

Den Regionale Lægemiddelkomité

Referat

Den 24. september 2026 kl. 09:00 - 10:00

Virtuelt jf. mødeindkaldelse

Deltagere:

Lægefaglig direktør Kim Houliind, Regionshospitalet Horsens (formand)
Cheflæge Eva Aggerholm Sædder, Klinisk Farmakologisk afdeling, AUH (næstformand)
Lægefaglig direktør Charlotte Birkmose Rotbøl, Aarhus Universitetshospital
Ledende overlæge Anne Birgitte Langsted Pedersen, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Gødstrup
Overlæge Klaus Roelsgaard, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers
Cheflæge Louise Wamberg, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Horsens
Cheflæge Maja Hinge, Medicinsk Diagnostisk Center, Hospitalsenheden Midt
Chefsygeplejerske Kirstine Leth Hjort, Hud- og Kønssygdomme, Aarhus Universitetshospital.
Direktør Susie Vand, Regionsapoteket Midtjylland
Hospitalsfarmaceut Ane Mortensen, Regionsapoteket Midtjylland
Kontorchef Karen Pedersen, Koncern Kvalitet
Regional Lægemedelkonsulent Lise Bakkestrøm Rosenbæk, Koncern Kvalitet
Regional Lægemedelkonsulent Ann Dalgaard Johnsen, Sundhedsplanlægning (sekretariatet)

Gæster:

Speciallæge Kirsten Høj, Klinisk Farmakologisk afdeling, AUH
Læge Cecilia Hvitfeldt Fuglsang Nielsen, Klinisk Farmakologisk afdeling, AUH
Læge Kasper Grooss, Klinisk Farmakologisk afdeling, AUH
Chefkonsulent Henrik Rugholm Svejgaard, Sundhedsplanlægning

Afbud:

Cheflæge Bent Windelborg Nielsen, Børneafdelingen, Regionshospitalet Randers
Cheflæge Allan Bach, Præ-hospitalet
Praktiserende læge Kasper Fasdal, PLO-M
Praktiserende læge Bente Virenfeldt, Praksiskoordinator, Medicin
Direktør Rikke Skou Jensen, Sundhedsplanlægning

Indholdsfortegnelse

- 1 [Godkendelse af dagsorden](#)
- 2 [Avanceret medicinsk Parkinsonbehandling – stigende udgifter, tværregional variation og styring](#)
- 3 [Nedsættelse af arbejdsgruppe til revidering af regional retningslinje for Farmakologisk alkohol abstinensbehandling for somatiske og psykiatriske patienter.](#)
- 4 [Ibrugtagning af medicin \(ansøgning\) og ændringer til den økonomiske refusionsmodel](#)
- 5 [Eventuelt](#)

1. Godkendelse af dagsorden

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

at Den regionale Lægemiddelkomité godkender dagsordenen.

Sagsfremstilling

Der er mulighed for at byde ind med emner til dagsordens punkt vedr. eventuelt.

Beslutning

Dagsordenen blev godkendt.

2. Avanceret medicinsk Parkinsonbehandling – stigende udgifter, tværregional variation og styring

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

Det indstilles, at Lægemiddelkomitéen beslutter, at sagen løftes til Tværregionalt Forum for Koordination af Medicin med henblik på at:

1. belyse årsagerne til den tværregionale variation i anvendelse og behandlingsvalg indenfor avancerede medicinske Parkinsonbehandlinger samt vurdere, om der er behov for en national vurdering af behandlingsområdet i Medicinrådet, og
2. drøfte finansiering og styring af omkostningstung, specialistinitieret avanceret medicinsk Parkinsonbehandling, hvor lægemiddeludgiften finansieres via medicintilskudssystemet.

Sagsfremstilling

Baggrund

Tilskudsudgifterne til antiparkinsonmidler i Region Midtjylland steg fra 49,7 mio. kr. i 2024 til 57,0 mio. kr. i 2025, svarende til 15 pct. mod 8 pct. på landsplan, jf. seneste forbrugsrapport. Stigningen er hovedsageligt drevet af øget anvendelse af lægemidlet Duodopa® til patienter med fremskreden Parkinsons sygdom. Monitoreringsgruppen har derfor undersøgt udviklingen i Duodopa-forbruget i Region Midtjylland og på tværs af regionerne.

Udvikling i Duodopa-forbruget

Duodopa® findes i to formuleringer: levodopa/carbidopa som enteralgel, der administreres via pumpe og PEG-J-sonde, og siden 2024 foslevodopa/foscarbidopa som kontinuerlig subkutan infusion via pumpe.

