

# Budgetanalyse af ISM - Afrapportering om beredskab

*Første del af afrapporteringen  
med fokus på beredskabsopgaven (Spor A)*

Opdateret medio november 2024



# Ledelsesresumé (I/III)

## Budgetanalysen og dens kontekst

Formålet med budgetanalysen er at tilvejebringe et bruttokatalog med tiltag, der muliggør den mest hensigtsmæssige realisering af ISM's fremadrettede bevillingsniveau, og danner grundlag for fremadrettet effektiv og tidssvarende opgavevaretagelse. Analysen har to spor:

- Spor A: Fokus på sundhedsberedskabet - specifikt på at udarbejde tiltag, der definerer et forsvarligt niveau for sundhedsberedskabet i lyset af, at COVID-19-bevillinger bortfalder i 2025 svarende til 321,4 mio. kr.
- Spor B: Fokus på drift i koncernen - specifikt mhp. at realisere bevillingsfald svarende til 177,4 mio. kr.

Budgetanalysen skal ses i lyset af, at ISM's bevillinger steg med 498% ifm. COVID-19 fra 1,6 mia. kr. til godt 9,6 mia. kr. Da COVID-19-bevillinger (UK12-bevillinger) bortfalder i 2025, vil bevillingsniveauet være på ~1,3 mia. kr. svarende cirka til 2018-niveauet<sup>1</sup>. Tiltagene, der er udviklet i Spor A, skal danne grundlag for et forsvarligt og omkostningseffektivt sundhedsberedskab i ISM's koncern. For hvert tiltag præsenteres en række scenarier, hvortil valget af scenarie kræver politisk stillingtagen. For at understøtte dette, er der beskrevet konsekvenser og risici for hvert scenarie, men det er væsentligt, at dette ikke ses som en sundhedsfaglig anbefaling. Tiltagene er udviklet pba. både læring fra COVID-19, nye internationale krav/anbefalinger samt risikoen for, at den næste krise/hændelse kan være forbundet med andre typer sygdomme eller endda hændelser indenfor andre beredskabsområder (fx cyber-relateret). Opgavevaretagelsen i hvert scenarie er således ikke skræddersyet til at håndtere COVID-19 igen, da dette ikke vurderes at være relevant. Budgetanalyse er gennemført i tre faser i 2024: Først en bred kortlægning af ISM's koncern inklusiv sundhedsberedskabet i januar og februar, dernæst analyse af sundhedsberedskabet (Spor A) i marts og april, og endelig analyse af den generelle drift på tværs af koncernen (Spor B) i april, maj og juni 2024. Resultaterne er udarbejdet af BCG i tæt samarbejde med ISM's institutioner og departement samt Finansministeriets departement. Budgetanalysen er forankret i en styregruppe bestående af FM, ISM og BCG, og ISM's institutioner inddrages løbende gennem en referencegruppe med repræsentation fra alle institutioner.

## Budgetanalysen og dens kontekst

I budgetanalysens Spor A er fokus på sundhedsberedskabet. Den nuværende opgaveløsning og ressourcetræk defineres fortsat i høj grad af ændringer under og efter COVID-19. Dette gælder særligt ift. overvågning af smitsomme sygdomme, der er 4-5x af 2019-niveauet<sup>2</sup>, samt de tilbageværende COVID-19-håndteringsopgaver (herunder særligt TestCenter Danmark og vaccinationsopgaven). Beredskabsopgaverne håndteres i dag af fem institutioner i ISM (SST, SSI, SDS, STPS og LMST) for alle otte typer af beredskab<sup>3</sup>, mens departementet sætter overordnede rammer for beredskabet gennem bl.a. policyudvikling.

Beredskabet defineres af ISM's departement som tre overordnede opgaver:

- Planlægning, der forbereder sundhedsvæsenet på tidssvarende og effektiv håndtering af sundhedsrelaterede hændelser. Herunder:
  - Udarbejde strategiske beredskabsplaner og koordination med alle relevante interessenter (herunder internationale samarbejdspartnere)
  - Udbrede kendskab til strategiske beredskabsplaner til relevante interessenter
  - Vejlede og rådgive ift. andre organisationers beredskabsplanlægning
  - Risikovurdere, planlægge og koordinere håndtering af konkrete hændelser og høj-risiko-hændelser
- Overvågning, der muliggør proaktiv håndtering af kendte hændelser, samt hurtig og effektiv identificering af og forståelse for nye typer hændelser. Herunder:
  - Indsamle og tilvejebringe data om niveau og tendenser i samfundet, der kan informere politiske beslutninger og/eller planlægning<sup>4</sup>, herunder fx spildevandsovervågning
  - Indsamle og tilvejebringe data og informationer om specifikke hændelser/cases, der kan informere håndtering<sup>4</sup>, herunder fx helgenomsekventering
  - Analysere data og informationer mhp. at forstå implikationer, udarbejde risikovurderinger samt rådgive om beslutninger, forebyggende tiltag m.m.
- Håndtering, der minimerer konkrete, uventede hændelsers skade på de involverede og i sidste ende samfundet som helhed. Herunder:
  - Besvare henvendelser angående mulige hændelser fra borgere og eksperter
  - Kortvarigt omprioritere ressourcer til håndtering af mindre hændelser
  - Prioritere/opskalere ressourcer til større hændelser
  - Opbygge nye kapaciteter i overensstemmelse med beslutning fra krisestyringsorganisation

1. PL-reguleret til 2024-prisniveau ved generel pris- og lønindeks; 2. Estimeret med udgangspunkt i regnskabsdata for 2019 PL-reguleret til 2024 niveau. Bemærk stigningen også er drevet af opdrift i UK10 bevillinger som følge af bl.a. ØA2021 vedrørende den digitale overvågning; 3. Tværgående beredskab, smitsomme sygdomme, psykosocialt beredskab, radiologisk beredskab, biologisk beredskab, naturkatastrofer og miljø, civilt-militært beredskab og lægemiddelberedskab; 4. Der er også forpligtigelser ift. at dele data med internationale samarbejdspartnere, fx WHO

# Ledelsesresumé (II/III)

## Resultater - Det fremtidige beredskab

Der er identificeret syv overordnede tiltag, som tilsammen realiserer 122 - 179 mio. kr. i 2025<sup>1</sup> (143 - 183 mio. kr. i 2026-frem) svarende til 38-56% (44%-57% 2026-frem) af de 321,4 mio. kr.

For hvert tiltag beskrives konsekvenser forbundet med bevillingsbortfaldet i 2025 relateret til COVID-19-bevillinger (UK12). Dertil beskrives 2-3 scenarier, som er nedskaleret ift. det nuværende niveau, men opskaleret ift. det 2025-niveau, der fremgår i FL24 samt niveauet før COVID-19.

De primære ændringer foreslået i tiltagene er:

- **Den centrale planlægningsopgave styrkes ift. før COVID-19 gennem:**
  - Højere og mere stabil grundbevilling til planlægning og koordinering i SST
  - Klarere definition af institutionernes kapabiliteter i grundniveau og på sigt ift. opskalering for hver beredskabsopgave
  - Formalisering af roller og forventninger til institutionerne i beredskabet ift. at planlægge koordinere håndteringen af hændelser
- **Overvågningen justeres til et niveau, der er lavere end 2024, men højere end før COVID-19. Dette betyder:**
  - Der vil tilvejebringes *data og information om smitteniveau og tendenser i samfundet* via spildevandsovervågning, mens fx sentinelprøver nedjusteres og selvtest sættes i dvale eller afvikles<sup>2</sup>
  - Der vil indsamles *data og informationer om specifikke hændelser/cases* via sentinellovervågning på et niveau, der er højere end før COVID-19. Yderligere opretholdes evnen til at identificere nye virus-varianter gennem helgenomsekventering<sup>3</sup>
  - Det vil generelt være muligt at bidrage med samme kvalitet og samme typer af *analyser af det tilvejebragte data* som i 2024, men analyser opdateres med lavere frekvens, og der vil være længere svartid. I ét scenarie forventes det ligeledes, at nogle forespørgsler nedprioriteres, og der beskrives effekter af at afvikle én type analyse (modellering af sygdomsdynamik, som er opbygget under COVID-19)
- **Håndtering af tilbageværende COVID-19-tiltag normaliseres/stoppes:**
  - Evnen til at opskalere ifm. fremtidige hændelser behandles scenariespecifikt i dokumentet, hvor der i scenarierne er variation i hvor hurtigt, der kan opskaleres til analyse af et større antal selvtest

## De syv tiltag

**1.-3. Forudsætning for tiltag 1-3:** En stabil merbevilling til SST's grundberedskab

- **Beskrivelse:** Størstedelen af den centrale planlægning og koordinering varetages af BES i SST. I 2025 bortfalder ~77% af bevillingerne til den centrale planlægning (17,3 mio. kr. af 22,4 mio. kr.). Et direkte bortfald vurderes at have store beredskabsmæssige konsekvenser, og det er således en forudsætning for planlægningstiltagene (nedenfor), at der defineres et nyt niveau for SST's grundbevilling til beredskab i BES.
- **Gevinst:** Netto kan 5,8-12,6 mio. kr. realiseres af de 14 mio. kr. COVID-19-bevillinger<sup>4</sup>. Dette svarer til en merbevilling ift. 2025 på 4,7-11,4 mio. kr.
- **Risici:** Ved merbevilling på 4,7 mio. kr. ift. 2025 vil udelukkende de mest centrale planlægnings- og koordineringsopgaver kunne varetages, hvilket er en væsentlig reduktion ift. 2024-niveauet. Merbevilling på 11,4 mio. kr. ift. 2025 muliggør varetagelse af en række væsentlige planlægnings- og koordineringsopgaver samt ad-hoc-beredskabsopgaver indenfor den givne ramme - det vurderes at implikationer ift. 2024-niveau vil være beskedne.

**1. Planlægning:** Klarere forventninger til institutionerne ifm. hændelser og grundniveau

- **Beskrivelse:** Der er uklare forventninger til institutionerne bl.a. efter store ændringer i aktiviteter efter COVID-19. Der udarbejdes rammer for et styringsværktøj til ISM's sundhedsberedskab med beskrivelser af grundniveau samt relevante forhold for opskalering, der sikrer bedre forståelse for krav til organisationen
- **Gevinst:** Ukendt økonomisk potentiale. Styrker styringen af beredskabsopgaver forankret i et veldefineret grundniveau (bør defineres efter politiske beslutninger)
- **Risici:** Ingen risici identificeret

**2. Planlægning:** Formalisering af roller ifm. prioritering og koordinering af håndteringen af hændelser

- **Beskrivelse:** Det øgede fokus på beredskabsopgaver og bedre overvågning øger behovet for planlægning og koordinering. Dette mitigeres ved en formalisering af tre roller: For det første foreslås det, at SST formelt får ansvaret for koordinering og håndtering af hændelser, herunder at afklare behov og omfang for planlægning og håndtering (i tilfælde af behov for koordinering på tværs af institutioner). Dette vil formelt gøre det nuværende koordinationsforum til et beslutningsforum med SST som ansvarlig, fast deltagelse fra SSI, CBB, SDS, STPS og LMST, samt faste kontaktpersoner i fx DR og KL. For det andet foreslås en mindre justering af rollen for pressehåndtering, og for det tredje placeres et ansvar formelt for at sikre datadeling ifm. en hændelse ved SDS.
- **Gevinst:** Økonomisk neutral
- **Risici:** Ingen risici identificeret

1. Midlertidige 2025-bevillinger; 2. Det kan overvejes om overvågning af søgeord på internettet, som bl.a. anvendt i Sverige, er et omkostningseffektivt supplement til overvågningen; 3. 1.000 sekventeringer/uge i første kvartal 2024. Efter første kvartal nedjusteres dette til 200 sekventeringer/uge; 4. I tillæg til UK12 bortfalder 3,3 mio.kr givet af departementet. Det samlede bortfald er derfor på 17,3 mio. kr.

# Ledelsesresumé (III/III)

## De syv tiltag (fortsat)

3. **Planlægning:** Bedre prioritering og koordinering af deltagelse i internationale fora
  - *Beskrivelse:* ISM vurderer, at der er mere aktivitet ift. internationalt arbejde ift. før COVID-19. Det anbefales, at dette varetages indenfor institutionernes eksisterende ramme (hvis koordinationsforummet formaliseres yderligere jf. tiltag 2 kan deltagelse koordineres bedre). Bemærk: Internationalt arbejde behandles også i Spor B
  - *Gevinst:* Økonomisk neutral
  - *Risici:* De mest centrale aspekter af planlægningsopgaven bevares i de to scenarier, men generelt vil opgavevaretagelsen foregå på et lavere niveau end i 2024. Dette kan have implikationer for planlægning og koordinering ift. hvor effektivt hændelser håndteres
4. **Overvågning:** Reduktion af grundniveau for overvågning
  - *Beskrivelse:* Niveauet for overvågning i 2024 er 4-5x af 2019-niveauet, og det vurderes, at niveauet kan nedjusteres mhp. at realisere en del af bevillingsbortfaldet for 2025
  - *Gevinst:* Netto kan 29-56 mio. kr. realiseres af de 127,9 mio. kr. COVID-19-bevillinger
  - *Risici:* Generelt opretholdes evnen til at udføre overvågningsopgaven, men på lavere niveau end i 2024. I visse scenarier bortfalder kapabiliteter og opskaleringsevnen påvirkes. Implikationer af dette beskrives scenariospecifikt i dokumentet
5. **Håndtering:** Nedtagning af TestCenter Danmark (TCDK)
  - *Beskrivelse:* TCDK blev oprettet ifm. COVID-19 for at understøtte strategien om omfattende test. Den tilbageværende aktivitet i TCDK (ekskl. diagnostisk funktion, der analyseres som en del af tiltag 4) kan nu bortfalde
  - *Gevinst:* Den samlede COVID-19 bevilling på 64 mio. kr. kan realiseres
  - *Risici:* Ingen risici identificeret

## De syv tiltag (fortsat)

6. **Håndtering:** Normalisering af COVID-19-vaccineindsatsen
  - *Beskrivelse:* Vaccinationsindsatsen for COVID-19 er en ny opgave for SSI. Hvis ikke opgaven skal bortfalde, kan den normaliseres gennem besparelser ift. bedre udnyttelse af lagerkapaciteten, mindre/færre kommunikationskampagner og påmindelser samt færre analyser ift. målgruppevurderinger
  - *Gevinst:* Netto kan 43-49 mio. kr. realiseres af de 98 mio. kr. til COVID-19-bevillinger
  - *Risici:* Det vil være muligt at fortsætte COVID-19-vaccination som et offentligt program, men vaccinationstilslutningen kan påvirkes af mindre kommunikation, hvilket kan skabe øget pres på sundhedsvæsenet med dertilhørende økonomiske konsekvenser.
7. **Håndtering:** Implementering af AI-løsninger for henvendelser
  - *Beskrivelse:* ISM håndterer en række henvendelser i fredstid, og under COVID-19 var der brug for en opskalering svarende til >720 ÅV i STPS mhp. at håndtere henvendelser. AI kan være et centralt værktøj til at understøtte denne opgave i fremtiden med markante effektiviseringsmuligheder
  - *Gevinst:* Opskalering effektiviseres, men dette er hændelsesspecifikt
  - *Risici:* Datasikkerhed og håndtering af personfølsomt data kan give problemer ift. anvendelse af AI. Der er dog eksempler på modeller, der kan håndtere denne type data - fx OpenAI's enterprise-modeller



## Budgetanalyse af ISM - første delrapport om beredskab

- 1 Introduktion | Budgetanalysen og dens kontekst
- 2 Introduktion | Beredskabsopgaver i ISM
- 3 Resultater | Det fremtidige beredskab i ISM
- 4 Resultater | Planlægning
- 5 Resultater | Overvågning
- 6 Resultater | Håndtering



## Budgetanalyse af ISM - første delrapport om beredskab

- 1 Introduktion | Budgetanalysen og dens kontekst
- 2 Introduktion | Beredskabsopgaver i ISM
- 3 Resultater | Det fremtidige beredskab i ISM
- 4 Resultater | Planlægning
- 5 Resultater | Overvågning
- 6 Resultater | Håndtering



