141	1.132	1.116	1.084	1.063	1.066	1.070	<b>1.087</b>	<b>95</b>
Afdelingslæger	<b>448</b>	467	479	535	556	592	612	614	<b>639</b>	<b>143</b>
Samlet antal speciallæger	<b>1.798</b>	1.814	1.814	1.858	1.842	1.861	1.884	1.885	<b>1.926</b>	<b>107</b>

Overlæger/afdelingslæger **2,56**    2,44    2,37    2,09    1,95    1,80    1,74    1,74    1,70

## Region Nordjylland

Hele Landet	<b>Dec. 2016</b>	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>148</b>	155	157	162	171	168	168	170	<b>172</b>	<b>116</b>
Overlæger	<b>435</b>	444	436	425	413	412	395	400	<b>408</b>	<b>94</b>
Afdelingslæger	<b>202</b>	210	234	253	269	286	293	296	<b>303</b>	<b>150</b>
Samlet antal speciallæger	<b>785</b>	810	827	840	853	866	857	866	<b>883</b>	<b>113</b>

Overlæger/afdelingslæger **2,15**    2,11    1,87    1,68    1,54    1,44    1,35    1,35    1,34

## Region Sjælland

Hele Landet	<b>Dec. 2016</b>	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>139</b>	148	145	147	148	151	150	152	<b>151</b>	<b>109</b>
Overlæger	<b>689</b>	702	710	679	660	650	648	647	<b>637</b>	<b>93</b>
Afdelingslæger	<b>160</b>	165	156	176	193	206	217	233	<b>250</b>	<b>156</b>
Samlet antal speciallæger	<b>988</b>	1.014	1.011	1.003	1.001	1.007	1.015	1.032	<b>1.038</b>	<b>105</b>

Overlæger/afdelingslæger **4,29** 4,25 4,54 3,87 3,42 3,16 2,98 2,78 2,55

## Region Syddanmark

Hele Landet	<b>Dec. 2016</b>	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>306</b>	317	325	325	331	317	334	330	<b>330</b>	<b>99</b>
Overlæger	<b>1.029</b>	1.035	1.032	1.032	1.005	987	978	989 <sup>1</sup>	<b>990</b>	<b>96</b>
Afdelingslæger	<b>432</b>	422	443	492	530	564	591	604	<b>601</b>	<b>139</b>
Samlet antal speciallæger	<b>1.768</b>	1.774	1.800	1.849	1.866	1.878	1.902	1.923	<b>1920</b>	<b>109</b>

Overlæger/afdelingslæger **2,38** 2,46 2,33 2,10 1,90 1,75 1,66 1,64<sup>2</sup> 1,65

<sup>1</sup> I bilag fremlagt ved opgørelse august 2020 var der ved en fejl opgivet et større antal overlæger.

<sup>2</sup> I bilag fremlagt ved opgørelse august 2020 var der ved en fejl opgivet et større antal overlæger, derved blev forholdstallet ligeledes angivet forkert.

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Danske Regioner årsrapport 2020</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Danske Regioner regnskab 2020</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>12</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>3</b>

DANSKE  
REGIONER



# Årsrapport 2020

## Indholdsfortegnelse

<b>Foreningsoplysninger</b>	3
<b>Påtegninger</b>	
Ledelsespåtegning	5
Uafhængige revisors revisionspåtegning	6
<b>Ledelsesberetning</b>	
Ledelsesberetning	9
<b>Årsregnskab</b>	
Anvendt regnskabspraksis	10
Resultatopgørelse	14
Balance	15
Noter	17

## Foreningsoplysninger

Danske Regioner  
Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

Telefon: 35 29 81 00  
Telefax: 35 29 83 00  
Hjemmeside: [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)  
E-mail: [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)

CVR-nummer:55832218  
Oprettet 1. januar 2007  
Hjemsted: København

Regnskabsperiode: 1. januar 2020 - 31. december 2020

### **Direktion:**

Adm. Dir. Adam Wolf  
Direktør Erik Jylling  
Direktør Rikke M. Friis

**Bestyrelse:**

Stephanie Lose - formand  
Ulla Astman - 1. næstformand  
Henrik Thorup - 2. næstformand  
Sophie Hæstorp Andersen  
Anders Kühnau  
Heino Knudsen  
Poul-Erik Svendsen  
Lars Gaardhøj  
Karin Friis Bach  
Per Larsen  
Villy Søvnald  
Lone Langballe  
Martin Geertsen  
Carsten Kissmeyer  
Jacob Jensen  
Lone Sondrup  
Tormod Olsen

**Pengeinstitut:**

Nordea, Hovedvejen 112, 2600 Glostrup

**Revision:**

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab  
Ringstedvej 18 st.th, 4000 Roskilde

## Ledelsespåtegning

Bestyrelsen og direktionen har dags dato behandlet og godkendt årsrapporten for 1. januar - 31. december 2020 for Danske Regioner.

Årsrapporten aflægges i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Det er vores opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af Danske Regioners aktiver, passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2020 samt af resultatet af Danske Regioners aktiviteter for regnskabsåret 1. januar – 31. december 2020.

Ledelsesberetningen indeholder efter vores opfattelse en retvisende redegørelse for de forhold, beretningen omhandler.

Årsrapporten indstilles til generalforsamlingens godkendelse.

København, den 4. februar 2021

Adam Wolf  
Adm. Direktør

Kenneth Jensen  
Administrationschef

Bestyrelse:

den 4. februar 2021

---

Stephanie Lose  
Formand

Ulla Astman  
1. næstformand

Henrik Thorup  
2. næstformand

Sophie Hæstorp Andersen

Anders Kühnau

Heino Knudsen

Poul-Erik Svendsen

Lars Gaardhøj

Karin Friis Bach

Per Larsen

Villy Søvnald

Lone Langballe

Martin Geertsen

Carsten Kissmeyer

Jacob Jensen

Lone Sondrup

Tormod Olsen



## **Den uafhængige revisors revisionspåtegning**

### **Til Bestyrelsen for Danske Regioner**

#### **Konklusion**

Vi har revideret årsregnskabet for Danske Regioner for regnskabsåret 1. januar – 31. december 2020, der omfatter anvendt regnskabspraksis, resultatopgørelse, balance og noter. Årsregnskabet udarbejdes på grundlag af årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Det er vores opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af Danske Regioners aktiver og passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2020 samt af resultatet af Danske Regioners aktiviteter for regnskabsåret 2020 i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

#### **Grundlag for konklusion**

Vi har udført vores revision i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark. Vores ansvar ifølge disse standarder og krav er nærmere beskrevet i revisionspåtegningens afsnit "Revisors ansvar for revisionen af årsregnskabet". Vi er uafhængige af Danske Regioner i overensstemmelse med internationale etiske regler for revisorer (IESBA's Etiske regler) og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, ligesom vi har opfyldt vores øvrige etiske forpligtelser i henhold til disse regler og krav. Det er vores opfattelse, at det opnåede revisionsbevis er tilstrækkeligt og egnet som grundlag for vores konklusion.

#### **Ledelsens ansvar for årsregnskabet**

Ledelsen har ansvaret for udarbejdelsen af et årsregnskab, der giver et retvisende billede i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis. Ledelsen har endvidere ansvaret for den interne kontrol, som ledelsen anser for nødvendig for at udarbejde et årsregnskab uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl.

Ved udarbejdelsen af årsregnskabet er ledelsen ansvarlig for at vurdere Danske Regioners evne til at fortsætte driften; at oplyse om forhold vedrørende fortsat drift, hvor dette er relevant; samt at udarbejde årsregnskabet på grundlag af regnskabsprincippet om fortsat drift, medmindre ledelsen enten har til hensigt at likvidere Danske Regioner, indstille driften eller ikke har andet realistisk alternativ end at gøre dette.

## Revisors ansvar for årsregnskabet

Vores mål er at opnå høj grad af sikkerhed for, om årsregnskabet som helhed er uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl, og at afgive en revisionspåtegning med en konklusion. Høj grad af sikkerhed er et højt niveau af sikkerhed, men er ikke en garanti for, at en revision, der udføres i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, altid vil afdække væsentlig fejlinformation, når sådan findes. Fejlinformationer kan opstå som følge af besvigelser eller fejl og kan betragtes som væsentlige, hvis det med rimelighed kan forventes, at de enkeltvis eller samlet har indflydelse på de økonomiske beslutninger, som regnskabsbrugerne træffer på grundlag af årsregnskabet.

Som led i en revision, der udføres i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, foretager vi faglige vurderinger og opretholder professionel skepsis under revisionen. Herudover:

- Identificerer og vurderer vi risikoen for væsentlig fejlinformation i årsregnskabet, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl, udformer og udfører revisionshandlingerne som reaktion på disse risici samt opnår revisionsbevis, der er tilstrækkeligt og egnet til at danne grundlag for vores konklusion. Risikoen for ikke at opdage væsentlig fejlinformation forårsaget af besvigelser er højere end ved væsentlig fejlinformation forårsaget af fejl, idet besvigelser kan omfatte sammensværgelser, dokumentfalsk, bevidste udeladelser, vildledning eller tilsidesættelse af intern kontrol.
- Opnår vi forståelse af den interne kontrol med relevans for revisionen for at kunne udforme revisionshandlingerne, der er passende efter omstændighederne, men ikke for at kunne udtrykke en konklusion om effektiviteten af Danske Regioners interne kontrol.
- Tager vi stilling til, om den regnskabspraksis, som er anvendt af ledelsen, er passende, samt om de regnskabsmæssige skøn og tilknyttede oplysninger, som ledelsen har udarbejdet, er rimelige.
- Konkluderer vi, om ledelsens udarbejdelse af årsregnskabet på grundlag af regnskabsprincippet om fortsat drift er passende, samt om der på grundlag af det opnåede revisionsbevis er væsentlig usikkerhed forbundet med begivenheder eller forhold, der kan skabe betydelig tvivl om Danske Regioners evne til at fortsætte driften. Hvis vi konkluderer, at der er en væsentlig usikkerhed, skal vi i vores revisionspåtegning gøre opmærksom på oplysninger herom i årsregnskabet eller, hvis sådanne oplysninger ikke er tilstrækkelige, modificere vores konklusion. Vores konklusioner er baseret på det revisionsbevis, der er opnået frem til datoen for vores revisionspåtegning. Fremtidige begivenheder eller forhold kan dog medføre, at Danske Regioner ikke længere kan fortsætte driften.