Tilskudsudgifterne til Duodopa® er steget fra gennemsnitligt ca. 17,8 mio. kr. om året i perioden 2019-2023 til 26,2 mio. kr. i 2024 og 34,9 mio. kr. i 2025 (tabel S1, bilag). Udviklingen er primært drevet af flere patienter i behandling med subkutan Duodopa®, hvor antallet steg fra 24 i 2024 til 54 i 2025. Samtidig faldt antallet i behandling med enteral Duodopa® fra 43 i 2023 til 36 i 2025.

Neurologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, vurderer, at udviklingen blandt andet skyldes afvikling af en tidligere venteliste samt patienter, der var vurderet relevante til pumpebehandling, men havde fravalgt enteral behandling med PEG-J og afventet en subkutan mulighed. Samtidig er kapaciteten til behandlingsopstart øget. I maj 2026 afventede 13 patienter opstart, mens yderligere 19 stod til vurdering med henblik på mulig behandling. Det peger på, at udgifterne på området fortsat kan stige.

Anvendelsen af subkutan Duodopa® har udviklet sig forskelligt på tværs af regionerne. Som vist i tabel 1 har Region Midtjylland haft en væsentligt større relativ vækst end de øvrige regioner. Den regionale variation i subkutan Duodopa® bør imidlertid ses i sammenhæng med anvendelsen af de øvrige avancerede medicinske behandlinger ved fremskreden Parkinsons sygdom.

Tabel 1. Regional udvikling i antal patienter behandlet med subkutan Duodopa®.

Region	2024	2025	Udvikling
Hovedstaden	24	23	-4 %
Midtjylland	24	54	+125 %

Nordjylland	15	23	+53 %
Sjælland	21	31	+48 %
Syddanmark	33	40	+21 %
Danmark	117	171	+46 %

Kilde: LUNA-BI. Note: Patienter kan have skiftet behandling i løbet af året.

Avanceret medicinsk Parkinsonbehandling

Avanceret behandling anvendes primært ved motoriske fluktuationer og dyskinesier, som ikke kan kontrolleres tilfredsstillende med optimeret konventionel medicinsk behandling. Den danske neurologiske behandlingsvejledning for behandling af motoriske symptomer i den sene fase af Parkinson sygdom angiver flere avancerede medicinske behandlingsmuligheder foruden kirurgisk intervention med Deep Brain Stimulation (DBS).

De medicinske behandlingsmuligheder inkluderer:

- Kontinuerlig subkutan infusion af dopaminagonisten apomorfin.
- Levodopabaserede infusionsbehandlinger:
 - Subkutan Duodopa® (foslevodopa/foscarbidopa) eller
 - Enteral behandling med Duodopa® (levodopa/carbidopa) eller Lecigon® (levodopa/carbidopa/entacapon).

Iværksættelse og opfølgning af behandlingerne foregår på neurologisk afdeling med specialistfunktion. Den danske behandlingsvejledning anfører samtidig, at der aktuelt ikke findes sammenlignende studier af de avancerede behandlingsformer, og at fordele og ulemper ved de enkelte behandlinger derfor må drøftes med patient og pårørende.

Forskelle i anvendelsen af Duodopa® er derfor ikke nødvendigvis udtryk for forskelle i, hvor mange patienter der tilbydes avanceret behandling, men kan også afspejle forskelle i fordelingen mellem behandlingsformerne.

Tværregional variation i avanceret medicinsk Parkinsonbehandling

Et datatræk for 2. kvartal 2026 viser tværregionale forskelle både i den samlede anvendelse af avanceret medicinsk behandling og i fordelingen mellem de enkelte behandlingsformer (tabel S2, bilag).

Når behandlingerne ses samlet, ligger Region Midtjylland ikke højest i anvendelse pr. indbygger. Der ses derimod markante forskelle i fordelingen mellem behandlingsformerne mellem regionerne. I Region Midtjylland udgør subkutan Duodopa® 52% af behandlingsregistreringerne, mens Lecigon® eksempelvis udgør 52% i Region Hovedstaden.

Data dokumenterer dermed en tværregional variation, men kan ikke i sig selv afgøre, om forskellene skyldes patientgrundlag, organisering, kapacitet, patientpræferencer eller forskelle i klinisk praksis.