## Ifølge udbuddet har analysen til formål at:

"... tilvejebringe et bruttokatalog af tiltag, der muliggør den mest hensigtsmæssige realisering af ISM's fremadrettede bevillingsniveau"

"... danne grundlag for fremadrettet effektiv og tidssvarende opgavevaretagelse"

*Kilde: "Kundens opgavebeskrivelse for Budgetanalyse af Indenrigs- og Sundhedsministeriets koncern"*

## Analysen har to spor, der skal bidrage til at realisere bevillingsfaldet på 28 pct. frem mod 2025:

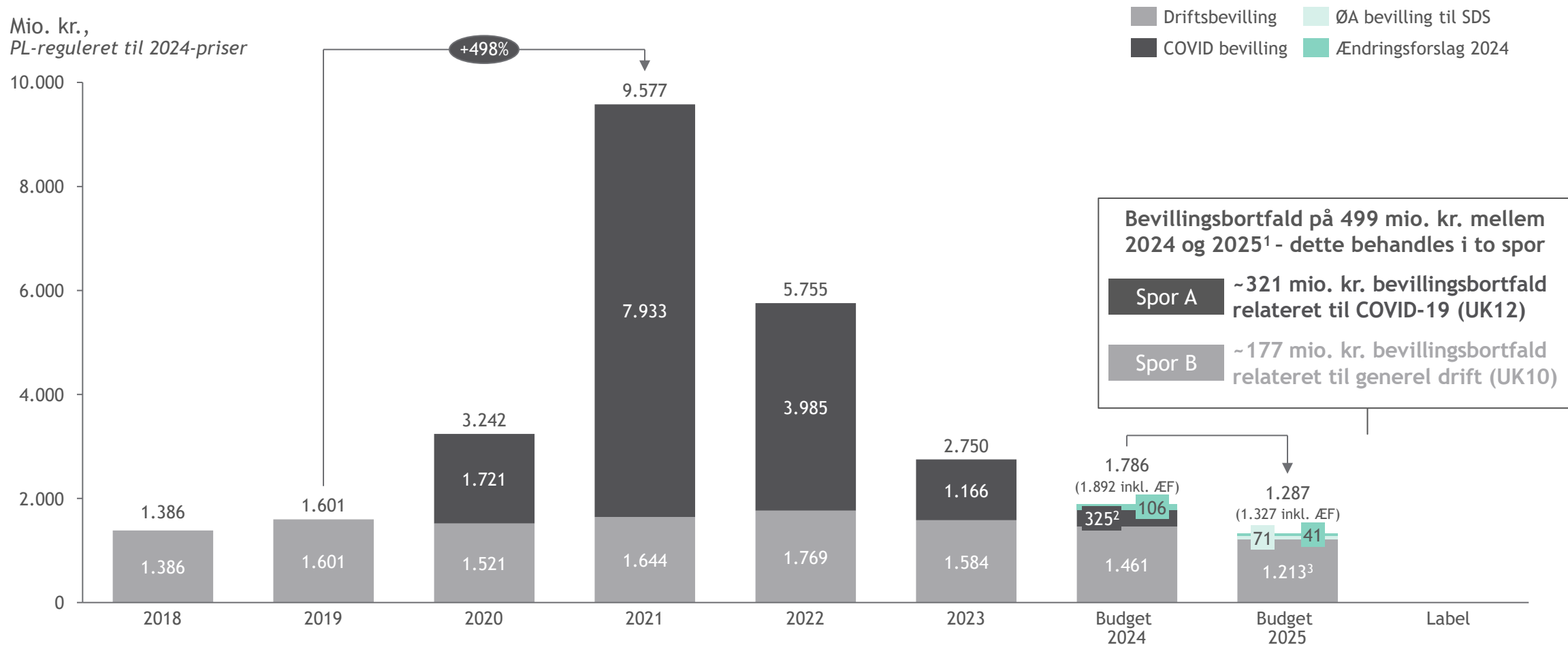
Spor A

"Fokus på **afvikling og effektivisering af COVID-19 indsatser** inden for 321,6 mio. kr., som skal danne grundlag for ... det fremtidige **sundhedsberedskabsniveau**"

Spor B

"Fokus på **drift i koncernen** ... mhp. at realisere det resterende bevillingsfald ... på 177,4 mio. kr. "

# Analysen skal ses i lyset af, at ISM's bevillinger steg 498% ifm. COVID-19, og at der er truffet beslutning om, at de sidste COVID-19-bevillinger bortfalder i 2025



1. Dette er før ændringsforslag, men inkl. ØA bevilling til SDS. Det samlede bevillingsfald er på 565 mio. kr., hvis ændringsforslag 2024 og ØA-bevilling til SDS på 71,2 mio. kr. inkluderes; 2. 359,4 mio. kr. TB ifm. vacciner forventes udmøntet i 2024; 3. Dertil 2,9 mio. kr. COVID-19 bevilling i FFL2024, som ifm. FL24 blev reduceret til 1,7 mio. kr. (LMST og SDS); Note: alle år i 2024-priser ved anvendelse af generel pris- og lønindeks; Driftsbevilling svarer til nettoudgiftsbevilling minus COVID-19-bevilling (UK12/13); Kilde: Finanslovsdatabasen, SB, Finanslov 2024 & Koncernregnskabsdata 2023



# For spor A-tiltagene præsenteres scenarier for sundhedsberedskabet, der kræver politisk stillingtagen

## Projektet bidrager med konkrete tiltag

**Tiltagene bidrager til at realisere en del af ISM's fremadrettede bevillingsniveau - for hvert tiltag præsenteres scenarier, der kræver politisk stillingtagen**

For at kunne bidrage til realisere det fremadrettede bevillingsniveau, reflekterer alle scenarier en *nedskalering* ift. 2024-niveau. Det er dog væsentligt, at nævne, at niveauet er højere end før COVID-19 og 2025-niveauet i Finansloven (FL24)

**Tiltagene kan danne grundlag for fremadrettet effektiv og tidssvarende opgavevaretagelse i sundhedsberedskabet**

For at beredskabet skal være effektivt og tidssvarende, skal der tages højde for ISM's læring fra COVID-19, nye internationale krav/anbefalinger samt risikoen for, at den næste krise/hændelse kan være andre typer sygdomme eller endda andre hændelser indenfor andre beredskabsområder

## ... med enkelte forbehold

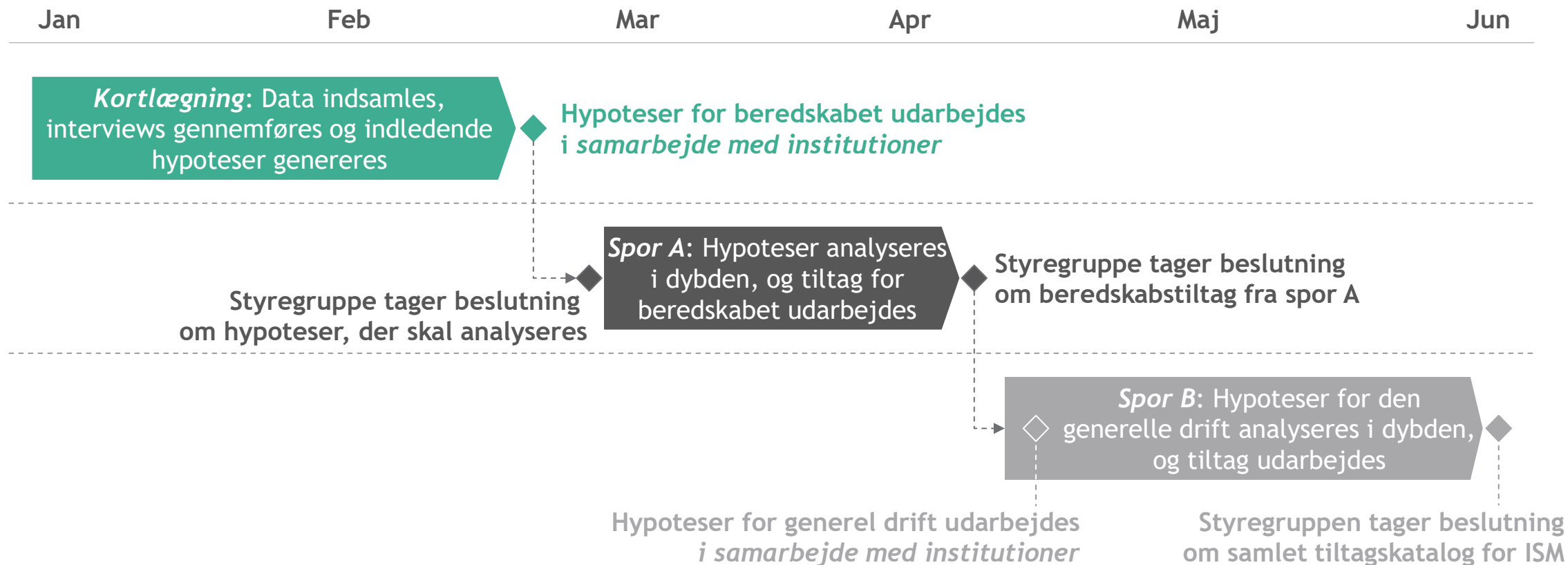
**Sundhedsfaglige konsekvenser/risici er beskrevet i hvert scenarie, men tiltag er ikke sundhedsfaglige anbefalinger**

For at understøtte politiske beslutninger er der udarbejdet konsekvenser/risici ift. de enkelte beredskabsopgavers formål og samfundet som helhed - disse konsekvenser/risici kan dog ikke ses som en sundhedsfaglig anbefaling

**Opgavevaretagelsen er ikke skræddersyet til at håndtere COVID-19 igen**

Der er derfor scenarier, hvori kapaciteter fra COVID-19 nedskaleres markant, da de er omkostningstunge at bibeholde, og *ikke er en garanti* for bedre håndtering af en ny hændelse

# Spør A-analysen blev gennemført af BCG i marts og april 2024 i forlængelse af en bred kortlægning af ISM - *institutioner er blevet inddraget løbende*



ISM's institutioner er løbende inddraget i kortlægningen og Spør A gennem interviews (>25 afholdte med både medarbejdere og direktorer), workshops (to workshops for alle institutioner) samt tre fora sammensat af repræsentanter fra ISM og FM (fora er fokus på følgende side)

# Spor A-rapporten er inddelt i 2 sektioner - kapitel 2-3 er introduktion og overordnede resultater, mens detaljer præsenteres i kapitel 4-6

## Kapitel

## Beskrivelse

2-3

Kapitlerne introducerer beredskabsopgaverne i ISM som defineret af departementet, og behandler dernæst rapportens resultater på et overordnet niveau

4-6

Kapitlerne præsenterer resultater for hver beredskabsopgave i detaljer, og bidrager med yderligere baggrundsviden om de enkelte opgaver. Hvert kapitel har 4 typer sider:

Opsummering



På de indledende grå sider opsummeres resultater for den givne beredskabsopgave inklusiv detaljer om selve beredskabsopgaven og de opstillede tiltag

Tiltagene



Dernæst præsenteres tiltagene og scenarier, den økonomiske effekt og de sundhedsfaglige implikationer

Detaljesider



Under hvert tiltag kan der være detaljesider, som bidrager med kontekst eller detaljering af tiltag - disse markeres med forstørrelsesglas

Tiltags-  
beskrivelse



Hvert tiltag afsluttes med en grå side med en fuld tiltagsbeskrivelse



## Budgetanalyse af ISM - første delrapport om beredskab

- 1 Introduktion | Budgetanalysen og dens kontekst
- 2 Introduktion | Beredskabsopgaver i ISM
- 3 Resultater | Det fremtidige beredskab i ISM
- 4 Resultater | Planlægning
- 5 Resultater | Overvågning
- 6 Resultater | Håndtering

# Spør A er fokuseret på sundhedsberedskabet, der ifølge ISM's definition udgøres af tre opgaver med klare formål og en række underliggende aktiviteter

## Planlægning

## Overvågning

## Håndtering

Formål

Forbereder sundhedsvæsenet på tidssvarende og effektiv håndtering af sundhedsrelaterede hændelser ved at:

Muliggør proaktiv håndtering af kendte typer hændelser samt hurtigere identificering af og forståelse for nye typer hændelser ved at:

Minimerer konkrete, uventede hændelsers skade på de involverede og i sidste ende samfundet som helhed ved at:

Aktiviteter

Udarbejde strategiske beredskabsplaner og koordinere med alle relevante interessenter<sup>1</sup>

Udbrede kendskab til planer til relevante interessenter

Vejlede og rådgive ift. andre organisationers planer

Risikovurdere, planlægge og koordinere håndtering af konkrete hændelser og høj-risiko-hændelser

Indsamle og tilvejebringe data om smitteniveau og tendenser i samfundet, der kan informere politiske beslutninger og/eller planlægning<sup>2</sup>

Indsamle og tilvejebringe data og informationer om specifikke hændelser/cases, der kan informere håndtering<sup>2</sup>

Analysere data og informationer mhp. at forstå implikationer, udarbejde risikovurderinger samt rådgive om beslutninger, forebyggende tiltag m.m.

Besvare henvendelser angående mulige hændelser fra borgere og eksperter

Kortvarigt omprioritere ressourcer til håndtering af mindre hændelser

Prioritere/opskalere ressourcer til større hændelser i overensstemmelse med beredskabsplaner

Opbygge nye kapabiliteter/tiltag i overensstemmelse med beslutning fra krisestyingsorg.<sup>3</sup>

1. Dette dækker også over koordinering samt bidrag til internationale beredskabsplaner og internationale standarder/retningslinjer for grænseoverskridende hændelser; 2. Der er også forpligtigelser ift. at dele data med internationale samarbejdspartnere, fx WHO; 3. Nye kapabiliteter ifm. håndtering kan være overlappende med resterende opgaver, da der for eksempel er opbygget nye typer kapabiliteter ift. overvågning under COVID-19

# De tre beredskabsopgaver ændrede sig markant under og efter COVID-19 - generelt markant større aktivitet på tværs af opgaverne

## Planlægning

Større fokus på beredskab i samfundet og fra politisk side øger krav til løbende planlægning og koordinering, inkl.:

- ... hurtigere skiftende opgaveportefølje grundet flere hændelser
- ... flere risikovurderinger og operationel planlægning
- ... større internationale krav om koordinering med samarbejdspartnere

## Overvågning

Politiske ønsker om "finmasket net" og hurtig opskalering<sup>1</sup> har mangedoblet aktiviteten, og der er opbygget nye kapabiliteter, inkl.:

- ... nye kompetencer og maskinel til nye typer overvågning, fx af spildevand
- ... nyt selvtestberedskab, der giver hurtig opskalering til test ift. kendte sygdomme
- ... markant opskalering af digitale kapabiliteter til deling og analyse af data

## Håndtering

Håndtering af COVID-19 er ikke fuldt udfaset, og det øgede fokus/bedre overvågning gør, at flere hændelser indberettes og opdages, inkl.:

- ... COVID-19-vacciner og TestCenter Danmark er ikke normaliseret
- ... markant flere mindre hændelser grundet opmærksomhed og bedre data
- ... befolkningen og myndigheder henvender sig mere end før COVID-19

1. Samt en øget efterspørgsel efter data og viden generelt - herunder fra presse, sundhedsvæsenet mfl.

# I fremtid varetages beredskabsopgaverne af 5 institutioner (SST, SSI, SDS, STPS og LMST) for 8 typer beredskab - departementet bidrager til at sætte rammer

