

# Medicinrådets vurdering af ibrugtagning af biosimilært rituximab til non-Hodgkin lymfom

Handelsnavn	Ritemvia® (Orion Pharma A/S) Riximyo® (Sandoz A/S)
Generisk navn	Rituximab
Referencelægemiddel	MabThera®
Firma	Orion Pharma Sandoz A/S
ATC kode	L01XC02
Virkningsmekanisme	Monoklonalt antistof mod B-celle-markøren CD20
Administration/dosis	Intravenøs dosering 375 mg/m <sup>2</sup>
Vurderet population ved Medicinrådet	a) Nye patienter, som ikke før har modtaget behandling med referencelægemidlet. b) Patienter, der tidligere har været i behandling med referencelægemidlet, som efter pause i behandlingen skal genoptage biologisk behandling. c) Patienter, som er i igangværende behandling med referencelægemidlet.
Godkendelsesdato Offentliggørelsesdato Dokumentnummer Versionsnummer Sekretariatets arbejdsgruppe (Fagudvalgets sammensætning se bilag 1)	14. september 2017 14. september 2017 4709 1.0 Karen Kleberg Hansen Jesper Skov Neergaard

## Medicinrådets konklusion

Medicinrådet vurderer, at biosimilært rituximab til NHL kan tages i brug til følgende patientgrupper:

- a) Nydiagnosticerede patienter med enten aggressivt eller indolent NHL eller patienter med indolent NHL, som skal i behandling efter en periode med monitorering (watch and wait)
- b) NHL-patienter med relaps, som efter en periode i remission skal i behandling igen
- c) NHL-patienter, der er i deres første eller et senere behandlingsforløb. Der skal i denne gruppe tages forbehold for, at præparatskift under induktionsbehandlingen kan skabe usikkerhed i dialogen med patienten. Fagudvalget vurderer, at der ved nyttilkomne bivirkninger og/eller progression af sygdommen efter præparatskift i induktionsfasen vil kunne opstå u hensigtsmæssige psykologiske problemstillinger i en i forvejen svær situation for patienten, også selvom ændringerne ikke vil være forårsaget af skiftet. Fagudvalget anbefaler at undlade at skifte præparat i induktionsfasen eller kun at foretage præparatskift i denne fase efter nøje overvejelse og dialog med patienten.

### **Grundlaget for Medicinrådets vurdering:**

Vurderingen af biosimilære lægemidler behandles i Rådets fagudvalg for de(t) relevante terapiområde(r). I tilfælde af at der ikke eksisterer et fagudvalg, som kan varetage opgaven, nedsættes et nyt.

Medicinrådet vurderer overordnet muligheden for at ibrugtage biosimilære lægemidler til tre grupper af patienter:

- a) Nye patienter, som ikke før har modtaget behandling med referencelægemidlet.
- b) Patienter der tidligere har været i behandling med referencelægemidlet, som efter pause i behandlingen skal genoptage biologisk behandling.
- c) Patienter, som er i igangværende behandling med referencelægemidlet.

Desuden tages stilling til, hvor ofte patienter kan skifte mellem biosimilære lægemidler og mellem biosimilære lægemidler og referencelægemidlet.

Udgangspunktet for Medicinrådets vurdering er, at biosimilære lægemidler ikke adskiller sig fra referencelægemidlet, hvad angår effekt, sikkerhed og kvalitet [1]. Medicinrådets vurdering er en sundhedsfaglig vurdering af, til hvilke patienter og under hvilke forhold det biosimilære lægemiddel kan ibrugtages. Vurderingen af ibrugtagning foretages ud fra en helhedsvurdering af fordele og ulemper for patienterne og sundhedsvæsenet. De konkrete problemstillinger vil variere på tværs af lægemidler og indikationer.

Fagudvalgets opgave er dermed at undersøge, om der er tungtvejende patienthensyn, som taler imod, at specifikke grupper behandles med eller skiftes til det biosimilære lægemiddel.

### **Om Medicinrådet:**

Medicinrådet er et uafhængigt råd, der vurderer, om nye lægemidler tilbyder patienter en bedre behandling end den behandling, som i forvejen er tilgængelig i Danmark. Medicinrådets opgave er at sikre hurtig og ensartet ibrugtagning af nye sygehuslægemidler. Medicinrådet består af tre enheder: Rådet, fagudvalgene/faglige fora og sekretariatet. Fagudvalgene/faglige fora bidrager til udarbejdelse af protokol og vurderingerne af klinisk merværdi. Rådet træffer beslutninger om anbefaling af ibrugtagning af nye lægemidler og nye indikationer som standardbehandling, og sekretariatet er overordnet metodeansvarlige og supporterer de forskellige fagudvalg/faglige fora samt Rådet.