- Tager vi stilling til den samlede præsentation, struktur og indhold af årsregnskabet, herunder noteoplysningerne, samt om årsregnskabet afspejler de underliggende transaktioner og begivenheder på en sådan måde, at der gives et retvisende billede heraf.

Vi kommunikerer med ledelsen om blandt andet det planlagte omfang og den tidsmæssige placering af revisionen samt betydelige revisionsmæssige observationer, herunder eventuelle betydelige mangler i intern kontrol, som vi identificerer under revisionen.

### **Udtalelse om ledelsesberetningen**

Ledelsen er ansvarlig for ledelsesberetningen.

Vores konklusion om årsregnskabet omfatter ikke ledelsesberetningen, og vi udtrykker ingen form for konklusion med sikkerhed om ledelsesberetningen.

I tilknytning til vores revision af årsregnskabet er det vores ansvar at læse ledelsesberetningen og i den forbindelse overveje, om ledelsesberetningen er væsentligt inkonsistent med årsregnskabet eller vores viden opnået ved revisionen eller på anden måde synes at indeholde væsentlig fejlinformation.

Vores ansvar er derudover at overveje, om ledelsesberetningen indeholder krævede oplysninger i henhold til årsregnskabslovens klasse A og den på side 10 – 13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Baseret på det udførte arbejde er det vores opfattelse, at ledelsesberetningen er i overensstemmelse med årsregnskabet og er udarbejdet i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10 – 13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis. Vi har ikke fundet væsentlig fejlinformation i ledelsesberetningen.

Roskilde, den 4. februar 2021

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab  
CVR-nr. 20 22 26 70

Per Lund  
Statsautoriseret revisor

Michael S. Nielsen  
Registreret revisor

## Ledelsens årsberetning

Danske Regioner blev oprettet efter etableringen af de 5 regioner pr. 1. januar 2007. Foreningen skal

- a) understøtte og udvikle det regionale demokratiske niveau i Danmark,
- b) varetage regionernes fælles interesser, herunder sikre de økonomiske rammer, og støtte regionerne i deres opgaveløsning, så de har bedst mulige vilkår for at løse deres opgaver effektivt og på et højt fagligt niveau,
- c) varetage regionernes interesser vedrørende de regionalt ansattes løn- og ansættelsesforhold,
- d) alene eller i samarbejde med andre oprette og drive virksomheder, der kan bistå regionerne ved løsningen af disse opgaver.

Regnskabet er opstillet i overensstemmelse med principperne i årsregnskabslovens bestemmelser for klasse A-virksomheder og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Danske Regioners resultatopgørelse udviser et driftsunderskud på 29,3 millioner kroner.

De finansielle poster udgør 9,0 millioner kroner, idet der er indtægter på 11,8 millioner kroner, omkostninger på 0,8 millioner kroner og kurstab på 2,0 millioner kroner. Dermed udviser foreningens drift et underskud på 20,2 millioner kroner. Udgiften til rammebevillingen Projekt Godt Sygehusbyggeri udgjorde 0,9 million kroner og til Opstart af Behandlingsrådet 1,4 millioner kroner. Årets resultat er dermed et underskud på 22,6 millioner kroner.

Medicinrådets andel af driftsresultatet for 2020 udgør et mindreforbrug på 1,9 millioner. kr. jf. note 20.

Danske Regioners indtægter var kun i begrænset omfang påvirket af den igangværende COVID 19 epidemi. Udgifterne til fremmede tjenesteydelser og rejse- og mødeaktiviteter var lavere end forventet som følge af aflyste konferencer og øvrige aktiviteter.

Der var i 2020 beskæftiget 231,9 fuldtidsmedarbejdere mod 223,3 i 2019.

Der er over finansloven i 2020 ydet et tilskud på 3,35 mio. kr., der er anvendt til delvis kompensation af udgifterne til drift af Regionernes Lønnings- og Takst Nævn (RLTN).

Danske Regioners balance pr. 31. december 2020 balancerer med 679,5 mio. kr. Egenkapitalen udgør ultimo 2020 339,9 mio. kr. mod 362,4 mio. kr. primo året.

Der er ikke siden regnskabsafslutningen indtruffet forhold eller transaktioner med væsentlig indflydelse på foreningens finansielle stilling, hvortil der ikke allerede er taget hensyn i årsrapporten.

## Anvendt regnskabspraksis

Årsrapporten for 2020 er aflagt i overensstemmelse med principperne i årsregnskabslovens bestemmelser for klasse A-virksomheder.

Årsrapporten er udarbejdet efter samme regnskabspraksis som sidste år.

Om den anvendte regnskabspraksis kan oplyses følgende:

### Resultatopgørelsen

Indtægter og omkostninger periodiseres, så det enkelte regnskabsår så vidt muligt kun indeholder årets indtægter og udgifter.

### Nettoomsætning

Indeholder opkrævede kontingenter beregnet efter befolkningsopgørelser pr. 1. januar i regnskabsåret, tilskud samt fakturerede indtægter vedrørende ydelse af sekretariatsbistand.

### Personaleomkostninger

Indeholder samtlige personaleomkostninger, inklusiv feriepenge og pensioner samt andre omkostninger til social sikring mv. til foreningens medarbejdere.

Endvidere indgår beregnede omkostninger som følge af ændringer i feriepengeforpligtelser og pensionsforpligtelser.

I personaleomkostninger er fratrukket modtagne godtgørelser fra offentlige myndigheder.

### Afskrivninger

Indeholder årets omkostninger til lineære afskrivninger på anlægsaktiver, beregnet over aktivernes levetid. Inventar, IT m.v. afskrives fra året efter anskaffelsesåret.

### Andre driftsomkostninger

Indeholder driftsomkostninger til huse, fremmede tjenesteydelser, mødeaktiviteter og konferencer, IT driftsomkostninger, og øvrige driftsomkostninger.

### Finansielle poster

Indeholder renter m.v. af likvide beholdninger samt periodiserede renter og modtaget udbytte af værdipapirbeholdninger (kapitalforvaltning) samt realiserede og urealiserede kursgevinster/tab.

Danske Regioner har indgået aftale om Repo finansiering med Nordea. Aftalen er baseret på en obligationsbeholdning på et særskilt depot. Ved træk på aftalen nedskrives depotbeholdningen. Der optages dermed ikke en særskilt passivpost på balancen.

## Projekter

Projekter vedrører flerårige bevillinger givet af bestyrelsen i form af en trækingsret på formuen.

## Skat

Danske Regioner er ikke skattepligtige af erhvervsindtægter, idet Danske Regioner ifølge SKAT anses for at være ubetinget og fuldstændigt fritaget for skattepligt.

## Balancen

### Aktiver

#### Immaterielle anlægsaktiver

Software m.v. er indregnet i balancen til kostpris og afskrives efterfølgende over aktivets økonomiske levetid.

#### Materielle anlægsaktiver

Ejendomme er indregnet til anskaffelsessummen pr. 1. januar 2007 med fradrag af akkumulerede afskrivninger.

Forbedringer på ejendomme, øvrige anlægsaktiver, herunder edb-udstyr og inventar optages til anskaffelsessummen med fradrag af akkumulerede afskrivninger.

#### Levetider

Der anvendes lineære afskrivninger af anskaffelsessummen over følgende levetider

Aktivtype	Levetider (år)
Immaterielle aktiver	3-5
Bygninger	60-70
Tekniske installationer	20-25
Indretning af erhvervslejemål	10
Inventar, it-udstyr mv.	3
Kopiprintere, AV udstyr og teknisk udstyr i mødecenter	5
Særindretninger 4. sal og mødelok. Kajbygning	10

## **Værdipapirer**

Finansielle anlægsaktiver består af investeringsforeningsbeviser og obligationer. Værdipapirerne forvaltes af Nordea og er indregnet til kursværdi pr. 31.12.2020. Kursreguleringer optages i resultatopgørelsen.

## **Tilgodehavender**

Tilgodehavender måles til amortiseret kostpris, hvilket sædvanligvis svarer til nominel værdi. Værdien reduceres med nedskrivning til imødegåelse af forventede tab.

## **Likvide beholdninger**

Likvide beholdninger omfatter indskud i pengeinstitutter.

Likviderne indregnes i overensstemmelse med indestående i pengeinstitutter. Likvide beholdninger i udenlandsk valuta indregnes til den officielle kurs.

## **Passiver**

### **Egenkapital, Opskrivningshensættelser**

Vedrører tidligere opskrivninger af ejendomme til den offentlige vurdering pr. 1. oktober 2006.