		Planlægning	Overvågning	Håndtering	Andet	
	SST	SSI	SDS	STPS	LMST	DEP
Tværgående beredskab		Understøtter tværgående beredskab		Understøtter tværgående beredskab og udarbejder retningslinjer	Understøtter tværgående beredskab	
Smitsomme sygdomme	Sætter rammer for planlægningen for alle typer beredskab	Bidrager til planer, overvåger og håndterer fx med vacciner		Smitteopsporer og håndterer henvendelser		Sætter rammer gennem policy-udvikling samt understøttelse af håndtering ved fx lovændringer
Psykosocialt beredskab			Understøtter alle beredskabsopgaver med data og datainfrastruktur	Ansvarlig i samarbejde med kommuner og regioner		
Radiologisk beredskab	Ansvarlig for det radiologiske beredskab					
Biologisk beredskab		Ansvarlig for biologisk beredskab via CBB <sup>1</sup>				
Naturkatastrofer og miljø				Smitteopsporer og håndterer henvendelser		
Civilt-militært beredskab	Ansvarlig for det civilt-militære					
Lægemiddelberedskab					Ansvarlig for lægemiddelberedskab	

1. Center for Biosikring og Bioberedskab

# Ved større hændelser igangsættes krisestyringsorganisationen (ikke intern) - ISM's departement og de 5 institutioner har forskellige roller

## NOST er DKs primære krisestyringsorganisation

Den Nationale Operative Stab (NOST) er et forum, der skal bidrage til at håndtere større kriser og hændelser i Danmark. NOST ledes af Rigspolitiet og består af fx PET, FE, Beredskabsstyrelsen og SST<sup>1</sup>

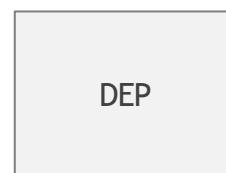
NOST er underlagt Regeringens Sikkerhedsudvalg (RS), der rådgives af Embedsudvalget for Sikkerhedsspørgsmål (ES)

NOST mødes på jævnlig basis, men krisestyringsorganisationen igangsættes primært ifm. en ekstraordinær hændelse/begivenhed:

- ... der ikke kan håndteres effektivt eller tilstrækkeligt hurtigt af det daglige myndighedsberedskab
- ... kræver tværgående koordination og gensidig orientering

I NOST gælder sektoransvarsprincippet<sup>2</sup>. Det vil sige, at ansvaret for en opgave i fredstid bibeholdes ifm. en hændelse - SST har således ansvar for sundhedsberedskabet samt sundhedsvæsenets krisestyringsorganisation

## ISM's koncern påtager sig nye roller ifm. større hændelser



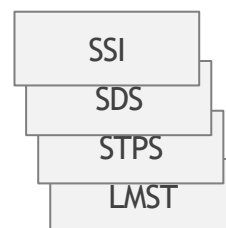
**Rolle:** Ansvarlige for løbende orientering af ES ifm. sundhedsrelaterede hændelser - inddrages i RS- og ES-møder efter behov

**Forskel til fredstid:** Bidrag til ES er ikke nødvendig i fredstid. Departementets rolle som overordnet rammesættende internt i ISM bevares ifm. en hændelse



**Rolle:** Eneste faste repræsentant for sundhedsmyndighederne i NOST og sektoransvarlig. Ansvarlig for at facilitere kontakt med Beredskabsstyrelsen, lokale beredskabsstyrelser og regionerne<sup>3</sup> samt skabe overblik over situationen i sundhedssektoren og sundhedsmyndighedernes konkrete tiltag

**Forskel til fredstid:** I fredstid har SST en koordinerende rolle ift. håndtering af hændelser, men rollen formaliseres og styrkes da SST formelt er eneste repræsentant i NOST



**Rolle:** Indkaldes til NOST efter behov - dette afhænger af hændelsen karakter

**Forskel til fredstid:** Kan til daglig agere mere uafhængigt af NOST og SST

1. Alle repræsentanter er: Politiets- og Forsvarets Efterretningstjeneste, Forsvarskommandoen, Beredskabsstyrelsen, Udenrigsministeriet, Styrelsen for Forsyningssikkerhed, Sundhedsstyrelsen og Trafikstyrelsen. Andre myndigheder kan indkaldes efter behov i forhold til hændelsens karakter 2.Sektoransvarsprincippet defineres i Beredskabslovens kapitel 5 (§§ 24-28).; 3. Specifikt AMK6





## Budgetanalyse af ISM - første delrapport om beredskab

- 1 Introduktion | Budgetanalysen og dens kontekst
- 2 Introduktion | Beredskabsopgaver i ISM
- 3 Resultater | Det fremtidige beredskab i ISM
- 4 Resultater | Planlægning
- 5 Resultater | Overvågning
- 6 Resultater | Håndtering

# Der er identificeret syv tiltag på tværs af de tre beredskabsopgaver

X Tiltag

## Planlægning

- 1 Klarere beskrivelse af forventningerne til institutionerne ifm. hændelser & grundniveau
  - 2 Formalisering af roller ifm. prioritering og koordinering af håndteringen af hændelser
  - 3 Bedre prioritering og koordinering af deltagelse i internationale fora
- Forudsætning for tiltag 1-3: En stabil merbevilling til SST's grundberedskab**

## Overvågning

- 4 Reduktion af grundniveau for overvågning ift. aktivitet og typer af overvågning

## Håndtering


- 5 Nedtagning af TestCenter Danmark (TCDK)
- 6 Normalisering af COVID-19-vaccineindsatsen
- 7 Implementering af AI-løsninger for henvendelser

# Tiltagene muliggør en varig reduktion på 143-183 mio. kr. ift. 2024-niveau og et varigt merbevillingsbehov på 124-165 mio. kr.

Økonomi per tiltag (mio. kr.)	Baseline 2024	Reduktion ift. 2024 (2026-frem)	Merbevilling 2025 (2026-frem)	Nyt niveau 2025 (2026-frem)
Forudsætning for tiltag 1-3: En stabil merbevilling til SST's grundberedskab	22,4	5,8 - 12,6	4,7 - 11,4	9,8 - 16,5
<b>1</b> Klarere beskrivelse af forventninger til institutionerne	<p>Tiltag 1-3 er forslag til forbedring, der skal afdækkes yderligere - en forudsætning for disse tiltage er et højere grundbevillingsniveau for SST's beredskabsopgave i 2025.</p> <p>Ovenstående præsenterer SST's ramme ift. beredskabsopgaver. SST's beredskabsenhed BES håndterer også vaccine-opgaven, og deres samlede bevilling skal således ses i sammenhæng med tiltag 6 om vacciner.</p>			
<b>2</b> Formalisering af roller ifm. prioritering og koordinering af håndteringen af hændelser				
<b>3</b> Bedre prioritering og koordinering af deltagelse i internationale fora				
<b>4</b> Reduktion af grundniveau for overvågning ift. aktivitet og typer af overvågning	175,8	21,9 - 55,5 (28,9 - 55,5 varigt)	70,4 - 104 <sup>1</sup> (70,4 - 97 varigt)	119,2 - 152,8 <sup>2</sup> (119,2 - 145,8 varigt)
<b>5</b> Nedtagning af TestCenter Danmark	54 - 64	54 - 64 (64 varigt)	0 - 10 (0 varigt)	0 - 10 (0 varigt)
<b>6</b> Normalisering af COVID-19-vaccineindsatsen	99,6	39,5 - 45,1 (43,5 - 49,1 varigt)	52,7 - 58,3 (48,7 - 54,3 varigt)	54,5 - 60,1 (50,5 - 56,1 varigt)
<b>7</b> Implementering af AI-løsninger for henvendelser	NA	NA	NA	NA
Midlertidige indsatser udenfor tiltag <sup>3</sup>	1,6	0,6 - 1,6	0 - 2	0 - 2
<b>Total</b>	<b>353,4 - 363,4</b>	<b>121,8 - 178,8</b> (142,8 - 182,8 varigt)	<b>127,8 - 185,7</b> (123,8 - 164,7 varigt)	<b>183,5 - 241,4</b> (179,5 - 220,4 varigt)

1. 2 mio. kr. til Mink-overvågning, som er forudsat omprioriteret (varig UK10 bevilling og ikke midlertidig UK12 bevilling, som de øvrige bevillinger, der reduceres), dvs. merbevillingen er reduceret tilsvarende (de 2. mio. kr. indgår derfor ikke i reduktion ift. 2024). Yderligere detaljer på side 108; 2. UK10-bevilling stiger med 0,9 mio. kr. i 2025 og frem; 3. Overførsel af ressortansvaret for testopgaven for COVID-19 (SSI) samt afskrivninger og renter til Minverva (LMST)

# Tiltagene muliggør en varig reduktion af 56-81 ÅV ift. 2024-niveau og et varigt merbevillingsbehov 61-86 ÅV

Årsværk per tiltag	Baseline 2024	Reduktion ift. 2024 (2026-frem)	Merbevilling 2025 (2026-frem)	Nyt niveau 2025 (2026-frem)
 Forudsætning for tiltag 1-3: En stabil merbevilling til SST's grundberedskab	16	3 - 8	4 - 9	8 - 13
<b>1</b> Klarere beskrivelse af forventninger til institutionerne	<p>Tiltag 1-3 er forslag til forbedring - en forudsætning for disse tiltage er et højere grundbevillingsniveau for SST's beredskabsopgave i 2025.</p> <p>Ovenstående præsenterer SST's ramme ift. beredskabsopgaver. SST's beredskabsenhed BES håndterer også vaccine-opgaven, og deres samlede bevilling skal således ses i sammenhæng med tiltag 6 om vacciner.</p>			
<b>2</b> Formalisering af roller ifm. prioritering og koordinering af håndteringen af hændelser				
<b>3</b> Bedre prioritering og koordinering af deltagelse i internationale fora				
<b>4</b> Reduktion af grundniveau for overvågning ift. aktivitet og typer af overvågning	132,6	15,8 - 37,4 (21,7 - 37,4 varigt)	43,4 - 65,0 <sup>1</sup> (43,4 - 59,1 varigt)	94,2 - 115,8 (94,2 - 109,9 varigt)
<b>5</b> Nedtagning af TestCenter Danmark	14,3	14,3	0	0
<b>6</b> Normalisering af COVID-19-vaccineindsatsen	34,3	16,7 - 19,8	13,2 - 16,3	14,5 - 17,6
<b>7</b> Implementering af AI-løsninger for henvendelser	NA	NA	NA	NA
<i>Midlertidige indsatser udenfor tiltag<sup>2</sup></i>	1,3	0 - 1,3	0 - 2	0 - 2
<b>Total</b>	<b>198,5</b>	<b>49,8 - 80,8</b> (55,7 - 80,8 varigt)	<b>60,6 - 92,3</b> (60,6 - 86,4 varigt)	<b>116,7 - 148,4</b> (116,7 - 142,5 varigt)

1. 2 mio. kr. til Mink-overvågning, som er forudsat omprioriteret, dvs. merbevilling er reduceret tilsvarende (de 2 ÅV indgår derfor ikke i reduktion ift. 2024). Yderligere detaljer på side 109;

2. Overførsel af ressortansvaret for testopgaven for COVID-19 (SSI) samt afskrivninger og renter til Minverva (LMST)

# Tiltagene påvirker institutionerne forskelligt - bevillingsbortfald, der kan realiseres er størst for Statens Serum Institut

Besparelse per institution ift. 2024 (mio. kr.)	SSI	SST	STPS	SDS	LMST	Total besparelse
Forudsætning for tiltag 1-3: En stabil merbevilling til SST's grundberedskab	-	5,8 - 12,6	-	-	-	5,8 - 12,6
<b>1</b> Klarere beskrivelse af forventninger til institutionerne	<p>Tiltag 1-3 er forslag til forbedring - en forudsætning for disse tiltage er et højere grundbevillingsniveau for SST's beredskabsopgave i 2025.</p> <p>Ovenstående præsenterer SST's ramme ift. beredskabsopgaver. SST's beredskabsenhed BES håndterer også vaccine-opgaven, og deres samlede bevilling skal således ses i sammenhæng med tiltag 6 om vacciner.</p>					
<b>2</b> Formalisering af roller ifm. prioritering og koordinering af håndteringen af hændelser						
<b>3</b> Bedre prioritering og koordinering af deltagelse i internationale fora						
<b>4</b> Reduktion af grundniveau for overvågning ift. aktivitet og typer af overvågning	18,3 - 51,4 (25,3 - 51,4 fra '26)	0,6	-	3,0-3,5	-	21,9 - 55,5 (28,9 - 55,5 fra '26)
<b>5</b> Nedtagning af TestCenter Danmark	54 - 64 (64 fra '26)	-	-	-	-	54 - 64 (64 fra '26)
<b>6</b> Normalisering af COVID-19-vaccineindsatsen	27,3 - 28,4 (31,3 - 32,4 fra '26)	6,9 - 11,4	-	5,3	-	39,5 - 45,1 (43,5 - 49,1 fra '26)
<b>7</b> Implementering af AI-løsninger for henvendelser						
Midlertidige indsatser udenfor tiltag	0 - 1 <sup>1</sup>	-	-	-	0,6 <sup>2</sup>	0,6 - 1,6
<b>Total</b>	<b>99,6 - 144,8</b> (120,6 - 148,8 fra '26)	<b>13,3 - 24,6</b>	<b>-</b>	<b>8,3 - 8,8</b>	<b>0,6</b>	<b>121,6 - 178,6</b> (142,6 - 182,6 fra '26)

1. Overførsel af ressortansvaret for testopgaven for COVID-19 (SSI); 2. Afskrivninger og renter til Minverva (LMST)

# Tiltagene giver muligheder for at realisere 44-57% af bevillingsbortfald i 2025

		Beløb FL24, mio. kr.	% af bevillingsbortfald realiseret per tiltag							~142,8-182,8 mio. kr. realiseres svarende til 44-57% af bevillingsbortfaldet		
UK12-bevilling			1	2	3	4	5	6	7	Engangs-udgift(%)	Håndteres i spor B	Realiseret bortfald (%)
SSI	Drift & nedtagning af TCDK mm.	86,4				3-26%	74 %					77-100%
	Generel epidemihåndtering, mm.	69,4				21-31% <sup>1</sup>						21-31%
	Håndtering og udlevering af vacciner	76,1						26-28% <sup>2</sup>		15%		41-43%
	Merudgifter for MiBa/HAIBA	3				0%						0%
	Opbygning af spildevandsovervågning	9,5				(5)-(18)%						(5)-(18)%
	Overførsel af ressortansvar for test	1								0-100% <sup>3</sup>		0-100%
	Styrkelse af sekventeringskapacitet	19,5				44-49%						44-49%
SST <sup>4</sup>	COVID-19 Vaccinationsprogram	12,3		NA			40-76%		NA	16%		56-93%
	Monitorering af sygehuse	0,6				100%						100%
	Øvrige COVID-19 Beredskabsindsatser	14	41-90%									41-90%
STPS	Smitteopsporing og udbrudshåndtering	7,2								100% <sup>5</sup>		
SDS <sup>6</sup>	Coronapas-app	0,5				0-100%						0-100%
	IT- og dataunderstøttelse	18,3 <sup>6</sup>					4%		25%	49%	29%	
LMST	Opgradering af MIBA/Haiba	3				100%						100%
	Afskrivninger og renter til Minerva	0,6							100%			100%

1. 11-31% i 2025 og 21-31% 2026-frem; 2. 21-23% i 2025 og 26-28% 2026-frem; 3. Under afklaring; 4. Bemærk, at SST's UK12-bevillinger i FL24 er fordelt ved 15,3 mio. kr. til sundhedsfaglig rådgivning og koordination af vaccinationsprogrammet mv. og 11,6 mio. kr. til øvrige COVID-19 understøttende indsatser. Grundet behov for omprioritering af midler er dette mere retvisende split udarbejdet i samarbejde med SST's økonomiafdeling. Totalen for UK12-bevilling er dog uændret på 26,9 mio. kr. (12,3 + 0,6 + 14); 5. Allerede i stort omfang tilpasset ved STPS - behandles dybere i Spor B i relation til bevillingsefterspørgsel vedrørende Tilsyns- og rådgivningsfunktionerne; 6. Bemærk - 0,2 mio. kr. er PL-regulering; Note: Parenteser angiver negative tal (Opbygning af spildevandsovervågning); Kilde: Finansloven 2024

# Tiltag påvirker beredskabsopgaverne forskelligt - generelt præsenteres nedskalering ift. 2024-niveau, men opskalering ift. niveau før COVID-19 og 2025

## Overordnede implikationer af de forskellige scenarier

Planlægning	Overvågning	Håndtering
<p>Grundniveau styrkes ift. 2019, og klarere roller og forventninger til institutioner kan bidrage til bedre planlægning og koordinering i fremtidens beredskab</p>	<p>Niveau for overvågning nedjusteres ift. 2024, men bidrager stadig til en styrket overvågning ift. før COVID-19 med en række nye kapabiliteter fx spildevandsovervågning</p>	<p>Håndtering af tilbageværende COVID-tiltag normaliseres eller lukkes - således optimeres det offentlige vaccinationsprogram for COVID-19, mens testcenter-kapacitet lukkes</p>
<p>Højere og mere stabil grundbevilling til den centrale planlægning og koordinering, der primært varetages i SST</p>	<p>Smitteniveau og tendenser i samfundet belyses via spildevandsovervågning, mens fx sentinelprøver og selvtest nedjusteres<sup>1</sup></p>	<p>Evnen til at opskalere ifm. fremtidige hændelser opretholdes generelt, men tidsperspektivet påvirkes i udvalgte scenarier.</p>
<p>Klarere definition af institutionernes kapabiliteter i grundniveau og ift. opskalering for hver beredskabsopgave</p>	<p>Specifikke hændelser/cases belyses via sentinelovervågning på et niveau, der er højere end før COVID-19 og sammenligneligt med de nordiske lande. Yderligere opretholdes evnen til at identificere nye virus-varianter</p>	<p><i>Dette behandles scenariospecifikt i dokumentet</i></p>
<p>Formalisering af rollerne i det centrale beredskab ift. at planlægge og koordinere håndteringen af hændelser</p>	<p>Kvalitet og type af analyser opretholdes som i 2024 med lavere frekvens og længere svartid<sup>2</sup></p>	

1. I visse scenarier afvikles selvtestberedskab. Uddybes på senere sider; 2. I visse scenarier afvikles enheden for modellering af smitteudvikling og -dynamik, hvilket gør, at ikke alle typer analyser kan opretholdes. Uddybes på senere sider.