## Forkortelser

ADA:	Anti-drug antibody
CHMP:	The Committee for Medicinal Products for Human Use
CHOP:	Cyclophosphamid, doxorubicin, vincristin, prednisolon
CLL:	Kronisk lymfatisk leukæmi
DLBCL:	Diffust storcellet b-celle lymfom
EMA:	European Medicines Agency
EPAR:	European public assessment report
GPA:	Granulomatose med polyangiitis (wegeners granulomatose)
MPA:	Mikroskopisk polyangiitis
NHL:	Non-Hodgkin lymfom
PK:	Farmakokinetik
PD:	Farmakodynamic
RA:	Reumatoid arthritis
RADS:	Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin
RCT:	Randomiseret kontrolleret studie

## Indhold

1	Baggrund.....	5
1.1	Definition af biosimilære lægemidler.....	5
1.2	EMAs procedure til godkendelse af biosimilære lægemidler .....	5
1.3	Tidligere erfaringer med skift til biosimilære lægemidler.....	6
1.4	Anvendelse af rituximab.....	6
1.5	Non-Hodgkin lymfom .....	7
2	Formål.....	7
3	Metode .....	7
3.1	Patientgrupperne i NHL.....	8
4	Fagudvalgets vurdering .....	8
4.1	Nye patienter, som ikke før har været i behandling med referencelægemidlet .....	8
4.2	Patienter, der tidligere har været i behandling med referencelægemidlet, som efter pause i behandlingen skal genoptage biologisk behandling .....	9
4.3	Patienter, som er i igangværende behandling .....	9
5	Andre overvejelser .....	9
6	Rådets vurdering .....	9
7	Referencer .....	10
8	Bilag .....	11
8.1	Bilag 1 – Fagudvalgets sammensætning.....	11

# 1 Baggrund

## 1.1 Definition af biosimilære lægemidler

Et biosimilært lægemiddel er et lægemiddel, der har samme aktive indholdsstof som et andet biologisk lægemiddel, og som kommer på markedet, efter patentet på det originale biologiske lægemiddel (også kaldet referencelægemidlet) er udløbet. Et biosimilært lægemiddel har samme dispenseringsform og styrke som referencelægemidlet.

## 1.2 EMAs procedure til godkendelse af biosimilære lægemidler

For at blive godkendt som et biosimilært lægemiddel i Europa har firmaet en tæt dialog med EMA om, hvilke analyser der skal foretages for at dokumentere, at det biosimilære lægemiddel er tilsvarende referencelægemidlet (highly similar). EMA arbejder med en metode, de kalder "Totality of Evidence", som er en skræddersyet proces, hvor data fra de første fysisk-kemiske analyser bestemmer, hvilke analyser der skal udføres efterfølgende. Alle biosimilære lægemidler skal derfor ikke nødvendigvis levere de samme analyser [2,3]. Biosimilariteten vurderes på baggrund af en *comparability exercise*, der gør rede for lægemidlets primære, sekundære og tertiære struktur samt posttranslationelle modifikationer og den biologiske aktivitet. Desuden udføres toksikologiske og kliniske forsøg med det biosimilære lægemiddel for at vise samme farmakokinetik (PK), farmakodynamik (PD), effekt og sikkerhed som referencelægemidlet. Der skal udføres et klinisk forsøg i den population, der betragtes som den mest sensitive [2]. EMA stiller specifikke krav til fremstilling og produktionsproces, præklinisk farmakologi, toksikologi, PD og PK samt kliniske studier, hvor det biosimilære lægemiddel sammenlignes med referencelægemidlet med hensyn til effekt, sikkerhed og immunogenicitet. Godkendelsen beror til sidst på en samlet vurdering af de fremstillingsprocesbeskrivende, fysisk-kemiske, biologiske, prækliniske og kliniske data, der foreligger [3,4]. Processen indeholder foruden mere dybdegående analyser de samme trin, som producenten af et biologisk lægemiddel skal dokumentere, når de f.eks. foretager ændringer i deres fremstillingsproces. Variationen mellem et biosimilært lægemiddel og et referencelægemiddel overskrider ikke den variation, der kan forekomme mellem to forskellige batches af et referencelægemiddel. EMAs krav til *comparability exercise* og kliniske studier fremgår af tabel 1 [4].