### **Hensatte forpligtelser, tjenestemandforpligtelser**

Danske Regioners tjenestemandspensionsforpligtelse er delvis dækket ved forsikring i Sampension A/S. Tjenestemandspensionsforpligtelsen er optaget til indskudsværdien ultimo 2020 af den manglende forsikringsmæssige dækning. Forpligtelsen omfatter tjenestemandspensionister.

I 2020 har Sampension ændret grundlagsrenten i forsikringsdepotet til 0 %. Som konsekvens heraf er beregningen af pensionsforpligtelsen fra 2020 foretaget med EIOPAs rentekurve.

Regulering af forpligtelserne foretages via resultatopgørelsen.

### **Langfristede gældsforpligtelser**

Langfristet gæld til realkreditinstitutter og andre kreditinstitutter er optaget med restgælden på balancetidspunktet.

Andre gældsforpligtigelser, som omfatter gæld til leverandører, andre myndigheder samt anden gæld, måles til nominel værdi.

Gæld i udenlandsk valuta reguleres til kursen ultimo regnskabsåret.

### **Kortfristet gæld**

Kortfristet gæld til pengeinstitutter, staten, kommuner og regioner optages med restværdien på balancetidspunktet.

Feriepengeforpligtelsen opgøres for personale med ret til ferie med løn på baggrund af registreringer i lønsystemet.

Ændringen i feriepengeforpligtelsen fra primo til ultimo er indregnet i resultatopgørelsen.

### **Interimskonti**

Interimskonti indeholder overenskomstmidler til udvikling af fælles regionale personale udviklingsprojekter samt midler til tværregionale projekter.

### **Noter til resultatopgørelse og balance**

Der er udarbejdet noter til henholdsvis resultatopgørelse og balance i det omfang, der er væsentlige forhold, som bør belyses.



## Resultatopgørelse

	Note	2020	2019
Nettoomsætning	1	231.612.512	220.216.576
<b>Bruttoresultat</b>		<b>231.612.512</b>	<b>220.216.576</b>
<b>Omkostninger</b>			
Personaleomkostninger	2	192.701.386	166.878.689
Afskrivninger	7+8	12.078.595	10.772.289
Andre driftsomkostninger	3	56.110.796	66.599.649
<b>Omkostninger i alt</b>		<b>260.890.777</b>	<b>244.250.626</b>
<b>Driftsresultat</b>		<b>-29.278.265</b>	<b>-24.034.050</b>
<b>Finansielle poster</b>			
Finansielle indtægter	4	11.820.347	11.581.674
Finansielle omkostninger	5	755.866	906.615
Kursgevinster/tab		-2.032.699	15.637.561
<b>Finansielle poster, netto</b>		<b>9.031.783</b>	<b>26.312.620</b>
<b>Resultat af foreningens drift</b>		<b>-20.246.482</b>	<b>2.278.570</b>
Projekter mv.	6	2.325.198	988.460
<b>Årets resultat</b>		<b>-22.571.680</b>	<b>1.290.109</b>
<b>Forslag til resultatdisponering:</b>			
Overføres til egenkapitalen		-22.571.680	1.290.109
<b>Disponeret i alt</b>		<b>-22.571.680</b>	<b>1.290.109</b>

## Balance pr. 31. december

	Note	2020	2019
<b>Aktiver</b>			
Software	7	2.468.614	3.519.004
<b>Immaterielle anlægsaktiver</b>		<u>2.468.614</u>	<u>3.519.004</u>
Grunde og bygninger		179.640.709	185.235.560
Øvrige anlægsaktiver		3.871.444	3.837.327
<b>Materielle anlægsaktiver</b>	8	<u>183.512.153</u>	<u>189.072.887</u>
Værdipapirer	9	418.729.613	383.565.749
<b>Finansielle anlægsaktiver</b>		<u>418.729.613</u>	<u>383.565.749</u>
<b>Anlægsaktiver i alt</b>		<u>604.710.379</u>	<u>576.157.640</u>
Tilgodehavender fra tjenesteydelser		37.432.864	73.809.169
Andre tilgodehavender		4.968.672	1.750.703
<b>Tilgodehavender</b>		<u>42.401.536</u>	<u>75.559.871</u>
<b>Likvide beholdninger</b>	10	32.411.949	41.850.893
<b>Omsætningsaktiver i alt</b>		<u>74.813.485</u>	<u>117.410.765</u>
<b>Aktiver i alt</b>		<u>679.523.864</u>	<u>693.568.405</u>

	Note	2020	2019
<b>Passiver</b>			
Egenkapital		290.494.794	289.204.685
Overført resultat		-22.571.680	1.290.109
Opskrivningshenlæggelse		71.931.170	71.931.170
<b>Egenkapital i alt</b>		<u>339.854.284</u>	<u>362.425.964</u>
Tjenestemandspensioner		46.381.313	35.418.964
<b>Hensatte forpligtelser i alt</b>		<u>46.381.313</u>	<u>35.418.964</u>
Indefrosne feriepenge og deposita	11	15.561.973	6.492.938
<b>Langfristede gældsforpligtelser</b>		<u>15.561.973</u>	<u>6.492.938</u>
Kortfristet gæld	12	96.750.475	89.936.180
Interimskonti	13	180.975.819	199.294.359
<b>Kortfristede gældsforpligtelser</b>		<u>277.726.294</u>	<u>289.230.539</u>
<b>Gældsforpligtelser i alt</b>		<u>293.288.267</u>	<u>295.723.477</u>
<b>Passiver i alt</b>		<u>679.523.864</u>	<u>693.568.405</u>

Leje- og eventualforpligtelser	14
Pantsætning og sikkerhedsstillelser	15
Regnskab for RVMR*	16
Regnskab for RSI**	17
Regnskab for RFI***	18
Regnskab for FL-tilskud til RLTN	19
Regnskab for Medicinrådet	20
Regnskab for IT Rådet	21

\*) Regionernes Videncenter for Miljø og Ressourcer

\*\*) Regionernes Sundheds it

\*\*\*) Regionernes Fælles Indkøb

## Noter

	2020	2019
<b>1 Nettoomsætning</b>		
Kontingent Danske Regioner	142.075.417	138.821.802
Kontingent Medicinrådet	52.408.000	46.387.000
Kontingent RVMR	8.930.052	8.729.281
Kontingent RSI	5.341.000	5.221.000
Kontingent IT Rådet	1.349.378	0
Kontingent RFI	4.303.100	4.206.400
Kontingent Kvalitetsindsatsen	861.444	842.076
Tilskud til drift af RLTN	3.350.000	3.300.000
Sekretariatsbidrag	9.795.277	9.564.786
Øvrige indtægter	3.198.844	3.144.231
	<u>231.612.512</u>	<u>220.216.576</u>
<b>2 Personaleomkostninger</b>		
Lønninger	158.181.484	141.524.780
Øvrige personaleomkostninger	20.421.194	22.039.552
Brutto personaleomkostninger	<u>178.602.678</u>	<u>163.564.332</u>
Regulering af hensættelse af pension	10.962.349	2.026.592
Regulering af feriepengehensættelse	3.136.359	1.287.765
	<u>14.098.708</u>	<u>3.314.357</u>
Personaleomkostninger i alt	<u>192.701.386</u>	<u>166.878.689</u>
Antal fuldtidsbeskæftigede i gennemsnit	<u>231,9</u>	<u>223,3</u>
Antal tjenestemandspensionister	16	16
<b>3 Andre driftsomkostninger</b>		
Driftsomkostninger ejendomme	9.850.465	9.064.935
Bestyrelsespulje	1.375.000	5.019.831
Beredskabspulje	1.451.367	1.189.607
Forskningspuljer	1.650.634	1.999.673
Øvrige fremmede tjenesteydelser	13.626.063	15.776.895
Mødeaktiviteter	5.300.200	9.741.202
Øvrige udgifter	19.694.236	20.662.526
Tilskud	3.162.831	3.144.981
	<u>56.110.796</u>	<u>66.599.649</u>

	2020	2019
<b>4 Finansielle indtægter</b>		
Afkast kapitalforvaltning	-9.069.568	-8.911.014
Lejeindtægt Regionernes Hus	-2.750.779	-2.670.660
	<u>-11.820.347</u>	<u>-11.581.674</u>
<b>5 Finansielle omkostninger</b>		
Renter, gebyrer	755.866	906.615
	<u>755.866</u>	<u>906.615</u>
<b>6 Projekter mv.</b>		<b>Tidligere anvendt</b>
Projektbevillinger (bevilling)		
Vidensdeling fremtidens sygehuse (15,2 mio.kr.)	926.915	12.533.532
Opstart af Behandlingsrådet (1,8 mio.kr.)	1.398.284	0
<b>Projektbevilling i alt (14,2 mio. kr.)</b>	<b>2.325.198</b>	<b>12.533.532</b>
<b>7 Immaterielle anlægsaktiver</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>
Kostpris 1.1	10.624.542	7.140.730
Tilgang i årets løb	1.180.400	3.483.811
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>11.804.942</u>	<u>10.624.542</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	7.105.537	5.250.682
Af- og nedskrivninger på afhændede aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	2.230.791	1.854.855
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>9.336.328</u>	<u>7.105.537</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12	<u>2.468.614</u>	<u>3.519.004</u>