De viste behandlingsrater skal desuden tolkes med forbehold. Parkinsons sygdom er stærkt aldersafhængig, og raterne er ikke standardiseret for regionale forskelle i alder. Det mest relevante patientgrundlag er desuden ikke den samlede befolkning, men patienter med fremskreden Parkinsons sygdom, som potentielt er kandidater til avanceret behandling. Der foreligger dog ikke et tilstrækkeligt sikkert regionalt datagrundlag for antallet af patienter med fremskreden Parkinsons sygdom. Hertil kommer, at DBS ikke indgår i opgørelsen.

Lægemiddeludgiften afhænger af dosis og pakningsforbrug

De levodopabaserede avancerede behandlinger kan ikke tillægges én fast årlig lægemiddeludgift. Dosis titreres individuelt efter patientens kliniske behov, og udgiften afhænger samtidig af pakningsstørrelsen og af, hvor mange kassetter, cylinderampuller eller hætteglas der anvendes pr. døgn.

Administrationen har været i dialog med regionale specialister, der varetager pumpebehandlingerne. De oplyser, at resterende lægemiddel i en ekstra påbegyndt enhed i praksis kasseres for at fastholde faste skiftetidspunkter. Hvis restindholdet blev udnyttet fuldt, ville skiftetidspunktet forskydes fra døgn til døgn og kunne komme til at ligge på uhensigtsmæssige tidspunkter, herunder om natten. Lægemiddeludgiften stiger derfor trinvist, når dosisbehovet medfører anvendelse af en ekstra enhed, frem for proportionalt med den faktisk anvendte mængde.

Tabel S3 (bilag) illustrerer betydningen af dosis og pakningsforbrug for den årlige lægemiddeludgift. Eksempelvis kan et levodopabehov på 1.600 mg rummes i én kassette enteral Duodopa®, mens den tilsvarende omregning til subkutan Duodopa® medfører behov for to hætteglas pr. døgn. Ved den beskrevne praksis for kassation svarer det til en årlig lægemiddeludgift på ca. 450.000 kr. for enteral Duodopa® mod ca. 901.000 kr. for subkutan Duodopa®.

For Lecigon® er en direkte dosisækvivalent sammenligning mere usikker. Lecigon® indeholder entacapon, som forstærker virkningen af levodopa. Produktinformationen angiver, at den samlede levodopadosis ved overgang fra levodopa/carbidopa uden entacapon gennemsnitligt kan reduceres med 20–35%, men reduktionen er individuel og forventes at være større ved høje levodopadoser. Dosisintervallerne for Lecigon® i tabel S3 er derfor illustrative.

De beregnede prisseksempler understøttes af de observerede regionale tilskudsudgifter. Blandt patienter i levodopa-baseret pumpebehandling var den gennemsnitlige årlige tilskudsudgift ca. 480.000–520.000 kr. pr. patient afhængigt af behandling, mens den højeste observerede udgift for en enkelt patient var over 900.000 kr. (tabel S3, bilag).

Apomorfin er ikke medtaget i den direkte sammenligning i tabel S3, fordi behandlingen adskiller sig på to væsentlige punkter. Dosis kan ikke omregnes til samme dosisækvivalent som de levodopabaserede pumpebehandling, og apomorfin gives typisk som tillæg til fortsat oral levodopabehandling. Den samlede lægemiddeludgift ved strategien kan derfor ikke udledes af prisen på apomorfin alene.

Da der aktuelt ikke er patienter i apomorfinpumpebehandling i Region Midtjylland, og kun få har modtaget behandlingen de seneste år, kan der heller ikke beregnes et retvisende regionalt gennemsnit for den samlede behandlingsstrategi. Tabel S4 (bilag) viser derfor alene en illustrativ beregning af udgiften til apomorfinitusionen.

Behov for en national vurdering af behandlingsområdet

De tværregionale forskelle i anvendelsen, sammenholdt med manglen på direkte sammenlignende studier og forskellene i lægemiddelomkostninger mellem behandlingerne, rejser spørgsmålet om behovet for en samlet national vurdering af behandlingernes indbyrdes placering.

National Health Service (NHS) England har i en Clinical Commissioning Policy fra 2025 fastlagt en national model for anvendelsen af avancerede behandlinger ved fremskreden Parkinsons sygdom.^[1] Her indplaceres Lecigon® og begge Duodopa-formuleringer på samme trin i behandlingsforløbet hos patienter, som ikke er egnede til apomorfinitusion eller DBS (figur S1, bilag). Valget træffes i fællesskab mellem patient og specialist på baggrund af en drøftelse af behandlingernes fordele og ulemper.