**TABEL 1. EMAS KRAV TIL KARAKTERISTIK OG KLINISKE STUDIER VED GODKENDELSE AF BIOSIMILÆRE LÆGEMIDLER**

<b>Comparability exercise</b>	<b>EMA krav til karakteristik af struktur og biologisk funktion</b>
Primær aminosyresekvens	En afvigelse på én aminosyre i aminosyresekvensen udelukker biosimilaritet
Potens	Skal matche referencelægemidlet
Sekundær og højere struktur, posttranslationelle modifikationer og andre variationer	Skal være så ens som muligt med referenceproduktet, og egnede analyser skal demonstrere, at variationer ikke påvirker klinisk effekt, sikkerhed og immunogenicitet
<b>Kliniske studier</b>	<b>EMA krav til kliniske studier</b>
Farmakokinetik (PK)	Enkeltdosis komparative humane studier
Farmakodynamik (PD)	Kombination med PK-studier, hvor et klinisk relevant PD-endepunkt er tilgængeligt. Alternativt er en ikke-klinisk evaluering nødvendig
Effekt	Højsensitive dosis-komparative PD-studier kan være tilstrækkelige. Alternativt mindst ét ækvivalensstudie med tilstrækkelig statistisk styrke
Sikkerhed	Mindst ét ækvivalensstudie med tilstrækkelig statistisk styrke
Immunogenicitet	Skal vurderes i sikkerhedsstudiet

### 1.3 Tidligere erfaringer med skift til biosimilære lægemidler

De første biosimilære lægemidler, der er blevet godkendt og taget i brug, er lægemidler til behandling af inflammatoriske sygdomme. Erfaringer med skift findes derfor især indenfor reumatoid arthritis (RA), psoriasis, spondyloarthritis, ankyloserende spondylitis, ulcerativ colitis og Crohns sygdom. Studier, der beskriver skift fra referencelægemidler til tilsvarende biosimilære lægemidler indeholdende infliximab, etanercept og adalimumab, er beskrevet i to reviews, der også beskriver de studiedesigns, der anvendes til at undersøge betydningen af at skifte mellem referencelægemidler og biosimilære lægemidler [5,6].

I Danmark indførte Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) i 2016 skift fra referencelægemidlet Remicade® til det biosimilære Remsima® (infliximab) og fra Ebrel® til Benepali® (etanercept) [3]. Betydningen af de skift er undersøgt ved at sammenligne sygdomsaktiviteten 3 mdr. før og 3 mdr. efter skiftet i patienter med RA, psoriasis og spondylarthritis. Resultaterne er publiceret og viser, at skiftet ikke har medført ændringer i sygdomsaktivitet eller forekomst af bivirkninger [7,8]. Et andet stort studie, finansieret af den norske stat, undersøger skift af patienter med ulcerativ colitis og Crohns sygdom fra Remicade® til Remsima® sammenlignet med patienter, der forbliver på Remicade®. Her findes ingen forskelle i sygdomsaktivitet eller bivirkninger i de to arme [9].

### 1.4 Anvendelse af rituximab

Rituximab blev i 1998 godkendt som i.v.-behandling af non-Hodgkin lymfom (NHL) og markedsført under produktnavnet MabThera®. Efterfølgende blev det godkendt til kronisk lymfatisk leukæmi (CLL), RA og granulomatose med polyangiitis (GPA og MPA). Senere i 2014 er også en subkutan dispenseringsform godkendt til behandling af NHL [10].

I 2017 har EMA godkendt biosimilære lægemidler indeholdende rituximab til intravenøs administration til samme indikationer som MabThera®.

Til behandling af NHL er MabThera® godkendt til følgende indikationer [11]:

- Behandling af tidligere ubehandlede patienter med stadie III-IV follikulært lymfom i kombination med kemoterapi
- Vedligeholdelsesterapi til behandling af follikulært lymfom hos patienter, der responderer på induktionsbehandlingen
- Monoterapi til patienter med follikulært lymfom, som er kemoresistente eller er i deres andet eller senere relaps efter kemoterapi
- Behandling af patienter med CD20 positiv diffust storcellet B-celle lymfom (DLBCL) i kombination med CHOP (cyclophosphamid, doxorubicin, vincristin, prednisolon) kemoterapi.