**Materielle anlægsaktiver**

	<b>Grunde og bygninger</b>	<b>Øvrige anlægsaktiver</b>
<b>Regionernes hus</b>		
Kostpris 1.1	253.298.698	23.275.746
Tilgang i årets løb	1.428.248	2.583.120
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>254.726.946</u>	<u>25.858.866</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	70.979.371	19.438.419
Af- og nedskrivninger på afhændede aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	6.966.656	2.549.003
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>77.946.026</u>	<u>21.987.423</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12.20	<u>176.780.920</u>	<u>3.871.444</u>
Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.20	170.000.000	

	<b>Grunde og bygninger</b>	<b>Øvrige anlægsaktiver</b>
<b>Gripsholm</b>		
Kostpris 1.1	3.650.000	0
Tilgang i årets løb	0	0
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>3.650.000</u>	<u>0</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	733.767	0
Af- og nedskrivninger på afhændede aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	56.444	0
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>790.211</u>	<u>0</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12.20	<u>2.859.789</u>	<u>0</u>
Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.20	3.350.000	

	<b>Grunde og bygninger</b>	<b>Øvrige anlægsaktiver</b>
<b>Materielle anlægsaktiver</b>		
Regionernes hus	176.780.920	3.871.444
Gripsholm	2.859.789	0
Regnskabsmæssig værdi 31.12.20	<u>179.640.709</u>	<u>3.871.444</u>
Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.20	173.350.000	

<b>9</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>
<b>Finansielle anlægsaktiver</b>		
Aktier i Sampension KP Livsforsikring a/s	20.000	20.000
Aktier i portefølje Nordea	95.612.989	71.992.320
Obligationer	323.096.624	311.553.429
	<u>418.729.613</u>	<u>383.565.749</u>
<b>10</b>		
<b>Likvide beholdninger</b>		
Checkdisponible indskud	133.222	282.787
Bankkonto	31.022.736	40.077.754
Portefølje Nordea	1.255.991	1.490.352
	<u>32.411.949</u>	<u>41.850.893</u>
<b>11</b>		
<b>Langfristet gæld</b>		
Indefrosne feriepenge	14.155.867	5.127.787
Reg. Hus - Sundhed.dk depositum	1.406.106	1.365.151
	<u>15.561.973</u>	<u>6.492.938</u>
<b>12</b>		
<b>Kortfristet gæld</b>		
Moms	1.696.656	1.574.507
Øvrige kreditorer	34.011.443	22.603.210
Feriepengeforpligtigelse	11.117.825	16.802.663
Per.afgrænsningsposter*	49.924.550	48.955.801
	<u>96.750.475</u>	<u>89.936.180</u>

\*) Indeholder forudbetalt kontingent for 1. kv. 2021. Sammenligningstallene for 2019 er rettet.

13

**Interimskonti**

	<b>2020</b>	<b>2019</b>
Overenskomstparter	101.949.956	120.852.452
Eksterne Institutioner	-1.454.671	-1.685.974
Rejsesygesikring (SOS)	2.976.276	4.143.687
Projekter	77.504.258	75.984.194
	<u>180.975.819</u>	<u>199.294.359</u>

**Noter hvortil der ikke henvises til i regnskabet**

14

**Leje- og eventualforpligtelser**

Huslejekontrakt i Bruxelles	Opsigelig husleje kontrakt udløber 31. december 2027. Årlig husleje € 38.400.
Huslejekontrakt Medicinrådet, Dampfærgevej 27-29, 3. th., 2100 Kbh. Ø	Der er 6 måneders opsigelse. Årlig husleje kr. 1.626.487 incl. moms.
Huslejekontrakt Behandlingsrådet, Niels Jernes Vej 10, 9220 Aalborg Øst.	Der er 6 måneders opsigelse. Årlig husleje kr. 255.496 incl. moms.

Der er indgået aftale om Repo finansiering med udløb i januar 2021.  
Indfrielsesbeløbet er 69.933.035,88 kr.

15

**Pantsætninger og sikkerhedsstillelse**

Ingen

16

**Regnskab RVMR**

	<b>2020</b>	<b>2019</b>
Indtægter kontingent	8.930.052	8.729.281
Personaleudgifter	4.242.395	4.021.184
Fremmede tjenesteydelser	3.540.003	1.701.180
Afholdte konferencer	356.232	963.169
Øvrige driftsudgifter	1.271.092	1.318.177
Udgifter i alt:	<u>9.409.722</u>	<u>8.003.710</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>-479.670</u>	725.571



17

**Regnskab RSI**

	<b>2020</b>	<b>2019</b>
Indtægter kontingent	5.341.000	5.221.000
Personaleudgifter	4.158.243	3.974.678
Fremmede tjenesteydelser	336.000	838.200
Øvrige driftsudgifter	516.592	773.705
Udgifter i alt:	<u>5.010.835</u>	<u>5.586.583</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>330.165</u>	<u>-365.583</u>

18

**Regnskab RFI**

Indtægter kontingent	4.303.100	4.206.400
Personaleudgifter	3.738.517	3.280.766
Fremmede tjenesteydelser	5.750	238.276
Øvrige driftsudgifter	485.524	856.648
Udgifter i alt:	<u>4.229.791</u>	<u>4.375.690</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>73.309</u>	<u>-169.290</u>

19

**Regnskab Drift af RLTN**

Tilskud FL § 10.21.76	3.350.000	3.300.000
Vederlag	350.755	345.584
Mødediæter, transport	258.130	253.457
Nævnsmøder	4.567	37.276
Øvrige mødeudgifter	75.926	218.145
Personaleudgifter, sekretariat	16.891.046	18.149.796
Administration, husleje mv.	2.533.657	2.722.469
Advokat mv.	954.173	701.272
Udgifter i alt:	<u>21.068.254</u>	<u>22.428.000</u>
Nettoudgifter i alt:	<u>17.718.254</u>	<u>19.128.000</u>

20

<b>Regnskab Medicinrådet</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>
Indtægter kontingent	52.408.000	46.387.000
Løn	37.247.285	30.360.926
Øvrige personaleudgifter	3.961.868	4.475.171
Personale udgifter i alt:	<u>41.209.153</u>	<u>34.836.096</u>
Husleje m.m.	1.886.365	2.024.147
Fremmede tjenesteydelser	1.749.267	2.091.149
Mødeaktiviteter	757.499	1.066.177
Øvrige driftsudgifter	4.938.392	4.410.947
Driftsudgifter i alt:	<u>9.331.523</u>	<u>9.592.419</u>
Udgifter i alt:	<u>50.540.676</u>	<u>44.428.515</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>1.867.324</u>	<u>1.958.485</u>

21

<b>Regnskab IT Rådet</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>
Indtægter kontingent	1.349.378	0
Personaleudgifter	554.962	0
Fremmede tjenesteydelser	27.250	0
Øvrige driftsudgifter	97.456	0
Udgifter i alt:	<u>679.668</u>	<u>0</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>669.710</u>	<u>0</u>

**Relateret document 2/3**

**Dokument Navn: Danske Regioner protokollat  
2020 - 04.02.2021.pdf**

**Dokument Titel: Danske Regioner protokollat  
2020 - 04.02.2021**

**Dokument ID: 1417444**



Tlf: 46 37 30 33  
roskilde@bdo.dk  
www.bdo.dk

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab  
Ringstedvej 18  
DK-4000 Roskilde  
CVR-nr. 20 22 26 70

**DANSKE REGIONER**  
**UDSKRIFT AF REVISIONSPROTOKOL**  
**SIDE 134 - 139**  
**ÅRSREGNSKAB 2020**

	Side
1	KONKLUSION PÅ DEN UDFØRTE REVISION ..... 134
2	SÆRLIGE FORHOLD VEDRØRENDE ÅRSREGNSKABET ..... 134
3	DEN UDFØRTE REVISION, ART OG OMFANG ..... 134
4	REVISION AF ORGANISATIONENS INTERNE IT-KONTROLLER ..... 137
5	PERSONDATAFORORDNINGEN - GDPR ..... 138
6	MOMSMÆSSIGE FORHOLD ..... 138
7	REVISORS UAFHÆNGIGHEDSERKLÆRING MV. .... 138

## DANSKE REGIONER

### REVISIONSPROTOKOLLAT TIL ÅRSREGNSKABET 2020

Vi har afsluttet den i vedtægterne foreskrevne revision af årsregnskabet for 2020, der udviser et resultat på -22.572 t.kr., samlede aktiver på 679.524 t.kr. og en egenkapital ved årets udgang på 339.854 t.kr.

#### 1 Konklusion på den udførte revision

Godkender ledelsen årsregnskabet i den nuværende form, vil vi forsyne det med en påtegning uden forbehold, omtale af væsentlig usikkerhed vedrørende fortsat drift, fremhævelse af forhold eller andre rapporteringsforpligtelser.

#### 2 Særlige forhold vedrørende årsregnskabet

Alle under revisionen konstaterede fejl og mangler m.v. er indarbejdet i årsregnskabet, og der er derfor ingen væsentlige ikke-korrigerede forhold at rapportere om, bortset fra mindre væsentlige forhold omtalt nedenfor i protokollatet.

Revisionen har ikke givet anledning til at fremhæve særlige forhold, der er af betydning for ledelsens vurdering af årsregnskabet.

#### 3 Den udførte revision, art og omfang

Revisionens formål, udførelse, rapportering mv. er omtalt i revisionsaftale af 28. maj 2020.

Ved planlægningen af vores revision har vi fastlagt en revisionsstrategi ud fra en vurdering af væsentlighed og risiko. Vores revision vil derfor hovedsageligt fokusere på regnskabelementer og områder i årsregnskabet, hvor vi vurderer risikoen for væsentlig fejlinformation for størst.