Hvis de tre behandlinger vurderes lige klinisk egnede, angiver policyen, at behandlingen med den laveste anskaffelsespris skal anvendes. Det angives desuden, at hvis den behandlende læge vurderer, at der foreligger særlige kliniske omstændigheder, som kan begrunde

overvejelse af finansiering uden for denne policy, kan der indsendes en ansøgning efter NHS Englands procedure for Individual Funding Request.

Finansiering og styring af specialistinitieret tilskudsmedicin Sagen rejser samtidig et særskilt spørgsmål om finansiering og styring. De avancerede medicinske behandlinger vælges, initieres og følges i neurologisk specialistregi, mens lægemiddeludgiften finansieres via medicintilskudssystemet.

Fra 1. september 2026 gælder en ny fællesregional ordning for vurdering af individuel ibrugtagning af sygehusmedicin, når et lægemiddel ikke er anbefalet som standardbehandling eller ikke er vurderet af Medicinrådet. Ordningen samler regionernes behandling af individuelle ansøgninger i en fælles regional komité. Tilskudsmedicin er ikke omfattet.

Sammenligningen er derfor principiel, men illustrerer, at omkostningstung, specialistinitieret medicin kan være underlagt forskellige styringsmekanismer afhængigt af, om behandlingen finansieres som sygehusmedicin eller via medicintilskudssystemet.

Det rejser spørgsmålet, om der er behov for en mere koordineret styring af omkostningstung, avanceret medicinsk Parkinsonbehandling.

Administrationens vurdering

Administrationen vurderer, at sagen bør løftes til Tværregionalt Forum for Koordination af Medicin.

De tværregionale data viser forskelle i både behandlingsomfang og fordelingen mellem de avancerede medicinske behandlinger. Det vurderes derfor relevant, at Forum belyser, i hvilket omfang variationen kan forklares af forskelle i patientgrundlag, kapacitet, organisering og kliniske forhold. Sammenholdt med forskellene i lægemiddelomkostninger mellem behandlingerne vurderes det samtidig relevant at drøfte, om variationen giver grundlag for at rejse spørgsmålet om en national vurdering i Medicinrådet.

Sagen rejser desuden et selvstændigt principielt spørgsmål om finansiering og styring af omkostningstung, specialistinitieret medicin, når behandlingsbeslutningen træffes i sygehusregi, mens lægemiddeludgiften finansieres via medicintilskudssystemet. Det vurderes relevant, at også denne problemstilling drøftes i Tværregionalt Forum.

Administrationen vil herudover undersøge det faktiske omfang af kassation i forbindelse med de avancerede pumpebehandlinger og sætte sagen til drøftelse på næste fysiske møde i den Regionale Lægemiddelkomité med henblik på at vurdere, om der er behov for regionale tiltag for at reducere lægemiddelspild.

[1] — <https://www.england.nhs.uk/publication/lcig-and-lecig-for-parkinsons-disease-adults/>

Beslutning

De tværregionale forskelle i anvendelsen, sammenholdt med manglen på direkte sammenlignende studier og forskellene i lægemiddelomkostninger mellem behandlingerne giver et behov for national vurdering af behandlingernes indbyrdes placering. Der er tale om behandling, som opstartes og styres på hospitalerne, men hvor lægemidlet udskrives på recept.

Den regionale Lægemiddelkomité besluttede, at sagen løftes til Tværregionalt Forum for Koordination af Medicin med henblik på at Forum belyse årsagerne til de tværregionale variationer i anvendelsen af avanceret medicinsk parkinsonbehandling, samt drøfter

finansiering og styringen af den avanceret medicinsk Parkinsonbehandling, hvor lægemiddeludgiften finansieres via medicintilskudssystemet.

Det Tværregionalt Forum for Koordination af Medicin har mulighed for at løfte sagen videre til Medicinrådet og/eller Dansk Neurologisk Selskab.

I samarbejde med Regionsapoteket og Neurologisk afdeling undersøger Monitoreringsgruppen spildproblematikken. Spild ift. behandling vil blive drøftet på et kommende møde i Den regionale Lægemiddelkomité.

Bilag

- [Bilag Avanceret medicinsk Parkinsonbehandling](#)

3. Nedsættelse af arbejdsgruppe til revidering af regional retningslinje for Farmakologisk alkohol abstinensbehandling for somatiske og psykiatriske patienter.