I klinisk praksis anvendes rituximab desuden i behandlingen af andre CD20-positive NHL-subtyper. Behandlingen for de aggressive subtyper har kurativt sigte, mens den for de indolente snarere sigter mod sygdomskontrol.

B-celle lymfomer behandles normalt med en kombination af rituximab og kemoterapi, men <5 % af patienter med indolente lymfomer behandles med rituximab monoterapi, hvor kombinationen med kemoterapi er fravalgt på baggrund af hensyn til f.eks. komorbiditet eller patientønsker.

Som monoterapi doseres rituximab 375 mg/m<sup>2</sup> 1 gang om ugen i 4 uger.

I kombination med kemoterapi doseres rituximab 375 mg/m<sup>2</sup> på dag 1 i hver behandlingscyklus (hver 2., 3. eller 4. uge) i op til 8 behandlingsserier.

Vedligeholdelsesterapi efter monoterapi eller kombinationsterapi gives hver 2. eller 3. måned i op til 2 år eller indtil progression.

Rituximab gives normalt i ambulant regi. Betinget af patientens tilstand eller ved komplekse behandlingsregimer gives behandlingen dog under indlæggelse.

Den første intravenøse infusion varer ca. 4 timer. Såfremt der ikke forekommer infusionsrelaterede reaktioner, varer de efterfølgende infusioner ca. 1½ time. Ved infusionsrelaterede reaktioner tilpasses infusionshastigheden.

Den første dosis gives altid som intravenøs behandling. I klinisk praksis anvendes i vid udstrækning den subkutane formulering af MabThera til de efterfølgende behandlinger, og de to administrationsformer opfattes som ligeværdige, hvad angår effekt og bivirkninger. Valget mellem administrationsformerne baserer sig hovedsageligt på økonomiske og administrative forhold samt patientpræferencer og ikke på betydende kliniske forskelle i effekt og bivirkningsprofil mellem administrationsformerne. Subkutan doseres MabThera 1400 mg, og administrationen foregår som den intravenøse behandling i ambulant regi. Den varer 10 min.

## 1.5 Non-Hodgkin lymfom

I Danmark diagnosticeres ca. 1.200 nye tilfælde af NHL om året, og ca. 10.000 personer lever med sygdommen. NHL er en heterogen gruppe af lymfomer, hvoraf 90 % udgøres af B-celle lymfomer. Heraf udgøres de fleste af DLBCL (ca. 40 %) og follikulært lymfom (ca. 20 %). Resten udgøres af over 30 andre og sjældnere subtyper. NHL B-celle lymfomer opdeles i indolente og aggressive lymfomer. Follikulært lymfom er et indolent, mens DLBCL er et aggressivt lymfom [12].

NHL manifesterer sig ved hævede lymfeknuder eller smerter i de områder, hvor sygdommen opstår. Diagnosen stilles ved blodprøver og biopsi fra det syge område og stadieinddeles efterfølgende på baggrund af udbredelsen. NHL behandles oftest med kemoterapi og ofte i kombination med antistofbehandling mod de maligne celler. Prognosen afhænger af subtype, stadie og risikofaktorer. Ca. 85 % lever 1 år efter diagnosticering, og ca. 70 % lever 5 år efter diagnosticering [12].

## 2 Formål

Formålet med denne vurdering er at vurdere ibrugtagning af biosimilære lægemidler indeholdende rituximab til behandling af patienter med NHL.

## 3 Metode

Vurderingen af biosimilære lægemidler behandles i Rådets fagudvalg for de(t) relevante terapiområde(r). I tilfælde af at der ikke eksisterer et fagudvalg, som kan varetage opgaven, nedsættes et nyt.

Medicinerådet vurderer overordnet muligheden for at ibrugtage biosimilære lægemidler til tre grupper af patienter:

- a) Nye patienter, som ikke før har modtaget behandling med referencelægemidlet.
- b) Patienter, der tidligere har været i behandling med referencelægemidlet, som efter pause i behandlingen skal genoptage biologisk behandling.
- c) Patienter, som er i igangværende behandling med referencelægemidlet.

Desuden tages stilling til, hvor ofte patienter kan skifte mellem biosimilære lægemidler og mellem biosimilære lægemidler og referencelægemidlet.