## Budgetanalyse af ISM - første delrapport om beredskab

- 1 Introduktion | Budgetanalysen og dens kontekst
- 2 Introduktion | Beredskabsopgaver i ISM
- 3 Resultater | Det fremtidige beredskab i ISM
- 4 Resultater | Planlægning
- 5 Resultater | Overvågning
- 6 Resultater | Håndtering



# Opsummering af Planlægning (I/III)

## Kontekst og udvikling

Den centrale planlægning- og koordineringsopgave har under COVID-19 gennemgået en større udvikling. Der var tidligere relativt få medarbejdere i det centrale beredskab i SST og generelt færre beredskabsrelaterede hændelser. Under COVID-19 blev området styrket markant grundet behov for koordinering af COVID-19-håndteringen, og siden har opgavekomplekset udviklet sig yderligere med fx mpox-udbrud, Ukraine-krigen og generelt større fokus på, og krav til, sundhedsberedskabet.

I 2025 bortfalder ~77% af bevillingerne til den centrale planlægning (17,3 mio. kr. af 22,4 mio. kr.). Et direkte bortfald vurderes at have store beredskabsmæssige konsekvenser, og der er behov for at definere et nyt niveau med større grad af stabilitet til den centrale planlægning.

## Analysen

Med henblik på at kunne definere et nyt niveau for planlægningsopgaven, er der taget udgangspunkt i de aktiviteter, der varetages indenfor den eksisterende bevillingsramme samt formålet med planlægningsopgaven: *At forberede sundhedsvæsenet på tidssvarende og effektiv håndtering af sundhedsrelaterede hændelser ved at:*

- i) Udarbejde strategiske beredskabsplaner og koordinere med alle relevante interessenter, inkl. ift. internationale retningslinjer og standarder
- ii) Udbrede kendskab til planer til relevante interessenter gennem fx øvelser og kommunikation
- iii) Vejlede og rådgive ift. andre organisationers planer
- iv) Risikovurdere, planlægge og koordinere håndtering af konkrete hændelser og høj-risiko-hændelser.

## Analysen (fortsat)

Størstedelen af den centrale planlægning og koordinering varetages af BES i SST. Det er således en forudsætning for, at planlægningens formål efterleves, at der defineres et nyt niveau for SST's grundbevilling til beredskabsopgaven i BES. Det har været en ramme for analysen, at de foreslåede niveauer skal muliggøre varetagelse af de mest centrale og lovbundne beredskabsopgaver.

Udgangspunktet for det nye bevillingsniveau er grundbudgettet for 2024 og de opgaver, der løses indenfor rammen af dette budget. Det er dog væsentligt at bemærke, at de centrale beredskabsopgaver løbende ændres, og der har således været behov for at omprioritere en væsentlig del af bevillingerne i grundbudgettet. Det betyder, at analysen primært bidrager med beskrivelser af implikationerne ved forskellige bevillingsniveauer (scenarier), da en analyse af et eventuelt bortfald af COVID-19-relaterede opgaver ikke vil være retvisende ift. den nuværende opgaveløsning.

Implikationerne er udarbejdet i samarbejde med departementet, SST og baseres på beskrivelser af nationale og internationale rammer for beredskabsopgaverne, herunder fra Beredskabsstyrelsen og ECDC samt komparative analyser med andre nordiske lande. Implikationerne af scenarierne er udarbejdet ud fra nuværende opgavekompleks, og skal derfor opdateres, hvis kravene til beredskabsopgaverne ændrer sig væsentligt. De beskrevne scenarier er generelt højere end det nuværende 2025-bevillingsniveau, men lavere end 2024-niveauet.

Endelig er der identificeret tre forbedringsmuligheder ift. den centrale koordinering og planlægning. Disse forbedringsmuligheder er omkostningsneutrale og bør således løses indenfor den nye bevillingsramme.

På de følgende to sider beskrives hhv. scenarierne og tiltagene nærmere, og i resten af sektionen findes yderligere detaljer.

# Opsummering af Planlægning (II/III)

## Scenarier for den fremtidige planlægning

### Scenarie 1 - begrænset merbevilling

I scenarie 1 foreslås merbevilling på 4,7 mio. kr. ift. nuværende 2025-niveau, svarende til en forhøjelse af grundbevillingen til beredskab fra 5,1 til 9,8 mio. kr. (8 ÅV). Det vil sige, at bortfaldet mellem 2024 og 2025 reduceres fra nuværende 17,3 til 12,6 mio. kr.

**Scenarie 1 muliggør udelukkende varetagelse af de mest centrale planlægnings- og koordineringsopgaver** ved at sikre mulighed for:

- Udarbejdelse og ajourførelse af strategiske beredskabsplaner for de mest sandsynlige typer af hændelser
- Bidrag til, og afvikling af, lovbundne øvelser og kurser med mest væsentlige samarbejdspartnere fx i regi af NOST og Beredskabsstyrelsen
- Basal, men lovmæssigt forsvarlig, rådgivning af regioner, kommuner og statslige myndigheder vedrørende beredskabsplaner
- Basal policy- og krisehåndtering samt deltagelse i relevante beredskabsorganer som NOST, herunder døgnbemanding til denne

**Overordnet set vurderes det, at scenarie 1 kan have væsentlige sundhedsfaglige implikationer ift. opgaveløsningen i 2024.** Alle midler vil skulle anvendes til at løse lovbundne opgaver, og nye hændelser kan således ikke håndteres uden at påvirke lovbundne opgaver (fx via midlertidig omprioritering af midler). Herunder kan følgende implikationer fremhæves:

- Niveauet for deltagelse i internationale beredskabsorganer vil være lavere end i 2024, hvilket kan påvirke indflydelse på internationale beredskabsorganer - opgaven håndteres dog indenfor SST's grundbevilling
- Det generelt lave øvelses- og kursusniveau kan øge risikoen for mangelfuld håndtering af hændelser
- Begrænset rådgivning til regioner, kommuner og statslige myndigheder vil leve op til det lovpligtige niveau, men der er risiko for, at rigsrevisionens påtale for mangelfuld rådgivning af regioner før og under COVID-19 ikke kan imødeses
- Der vil være begrænset mulighed for planlægning og koordinering af nye beredskabsopgaver (fx MEDEVAC) uden væsentlig omprioritering af midler

### Scenarie 2 - udvidet merbevilling

I scenarie 2 foreslås merbevilling på 11,4 mio. kr. ift. nuværende 2025-niveau, svarende til en forhøjelse af grundbevillingen til beredskab fra 5,1 til 16,5 mio. kr. (13 ÅV). Det vil sige, at bortfaldet mellem 2024 og 2025 reduceres fra nuværende 17,3 til 5,8 mio. kr.

**Scenarie 2 muliggør varetagelse af en række væsentlige planlægningsopgaver samt ad-hoc-beredskabsopgaver.** Scenarie 2 sikrer således mulighed for:

- Udarbejdelse strategiske beredskabsplaner for de mest sandsynlige hændelser samt mulighed for i højere grad - *indenfor den givne ramme* - at præge den internationale dagsorden i fx ECDC og EU-HSC
- Bidrag til, og afvikling af, lovbundne øvelser og kurser på niveau med scenarie 1
- Rådgivning af regioner, kommuner og statslige myndigheder indenfor smitsomme sygdomme, der generelt er på niveau med 2024, samt generelle beredskabsplaner
- Varetagelse af policy- og krisehåndtering samt robustgørelse af infrastruktur til krisekommunikation på niveau med 2024 (fx IT-systemer). Derudover forventes det, at varetagelse af fx MEDEVAC og regeringens kriseberedskabsgruppe kan håndteres indenfor givne ramme uden risiko for markant nedprioritering af andre opgaver

**Overordnet set vurderes de sundhedsfaglige implikationer af scenarie 2 at være beskedne.** Der er dog stadig en række implikationer for planlægnings- og koordineringsopgaven, som bør fremhæves:

- Det lavere øvelses- og kursusniveau ift. 2024 kan øge risikoen for mangelfuld håndtering af visse typer hændelser
- Rådgivning vedrørende beredskabsplaner vil være på et reduceret niveau ift. 2024-niveauet, men indenfor sundhedslovens rammer
- Et decideret krisekommunikationsberedskab vil blive nedprioriteret, hvilket i forbindelse med større hændelser kan skabe et pres ift. håndtering af pressen

# Opsummering af Planlægning (III/III)

## Tiltag under planlægningsopgaven

### Tiltag 1 - Klarere beskrivelse af forventninger til institutionerne

Tiltag 1 er et foreslået styringsværktøj til departementet, der skal skabe gennemsigtighed og klare forventninger til institutionerne i ISM ift. opgaveløsning i grundniveau, samt muligheder for opskalering ved større hændelser. Forventninger beskrives indenfor rammen af de tre beredskabsopgaver og deres underliggende aktiviteter. For hver opgave og aktivitet defineres *output*, *ansvarsområder*, *rammerne for opgaveløsningen* samt det nødvendige *input* (fx ÅV), der skal til for at levere på opgaven.

De nuværende beskrivelser fungerer som inspiration og rammer for et fremtidigt styringsværktøj. Det er dog ikke muligt at færdiggøre beskrivelserne, før der er truffet politisk beslutning om det fremtidige niveau for sundhedsberedskabet.

### Tiltag 2 - Formalisering af roller ifm. prioritering og koordinering af hændelser

Tiltag 2 sigter efter at formalisere/definere tre roller for hele planlægningsopgaven, men særligt ift. at planlægge og koordinere håndtering af konkrete hændelser og høj-risiko-hændelser. For det første foreslås det, at SST formelt får ansvaret for koordinering og håndtering af hændelser, herunder at afklare behov og omfang for planlægning og håndtering af en specifik hændelse, samt at koordinere med relevante institutioner (i tilfælde af behov for koordinering på tværs af institutioner). Dette vil formelt gøre det nuværende koordinationsforum til et beslutningsforum med SST som ansvarlig, fast deltagelse fra DEP, SSI, LMST, CBB, STPS og SDS, samt faste kontaktpersoner i Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og kontekstafhængige medlemmer som andre ministerier, Beredskabsstyrelsen og politi. For det andet foreslås en mindre justering af rollen for pressehåndtering, og for det tredje foreslås det, at der formelt placeres et ansvar for at sikre datadeling ifm. en hændelse ved SDS.

### Tiltag 2 - Formalisering af roller ifm. prioritering og koordinering af hændelser (forsat)

Tiltaget er baseret på erfaringer fra håndtering af COVID-19, der viste behov for mere klart defineret roller ift. pressehåndtering og datadeling. Yderligere er der identificeret en række hændelser, hvor ISM's institutioner har efterspurgt styrket koordinering og afklaring af omfanget af håndteringen af en hændelse. En komparativ analyse af andre nordiske lande viser, at dette ansvar generelt er formaliseret og placeret enten i departementet eller i råd/organisationer med sektoransvar for sundhedsberedskabet.

### Tiltag 3 - Bedre prioritering og koordinering af deltagelse i internationale fora

Tiltag 3 viser, at den beredskabsrelateret deltagelse og bidrag til internationale fora bør kunne håndteres indenfor de givne scenariers grundbevillinger om end på reduceret niveau ift. 2024. Det er derfor nødvendigt med klar prioritering af hvilke fora, der er mest relevant at sikre højt niveau af deltagelse i. Hertil kan koordinering af ISM's samlede deltagelse i internationale sammenhænge potentielt koordineres bedre via koordinationsforummet. Der er dog ikke nogen økonomisk gevinst forbundet med dette. Det er værd at nævne, at størstedelen af de internationale fora og andre internationale opgaver ikke er beredskabsrelevante og derfor behandles yderligere i budgetanalysens Spor B.

# Hurtigt skiftende beredskabsopgaver stiller nye krav til grundberedskabets størrelse i SST og kræver skærpet fokus på effektiv planlægning og koordinering



*Før COVID-19*

*Under COVID-19*

*I dag*

## Sparsom central beredskabsstyring og få ad-hoc-opgaver

- Der var få medarbejdere med fokus på beredskab i SST
- Alle planlægningsopgaver fyldte mindre før COVID-19, og der var generelt færre ad-hoc-opgaver

## Operationelle planer i fokus og markant større krav

- Der opstod et markant behov for konkrete, operationelle planer og central koordinering ifm. håndtering af COVID-19
- Samtidig var der en kraftig forøgelse af samfundets fokus på beredskab - herunder krav til kommunikation mv.

## Øgede krav til beredskab og hurtigt skiftende opgaver

- Efter COVID-19 og Ukraine krigens begyndelse er krav til effektiv planlægning og koordinering fortsat høje
- Opgavekomplekset skifter generelt hurtigere, hvilket stiller krav til grundberedskabets omstillingsparathed

# Tre tiltag identificeret ift. planlægning og det centrale beredskab i Sundhedsstyrelsen

## X Tiltag for planlægningsopgaven

### Planlægning

Udarbejde strategiske beredskabsplaner

Udbrede kendskab til planer

Vejlede og rådgive andres planlægning, overvågning og håndtering

Risikovurdere, planlægge og koordinere håndtering af konkrete hændelser og høj-risiko-hændelser.