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

At Den regionale Lægemiddelkomité nedsætter en arbejdsgruppe til revidering af regional retningslinje for Farmakologisk alkohol abstinensbehandling for somatiske og psykiatriske patienter med hensyn til anvendelsen af fenemal.

Sagsfremstilling

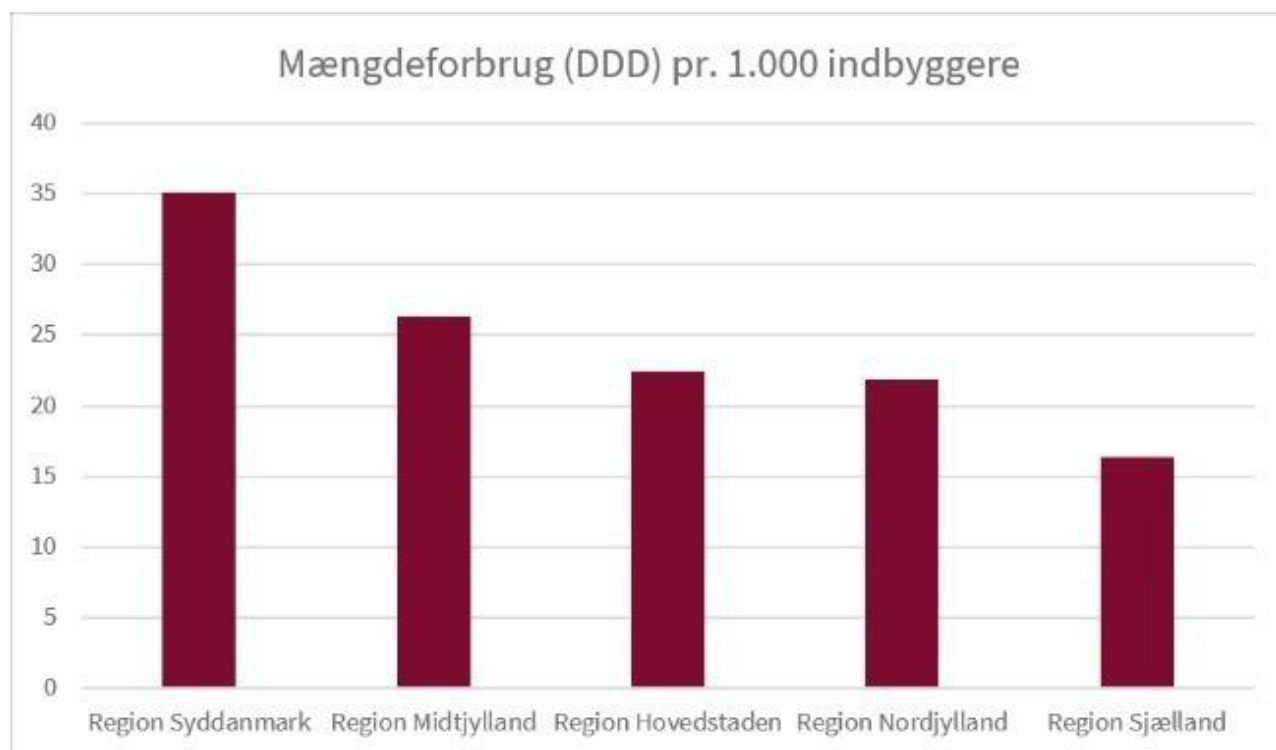
Klinisk Farmakologisk Afdeling, Psykiatrien og akutafdelingen på AUH har udarbejdet retningslinjen for [Farmakologisk alkohol abstinensbehandling for somatiske og psykiatriske patienter, regional retningslinje](#)

Psykiatrien i Horsens opfordrer til at retningslinjen revideres. Grunden er, at der i vejledningen står følgende:

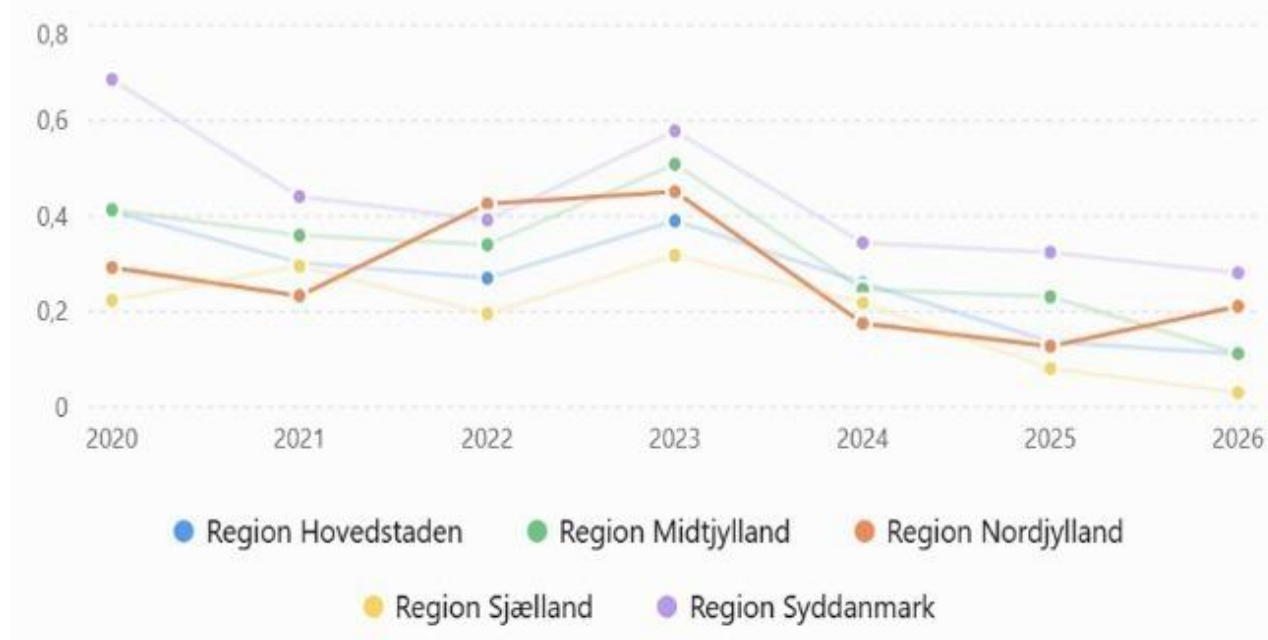
”Ved kompliceret deliriumbehandling, manglende effekt af benzodiazepin og ved psykiatrisk co-morbiditet: Behandling af alkoholabstinensstilstande med fenemal (phenobarbital) kan være indiceret i de tilfælde, hvor behandling med benzodiazepiner tidligere har vist sig utilstrækkelig eller har givet anledning til problematiske bivirkninger. Behandling med fenemal kan derfor efter vurdering ved speciallæge i psykiatri tilbydes til de patienter, hvor det måtte findes indiceret. Undtagelsesvis kan også besluttes på baggrund af anbefalinger om dette i tidligere epikriser eller notater fra tidligere afrusninger. Hvis skriftlig vurdering ikke foreligger, skal speciallæge i psykiatri involveres i beslutningen.”

Da psykiatrien har reduceret sin anvendelse af fenemal til kun at anvende lægemidlet i de sværeste tilfælde, er der ikke længere den samme erfaring til rådighed for andre afdelingen. Læger i psykiatrien har således ikke erfaring nok med præparatet til at tage ansvar for behandlingen i somatisk regi. Psykiatriske læger kan sparre og komme med anbefalinger, men ønsker ikke at tage ansvar for et patientforløb af en patient indlagt i anden afdeling. Ansvar bør ligge i den afdeling, der udfører behandlingen.

Data fra Regionsapoteket viser at det højeste forbrug af Fenemal er på de intensive afsnit, hvilket giver god mening da de sværeste delirpatienter behandles på intensiv. Klopoxid har været den foretrukne alkoholabstinens behandling igennem en del år og data fra sundhedsdatabanken viser da også at udviklingen i forbruget i Region Midtjylland siden 2020 er faldet meget. Sammenlignet med andre regioner, er forbruget faldet tilsvarende i Region Midtjylland (figur 1 og figur 2).



Gennemsnitligt månedligt forbrug (DDD pr. 1.000 borgere) fordelt på regioner. 2026 er baseret på januar-juni.



Forbruget på de intensive afdelinger vidner om, at der fortsat er behov for behandling med Fenemal, som er et godt alternativ til klopoxid, hvor der også er set alvorlige forgiftninger og som har et mindre afhængighedspotential end benzodiazepin. Efter dialog med specialerådet for anæstesiologi vurderes det ligeledes, at der fortsat er brug for fenemal i de sværeste tilfælde. Intensiv afdeling på AUH anfører at de ofte foretrækker fenemal, da de har oplevet en del tilfælde af overdosering med klopoxid og de henviser til Nanna Reiters forskning (bilag) som finder en lav korrelation imellem dosis, plasmakoncentration og klinisk effekt ved chlordiazepoxid, hvilket gør behandlingen uforudsigelig.