Udgangspunktet for Medicinrådets vurdering er, at biosimilære lægemidler ikke adskiller sig fra referencelægemidlet, hvad angår effekt, sikkerhed og kvalitet [1]. Medicinrådets vurdering er en sundhedsfaglig vurdering af, til hvilke patienter og under hvilke forhold det biosimilære lægemiddel kan ibrugtages. Vurderingen af ibrugtagning foretages ud fra en helhedsvurdering af fordele og ulemper for patienterne og sundhedsvæsenet. De konkrete problemstillinger vil variere på tværs af lægemidler og indikationer.

Fagudvalgets opgave er dermed at undersøge, om der er tungtvejende patienthensyn, som taler imod, at specifikke grupper behandles med eller skiftes til det biosimilære lægemiddel.

### 3.1 Patientgrupperne i NHL

- a) Denne gruppe omfatter nydiagnosticerede patienter med enten aggressivt eller indolent NHL eller patienter med indolent NHL, som skal i behandling efter en periode med monitorering (watch and wait).
- b) Denne gruppe omfatter NHL-patienter med relaps, som efter en periode i remission skal i behandling igen.
- c) Denne gruppe omfatter patienter, der er i deres første eller et senere behandlingsforløb. De kan være enten i induktionsfasen eller i vedligeholdelsesfasen.

## 4 Fagudvalgets vurdering

Fagudvalget vurderer, på baggrund af Medicinrådets udgangspunkt om ligestilling, hvad angår kvalitet, effekt og sikkerhed, at biosimilært rituximab kan tages i brug til behandling af alle tre patientgrupper. Dog skal der tages hensyn til, at præparatskift under induktionsbehandlingen kan skabe usikkerhed i dialogen med patienten, hvorfor fagudvalget anbefaler at undlade at skifte præparat i induktionsfasen eller kun at foretage præparatskift i denne fase efter nøje overvejelse og dialog med patienten.

Udover hensyntagen til præparatskift under induktionsfasen vurderer fagudvalget ikke, at der er grund til at begrænse antallet af skift. Det vurderes ud fra en betragtning af, at det er bedst og mest sikkert for både patienter og personale, at patienten behandles med det præparat, der er tilgængeligt på afdelingerne.

Ved ibrugtagning af biosimilært rituximab skal patienten nøje informeres om, at et præparatskift ikke forventes at være årsag til en ændret bivirkningsprofil eller ændret behandlingsrespons.

Ved præparatskift forstås skift mellem præparater, der har forskelligt handelsnavn, og ikke mellem tilgængelige administrationsformer af referencelægemidlet.

### 4.1 Nye patienter, som ikke før har været i behandling med referencelægemidlet

Fagudvalget vurderer, at der ikke findes tungtvejende argumenter for ikke at ibrugtage biosimilært rituximab til denne patientgruppe.

#### 4.2 Patienter, der tidligere har været i behandling med referencelægemidlet, som efter pause i behandlingen skal genoptage biologisk behandling

Fagudvalget vurderer, at der ikke findes tungtvejende argumenter for ikke at ibrugtage biosimilært rituximab til denne patientgruppe.

#### 4.3 Patienter, som er i igangværende behandling

Fagudvalget vurderer, at præparatskift under induktionsbehandlingen kan skabe usikkerhed i dialogen med patienten. Fagudvalget vurderer, at der ved nyttilkomne bivirkninger og/eller progression af sygdommen efter præparatskift i induktionsfasen vil kunne opstå u hensigtsmæssige psykologiske problemstillinger i en i forvejen svær situation for patienten, også selvom ændringerne ikke vil være forårsaget af skiftet. Fagudvalget anbefaler at undlade at skifte præparat i induktionsfasen eller kun at foretage præparatskift i denne fase efter nøje overvejelse og dialog med patienten. Hensynet til dialogen med patienten og patientens egen oplevelse af eventuelle ændringer i effekt eller bivirkninger er mindre tungtvejende under vedligeholdelsesbehandlingen, fordi patienten i vedligeholdelsesfasen er i remission, og behandlingen er mindre intensiv.

### 5 Andre overvejelser

Fagudvalget ønsker, at den brede anvendelse af den subkutane formulering af Mabthera indgår i de økonomiske betragtninger vedrørende ibrugtagning af biosimilært rituximab.

### 6 Rådets vurdering

Medicinrådet godkender fagudvalgets vurdering af ibrugtagning af biosimilært rituximab til behandling af NHL i de tre patientgrupper, og tilslutter sig forbeholdet omkring skift hos patienter i igangværende induktionsbehandling. Medicinrådet ønsker at understrege, at forudsætningen for skift er, at skiftet foregår på et fagligt oplyst grundlag, og at patienten er tryk ved det.