Tiltag 1-3 er forslag til forbedring af planlægning-og koordineringsopgaverne. Rammer, snit, mv. skal afdækkes - en forudsætning for tiltagene er, at SST får en større stabil merbevilling til deres grundberedskab

1

Klarere beskrivelse af forventninger til institutionerne

2

Formalisering af roller ifm. prioritering og koordinering af håndteringen af hændelser


3

Bedre prioritering og koordinering af deltagelse i internationale fora<sup>1</sup>

1. Behandles primært i Spor B

Bemærk: I det følgende behandles ISM's forslag om styrket civil-militært samarbejde og radiologisk beredskab ikke

## Tiltag 1-3 bør løses indenfor SST's ramme - det er dog en forudsætning for tiltagene, at der gives en stabil merbevilling ift. nuværende 2025-niveau

Økonomi per tiltag (mio. kr.)	Baseline 2024	Reduktion ift. 2024 (2026-frem)	Merbevilling 2025 (2026-frem)	Nyt niveau 2025 (2026-frem)
 Forudsætning for tiltag 1-3: En stabil merbevilling til SST's grundberedskab	22,4 <sup>1</sup>	5,8 - 12,6	4,7 - 11,4	9,8 - 16,5

**1** Klarere beskrivelse af forventninger til institutionerne

**2** Formalisering af roller ifm. prioritering og koordinering af hændelser

**3** Bedre prioritering og koordinering af deltagelse i internationale fora

*Tiltag 1-3 er forslag til forbedring illustreret ved eksempler - en forudsætning for disse tiltage er et højere grundbevillingsniveau for SST's beredskabsopgave i 2025.*

*Ovenstående præsenterer SST's ramme ift. beredskabsopgaver. SST's beredskabsenhed BES håndterer også vaccine-opgaven, og deres samlede bevilling skal således ses i sammenhæng med tiltag 6 om vacciner.*

1. Baseline udgøres af følgende: 1) 5,1 mio. kr. er UK10 bevillinger, hvoraf 0,4 mio.kr er bevillinger til ØD, og 4,7 mio. kr. er lønbevillinger, 2) 14 mio. kr. er UK12 bevillinger, hvoraf 4 mio. er bevillinger til ØD, mens 10 mio. kr. er lønbevillinger (inkl. 1,5 ÅV omprioriteret fra vaccineindsatsen til beredskabsindsatsen svarende til -1,7 mio. i lønbevillinger) og 3) 3,3 mio. kr., der er givet ved omprioritering i 2024 fra departementet, og brugt som bevilling til løn

## Scenarierne reducerer antal ÅV med 3-8 ift. 2024, men giver et højere grundniveau på 8-13 ÅV (svarende til merbevilling på 4-9 ÅV)

Årsværk per tiltag	Baseline 2024	Reduktion ift. 2024 (2026-frem)	Merbevilling 2025 (2026-frem)	Nyt niveau 2025 (2026-frem)
 Forudsætning for tiltag 1-3: En stabil merbevilling til SST's grundberedskab	16	3 - 8	4 - 9	8 - 13

1 Klarere beskrivelse af forventninger til institutionerne

2 Formalisering af roller ifm. prioritering og koordinering af hændelser

3 Bedre prioritering og koordinering af deltagelse i internationale fora

*Tiltag 1-3 er forslag til forbedring illustreret ved eksempler - en forudsætning for disse tiltage er et højere grundbevillingsniveau for SST's beredskabsopgave i 2025.*

*Ovenstående præsenterer SST's ramme ift. beredskabsopgaver. SST's beredskabsenhed BES håndterer også vaccine-opgaven, og deres samlede bevilling skal således ses i sammenhæng med tiltag 7 om vacciner.*

## 2 scenarier for SST's grundniveau er udarbejdet med højere bevilling til den centrale planlægning og koordinering end 2025 - dog lavere niveau end 2024

	Budget 2025 jævnfør FL2024	Scenarie 1 - Begrænset merbevilling	Scenarie 2 - Udvidet merbevilling
<b>Økonomi</b>	Fuldt bortfald af UK12- og særlige bevillinger fra departementet svarende til 17,3 mio. kr <sup>1</sup> . Det resulterer i et grundberedskab på 5,1 mio. kr. eller ~4 ÅV <sup>2</sup> .	Merbevilling på 4,7 mio. kr. <sup>3</sup> til grundniveau på 8 ÅV. Dette muliggør varetagelse af de mest centrale beredskabsopgaver Bortfald reduceres fra 17,3 til 12,6 mio. kr.	Merbevilling på 11,4 mio. kr. <sup>4</sup> til grundniveau på 13 ÅV. Dette muliggør, at de mest presserende ad-hoc-opgaver også kan varetages. Bortfald reduceres fra 17,3 til 5,8 mio. kr.
<b>Sundhedsfaglige implikationer ift. 2024-niveau</b>	Beredskabet i SST nedskaleres betydeligt, og størstedelen af beredskabsopgaverne vil løses utilstrækkeligt ift. love og forventninger Dette kan have betydelige sundhedsfaglige implikationer på en lang række parametre	SST kan varetage de mest kritisk, lovbundne opgaver som fx døgnbemanning af NOST i krisetid samt bidrage til policy, øvelser og rådgivning på et lavt niveau Der er risiko for, at ad-hoc-opgaver ifm. hændelser løses utilstrækkeligt uden omprioritering af midler, der alternativt bruges til at løse lovbundne opgaver	SST kan varetage en række væsentlige beredskabsopgaver og fx bidrage til rådgivning om både beredskabsplaner og smitsomme sygdomme De sundhedsfaglige implikationer vurderes at være beskedne, og primært påvirke fx et stående krisekommunikationsberedskab

1. Bortfald svarer til ca. 12 ÅV; 2. Bevilling til løn (inkl. OH) er 4,7 mio. kr. (gns. ÅV pris for UK10 ÅV antages at være 1,17 mio. kr.) og ØD (inkl. Tjenesteydelser) er 0,4 mio. kr.; 3. Merbevilling er beregnet ud fra et behov om at tilføre 4 ekstra ÅV relativt til grundscenariet jf. FL2024.; 4. Merbevilling er beregnet ud fra et behov om at tilføre 9 ekstra ÅV relativt til grundscenariet jf. FL2024 samt 0,9 mio. kr. i ØD (fx til IT- og serverkapacitet). Kilder: SST's initiativkatalog og beskrivelse af opgavevaretagelse for de udvalgte scenarier; SST's grundbudget for 2024; interviews med ISM's institutioner



# Der kan *kun* løses de mest centrale beredskabsopgaver med budget 2025 jf. FL2024 - scenarie 1 og 2 muliggør mere passende opgaveløsning for SST

Nedenstående er et eksempel på prioritering af opgaver indenfor de givne rammer i hvert scenarie mhp. at illustrere kapaciteten. Prioriteringer kan således justeres efter behov og er ikke udtryk for en anbefaling - eksempel er udarbejdet i marts-april 2024

	Budget 2025 jævnfør FL2024	Scenarie 1 - Begrænset merbevilling	Scenarie 2 - Udvidet merbevilling
<b>Policy- og krisehåndtering</b>	Minimalt bidrag til policy- og krisehåndtering	Øget bidrag til policy- og krisehåndtering	Policy- og krisehåndtering på nuværende 2024-niveau Ift. Scenarie 1 tilføjes mulighed for robustgørelse af infrastruktur til krisekommunikation på niveau med 2024 (fx IT-systemer).
<b>Nationale beredskabsorganer</b>	Ingen opgavevaretagelse	Ift. Budget jf. FL2024 tilføjes mulighed for deltagelse i NOST (herunder døgnvagt til NOST), DCOK og IOS	Ift. Scenarie 1 tilføjes mulighed for deltagelse i regeringens kriseberedskabsgruppe samt mulighed for at dedikere 0,5 ÅV til at løse MEDEVAC
<b>Rådgivning af andre myndigheder</b>	Rådgivning af regioner, kommuner og andre statslige myndigheder om beredskabsplaner på et <i>minimumsniveau</i> således sundhedsloven overholdes	Øget niveau for rådgivning af regioner, kommuner og statslige myndigheder Ift. Budget jf. FL2024 tilføjes mulighed for varetagelse af sekretariatsfunktionen for det centrale koordinationsforum på lavt niveau	Rådgivning af andre statslige myndigheder svarende til <i>nuværende 2024-niveau</i> samt varetagelse af sekretariatsfunktionen for det centrale koordinationsforum på let reduceret niveau ift. 2024-niveau Ift. Scenarie 1 tilføjes mulighed for rådgivning af regioner og kommuner vedr. beredskabet for smitsomme sygdomme på et <i>dækkende</i> niveau
<b>Øvelser, kurser og kvalitetsudvikling</b>	Ingen opgavevaretagelse	Ift. Budget jf. FL2024 tilføjes mulighed for ekstern øvelsesvirksomhed på lavt, obligatorisk niveau	Ift. Scenarie 1 tilføjes mulighed for national kvalitetsudvikling, herunder ift. national beredskabsplan
<b>Centrale opgaver/ funktioner, der potentielt vil skulle nedprioriteres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deltagelse i NOST, DCKOK og IOS</li> <li>Udførelse af obligatorisk ekstern øvelsesvirksomhed</li> <li>Rådgivning af regioner og kommuner på dækkende niveau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Udførelse af national kvalitetsudvikling</li> <li>Deltagelse i regeringens kriseberedskabsgruppe</li> <li>Udførelse af ekstern øvelsesvirksomhed på dækkende niveau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bidrag til eksterne kurser i Beredskabsstyrelsen</li> <li>Grundberedskab til krisekommunikation</li> <li>Udførelse af ekstern øvelsesvirksomhed på dækkende niveau</li> </ul>
<b>Bidrag til international beredskabsopgave</b>	Deltagelse på lavest mulige niveau (fx ingen faglig mødeforberedelse og koordinering i koncernen) ift. lovgivning og internationale aftaler	Mulighed for at deltage mere aktivt indenfor de mest væsentlige internationale fora som fx EU-HSC's tekniske arbejdsgruppe og NATO - dog stadig begrænset niveau ift. 2024	Mulighed for deltagelse på nuværende niveau i udvalgte internationale fora som for eksempel EU-HSC, ECDC, NATO

Oversigt viser eksempel på prioritering af deltagelse i internationale fora indenfor grundbevilling til SST's grundberedskab

## Der er forskellige konsekvenser for SST's opgaveløsning forbundet med bevillingsniveauet i de 2 scenarier

Aktiviteter for planlægning	Budget 2025 jævnfør FL2024 - Niveau svarer til før COVID-19	Scenarie 1 - Begrænset merbevilling - Niveau højere end før COVID-19	Scenarie 2 - Udvidet merbevilling - Niveau højere end før COVID-19
Udarbejde strategiske beredskabsplaner	Den centrale, strategiske beredskabsplanlægning kan varetages på niveau som før COVID-19, inkl. deltagelse i internationale fora som fx EU HCH og WHO på minimalt niveau	Den centrale, strategiske beredskabsplanlægning kan varetages bedre end før COVID-19, men der vil være behov for at prioritere ift. opgaveløsningen i 2024, fx ift. det internationale arbejde	Den centrale, strategiske beredskabsplanlægning kan varetages bedre end før COVID-19, og der er bedre mulighed for deltagelse på nuværende niveau i internationale fora indenfor fx ECDC og EU-HSC
Udbrede kendskab til planer	Ikke muligt at gennemføre kurser og øvelser eller kommunikation/undervisning om beredskabsplaner	Mulighed for ekstern øvelsesvirksomhed på lavt, obligatorisk niveau, men potentielt uden bidrag til eksterne kurser i fx Beredskabsstyrelsen	
Vejlede og rådgive andres planlægning, overvågning og håndtering	Minimal rådgivning og vejledning af kommuner, regioner og øvrige statslige myndigheder	Basal rådgivning af regioner, kommuner og statslige myndigheder vedr. beredskabsplaner, således sundhedsloven overholdes, men rådgivning vedrørende fx smitsomme sygdomme udføres ikke	Basal rådgivning af regioner, kommuner og øvrige statslige myndigheder vedr. beredskabsplaner samt smitsomme sygdomme. Derudover vil sekretariatsfunktionen for det centrale koordinationsforum varetages på reduceret niveau ift. 2024
Risikovurdere, planlægge og koordinere håndtering af konkrete hændelser og høj-risiko-hændelser.	Lavt niveau af policy- og krisehåndtering. Derudover vil det ikke være muligt at deltage i og bidrage til nationale beredskabsorganer som fx NOST uden at omprioritere fra andre opgaver med risiko for sundhedsmæssige implikationer	Basal policy- og krisehåndtering samt deltagelse i relevante beredskabsorganer som NOST, inkl. mulighed for døgnbemanning	Central varetagelse af policy- og krisehåndtering samt, herunder mulighed for grundlæggende krisekommunikation. Derudover forventes det, at varetagelse af fx MEDEVAC kan håndteres indenfor givne ramme

Det skal noteres, at det er departementets vurdering, at der ikke var tilstrækkelige ressourcer i SST til at varetage planlægningsopgaven inden COVID-19

# Budget jf. FL2024 kan have betydelige sundhedsfaglige implikationer, idet mange centrale beredskabsopgaver ikke vil kunne løftes tilstrækkeligt

## Budget 2025 jævnfør FL2024 | Implikationer for varetagelse af planlægningsopgaver

### Aktiviteter for planlægning

#### Udarbejde strategiske beredskabsplaner

Utilstrækkelig udarbejdelse og ajourføring af strategisk beredskabsplaner kan forsinke håndteringen af hændelser samt gøre håndteringen mindre effektiv. Herudover kan det lave niveau af deltagelse i internationale fora begrænse muligheden for at påvirke udformningen af internationale beredskabsplaner samt EU-regulering vedr. disse. Endelig er der en risiko for, at Danmark ikke bliver en del af vigtige internationale beredskabssamarbejder, hvilket potentielt kan svække kapaciteten til at håndtere fremtidige hændelser effektivt

#### Udbrede kendskab til planer

Bortfald ift. at udføre øvelser og kurser kan have store sundhedsfaglige konsekvenser, idet mangel på kendskab til planer kan forsinke håndtering af en hændelse eller gøre håndteringen mangelfuld. Bortfald af øvelser og kurser kan derudover ses som særligt problematisk, der hvor SST har en særlig forpligtelse til at deltage/bidrage. Dette gælder fx for de nationale krisestyingsøvelser, KRISØV, hvor SST via deres medlemskab af NOST er forpligtet til at bidrage og deltage

#### Vejlede og rådgive andres planlægning, overvågning og håndtering

Vejledning og rådgivning at kommuner, regioner og andre statslige myndigheder ift. beredskabsplaner og smittesomme sygdomme vil være utilstrækkelig ift. at leve op til sundhedsloven. Dette kan have store sundhedsfaglige konsekvenser ift. at sikre inddragelse af den rette ekspertise til håndtering og/eller forebyggelse af en given hændelse. Dette kan lede til unødigt eskalering af hændelser med dertilhørende øget ressourcestærk på fx sundhedsvæsenet

#### Risikovurdere, planlægge og koordinere håndtering af konkrete hændelser og høj-risiko-hændelser.

Lavt niveau af policy- og krisehåndtering vil *kun* gøre det muligt at udarbejde planer og koordinere ift. de mest centrale hændelser. Håndtering af større hændelser vil kræve ekstra bevillinger eller omprioritering i den øvrige del af organisationen. Dette kan forsinke samt forværre håndteringen af hændelser, idet det tager tid at opbygge beredskabskapaciteter, herunder at ansætte personale med de rette kompetencer

# Scenarie 1 sikrer varetagelse af centrale beredskabsopgaver, men lavt niveau af øvelser og rådgivning kan medføre mindre effektiv håndtering af hændelser

## Scenarie 1 | Implikationer for varetagelse af planlægningsopgaver

### Aktiviteter for planlægning

#### Udarbejde strategiske beredskabsplaner

Bedre mulighed for central, strategisk beredskabsplanlægning ift. før COVID-19 vil gøre SST i stand til at forberede sig på de mest relevante hændelser. Det vil være muligt at bidrage til de mest væsentlige internationale opgaver ift. beredskabet, meget proaktiv deltagelse vil dog kræve en omprioritering inden for den givne ramme

#### Udbrede kendskab til planer

Det vil være muligt at afholde kurser og øvelser på et niveau, der sikrer en basal forståelse for håndtering af hændelser og overholdelse af sundhedsloven. Centrale øvelser som fx de nationale krisestyringsøvelser, KRISØV, burde kunne varetages, men internationale beredskabsøvelser i fx WHO, NATO, EU og den Nordiske Sundhedsberedskabsgruppe, kan risikere at blive nedprioriteret. Niveauet er lavere end i 2024, hvilket kan påvirke fremtidig håndtering af hændelser