Det foreslås derfor, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som får til opgave at revidere den regionale retningslinje for Farmakologisk alkohol abstinensbehandling for somatiske

og psykiatriske patienter, samt at vurdere om der skal oprettes en selvstændig retningslinje for behandling med Fenemal.

Det forslås, at arbejdsgruppen som minimum består af:

- Speciallæge fra Klinisk Farmakologisk Afdeling (tovholder på processen)
- Speciallæge i Psykiatri
- Speciallæge fra en intensiv afdeling
- Speciallæge fra en intern medicinsk afdeling

Beslutning

Den regionale Lægemiddelkomité besluttede at nedsætte en arbejdsgruppe til revidering af regional retningslinje for Farmakologisk alkohol abstinensbehandling for somatiske og psykiatriske patienter med hensyn til anvendelsen af fenemal.

Forbruget i Region Midtjylland viser et generelt fald i anvendelsen af fenemal.

Fenemal anvendes ikke længere af psykiatrien, men bliver primært anvendt på intensivafdelinger og i akutafdelinger til de komplekse patienter.

Da klopoxid er kontraindiceret ved leversygdom bør hepatologerne også indgå i arbejdsgruppen. Regionsapoteket ønsker også at deltage i arbejdsgruppen i forhold til evt. opdatering af standardordinationspakker.

Den regionale Lægemiddelkomité besluttede at arbejdsgruppen som minimum består af:

- Speciallæge fra Klinisk Farmakologisk Afdeling (tovholder på processen)
- Speciallæge i Psykiatri
- Speciallæge fra en intensiv afdeling
- Speciallæge fra en intern medicinsk afdeling
- Repræsentant fra Regionsapotek Midtjylland
- Speciallæge fra Akutafdeling
- Speciallæge lever- mave- og tarmsygdomme

Bilag

- [A prospective pharmacokinetic study of chlordiazepoxide](#)

4. Ibrugtagning af medicin (ansøgning) og ændringer til den økonomiske refusionsmodel

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

At Den regionale Lægemiddelkomité orienteres om Ibrugtagning af medicin (ansøgning) og ændringer til den økonomisk refusionsmodel

Sagsfremstilling

Fra 1. september 2026 iværksættes Regionernes Fælles Komité til Vurdering af Enkeltansøgninger. Denne nationale komité tager fremover stilling til alle individuelle ansøgninger om brug af medicin til enkeltpatienter. Komitéen afløser dermed Det Regionale Medicinudvalg i Region Midtjylland (DRMM), som samtidig ophører. Formålet er primært at understøtte en mere ensartet adgang til medicin i regionerne. Den nye nationale komité overtager således fremover vurderingerne af alle regionernes ansøgninger om individuel ibrugtagning.

Afdelingerne/hospitalerne skal som hidtil sende alle ansøgninger om medicin til enkeltpatienter til Klinisk Farmakologisk Afdeling (KFA), AUH. KFA foretager som hidtil en lægefaglig gennemgang, og sender denne og ansøgningen til sekretariatet for den nye nationale komité. Det er aftalt, at sekretariatet for den nationale komité sender svaret på ansøgningen retur til KFA. Herefter sørger KFA for at orientere ansøger om svaret på den konkrete ansøgning.

Opdatering af refusionsmodel for finansiering af hospitalsmedicin fra Region Midtjyllands centrale pulje

Etableringen af den nye nationale komité betyder, at det er nødvendigt at foretage opdateringer i Region Midtjyllands refusionsmodel for finansiering af hospitalsmedicin fra regionens centrale pulje. Det grundlæggende princip er fortsat, at anbefalingerne fra Medicinrådet skal følges for at få betalt medicinen af regionens centrale medicinpulje.

1. Beløbsgrænsen på 500.000 kr. i dag ændres nu til 100.000 kr. for enkeltansøgninger (det er ens for alle regioner)
2. Der skal sendes en ansøgning i situationer, hvor det lægefagligt ønskes at anvende medicin, der endnu ikke har været drøftet i Medicinrådet uanset om det er Off Label eller In Label. Dét gælder når medicinudgiften for den enkelte patient er min. 100.000 kr. per år eller for det samlede patientforløb. Der skal sendes én ansøgning per patient.
3. Hvis medicinudgiften er under 100.000 kr. for én patient, så finansieres medicinudgiften centralt. Det sker automatisk uden ansøgning – uanset om det Off Label eller In Label brug.
Dog gælder en samlet beløbsgrænse for forbrug i hele regionen per lægemiddel til samme indikation på 250.000 kr. Behandlingsstedet er ansvarlige for at henvende sig, hvis behandlingsstedet når beløbsgrænsen – i modsat fald betales hele medicinudgiften inden for hospitalets eget budget. Behandlingsstedet skal også kontakte Sundhedsplanlægning, hvis det forventes, at beløbsgrænsen nås samlet set i hele regionen.