Den udførte revision og resultatet heraf er beskrevet i det følgende:

##### Nettoomsætning

Nettoomsætningen udgør 231,6 mio. kr. mod 220,2 mio. kr. i 2019, og der er ved den løbende og afsluttende revision foretaget kontrolarbejder med henblik på en vurdering af, om de indtægter, der tilkommer Danske Regioner, indgår i årsregnskabet og er optaget i overensstemmelse med den fastlagte regnskabspraksis.

Vi har analyseret resultatopgørelsen og gennemgået bilag i det omfang, vi har fundet det nødvendigt.

##### Personaleomkostninger

Vedrørende personaleomkostninger, der dækker over lønninger og vederlag mv., og som udgør 192,7 mio. kr. mod 166,9 mio. kr. i 2019, har vi foretaget kontrolarbejder med henblik på at sikre os, at de udbetalte lønninger er i overensstemmelse med de indgåede lønaftaler og de til os øvrige meddelte oplysninger.

Stigningen i personaleomkostningerne kan hovedsageligt henføres til regulering af tjenestemandspensionsforpligtelsen og feriepengeforpligtelsen, en stigning i lønningerne i Medicinrådet som følge af opgaveoverdragelse fra Amgros I/S samt rettelse af en fejlopsætning i lønsystemet vedr. registrering af refusioner.

Vi har stikprøvevis kontrolleret, at lønninger, som er udbetalt til medarbejdere, der forestår lønudbetalinger eller foretager edb-indberetninger, er korrekte.

Vedrørende afregning, afstemning og lønoplysning af de ansattes A-indkomst, A-skat og andre udbetalte ydelser har vi ligeledes stikprøvevis kontrolleret, at disse er korrekte.

De udbetalte honorarer til bestyrelsen er gennemgået.

Det er på baggrund af gennemgangen vores vurdering, at lønninger og vederlag generelt er udbetalt i overensstemmelse med gældende overenskomster, indgåede aftaler mv.

Vi har dog i et enkelt tilfælde konstateret en fejl i beregning af pensionsbidrag. Vi har fået oplyst, at dette vil blive rettet i 2021.

Vi har herudover noteret os, at der har været fejl i indlæsning af fil fra systemet Zexpence for december måned, hvilket har betydet, at kreditkorttransaktioner fejlagtigt er blevet udbetalt til de ansatte samt, at kørselsgodtgørelse ikke er korrekt beregnet. Samlet set omfatter forholdet ca. 20 medarbejdere og en samlet sum på 275 tkr., som ultimo regnskabsåret er placeret på en konto vedrørende lønkorrektur i balancen i regnskabet. Vi har fået oplyst, at forholdet rettes i 2021, hvilket vi har taget til efterretning og vil følge op på i 2021.

### **Andre driftsomkostninger**

Andre driftsomkostninger, der udgør 56,1 mio. kr. mod 66,6 mio. kr. i 2019, har vi analyseret og har stikprøvevis undersøgt udvalgte konti og gennemgået bilag i det omfang, vi har fundet det nødvendigt, bl.a. med henblik på at vurdere korrekt skæring og periodisering af omkostningerne.

## **Balancen**

### **Åbningsbalancen**

Formålet med revisionen er at sikre, at der er kontinuitet i regnskabsafregningen.

Vi har kontrolleret, at der er sammenhæng mellem bogføringsbalancen pr. 31. december 2019, der dannede grundlag for årsregnskabet 2019, og åbningsbalancen i bogføringen for 2020.

### **Balancens enkelte poster**

#### **Anlægsaktiver**

Vi har gennemgået anlægsaktiverne, der pr. 31. december 2020 har en regnskabsmæssig værdi på 604,7 mio. kr. mod 576,2 mio. kr. ultimo 2019.

Vi har stikprøvevis kontrolleret den fysiske tilstedeværelse af de i anlægskartoteket opførte aktiver samt stikprøvevis kontrolleret årets tilgang til underliggende bilag m.v.

Vi har foretaget stikprøvevis kontrol af de foretagne afskrivninger og herunder kontrolleret, om anlægsaktiverne afskrives i overensstemmelse med anvendt regnskabspraksis. De foretagne afskrivninger er efter vores vurdering tilstrækkelige til dækning af årets værdiforringelse.

Ledelsen har overfor os bekræftet, at man finder værdiansættelsen af aktiverne forsvarlig, hvilket vi kan tilslutte os.

#### **Omsætningsaktiver**

Omsætningsaktiverne, der pr. 31. december 2020 udgør 74,8 mio. kr., omfatter væsentligst tilgodehavender og likvide beholdninger.

Den 31. oktober 2020 foretog vi et uanmeldt revisionsbesøg, hvor de likvide beholdninger blev afstemt. Beholdningernes tilstedeværelse konstateredes.

Vi har påset, at mellemværender med pengeinstituttet er optaget til saldiene pr. 31. december 2020 og er afstemt med pengeinstituttets noteringer. Vi har indhentet engagementsoversigt fra pengeinstituttet.

Vi har gennemgået forretningsgangen for afstemning af konti i pengeinstituttet. Forretningsgangen skal bl.a. sikre, at der jævnligt foretages afstemning med pengeinstituttets noteringer i henhold til den vedtagne forretningsgang.

Tilgodehavender udgør pr. 31. december 2020 i alt 42,4 mio. kr. imod 75,6 mio. kr. sidste år.

Vi har gennemgået debitorlisten pr. 31. december 2020. Ledelsen har overfor os bekræftet, at der ikke er særlige risici forbundet med værdiansættelsen af tilgodehavenderne, og vi kan efter vores gennemgang tilslutte os de i årsregnskabet foretagne værdiansættelser.

### **Egenkapital**

Egenkapitalen pr. 31. december 2020 udgør 339,9 mio. kr., der fremkommer ved, at egenkapitalen pr. 1. januar 2020 på 362,4 mio. kr. er reduceret med årets resultat for 2020, der udgør et underskud på 22,6 mio. kr.

### **Hensatte forpligtelser**

Der er hensat 46,4 mio. kr. til tjenestemandspensionsforpligtelser, hvilket er en stigning på 11 mio. kr. i forhold til 2019. Stigningen fra 2019 til 2020 kan primært henføres til ændringer i det af Sampension anvendte beregningsgrundlag.

Vi har stikprøvevis gennemgået grundlaget for de foretagne hensættelser. Vi har i et enkelt tilfælde konstateret, at ancienniteten ikke var korrekt i beregningsgrundlaget. Det er dog vores vurdering, at fejlen er uvæsentlig for den samlede forpligtelse. Vi kan efter vores gennemgang tilslutte os de af ledelsen foretagne værdiansættelser.

### **Gældsforpligtelser**

Vi har gennemgået de langfristede og kortfristede gældsforpligtelser og klassificeringen heraf.

Kortfristede gældsforpligtelser, der udviser en samlet saldo på 277,7 mio. kr., består især af feriepengeforpligtelse, interimskonti samt sædvanlige gældsposter. Vi har gennemgået afstemningerne og stikprøvevis foretaget sammenholdelse til eksterne kontoudtog m.v.

Vi har gennemgået anden gæld og skyldige beløb samt påset, at alle væsentlige gældsposter er afstemt med oplysninger fra kreditorerne.

Interimskonti, der pr. 31. december 2020 udviser en samlet gæld på 181 mio. kr., består af gæld til overenskomstparter, mellemregninger med eksterne institutioner og gæld vedrørende igangværende projekter. Vi har påset, at der foreligger bekræftelser på de i regnskabet indregnede saldi.

Den langfristede gæld udgør 15,6 mio. kr. pr. 31. december 2020, hvilket er en stigning på 9,1 mio. kr. i forhold til 2020. Stigningen kan henføres til, at der i henhold til den nye ferielov er indregnet feriepenge vedrørende indefrysningsperioden 1. september 2019 - 31. august 2020.

### **Pantsætninger og eventualposter**

Vi har gennemgået pantsætninger og eventualposter, og vi har i den forbindelse modtaget en ledelseserklæring til kontrol af fuldstændighed af de modtagne oplysninger.



Vi har endvidere fået bekræftet, at Danske Regioner ikke har indgået aftaler på vegne af regionerne i relation til COVID-19, således at der burde være oplysninger om eventualforpligtelser eller lignende i regnskabet.

### **Besvigelser**

I forbindelse med planlægning og udførelsen af vores revision har vi forespurgt ledelsen om risikoen for besvigelser. Ledelsen har oplyst, at den ikke har kendskab til besvigelser eller igangværende undersøgelser af formodede besvigelser.

Vi kan oplyse, at vi under revisionen af årsregnskabet ikke er stødt på forhold, der kunne indikere besvigelser eller forsøg herpå. Besvigelser er betegnelsen for en bevidst handling udført af en eller flere personer blandt den daglige ledelse, den overordnede ledelse, medarbejdere eller tredjeparter, hvor vildledning for at opnå en uberettiget eller ulovlig fordel er involveret. Revisionen af årsregnskabet fokuserer alene på besvigelser, der fører til væsentlig fejlinformation i regnskabet. Vi har således ikke foretaget juridiske vurderinger af, hvorvidt besvigelser faktisk er forekommet.

### **Ledelsens regnskaberklæring**

I forbindelse med aflæggelsen af årsregnskabet har Danske Regioners daglige ledelse over for os afgivet en skriftlig bekræftelse (regnskaberklæring) om årsregnskabets fuldstændighed, såsom oplysninger om pantsætninger, garantistillelser, retssager, besvigelser, begivenheder efter balancedagen, samt andre vanskeligt reviderbare områder.