#### Vejlede og rådgive andres planlægning, overvågning og håndtering

Basal rådgivning af regioner, kommuner og statslige myndigheder vil sikre, at sundhedsloven overholdes. Niveauet for rådgivning og vejledning vil dog være lavere end det nuværende 2024-niveau. Dette kan bl.a. gøre det svært for SST at imødekomme rigsrevisionens påtale vedrørende mangelfuld vejledning og rådgivning af regioner før og under COVID-19. Den minimale rådgivning om beredskabsplaner samt manglede rådgivning indenfor smitsomme sygdomme kan øge risikoen for suboptimal og forskelligartet håndtering af hændelser på tværs af regioner, kommuner og myndigheder

#### Risikovurdere, planlægge og koordinere håndtering af konkrete hændelser og høj-risiko-hændelser.

Basal policy- og krisehåndtering samt deltagelse i NOST (inkl. mulighed for døgnbemanding) og andre koordineringsfora som DCOK og IOS vil sikre, at de største hændelser kan håndteres. SST vil ift. nuværende 2024-niveau have mindre mulighed for at deltage i regeringens kriseberedskabsgruppe og bidrage til MEDEVAC<sup>1</sup> (uden væsentlig omprioritering indenfor den givne ramme)

1. Medicinsk evakuering ifm. Ukraine-krigen; Kilder: BCG-analyse samt interviews med ISM's institutioner; Rigsrevisionen; Indenrigs- og sundhedsministerens redegørelse til Statsrevisorerne vedr. beretning nr. 18/2021

# Scenarie 2 sikrer dækkende opgavevaretagelse indenfor en lang række beredskabsopgaver, men kommunikation under hændelser kan være udfordret

## Scenarie 2 | Implikationer for varetagelse af planlægningsopgaver

### Aktiviteter for planlægning

#### Udarbejde strategiske beredskabsplaner

Bedre mulighed central, strategisk beredskabsplanlægning ift. før COVID-19 vil gøre SST i stand til at forberede sig på de mest sandsynlige hændelser. Herudover vil SST kunne deltage på nuværende niveau i udvalgte internationale fora, hvilket kan sikre, at Danmark er velorienteret ift. internationale beredskabsplaner samt har indflydelse på de internationale beredskabsaktiviteter- og planer og relevant EU lovgivning

#### Udbrede kendskab til planer

Det vil være muligt at afholde kurser og øvelser på et niveau, der sikrer en basal forståelse for håndtering af hændelser og overholdelse af sundhedsloven. Centrale øvelser som fx de nationale krisestyringsøvelser, KRISØV, burde kunne varetages, men internationale beredskabsøvelser i fx WHO, NATO, EU og den Nordiske Sundhedsberedskabsgruppe, kan risikere at blive nedprioriteret. Niveaulet er lavere end i 2024, hvilket kan påvirke fremtidig håndtering af hændelser (*Samme som scenarie 1*)

#### Vejlede og rådgive andres planlægning, overvågning og håndtering

SST vil have kapacitet til at rådgive regioner, kommuner og statslige myndigheder om beredskabsplaner og smitsomme sygdomme. Rådgivning om smitsomme sygdomme vil være på et tilstrækkeligt niveau ift. at imødesee rigsrevisionens påtale om mangelfuld vejledning og rådgivning af regioner før og under COVID-19, mens rådgivning vedrørende beredskabsplaner vil være på et reduceret niveau ift. 2024-niveaulet, men indenfor sundhedslovens rammer

#### Risikovurdere, planlægge og koordinere håndtering af konkrete hændelser og høj-risiko-hændelser.

SST vil, uden behov for større omprioritering, kunne bidrage med central policy- og krisehåndtering samt politiske prioriterede opgaver som MEDEVAC<sup>1</sup>. Dertil vil infrastrukturen til krisekommunikation kunne robustgøres, mens et decideret krisekommunikationsberedskab vil blive nedprioriteret. Dette kan have implikationer for pressehåndtering og kampagneaktivitet ifm. en større hændelse

1. Medicinsk evakuering ifm. Ukraine-krigen; Kilder: BCG-analyse samt interviews med ISM's institutioner; Rigsrevisionen; Indenrigs- og sundhedsministerens redegørelse til Statsrevisorerne vedr. beretning nr. 18/2021

# Behov for større grundbevilling til SST's sundhedsberedskab ifm. afvikling af COVID-19-bevillinger

## Situation

- I forbindelse med COVID-19 steg behovet for central planlægning og koordinering af beredskabsopgaver (varetaget primært i SST)
- I 2024 er der bevillinger svarende til 22,4 mio. kr. til at varetage de centrale beredskabsopgaver, herunder 14,0 mio. kr. (62%) til COVID-19-relaterede opgaver

## Komplikation

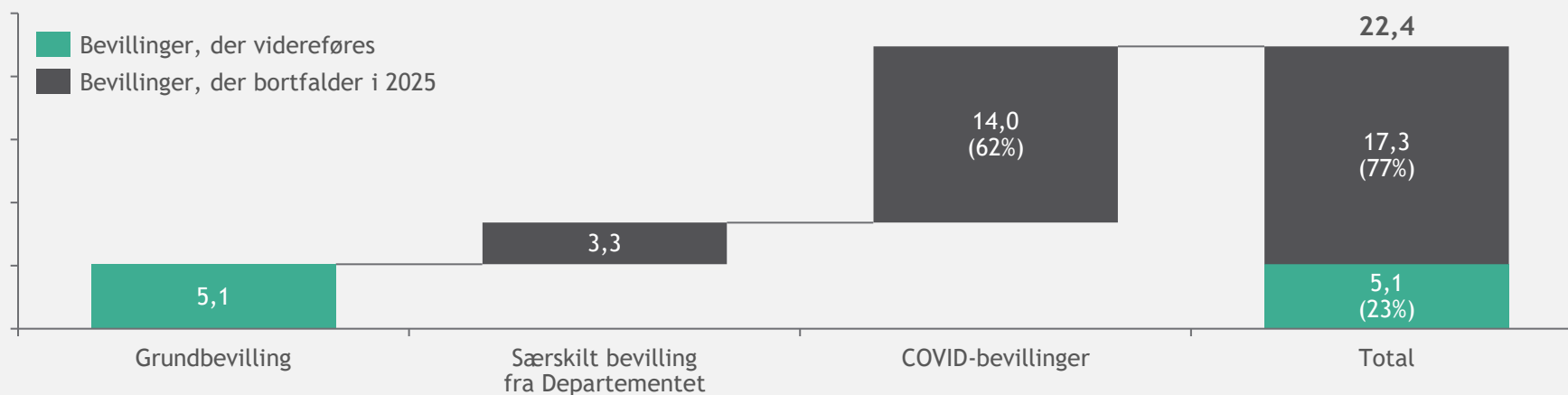
- Siden COVID-19 har beredskabsopgaverne løbende ændret sig, og der har været behov for at omprioritere en stor del af COVID-19-bevillinger til nye beredskabsopgaver
- Fuldt bortfald af COVID-19-bevillinger vil således påvirke opgaveløsningen af beredskabsopgaver, der stadig skal løses

## Løsning

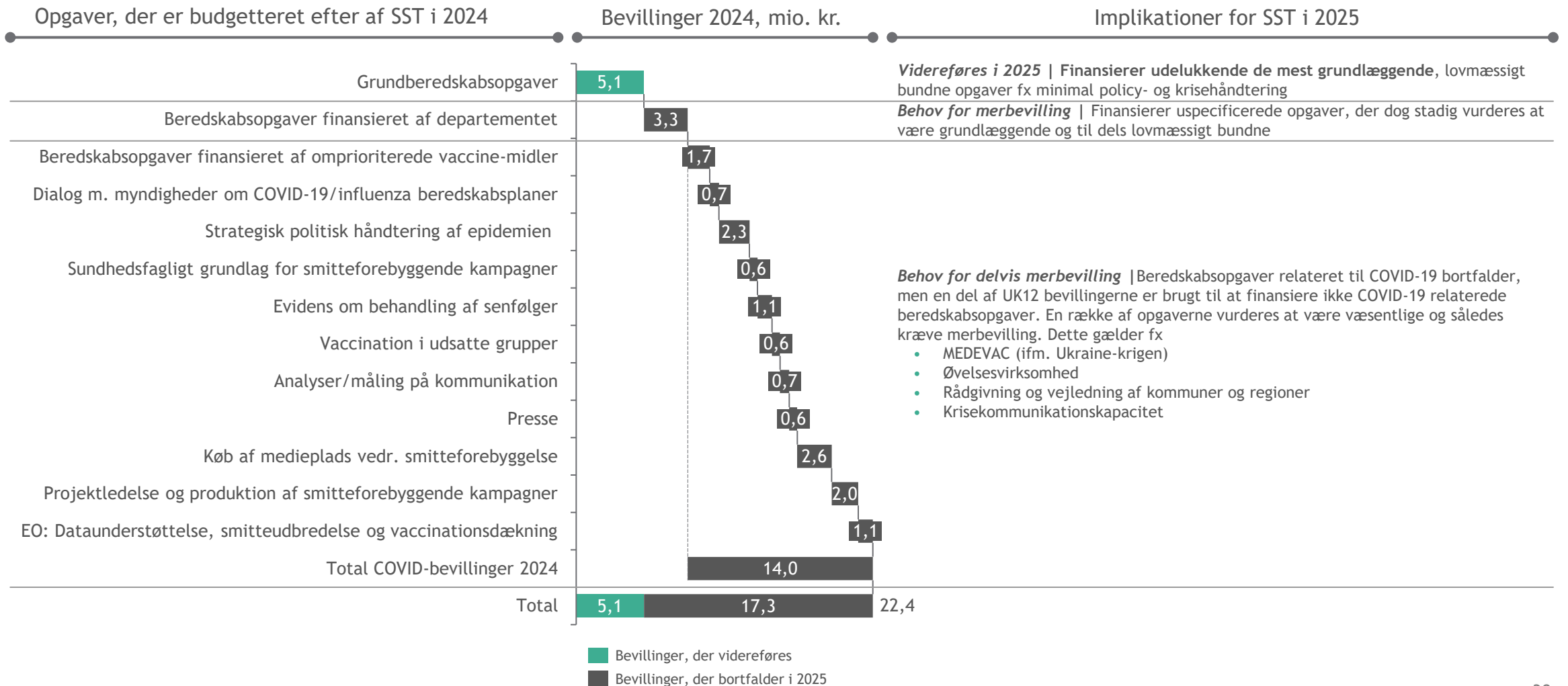
- Øg SST's grundbevilling til den centrale beredskabsopgave med 4,7-11,4 mio. kr. - dette vil reducere bortfald fra nuværende 17,3 mio. kr. i 2025 til 5,8-12,6 i 2025
- Der er væsentligt at merbevillingen gives som grundbevilling fremfor mindre øremærkede bevillinger, mhp. at sikre stabilitet og mulighed for at omprioritere midler i tilfælde af, at beredskabsopgaverne ændrer sig

### SITUATION | Nuværende bevillinger

Mio kr.



# Bevillinger i 2024 finansierer en række forskelligartede opgaver - behov for merbevilling i 2025 drives af, at bevillingsbortfald ikke matcher opgavebortfald



# Sundhedsberedskabet har ændret sig under COVID-19, og der er behov for at sikre gennemsigtighed ift. det nye grundniveau og opskaleringmuligheder

## Situation

- Institutionerne i ISM har ikke en fælles forståelse for "beredskab", og der er ikke etableret et overblik over beredskabets grundniveau eller opskaleringmuligheder
- Der er flere internationale eksempler på brug af "beredskabsmatricer", der viser forskellige aspekter af beredskabets grundniveau og opskaleringmuligheder - fx hvilke institutioner bidrager på hvilke niveauer eller hvor meget output, der levers (antal tests, antal personer, der kan smitteopspores osv.)

## Komplikation

- COVID-19 har ændret sundhedsberedskabet fundamentalt med nye kapabiliteter som fx spildevandsovervågning, og har samtidig øget samfundets fokus på beredskab
- Der er behov for mere gennemsigtighed både ift. grundniveau og opskaleringmuligheder mhp. at sikre forståelse for, hvad institutionerne skal/kan håndtere, samt kommunikere dette ud til relevante interessenter, herunder fx politikere

## Løsning

- Etabler en klar beskrivelse af forventninger til grundberedskabet samt kritiske aspekter af opskaleringmulighederne indenfor de tre beredskabsopgaver: Planlægning, overvågning og håndtering. Dette inkluderer forventninger til institutionernes:
  - *Output* - dvs. hvilke opgaver løses til hvilket niveau
  - *Input* - dvs. hvilke ressourcer er nødvendige for at kunne levere output
  - *Rammer* - dvs. hvilke regulative og/eller organisatoriske rammer er der ift. output og input

### Eksempler på parametre som internationale matricer måler på til at bestemme beredskabsniveau



**Kvantificerede, hændelsesspecifikke parametre**, fx antal smittede, mhp. at sætte objektive mål for eskalation/hændelsens omfang



**Kvalitative vurderinger**, fx politisk fokus, mhp. at relaterer eskalationen til relevante, men subjektive parametre



**Konkrete output** for forskellige nøgleopgaver på forskellige niveauer, mhp. at sikre gennemsigtighed ift. opgaver og ansvar



**Organisatorisk ressourcetræk ifm. hændelse**, fx antallet af involverede institutioner, mhp. at forstå snitflader og flaskehalse



# Grundniveau for 'planlægning' defineres af ÅV, da opgaver generelt håndteres indenfor SST's ramme

Side viser eksempel på grundniveau og opskalering for et givent scenarie. Noter venligst at dette skal opdateres efter politisk aftale for 2025 grundniveau er vedtaget

Institution x Ansvarlig for at drive planlægningsarbejde

Institution x Ansvarlig for at give input og assistere planlægningsarbejde

Institution x Potentiel ad hoc inddragelse

## Grundniveau for beredskab

Udarbejde strategiske beredskabsplaner	DEP <b>SST</b> SSI SDS LMST STPS	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Output:</i> Beredskabsplaner for 8 beredskabsområder, der opdateres minimum hvert 4. år</li> <li><i>Rammer:</i> Beredskabsstyrelsens vejledninger og beredskabsloven danner ramme for alle planer. Visse planer er underlagt internationale vejledninger og bestemmelser (fx WHO's sundhedsregulativ og SCBTH-forordningen<sup>1</sup>), som det er SST's ansvar at sikre overholdelse af</li> </ul>
Udbrede kendskab til planer	DEP <b>SST</b> SSI SDS LMST STPS	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Output:</i> Afholde relevante øvelser (fx KRISØV, CBRNE og øvelser i regi af WHO, NATO mm.) samt bidrage til eksterne kurser i fx Beredskabsstyrelsen</li> <li><i>Rammer:</i> Ift. Øvelsesaktivitet er der en intern forpligtigelse i SST ift. styrelsens beredskabspolitik til at deltage i KRISØV, mens der ift. Kursusaktivitet er en samarbejdsaftale med NOST ift. kursusledelse- og afvikling</li> </ul>
Vejlede og rådgive andres planlægning, overvågning og håndtering	DEP <b>SST</b> SSI SDS LMST STPS	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Output:</i> Gennemgå, kommentere og vejlede kommuner, regioners og statslige institutioners sundhedsberedskabsplaner samt rådgive om beredskab for smitsomme sygdomme</li> <li><i>Rammer:</i> Sundhedsloven og epidemiloven danner ramme for SST's rådgivningsforpligtigelse. Hertil skal SST sikre, at lovgivningen indenfor det specifikke område overholdes i den givne beredskabsplan</li> </ul>
Risikovurdere, planlægge og koordinere håndtering af konkrete hændelser og høj-risiko-hændelser.	DEP <b>SST</b> SSI SDS LMST STPS	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Output:</i> Operationelle planer for givne hændelser med klare roller/ansvarsområder, der er afstemt med alle interessenter</li> <li><i>Rammer:</i> Koordinationsforummet danner rammen for koordinering og udarbejdelse af operationelle planer i forbindelse med mindre hændelser.</li> </ul>

*Input:* Alt ovenstående leveres indenfor Beredskabsenheden i SST's grundbemanding (8-13 ÅV)

## Opskalering ifm. større hændelser

Ved større hændelser vil udarbejdelse af operationelle planer frem for strategiske planer have relevans

- Output:* Uddannelse, træning og kommunikation ift. at sikre alle interessenter kan løfte deres ansvar (muligvis gennem NOST)
  - Input:* Der kan hændelsesspecifikt være behov for at ansætte/omprioritere flere ÅV til at varetage SST's koordineringsrolle i koordinationsforummet og andre relevante enheder, som fx SST's krisestyingsenhed
  - Rammer:* Hændelsesspecifikke, men oftest håndteret i NOST
- 
- Output:* Detaljeret og hyppig vejledning og rådgivning til relevante interessenter, der håndterer en given hændelse
  - Input:* Der kan hændelsesspecifikt være behov for at ansætte/omprioritere mhp. at sikre flere ÅV i SST
  - Rammer:* Hændelsesspecifikke, men oftest håndteret i NOST
- 
- Output:* Operationelle planer for givne hændelser med klare roller/ansvarsområder
  - Input:* Potentielt behov for at ansætte/omprioritere flere ÅV i SST samt i den/de mest involverede institutioner for at håndtere øget behov for planlægning og koordinering ifm. en hændelse.
  - Rammer:* NOST danner rammen for udarbejdelse af operationelle planer ved større hændelser (fx COVID-19).