Undtagelser – her skal altid ansøges uanset om medicinudgiften er høj eller lille - dvs. hvor ovenstående beløbsgrænser ikke gælder

I følgende 2 situationer skal der altid ansøges via KFA til den nye nationale komité uanset hvad medicinen koster:

(der skal sendes én ansøgning per patient til KFA)

- A. Ønske om at bruge en medicinsk behandling, der er afvist af Medicinrådet. Heri ligger bl.a. et hensyn til et ønske om en bred lægefaglig sparring i disse situationer.
- B. Ønske om at bruge medicin, der ikke er markedsført i Danmark og hvor et firma tilbyder at levere lægemidlet mod en symbolsk betaling (Compassionate Use).
Det skyldes en opmærksomhed på, at endnu ikke markedsført medicin kan være billigt/gratis i øjeblikket, men at medicinen kan blive markant dyrere efter markedsføring.

I følgende situationer skal Sundhedsplanlægning kontaktes for en afklaring af økonomien: (behandlingsstedet betaler et eventuelt forbrug af medicinen forud for en beslutning inden for eget budget)

- C. Ønske om at bruge en medicinsk behandling, der er under behandling i Medicinrådet.
- D. Ønske om at bruge medicin der ikke indgår/er nævnt til en indikation, hvor der er en gældende behandlingsvejledning/anbefaling fra Medicinrådet.
- E. En medicinsk behandling, der ønskes indført som ny standardbehandling til en bred gruppe af patienter.

Der er ikke længere krav om at indsende kvartalslister om brug af medicin Off label. Tidligere beslutninger om bortfald af central finansiering af medicin i konkrete sager gælder fortsat.

Den samlede opdaterede refusionsmodel kan ses [her](#). Her kan det opdaterede nationale ansøgningsskema også downloades. (hjemmesiden opdateres inden for nogle uger med henblik på en endnu nemmere navigation på siden)

Kommissoriet for Regionernes Fælles Komité til Vurdering af Enkeltansøgninger er vedlagt til orientering.

Beslutning

Den regionale Lægemiddelkomité blev orienteret om Ibrugtagning af medicin (ansøgning) og ændringer til den økonomisk refusionsmodel.

Bilag

- [03 Godkendt kommissorium for Regionernes fælles komité til vurdering af enkeltansøgninger.pdf](#)

5. Eventuelt

1-31-72-117-24

Sagsfremstilling

Der er mulighed for at orientere Lægemiddelkomitéen om relevante emner.

National basisliste

Medicinrådet lancerer for første gang en ny national basisliste med anbefalinger til almen praksis om valg af lægemidler til 15 af de mest almindelige sygdomsområder. Formålet er at skabe større ensartethed i behandlingen på tværs af landet og understøtte en fagligt velbegrundet og omkostningseffektiv ordination i almen praksis.

Basislisten er udarbejdet i tæt samarbejde med repræsentanter fra de fem regioner. Den opdateres næste gang i efteråret med blandt andet anbefalinger om valg af lægemidler til behandling af type 2-diabetes. Basislisten udkommer både i en printvenlig kort version og i en fuld version med uddybende tekst og kildehenvisninger.

Basislisten er en oversigt over førstevalgslægemidler til voksne patienter inden for en række sygdomsområder. Hvor flere lægemidler vurderes lige gode og har samme pris, kan flere alternativer være angivet.

Den nationale basisliste erstatter de hidtidige regionale basislister, der tidligere blev udarbejdet af hver af de fem regioner.

De regionale basislister findes stadig på sundhed.dk, og er gældende på de sygdomsområder, som den nationale basisliste endnu ikke omfatter. I takt med at den nationale basisliste udvides til relevante sygdomsområder, vil de regionale helt udgå.

Basislisten gælder både for primær- og sekundærsektoren i Region Midtjylland.

Find [basislisten her \(Basislister - sundhed.dk\)](#)

Og i kort version her [Basislisten 2026](#)

Beslutning

Der var intet til eventuelt.