### **Bestyrelsesprotokol**

Bestyrelsens beslutningsprotokol indtil mødet den 10. december 2020 har vi gennemgået.

Vi har påset, at revisionsprotokollat vedrørende revisionen af årsregnskabet for 2019 har været forelagt og godkendt af bestyrelsen den 6. februar 2020.

## **4 Revision af organisationens interne it-kontroller**

### **Omfang**

Revisionen har omfattet revision af organisationens generelle it-kontroller og udvalgte applikationskontroller for de it-systemer, der har betydning for organisationens regnskabsføring og regnskabsaflæggelse.

- Adgangssikkerhed for systemadministratorer i det centrale økonomistyringssystem.
- Adgangssikkerhed for sikkerhedsadministratorer i lønsystem.
- Outsourcing af centrale it-systemer, herunder indhentelse og vurdering af revisorerklæringer fra it-serviceleverandører.

Endvidere har revisionen omfattet en opfølgning på konstaterede kontrolmangler fra sidste år, herunder:

- Adgangssikkerhed til lønsystemsystem, herunder brugeradministration, brugerrettigheder, adgangskontrol og systemadministration.
- Outsourcing af centrale it-systemer, herunder organisationens egne kontroller samt indhentelse og vurdering af revisorerklæringer fra it-serviceleverandører.

### Det udførte arbejde

Vi har foretaget forespørgsler hos it-ledelsen, medarbejdere med ansvar og opgaver inden for it samt systembrugere.

Vi har udført revisionshandlinger i form af inspektioner, observationer og udførelse af kontroller, herunder gennemgang af modtagne dokumenter og materialer, efterprøvelse af interne it-kontroller og dokumentation herfor samt test af de interne it-kontrollers funktionalitet, hvor dette er relevant.

### Konklusion

Det er vores opfattelse, at organisationen i alle væsentlige henseender har implementeret hensigtsmæssige interne it-kontroller, der medvirker til at opretholde informationernes integritet og sikkerheden af data, som it-systemerne behandler i forhold til regnskabsføringen og regnskabsaflæggelsen. Endvidere vurderer vi, at relevante bestemmelser i bogføringsloven er opfyldte.

## 5 Persondataforordningen - GDPR

Vi har på forespørgsel fået oplyst, at Danske Regioner har truffet de fornødne forholdsregler i forhold til overholdelse af EU's Persondataforordning.

## 6 Momsmæssige forhold

Der pågår et igangværende arbejde i forhold til afklaring af momsmæssige forhold vedrørende de sekretariatsydelser, som Danske Regioner varetager. Det er vores vurdering, at de momsmæssige forhold ikke har væsentlig betydning for det aflagte regnskab, da der er tale om mindre beløb.

## 7 Revisors uafhængighedserklæring mv.

Undertegnede erklærer:

at vi opfylder de i lovgivningen indeholdte uafhængighedsbetingelser, og


at vi under vores revision har modtaget alle de oplysninger, vi har anmodet om.

Roskilde, den 4. februar 2021

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab



Per Lund  
Statsautoriseret revisor



Michael S. Nielsen  
Registreret revisor

Nærværende revisionsprotokol side 134 - 139 er gennemlæst af nedennævnte medlemmer af bestyrelsen den 4. februar 2021:

---

Stephanie Lose  
Formand

---

Ulla Astman  
1. næstformand

---

Henrik Thorup  
2. næstformand

---

Sophie Hæstorp Andersen

---

Anders Kühnau

---

Heino Knudsen

---

Poul-Erik Svendsen

---

Lars Gaardhøj

---

Karin Friis Bach

---

Per Larsen

---

Villy Søvnald

---

Lone Langballe

---

Martin Geertsen

---

Carsten Kissmeyer

---

Jacob Jensen

---

Lone Sondrup

---

Tormod Olsen

### **Relateret document 3/3**

**Dokument Navn:** Budget og resultatoversigt  
2020.pdf

**Dokument Titel:** Budget og resultatoversigt  
2020

**Dokument ID:** 1414888

## Danske Regioners budget og regnskab 2020

<b>Kr.</b>	<b>Budget 2020</b>	<b>Regnskab 2020</b>
Kontingent	142.100.000	142.075.417
Øvrige kontingenter	64.700.000	73.192.974
Sekretariatsbidrag	11.650.000	9.795.277
Tilskud til drift af RLTN	3.350.000	3.350.000
Indtægter vedr. blodplasma	3.000.000	3.144.231
Div. Indtægter	100.000	54.613
<b>Nettoomsætning</b>	<b>224.900.000</b>	<b>231.612.512</b>
<b>Omkostninger</b>		
Personaleomkostninger	177.100.000	192.701.386
Afskrivninger	11.000.000	12.078.595
Driftsomkostninger ved huse	11.600.000	9.850.465
Fremmede tjenesteydelser	26.400.000	18.103.063
Mødeaktiviteter	12.100.000	5.300.200
Øvrige udgifter	21.600.000	19.694.236
Tilskud andre	3.300.000	3.162.831
<b>Omkostninger i alt</b>	<b>263.100.000</b>	<b>260.890.777</b>
<b>Driftsresultat (- underskud)</b>	<b>-38.200.000</b>	<b>-29.278.264</b>
<b>Finansielle poster</b>		
Finansielle indtægter	7.500.000	11.820.347
Finansielle omkostninger	-300.000	-755.866
Kurstab på aktier og obligationer	0	-2.032.699
<b>Finansielle poster, netto</b>	<b>7.200.000</b>	<b>9.031.783</b>
<b>Resultat af foreningens drift (- underskud)</b>	<b>-31.000.000</b>	<b>-20.246.480</b>
Projekter m.v.	1.000.000	2.325.198
<b>Årets resultat (- underskud)</b>	<b>-32.000.000</b>	<b>-22.571.680</b>

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Høringssvar fra Danske Regioner m. bilag - om forslag til bekendtgørelse om MinLog</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Høringssvar – Bekendtgørelse om logvisning</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>14</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>



09-12-2020  
EMN-2017-02054  
1400948

## Høringssvar

Høringssvar - Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger, samt logning m.v.

Sundheds- og ældreministeriet har anmodet Danske Regioner om bemærkninger til forslag til ændringer af *Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger, samt logning m.v.* Danske Regioner fremsender et samlet høringssvar på vegne af de fem regioner. Høringssvaret sendes med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 4. februar 2021.

Danske Regioner kan overordnet støtte op om forslaget med at skabe øget gennemsigtighed og tryghed omkring regionernes håndtering af borgernes helbredsoplysninger. Danske Regioner har dog en række væsentlige bekymringer til MinLog løsningen og forslaget til bekendtgørelsen.

### *Balancen mellem gennemsigtighed for borgere og medarbejdernes sikkerhed*

Regionerne arbejder løbende for større gennemsigtighed i sundhedsvæsenet, herunder også muligheden for at give borgere og patienter digital adgang til at se deres egne helbredsoplysninger samt, hvilke medarbejdere, der har tilgået oplysningerne i de regionale patientjournalssystemer og på sundhed.dk.

Samtidig erfarer Danske Regioner, at de regionale medarbejdere oplever forråelse i sundhedsvæsenet og utryghed i og udenfor arbejdstiden. Danske Regioner tager forebyggelse af vold, trusler og chikane meget alvorligt. Udfordringen med vold, trusler og chikane udenfor arbejdstiden er aktualiseret af den teknologiske udvikling, hvor man bl.a. kan opsøge medarbejdere på sociale medier.

Danske Regioner har senest i foråret rejst denne bekymring overfor Sundhedsministeren og fastholder fortsat, at det i lovgivningen i visse tilfælde bør være muligt at begrænse udadreagerende patienters adgang til sundhedspersona-

lets navne i logvisningen, evt. også i patientjournalerne. Danske Regioner ønsker en løsning, der både beskytter medarbejderne og samtidig har åbenhed over for det store flertal af patienter, som godt kan håndtere denne åbenhed.

### *Mulighed for skærmning og at undtage i særlige situationer*

Bekendtgørelsen forholder sig ikke til skærmnings- eller undtagelsesmuligheder, hvilket Danske Regioner finder beklageligt. Danske Regioner har længe påpeget behovet og løbende italesat dette for Sundheds- og ældreministeriet.

Konkret har Danske Regioner foreslået, at der gives hjemmel til i visse tilfælde at anonymisere sundhedspersonale i logvisningen, eller at borgere med truende eller chikanerende adfærd midlertidigt enten delvist eller helt fratages tilbuddet om digital adgang til journalnotater og logoplysninger på sundhed.dk.

Ovenstående forslag gælder også for de administrative brugere af de elektroniske patientjournaler, der foretager opslag af personoplysninger qua deres arbejdsfunktion, men som borgeren ikke har indblik i eller viden om. Logvisning af den administrative brugers opslag kan risikere at skabe unødvendige spekulationer hos borgeren, og det kan i særlige tilfælde være bekymrende, hvilke reaktioner dette kan medføre og dermed, hvilke konsekvenser disse evt. kan have for den administrative bruger.

I de tilfælde hvor en medarbejder f.eks. har oplevet trusler mv., bør hensynet til den ansattes privatliv kunne veje tungere end hensynet til patientens ret til at se oplag i sin journal. Dette er også det gældende udgangspunkt ved aktindsigt i offentligt ansattes navne efter offentlighedsloven og forvaltningsloven.