# 'Overvågning' udføres primært af SSI - grundniveau defineres i høj grad af maskinel og højt specialiserede ÅV

Side viser eksempel på grundniveau og opskalering for et givent scenarie. Noter venligst at dette skal opdateres efter politisk aftale for 2025 grundniveau er vedtaget

Institution x

Ansvarlig for at drive overvågningen

Institution x

Ansvarlig for at give input og assistere overvågningen

Institution x

Potentiel ad hoc inddragelse

## Grundniveau for beredskab

Indsamle og tilvejebringe data om smitteniveau og tendenser af i samfundet, der kan informere politiske beslutninger og/eller planlægning<sup>1</sup>

DEP  
SST  
SSI  
SDS  
LMST<sup>2</sup>  
STPS

- Output:** Overvågning af smitteniveau og tendenser i samfundet via spildevandsovervågning (47% af befolkningen overvåget med to prøver/uge) og sentinelovervågning helårligt (antal prøver varierer i scenarierne). Suppleres med indberetninger fra sundhedsvæsenet til MiBa<sup>3</sup>
- Input:** 10-11,2 mio. bevillinger til spildevandsovervågning samt 7,2-8,5 mio. kr. bevillinger til sentinelovervågning
- Rammer:** (Forventet) EU-direktiv om spildevandsovervågning med effekt fra 01/2025 samt int. anbefaling ift. sentinelovervågning

Indsamle og tilvejebringe data og informationer om specifikke hændelser/cases, der kan informere håndtering<sup>1</sup>

DEP  
SST  
SSI  
SDS  
LMST<sup>2</sup>  
STPS

- Output:** Overvågning af specifikke cases via sentinelovervågning og med mulighed for at sekventere positive prøver så nye sygdomme kan opdages, følges og risikovurderes (antal sekventeringer varierer i scenarierne). Suppleres med indberetninger fra sundhedsvæsenet til MiBa<sup>3</sup>
- Input:** 7,2-8,5 mio. kr. bevillinger til sentinelovervågning (overlap til ovenstående) samt 10-11 mio. kr. bevillinger til helgenomsekventering
- Rammer:** Internationale anbefalinger ift. sentinelovervågning

Analysere data og informationer mhp. at forstå implikationer, udarbejde risikovurderinger samt rådgive om beslutninger, forebyggende tiltag m.m.

DEP  
SST  
SSI  
SDS  
LMST<sup>2</sup>  
STPS

- Output:** Analysere data og information om smitteniveau og -udvikling mhp. at vurdere effekt af og rådgive om forebyggende tiltag, udarbejde risikovurderinger, mindre udbrudshåndtering og smitteopsporing i relation til fx fødevarerborne sygdomme mv.
- Input:** 33-38 mio. kr. bevillinger til Epidemiologisk overvågning (8-13 mio. kr. merbevillinger svarende til 2025)<sup>5</sup>
- Rammer:** SSI varetager den forskningsbaserede nationale overvågning af infektioner, det digitale infektionsberedskab, rådgivning af sundhedsvæsenet og myndigheder mv.<sup>6</sup>

## Opskalering ifm. større hændelser

- Output:** Større andel af befolkningen overvåget (% af befolkning overvåget og frekvens af overvågning) mhp. at afdække smitteniveau og tendenser, som kan informere planlægning og beslutninger (fx opjustering af spildevandsovervågning til at overvåge 70% af befolkningen med to-tre prøver/uge<sup>4</sup>)
- Input:** Hændelsspecifik opskalering af årsværk og driftsomkostninger af eksisterende typer af overvågning og test (potentielt genetablering af selvtestløsning til beredskab og overvågning i nogle scenarier)

- Output:** Flere prøver på individniveau, som kan bruges til at opdage, følge og risikovurdere nye varianter samt informere håndteringen af udbruddet, fx smitteopsporingen
- Input:** Hændelsspecifik opskalering af årsværk og driftsomkostninger (fx testkit, aftaler ift. udlevering og indsamling mv.) af eksisterende typer af overvågning og test (genetablering af selvtestløsning til beredskab og overvågning i nogle scenarier)

- Output:** Flere analyser, risikovurderinger mv. pba. af det indsamlede data mhp. at vurdere effekt af og rådgive om forebyggende tiltag til beslutningstagere
- Input:** Hændelsspecifik opskalering af primært årsværk mhp. at øge kapaciteten til analyse, rådgivning og udbrudshåndtering, herunder smitteopsporing
- Rammer:** Hændelsspecifikke, men ofte koordineret af SST

1. Der er også forpligtigelser ift. at dele data med internationale samarbejdspartnere, fx WHO; 2. Overvågning af lægemidler indgår i en særskilt regeringssag, hvorfor denne ikke er i fokus i denne analyse; 3. Den Danske Mikrobiologidatabase (MiBa); 4. Indsamling fra 84 anlæg i stedet for 28 anlæg (29 prøvetagningssteder); 5. 25 mio. kr. ikke-øremærket UK10 bevillinger, som prioriteres indenfor rammen. Merbevillinger svarende til 8-13 mio. kr. varigt; 6. Beskrivelse af opgaver og mål fra Statens Serum Instituts paragraf på finansloven

# 'Håndtering' er per definition hændelsesspecifik - grundniveau og opskalering primært ift. besvarelse af henvendelser

Side viser eksempel på grundniveau og opskalering for et givent scenarie. Noter venligst at dette skal opdateres efter politisk aftale for 2025 grundniveau er vedtaget

Institution x

Ansvarlig for at drive håndteringen

Institution x

Ansvarlig for at give input og assistere håndteringen

Institution x

Potentiel ad hoc inddragelse

## Grundniveau for beredskab

Besvare henvendelser angående mulige hændelser

DEP

SST

SSI

SDS

LMST

STPS

- Output:** Vejledning af myndigheder og borgere vedr. en lang række hændelser som fx alvorlige smitsomme sygdomme (STPS) eller infektioner (SSI)
- Input:** Henvendelser håndteres via døgnbemandede vagtelefoner. Der bruges ~27 ÅV og 2,5 ÅV til at håndtere henvendelser fra kommuner og regioner i hhv. STPS og SSI, mens der yderligere bruges ~8 ÅV til rådgivning af borgere og fagpersoner i SSI. Disse ÅV kan bl.a. anvendes til at bemande de respektive vagtelefoner samt omprioriteres ved behov for håndtering af et større antal henvendelser
- Rammer:** Epidemiloven, sundhedsloven og biosikringsloven danner rammen for institutionernes håndtering af henvendelser

Kortvarigt omprioritere ressourcer til mindre hændelser

DEP

SST

SSI

SDS

LMST

STPS

- Output:** Hændelsesspecifikt. Fx kan mindre hændelser vedr. fødevarebårne eller smitsomme sygdomme skabe behov for smitteopsporing som STPS og SSI står for
- Input:** STPS bruger ~168 ÅV til tilsyn, autorisation og monitorering. Derudover bruger SSI 59 ÅV til opgaver, der bl.a. involverer smitteopsporing. Disse ÅV kan kortvarigt omprioriteres til at håndtere mindre hændelser
- Rammer:** Epidemiloven

## Opskalering ifm. større hændelser

- Output:** Vejledning af et øget antal henvendelser fra myndigheder og borgere vedrørende en lang række hændelser
- Input:** Hændelsesspecifikt. Håndtering af en stor mængde henvendelser kan fx ske via etablering af call center, der kræver en opskalering af ÅV for at bemande (som under COVID-19) og/eller AI løsninger, der kræver en øget serverkapacitet
- Rammer:** Hændelsesspecifikt

- Output:** Hændelsesspecifikt. Fx øget kapacitet ift. smitteopsporing ved særligt store hændelser (fx COVID-19)
- Input:** Hændelsesspecifikt. Fx flere ÅV til at udføre smitteopsporing eller udvidet serverkapacitet til udvikling af apps og/eller AI værktøjer, der kan håndtere smitteopsporing
- Rammer:** Hændelsesspecifikt.

Prioritere/opskalere ressourcer til større hændelser

Opbygge nye kapaciteter/tiltag

*Dette er aktivitetsspecifikt og behandles på ovenstående sider for fx planlægning og overvågning*

# Flere hændelser komplicerer central planlægning og koordinering, og der vurderes at være behov for at styrke og formalisere udvalgte roller

## Situation

- Efter COVID-19 er der sket en stigning i antallet af hændelser, hvilket øger behovet for planlægning og koordinering ift. håndtering af hændelser
- I dag varetages koordinering ved mindre hændelser, hvor NOST ikke aktiveres, i det centrale koordinationsforum<sup>1</sup> med SST, SSI, STPS, LMST, SDS og CBB som faste medlemmer

## Komplikation

- Der er ikke et formaliseret ansvar for koordinering, eller velbeskrevne mandater til koordinationsforummet
  - Dette kan resultere i forskelligartet risikovurdering/håndtering af hændelser grundet uklarheder ift. I hvilket omfang en hændelse skal håndteres
- Erfaring fra COVID-19 viser også, at uklare rollebeskrivelser ift. pressehåndtering og datadeling har besværliggjort koordinering ifm. håndtering af hændelser

## Løsning

- Koordinationsforummet formaliseres yderligere mhp. at etablere en mindre "kommandocentral", med SST som formelt ansvarlig for den overordnet koordinering og planlægning i forbindelse med hændelser
- Yderligere skærpes rollen for pressehåndtering, og der etableres en ansvarlig for datadeling (det vurderes, at læring/ændringer efter COVID-19 har løst en del af problematikken omkring datadeling, men formelt ansvar er ikke placeret)

1. Forummet mødes minimum to gange årligt, afholder en årlig undervisningsdag og har en løbende skriftlig og mundtlig koordinering. SST varetager Sekretariatsfunktionen.  
Kilder: SST's initiativkatalog; Interviews med ISM's institutioner

# Planlægnings- og koordineringsopgaven varierer - forbedringsmuligheder ses primært ift. roller for koordinering, presse og datadeling

## Opgaver for SST's beredskab i fredstid

- Afholder og deltager i øvelser
- Vejleder og rådgiver kommuner, regioner og statslige institutioner
- Forbedrer eksisterende planer og udvikler nye planer - herunder afstemning ift. internationale samarbejdspartnere samt bidrag til udarbejdelse af fælles europæiske sundhedsberedskabsplaner

Typisk situation før COVID-19

### Forbedringsmuligheder

Begrænsede forbedringsmuligheder - indikationer på, at visse opgaver ikke løses tilstrækkeligt (primært radiologisk beredskab) uden signifikant omprioritering, men dette behandles ikke i denne analyse

## Opgaver ifm. håndtering af hændelser

- Koordinerer håndtering og planlægning af specifikke operationelle situationer, med tæt inddragelse af relevante institutioner og samarbejdspartnere, som fx kommuner, regioner m.fl.
- Opdaterer og rådgiver politikere og departement ift. hændelsessituation

*Hyppigere situation efter COVID-19, fx med krig i Ukraine, Israel-Hamas-konflikten, miljøkatastrofer som Nordic Waste ved Randers, eller sygdomsudbrud som fx mpox*

### Forbedringsmuligheder

Mere formaliseret central koordinering og prioritering - indikationer på at planlægning er blevet mere krævende, og forudsætter større koordination fra centrale aktører

Fokus på side 48

## Opgaver i krisestyringsorganisation

- Deltager og koordinerer i beredskabsrelevante fora fx NOST, DCOK og IOS
- Bidrager til en national handlingsplan og håndtering af krise

*Sjældnen situation (de almindelige, jævnlige møder i NOST er ikke udtryk for, at aktivering af SST's krisestyringsorganisation er nødvendig)*

### Forbedringsmuligheder

Bedre afklaring af roller for pressehåndtering og datadeling - indikationer på at disse roller var uklare under håndtering af COVID-19

Fokus på side 49 & 50

# Veldefineret ansvar for central planlægning- og koordinering ses på tværs af nabolandes beredskaber

## Ansvar for planlægning og koordinering

## Beredskabsansvar - *fredstid*

## Beredskabsansvar - *hændelser*



Beredskabsenheden

Ansvar er placeret hos Social- og Sundhedsministeriets permanente beredskabsenhed på 11 ÅV



Socialstyrelsen

Ansvar er placeret hos Socialstyrelsen, der er en større myndighed under Sundheds- og Socialministeriet. Styrelsen har det overordnede sektoransvar for sundhedsberedskabet<sup>1</sup>



Sundhedsberedskabsrådet

Ansvar er placeret hos departementet i Sundheds- og Omsorgsministeriet, hvortil et permanent råd er etableret<sup>2</sup> som beredskabs- og krisestyringsværktøj for departementet. Rådet ledes af en repræsentant fra departementet. Cheferne for de underordnede centrale sundhedsmyndigheder og direktørerne for de regionale sundhedsmyndigheder er faste medlemmer

### Formaliseret rolle ift. at drive den overordnede planlægning i sundhedsberedskabet

Opgaverne inkluderer bl.a. ansvar for udarbejdelse af:

- Sårbarheds- og risikoanalyser
- Øvelsesplaner
- Beredskabsplaner

**Formaliseret rolle ift. at koordinere og overse** håndtering af sundhedsrelaterede hændelser på tværs af sundhedssektoren for at sikre effektiv håndtering

Opgaverne inkluderer bl.a. at sikre:

- Fælles situationsoverblik samt hurtig og koordineret implementering af tiltag i sundhedssektoren
- Identificering af flaskehalse eller udfordringer i sektoren, der kan hæmme håndtering af en hændelse
- Koordination og fælles prioritering på tværs af sundhedssektoren ift. ressourcer brugt på håndtering af en given hændelse
- Effektiv udnyttelse af ressourcer på tværs af sundhedssektoren

1. Udover det mere overordnede sektoransvar for sundhedsberedskabet har Socialstyrelsen en række specifikke beredskabsopgaver ift. at koordinere og forberede tilgængeligheden af lægemidler, medicinsk udstyr og katastrofemedicin; 2. Norges sundhedsberedskabsråd blev nedsat i 2023, og er ikke fuldt operationelt endnu; Kilder: Ministry of Social Affairs and Health (Finland); Socialstyrelsen (Sverige); Helse- og omsorgsdepartementet (Norge)