## 7 Referencer

1. Lægemiddelstyrelsen. Spørgsmål og svar om biologiske og biosimilære lægemidler. København: Lægemiddelstyrelsen; 2015.
2. Markus R, Liu J, Ramchandani M, Landa D, Born T, Kaur P. Developing the Totality of Evidence for Biosimilars: Regulatory Considerations and Building Confidence for the Healthcare Community. *BioDrugs*. 2017;31(3):175–87.
3. RADS (Rådet for anvendelse af dyr sygehusmedicin). RADS informerer – Biosimilære biologiske lægemidler – fokus på infliximab og etanercept. København: RADS (Rådet for anvendelse af dyr sygehusmedicin); 2016.
4. Dörner T, Strand V, Castañeda-Hernández G, Ferraccioli G, Isaacs JD, Kvien TK, et al. The role of biosimilars in the treatment of rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*. 2013;72(3):322–8.
5. Moots R, Azevedo V, Coindreau JL, Dörner T, Mahgoub E, Mysler E, et al. Switching Between Reference Biologics and Biosimilars for the Treatment of Rheumatology, Gastroenterology, and Dermatology Inflammatory Conditions: Considerations for the Clinician. *Curr Rheumatol Rep*. 2017;19(6).
6. Faccin F, Tebbey P, Alexander E, Wang X, Cui L, Faccin F, et al. Expert Opinion on Biological Therapy The design of clinical trials to support the switching and alternation of biosimilars. *Expert Opin Biol Ther*. 2017;16(12):1445–53.
7. Glintborg B, Sørensen IJ, Loft AG, Lindegaard H, Linauskas A, Hendricks O, et al. A nationwide non-medical switch from originator infliximab to biosimilar CT-P13 in 802 patients with inflammatory arthritis: 1-year clinical outcomes from the DANBIO registry. *Ann Rheum Dis*. 2017;annrheumdis-2016-210742.
8. Glintborg B, Sørensen IJ, Loft AG, Esbesen J, Lindegaard H, Jensen D V, et al. FRI0190 Clinical outcomes from a nationwide non-medical switch from originator to biosimilar etanercept in patients with inflammatory arthritis after 5 months follow-up. results from the danbio registry. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(Suppl 2):553 LP-554.
9. Jørgensen KK, Olsen IC, Goll GL, Lorentzen M, Bolstad N, Haavardsholm EA, et al. Switching from originator infliximab to biosimilar CT-P13 compared with maintained treatment with originator infliximab (NOR-SWITCH): a 52-week, randomised, double-blind, non-inferiority trial. *Lancet*. 2017;389(10086):2304–16.
10. European Medicines Agency. Assessment report – MabThera (EMA/276108/2016). London: European Medicines Agency; 2016.
11. European Medicines Agency. Summary of Product Characteristics – MabThera. London: European Medicines Agency;
12. Den landsdækkende LYFO database. Malignt Lymfom og CLL – National årsrapport 2015. København: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram; 2015.

## 8 Bilag

### 8.1 Bilag 1 – Fagudvalgets sammensætning

Sammensætning af Fagudvalget vedrørende follikulært lymfom

Navn	Udpeget af
Lars Møller Pedersen (Formand) Forskningsansvarlig overlæge	Lægevidenskabelige Selskaber
Lars Møller Pedersen (dobbel mandat) Forskningsansvarlig overlæge	Region Hovedstaden
<i>Afventer udpegning</i>	Region Midtjylland
Paw Jensen Ledende overlæge	Region Nordjylland
<i>Afventer udpegning</i>	Region Syddanmark
Dorte Maegaard Tholstrup Afdelingslæge	Region Sjælland
Helle Knudsen Overlæge	Dansk Patologiselskab
Kathrine Bruun Svan Farmaceut	Dansk Selskab for Sygehusapoteksledelse

Medicinrådets sekretariat

Jesper Skov Neergaard <a href="mailto:jne@medicinraadet.dk">jne@medicinraadet.dk</a> Tlf. 40 22 31 03	Medicinrådet Dampfærgevej 27-29 2100 København Ø
Karen Kleberg Hansen <a href="mailto:kkh@medicinraadet.dk">kkh@medicinraadet.dk</a> Tlf. 30 34 46 36	