Danske Regioner er bekymret for, om forslagets § 12 er i overensstemmelse med de databeskyttelsesretlige regler eller såfremt den registrerede medarbejder gør brug af sin indsigelsesret jf. GDPR art. 21., hvis ikke der indsættes en undtagelse til kravet om, at ansattes fulde navne skal vises for borgerne.

Danske Regioner foreslår at bekendtgørelsen udvides med en undtagelsesbestemmelse til § 12, stk. 3 således at videregivelse af medarbejderens navn mv. i særlige tilfælde kan undlades, hvis særlige hensyn til medarbejderen taler herfor, f.eks. ved trusler eller chikane fra en patient eller borger. Undtagelsen skal begrundes i et sikkerhedshensyn for medarbejderen og basere sig på en konkret vurdering i det enkelte tilfælde.

Sundheds- og ældreministeriet har tidligere tilkendegivet, at forældres adgang til børns logoplysninger bør følge forældrenes adgang til børns helbredsinformation (herunder Sundhedsjournalen på sundhed.dk). Det bør derfor fremgå af forslaget, at forældre ikke som udgangspunkt bør få adgang til deres børns logvisning. Danske Regioner afventer i øvrigt Sundheds- og ældreministeriets lovforberedende arbejde ifht. at kunne give forældre adgang til deres børns



helbredsinformationer i Sundhedsjournalen på sundhed.dk, og i den forbindelse også logoplysninger.

### *Ensartethed i lovgivningen*

Sideløbende med denne høring har Sundheds- og ældreministeriet udsendt *Høring over udkast til ændring af Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)*. Her foreslår ministeriet at ændre reglerne for journalføring, så det er muligt for sundhedspersoner at identificere sig på andre måder end ved navn i patientjournalen (§12, stk. 3). Dette bør omfatte alle regionale medarbejdere.

Med den øgede digitalisering og borgernes mulighed for at få vist en lang række forskellige kilder, der indeholder behandleroplysninger, på f.eks. sundhed.dk, er det nødvendigt, at den registreringspraksis, der er gældende for én kilde, f.eks. patientjournaler også er gældende for andre kilder, herunder logvisning.

Danske Regioner anbefaler derfor på det kraftigste, at *Bekendtgørelsen om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger, samt logning m.v.* også indeholder muligheden for, at sundhedspersoner og andre regionale medarbejdere kan registreres på andre måder end ved navn i logvisningen.

### *Særlig fortrolighed i forbindelse med utilsigtede hændelser*

Forslaget tager ikke højde for håndteringen af utilsigtede hændelser. Sundhedslovens § 200 angiver, at oplysninger om personer, der indgår i en rapportering om utilsigtede hændelser er fortrolige og, at oplysninger om identiteten af den, der har rapporteret den utilsigtede hændelse kun må videregives til personer, der i regionen arbejder med sagsbehandling af utilsigtede hændelser.

Bestemmelserne har karakter af en særlig tavshedspligt omfattet af offentlighedslovens § 35. Der må således ikke udleveres oplysninger fra en rapportering eller analyse af en utilsigtet hændelse til f.eks. patienter og pårørende, der kan betyde, at enkeltpersoner, der indgår i hændelsen, kan identificeres ved kobling med anden viden eller andre oplysninger. Fortroligheden har til formål at understøtte tilliden til patientsikkerhedsordningen og sanktionsfriheden, idet sundhedspersoner ikke som følge af en rapporteret utilsigtet hændelse kan idømmes sanktioner. Oplysninger fra en utilsigtet hændelse må af den grund f.eks. heller ikke indgå i behandlingen af en klage som patienten måtte indgive.

Danske Regioner er bekymret for, at den særlige tavshedspligt i forbindelse med analyse af utilsigtede hændelser risikerer at blive kompromitteret, hvis patienter kan se, at der er foretaget opslag, der kan ledes tilbage til dette formål.

I tilknytning hertil er Danske Regioner bekymret for, at formålet med patient-sikkerhedsordningen om, at der er pligt til at analysere og lære af utilsigtede hændelser, vil komme under pres, hvis der ikke generelt undtages oplysninger om opslag foretaget ved analyse af utilsigtede hændelser fra logvisningen.


#### *Afsluttende bemærkninger*

Ud over de mere principielle bekymringer har Danske Regioner også en række tekniske bemærkninger til forslaget og de konkrete bestemmelser (se bilag).

Det skal derudover nævnes, at regionernes mulighed for at leve op til pligten til at vise logoplysninger, og dermed leve op til Økonomiaftalen for 2019 forudsætter, at centrale it-løsninger i Sundhedsdatastyrelsen og på sundhed.dk ligeledes implementeres og driftes professionelt og udvikles løbende.

Danske Regioner forbeholder sig retten til DUT-kompensation, såfremt de konkrete bestemmelser i forslaget medfører uforholdsmæssige økonomiske konsekvenser for regionerne.

Venlig hilsen



Stephanie Lose



Ulla Astman



## BILAG

09-12-2020  
EMN-2017-02054  
1400980  
Rasmus Rose

Bilag til høringssvar om bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger, samt logning m.v.

Danske Regioner har udover det fremsendte høringssvar en række mere konkrete og tekniske bemærkninger til MinLog løsningen og forslaget til bekendtgørelse.

### Generelle bemærkninger:

I høringsbrevet nævnes, at regionerne skal etablere en digital visning af logoplysninger for borgerne fra sygehusenes elektroniske patientjournaler. Danske Regioner gør opmærksom på, at den konkrete definition af omfanget af logvisning er foretaget i MinLog projektets afklaringsfase i 2018. Der henvises i øvrigt til fortolkningen i forståelsespapir til Økonomiaftalen for 2019. Der bør være en sammenhæng mellem bekendtgørelsens formulering og ØA2019.

Danske Regioner gør ligeledes opmærksom på, at et opslag i en patientjournal ikke er når en borgers navn/cpr.nr. vises i en søgeliste, men først når der er foretaget en udvælgelse af en person på den viste liste og de tilknyttede data vises, dvs. når der foretages en aktiv handling der betyder, at en bruger ser en borgers helbredsinformationer.

### Aktindsigt

Danske Regioner påpeger ligeledes, at en borgers ret til aktindsigt i sin patientjournal ikke tidligere har omfattet logoplysninger. Det er uklart om forslaget ændrer ved denne forståelse.

Såfremt dette er tilfældet, skal det bemærkes, at en sådan ret til indsigt i logoplysninger, fraviger Ankestyrelsens (tidl. Statsforvaltningen) opfattelse og Folketingets Ombudsmands tidligere udtalelser vedrørende aktindsigt i logning.

Det er tidligere fastslået, at offentlighedsloven ikke omfatter udtræk af den logning, der i regionen foretages af ansattes opslag i patientjournaler, idet logningen anvendes som "et værktøj til brug ved efterforskning, når der er tale om uberettiget brug af dataudtræk" og dermed et internt værktøj, jf. Statsforvaltningens afgørelse af 12. oktober 2016 med titel "ikke ret til dataudtræk fra logoplysninger vedrørende opslag i elektroniske patientjournaler". Sådanne anmodninger er derfor ikke blevet behandlet efter sundhedsloven, idet oversigt over logning ikke er betragtet som en del af patientjournalen.

Danske Regioner henstiller derfor til nødvendigheden af en præcisering af, hvorvidt en sådan logning bør betragtes som en del af patientjournalen og dermed omfattet af sundhedslovens kapitel 8 om aktindsigt.

#### Mulighed for skærmning og at undtage i særlige situationer

Det fremgår implicit af forslaget, at der ikke etableres hjemmel til at undtage visning af medarbejdernes navne i loggen. Dette gælder også hvis der er tale om medarbejdere, der er udsat for stalking og trusler eller har fået oprettet et polititilhold mv. Danske Regioner har i høringsvaret begrundet behovet for at kunne skærme eller undtage i logvisningen. Konkret bør det udmønte sig i en justering af bekendtgørelsen, så der indsættes en bestemmelse om dette.

Såfremt der indskrives hjemmel til ovenstående i bekendtgørelsen, vil regionerne kunne implementere en fremadrettet midlertidig skærmningsløsning, så enkelte konkrete udadreagerende borgere ikke kan se logvisningen. Dette kræver dog en løbende koordinering og synkronisering mellem regionerne, idet en regional løsning ikke vil spærre borgere på tværs af regioner og ikke vil have virkning bagud i tid.

Regionerne vil kunne implementere en midlertidig regional spærringsløsning, indtil der kan sikres udvikling af en mere stabil og permanent spærrings-service i Sundhedsdatastyrelsens systemer, som vil kunne give mulighed for en spærring på tværs af regioner og bagud i tid. Dette har tidligere været planlagt, men blev afviklet da Sundheds- og ældreministeriet tidligere afviste mulighed for undtagelser fra logvisningen.

#### Bemærkninger til bekendtgørelsens konkrete bestemmelser

##### § 8

I forslaget § 8, stk. 2, angives, at samtykket skal leve op til kravene i artikel 4, nr. 11, og artikel 7 i Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 2016/679 af 27. april 2016 om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger. Danske Regioner vurderer, at det vil være mere hensigtsmæssigt at beskrive kravene i stedet for at henvise til dem.

##### § 9

Danske Regioner foreslår, at overskriften før § 9, "*Samtykke til videregivelse i forbindelse med behandling af helbredsoplysninger m.v.*" ændres til, "*Samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling*". Dette fordi, den foreslåede overskrift kan virke meningsforstyrrende, da ordet "behandling" kan forstås som elektronisk databehandling i stedet for sundhedsfaglig behandling. Der kan evt. tilføjes "*af patienter*" til overskriften, da dette vil være i bedre overensstemmelse med overskrifterne i sundhedsloven vedr. §§ 41-42c.

#### § 11

I forslagets § 11 henvises til betingelserne i kapitel V i Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 2016/679 af 27. april 2016 om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger og databeskyttelsesloven. Danske Regioner vurderer, at det vil være mere hensigtsmæssigt at beskrive betingelserne i stedet for at henviser til dem.

#### § 12

Ud over forslaget om en undtagelsesbestemmelse, som er nævnt i høringsvaret, har Danske Regioner en del kommentarer til forslagets § 12.

##### § 12, stk. 1

Danske Regioner mener, at bestemmelsens brug af begrebet "alle anvendelser" er for vidtrækkende. Det er ikke teknisk muligt at logge en anvendelse maskinelt inden for en overskuelig økonomisk ramme. Regionerne logger brugernes adgang og tilgang til borgernes helbredsoplysninger, men ikke anvendelse.

Danske Regioner foreslår, at formuleringen af § 12, stk. 1 i højere grad læner sig op ad kravene i GDPR artikel 24 og 32 samt kravet om hændelseslogging i ISO 27002, pkt. 12.4, hvilket vil sikre, at logging bliver implementeret i et format og omfang, som er relevant ift. risiciene med behandlingen af personoplysningerne/helbredsoplysningerne samtidig med, at minimumskravene beholdes.

Danske Regioner har derudover tidligere gjort opmærksom på de modsatrettede hensyn mellem mængden af informationer og behovet for en overskuelig logvisning.

##### § 12, stk. 2

Det fremgår af § 12, stk. 2, at loggen rutinemæssigt skal gemmes i 2 år og i særlige tilfælde i op til 5 år. Det angives midlertidigt ikke, hvad disse særlige tilfælde er. Dette kan med fordel beskrives/præciseres for at skabe klarhed.

##### § 12, stk. 3

Stk. 3 kan misforstås således, at regionsrådet bliver forpligtet til at give adgang til en oversigt frem for de egentlige oplysninger som listet i minimumskravene i stk. 1. nr. 1-3.

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Høringssvar - epidemiloven revideret</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Høringssvar – Revideret forslag til lov om epidemier m.v. (epidemiloven)</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>15</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>

Sundheds- og Ældreministeriet

[sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

[fre@sum.dk](mailto:fre@sum.dk)

DANSKE  
REGIONER



12-01-2021

EMN-2020-00440

1407203

Kenneth H. Sørensen

## Høringsvar vedrørende forslag til lov om epidemier mv.

Sundheds- og Ældreministeriet har den 22. december 2020 anmodet Danske Regioner og regionerne om bemærkninger til det reviderede forslag til lov om epidemier m.v. (epidemiloven). Danske Regioner fremsender høringssvar på vegne af de fem regioner. Høringssvaret sendes med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 4. februar 2021.

Danske Regioner vil indledningsvist kvittere for, at vores bemærkninger i vidt omfang er indarbejdet i det reviderede forslag. Vi er enige i behovet for at ændre den tidligere epidemilov bl.a. for at sikre et tæt myndighedssamarbejde, der giver sammenhæng i tiltag og kommunikation over for befolkningen.

Epidemiloven skal spille sammen med sundhedsloven og psykiatriloven, herunder sundhedsberedskabet, så regionerne sikres gode rammer for at bidrage bedst muligt til at sikre forebyggelse, sundhedsfremme, inddæmning og diagnostik samt behandling af den enkelte patient.

Det er positivt, at lovforslaget sikrer en klarere hjemmel til en lang række af de tiltag, som har vist sig nødvendige under COVID-19 epidemien, og understøtter et tæt myndighedssamarbejde. Dette gælder både statslige, regionale og kommunale myndigheder.

Erfaringerne fra den nuværende epidemi viser, at der er behov for et tæt strategisk og operationelt samarbejde både på nationalt og regionalt niveau. Regionerne er en helt afgørende aktør i samarbejdet på begge niveauer.

Danske Regioner finder det positivt,

- at Epidemikommissionens rolle styrkes,
- at både det regionale og kommunale niveau bliver repræsenteret i kommissionen,

DANSKE REGIONER  
DAMPFÆRGEVEJ 22  
2100 KØBENHAVN Ø  
+45 35 29 81 00  
REGIONER@REGIONER.DK  
REGIONER.DK

- at der sikres gennemsigtighed og offentlighed om kommissionens anbefalinger mv.,
- at den parlamentariske kontrol og involvering styrkes,
- at der sker en styrkelse af borgens og patienternes retssikkerhed, bl.a. i form af oprettelse af en uafhængig klageinstans.

### ***Bemærkninger til hovedområder i forslaget:***

#### *Epidemikommissionen*

Danske Regioner støtter sammensætning og opgaver for Epidemikommissionen. Det er positivt med kommissionens rådgivnings- og indstillingsopgaver, herunder at de skal offentliggøres.

Det er præciseret i bemærkningerne, at Epidemikommissionens rådgivning udgør et supplement til det eksisterende krisestyringssystem – såvel den nationale krisestyring, der er forankret i National Operativ Stab (NOST), som den lokale krisestyring, der er forankret i de lokale beredskabsstabe (LBS). Der lægges således ikke med lovforslaget op til at ændre ved, at den samlede myndighedshåndtering fortsat vil skulle håndteres inden for rammerne af den sædvanlige krisestyringsorganisation.

Danske Regioner finder, at de lokale beredskabsstabe med involvering af Styrelsen for Patientsikkerhed har en vigtig operativ funktion i forbindelse med den nuværende COVID-19 epidemi. Dette operative samarbejde bør indskrives i lovens kapitel 2 om ansvaret for forebyggende tiltag og foranstaltninger.

Danske Regioner finder det dog betænkeligt, at der er lagt op til, at Styrelsen for Patientsikkerhed kan komme med påbud til et folkevalgt regionsråd om besøgs- og adgangsrestriktioner, jf. § 29 og 31 uden involvering af kommissionen. Det bør være Epidemikommissionen, der også rådgiver herom.

#### *Foranstaltninger over for enkeltpersoner*

Danske Regioner kan bakke op om nødvendigheds- og proportionalitetsprincippet i forslaget samt etablering af et uafhængigt ankenævn, hvortil afgørelser efter loven kan påklages.

Det vil dog medføre betydelige administrative byrder, at Styrelsen for Patientsikkerhed løbende skal efterprøve nødvendigheden af den konkrete foranstaltning med henblik på at sikre, at et påbud om f.eks. behandling fortsat er relevant og proportionalt, herunder at styrelsen skal efterprøve efter 3, 10, 20 og 30 dage. Derfor anbefales en mere stikprøvevis efterprøvelse.

Det bemærkes, at Styrelsen for Patientsikkerhed skal have en hurtig reaktionstid, når styrelsen involveres i foranstaltninger overfor enkeltpersoner. Og det



må forventes, at der kan være tilfælde, hvor Styrelsen ikke kan nå at blive involveret.

#### *Faciliteter til isolation og karantæne*

Danske Regioner finder, at kommunerne bør have ansvaret for at sikre egnede faciliteter, hvis isolation i eget hjem ikke er muligt, da kommunerne har et større lokalkendskab til at vurdere egnede faciliteter.

Regionerne kan til gengæld have ansvaret, hvis opgaven er at stille egentlige karantænecentre til rådighed. Denne opgave skal løses i samarbejde med Beredskabsstyrelsen og Forsvaret jf. det regionale sundhedsberedskab.

#### *Kapacitet*

Danske Regioner bakker op om, at der fortsat fra Sundhedsstyrelsens side lægges en national linje for, hvordan balancen mellem beredskab til epidemier og kapacitet til øvrige patienter skal være. Det er samtidig afgørende, at den nationale rådgivning om kapacitetsbehovet for intensive og medicinske sengepladser løbende opdateres i et tæt samarbejde med regionerne og tager hensyn til eventuelle regionale forskelle i epidemiens udbredelse.

Det var afgørende for den hurtige omstilling til en høj intensivkapacitet i foråret, at det var muligt at frigøre personale og udstyr fra andre områder – særligt på operationsområdet – ved at sætte de aktiviteter i bero, som det var lægefagligt forsvarligt at udskyde. Det kan derfor støttes, at patientrettighederne kan fraviges, når det som følge af en samfundskritisk sygdom er nødvendigt for at sikre kapacitet til behandling og pleje af personer med et akut eller kritisk behandlingsbehov.

#### *Udveksling af data mellem myndigheder*

Udveksling af relevante data mellem myndigheder er meget afgørende for at sikre forebyggelse og inddæmning af epidemier samt mere generelt øget patientsikkerhed. Derfor bakker Danske Regioner op om at indføre en bemyndigelsesbestemmelse vedrørende personoplysninger, så Statens Serum Institut kan videregive personoplysninger til regionerne.

Regionerne kan tilsvarende have behov for at videregive oplysninger til kommunerne med henblik på smitteopsporing og inddæmning på eksempelvis plejehjem. Der bør derfor i lovforslaget skabes en klar hjemmel til, at hospitaler kan videregive oplysninger om en patients smitte til den relevante kommunale institution.

*Økonomi*

Danske Regioner noterer sig, at det med lovforslaget anerkendes, at regionerne vil få merudgifter som følge af lovforslaget, og ser frem til nærmere drøftelser herom.

Venlig hilsen

  
Stephanie Lose

  
Ulla Astman