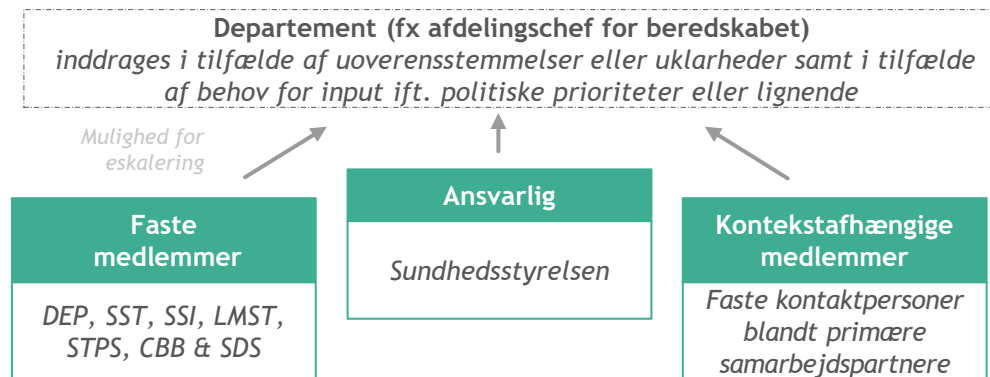
# Yderligere formalisering af koordinationsrummet ift. formål, mandat og kerneroller, skal bidrage til effektiv planlægning og håndtering af hændelser

**Koordinationsforummet formaliseres yderligere med SST som koordineringsansvarlig.** Forummet kan indkaldes efter behov med faste medlemmer fra DEP, SSI, LMST, STPS, CBB og SDS (og evt. også DR, KL), samt kontekstafhængige medlemmer, der inddrages efter behov via faste kontaktpersoner i de relevante organisationer (fx andre ministerier, kommuner og regioner)

**Koordinationsforummets primære formål** er at sikre effektiv håndtering af hændelser, der kræver koordinering på tværs af flere organisationer, men hvor inddragelse af NOST ikke vurderes relevant

**Koordinationsforummet skal afklare** omfanget for håndtering af en given hændelse samt bidrage til at udarbejde operationelle planer med klare roller/ansvarsområder, der hvor det vurderes som relevant<sup>1</sup>

## Overblik over koordinationsforummet



## Rollebeskrivelser

- **Ansvarlig:** Indkalder til møder, sætter dagsorden og beslutter næste skridt/udfald af koordinationsforummets møder
- **Medlemmer:** Bidrager med fagligt input ifm. møder, og varetager håndtering og udarbejdelse af planer afhængigt af beslutninger i koordinationsforummet

### Faste medlemmer:

- Sundhedsstyrelsen (ansvarlig)
- Departementet (skal også kunne varetage neutral rolle i tilfælde af eskaleringer)
- Statens Serum Institut
- Lægemiddelstyrelsen
- Styrelsen for Patientsikkerhed
- Sundhedsdatastyrelsen
- Center for Biosikring og Bioberedskab
- Evt. Danske Regioner og Kommunernes Landsforening

### Eksempler på kontekstafhængige medlemmer:

- Andre ministerier
- Regioner
- Kommuner
- Beredskabsstyrelsen
- Politi

## Forummetts mandat

- Forummet har mandat til at træffe beslutninger ift. håndtering af en specifik hændelse - herunder håndteringens omfang samt konkret plan for håndtering
- SST har mandat til at træffe endelig beslutning, men ved større uoverensstemmelser kan medlemmer eskalere til departement
- **Bemærk - nærmere rammer for mandat skal etableres**

1. Det vurderes af departementet, at der for nuværende bruges mange ressourcer på udarbejdelse af operationelle planer, og derfor skal koordinationsforummet bidrage til mere klar koordinering og prioritering af, hvornår disse planer udarbejdes

# En klart defineret rolle som presseansvarlig samt proces for håndtering af pressehenvendelser skal sikre ensartet og effektiv ekstern kommunikation

## Proces og rolle i dag

**Det er i dag klart beskrevet** hvilke institutioner under ISM, der skal varetage pressehåndtering under NOST, mens der i fredstid ikke er behov for en større koordinerende presserolle mellem institutionerne

**Der mangler dog en klar proces for pressehåndtering ved mindre hændelser**, hvor NOST ikke aktiviseres, men hvor der stadig er behov for central og koordineret pressehåndtering

**Der skal derfor parallelt med pressehåndteringsrollen under NOST** etableres en klar proces for pressehåndtering under mindre hændelser med SST's pressemedarbejdere i kommunikationsafdelingen som presseansvarlige



## Formaliseret proces og rolle under mindre hændelser

SST kan som ansvarlig for koordinationsforummet melde ud, hvis der er **behov for central pressestyring**

Central pressestyring betyder, at **kun den presseansvarlige i SST og departementet kan udtale sig til pressen**

Hvis en medarbejder bliver kontaktet af pressen, skal vedkommende **informere om, at han/hun ikke kan udtale sig**, og derefter henvise til SST's pressetelefon. Hvis det vurderes nødvendigt, kan medarbejderen desuden kontakte SST's presseafdeling for at informere om henvendelsen

**SST's presseafdeling kan derefter håndtere henvendelsen**



# Datadeling ifm. hændelser er blevet nemmere efter COVID-19 - formalisering af datadelingsansvarlig kan gøre håndtering af hændelser mere effektivt

## Proces og rolle i dag

Lovgivning vedr. videregivelse af data er på baggrund af COVID-19 blevet lempet, således data i dag nemmere kan videregives i beredskabssituationer

Processen omkring datadeling er dog stadig kompleks, og består af en række aktører, der håndterer forskellige dele af processen. Det er derfor vigtigt, at der defineres en *datadelingsansvarlig*, der kan sikre koordination på tværs af aktører - særligt under hændelser, hvor et hurtigt og centralt dataoverblik er vigtigt

### Forudsætninger for en effektiv datadeling under hændelser

- **Datainput:** Hver enkelt styrelse er dataansvarlig for egne områder. En række styrelser indsamler vigtig data, herunder fx SDS, SSI og SST. Særligt SDS er central ift. datadeling, da SDS har ansvar for en lang række databaser, registre og services, der kan være relevante i en beredskabssammenhæng (fx var adgang til statistikregistre efterspurgt under COVID-19)
- **Serverkapacitet:** Serverkapacitet skal gøre det muligt at opbevare og dele data. Dette varetages af SIT.
- **Dataoverblik:** I fredstid viser erfaring, at ad hoc datadeling fungerer tilfredsstillende, men under hændelser er det centralt at der hurtigt skabes overblik over central data - **en rolle der mangler i dag**

## Formaliseret rolle under hændelser

Der skal etableres en rolle som datadelingsansvarlig, der under hændelser skal være ansvarlig for at oprette et dash board, således relevant data fra de forskellige institutioner er nemt tilgængelig (fx koordinering med SSI vdr. MiBa/HAIBA)

For at øge muligheden for koordinering skal der udpeges kontaktpersoner i SIT og institutionernes datasafdelinger, således den datadelingsansvarlige nemt kan koordinere med de ansvarlige for datainput og serverkapacitet, hvis der skulle opstå behov for dette

Den datadelingsansvarlige kan potentielt sidde i departementet, der har det overordnede ansvar for sekundær datadeling. Alternativt kan SDS varetage rollen, idet SDS allerede i dag er ansvarlig for en lang række af registre og databaser

# Deltagelse i internationale fora skal håndteres indenfor nuværende ramme - kan evt. koordineres via Sundhedsstyrelsen

## Situation

- En række institutioner i ISM (herunder SST) vurderer, at der siden COVID-19 er kommet flere forpligtelser og møder i internationale fora
- Ikke alle fora er direkte beredkabsrelevante - *ikke-beredkabsrelevante fora belyses yderligere i budgetanalysens Spor B*

## Komplikation

- Der er ikke givet merbevillinger til at håndtere den øgede mængde internationale opgaver, hvilket ifølge institutionerne har ført til, at opgaven ikke løses tilfredsstillende
- Der forventes fra institutionernes side en stadig stigende aktivitet, der dog endnu ikke er reflekteret i datakilder

## Løsning

- Deltagelse og bidrag til internationale fora bør og skal kunne håndteres indenfor de givne scenariers grundbevillinger om end på reduceret niveau ift. 2024. Prioritering af hvilke fora, der er mest relevant at sikre højt niveau af deltagelse i, er derfor nødvendigt (se side 52 og 53 for foreslåede prioritering)
- Deltagelse og bidrag til internationale fora kan også styrkes via øget koordinering i koordinationsforummet

## Internationale fora med ISM's deltagelse

Liste med fora verificeres endeligt i Spor B



52/73 internationale fora er ikke direkte beredkabsrelevante, og der er således behov for yderligere analyse i Spor B

Eksempler inkluderer CHMP, CVMP, og CDISC



21/73 fora er beredkabsrelevante, og håndteres primært af SST, SSI og LMST

Eksempler inkluderer FN, NATO, EU-HERA og ECDC

- Deltagelse i internationale fora håndteres generelt indenfor institutionernes grundbevilling, fx ved omprioritering fra det nationale, og der er ingen indikationer på, at de 21 internationale, beredkabsrelevante fora ikke kan håndteres som sådan, fx:
  - Per aktivitetskortlægningen estimeres ~2 ÅV<sup>1</sup> under BES i SST at gå til deltagelse i beredkabsrelevante fora
  - I SST's egen registrering af mødedeltagelse i perioden december '23-marts '24<sup>2</sup> er der registreret 15 møder fordelt på 5 medarbejdere
- Ved begge scenarier vurderes det, at mest væsentlige fora kan prioriteres - omend på lavere end ønsket niveau

# Internationale fora I/II | De 21 beredskabsrelevante fora fordeler sig på flere organisationer. Tre vurderes at være særligt relevante

 Væsentligste fora


Navn	Organisatorisk placering	Beskrivelse	Forumets betydning
 ECDC	SST	ECDC samler og analyserer data for at informere om smitsomme sygdomme i EU og støtter medlemslande i at forberede sig og respondere på sundhedstrusler. ECDC's arbejde med overvågning og tidlig varsling er essentielt i et beredskab.	Politisk vigtigt pga. mange specialiserede undergrupper. Ophæng i SCBTH forordningen
	SSI	SSI deltager i 9 ECDC netværk og har desuden vagtordning for IHR og EWRS, som vurderes relevante for beredskabsindsatsen. Disse netværk inkluderer: EISN, ECOVID-Net, EVD, PHT, SAC, Surveillance, TD EWRS and IHR, ENIVD og EI	Politisk vigtigt pga. mange specialiserede undergrupper. Ophæng i SCBTH forordningen
EU-HSC-JPASG	SST	EU-HSC-JPASG arbejder med at koordinere sundheds-sikkerhedsforanstaltninger mellem EU-lande. Gruppen sikrer, at der er en hurtig og effektiv fælles reaktion på sundhedstrusler. De samler eksperter til at udarbejde fælles retningslinjer for beredskab og reaktion.	Har arbejdende undergrupper, som definerer indsatser på tværs af lande. Ophæng i SCBTH forordningen
FN Strålebeskyttelse	SST	FN Strålebeskyttelse (United Nations Radiation Protection) arbejder med at fremme sikkerhedsstandarder for strålingsbeskyttelse. De bidrager til at forberede nødplaner for nukleare og radiologiske hændelser, og hjælper med at koordinere international respons og beskyttelse mod strålingsfare.	Uklar politisk betydning, kræver yderligere udredning
 HERA	SSI (LMST)	HERA støtter EU's beredskab og evne til at reagere på sundhedskriser og spiller en nøglerolle i at sikre hurtig adgang til lægemidler. HERA arbejder derudover for at styrke samarbejdet mellem medlemslande ved grænseoverskridende beredskabshændelser.	Indflydelse på oplæring i beredskab, AMR og værnemidler, med ophæng i SCBTH forordningen. Giver mulighed for store rabatter på indkøbsaftaler af medicin
JA-CHESSMEN	LMST	JA-CHESSMEN fokuserer på harmonisering af strategier for sundhedsberedskab i Europa. Det arbejder for at forbedre samarbejde og deling af bedste praksis mellem EU-medlemsstater, og netværket bidrager til at formulere en samlet respons på sundhedskriser.	Implementerer struktur omkring medicinmangel. Vidensudveksler og udarbejder beslutningsforslag.

Kilde: Interviews med ISM's institutioner

50

# Internationale fora II/II | De 21 beredskabsrelevante fora fordeler sig på flere organisationer. Tre vurderes at være særligt relevante

 Væsentligste fora

Navn	Organisatorisk placering	Beskrivelse	Forummets betydning
NATO FVM	SST	NATO FVM er dedikeret til at håndtere fødevarer- og vandsikkerhed under nødsituationer. Organisationen bistår med at sikre forsyninger og undgå forstyrrelser i kritiske situationer og understøtter beredskabsplanlægning for NATO-medlemslande.	Understøtter beredskabsplanlægning for fødevarer og vandsikkerhed. Mindre relevant for ISM
NATO JHG	SST	NATO JHG fokuserer på militær planlægning og reaktion i tilfælde af sundhedskriser. De bidrager til NATO's generelle beredskabsindsats, og udvikler procedurer for militær støtte ved civile nødsituationer.	Ikke endeligt klarlagt
 Nordisk Svalbard	SST	Nordisk Svalbard indebærer beredskabsplanlægning for unikke miljø- og sikkerhedsudfordringer i regionen. Samarbejde om beredskab her er vigtigt for regional stabilitet, og kan involvere internationalt samarbejde om forskning og reaktion på klima- og miljøkatastrofer.	Stor politisk betydning. Godt udbytte fra denne gruppe i forhold til koordination i norden inklusiv læring omkring radioaktiv stråling og arktisk geopolitik
WHO Audit	SST	WHO Audit udfører revisioner for at sikre effektivitet og transparens i WHO's nødinterventioner. Revisionerne hjælper med at forbedre organisatorisk beredskab og respons, og bidrager til en stærkere og mere ansvarlig håndtering af sundhedskriser.	Politiske bindinger ift indrapportering af data
WHO National Koordination	SST	WHO National Koordination sikrer, at nationale sundhedsberedskabsplaner er i tråd med internationale standarder. Denne koordinering hjælper med at styrke lokale kapaciteter og er essentielt for en effektiv global reaktion på pandemier og andre sundhedstrusler.	Ikke endeligt klarlagt

# Tiltagsbeskrivelse for planlægning og koordinering

**Bemærk:** 14,0 mio. kr. står til at bortfalde mellem 2024 og 2025, hvorfor der er tale om 4,7-11,4 mio. kr. merbevillinger i 2025 sammenlignet med Budget 2025 jævnfør FL2024

## Beskrivelse af tiltag

Planlægnings- og koordineringsopgaven er efter COVID-19, Ukraine-krigen og et generelt øget fokus på beredskabet blevet mere omfattende. Fremover anbefales en større grundbevilling end før COVID-19, men en reduktion sammenlignet med niveauet i 2024.

Planlægning og koordinering tilpasses på følgende vis sammenlignet med 2024:

- **Udarbejdelse af strategiske beredskabsplaner** vil ske på et lavere niveau end i 2024. Begge scenarier muliggør udarbejdelse af centrale strategiske beredskabsplaner, men med varierende grad af niveau for deltagelse i internationale beredskabsorganer
- **Udbredelse af kendskab til beredskabsplaner** sikres i de to scenarier via øvelser og kurser på lavt, obligatorisk niveau. Ift. 2024 vil en række kurser muligvis nedprioriteres
- **Vejledning og rådgivning** vil foregå på et lavere niveau end i 2024. Begge scenarier sikrer basal rådgivning og vejledning vedr. beredskabsplaner, mens mulighed for rådgivning om smitsomme sygdomme også er muligt i scenarie 2
- **Risikovurdering, planlægning og koordinering af håndtering af hændelser** vil ske på et lavere niveau end i 2024. Scenarie 1 og 2 muliggør hhv. basal og central policy- og krisehåndtering, mens scenarie 2 endvidere giver mulighed for håndtering af udvalgte ad hoc opgaver uden omprioritering af ressourcer, som fx MEDEVAC.

Formålet med tiltagene er at forbedre varetagelse af planlægningsopgaven ved at 1) lave en klarere definition af institutionernes kapabiliteter i grundniveau og ift. opskalering for hver beredskabsopgave, 2) formalisere rollerne i det centrale beredskab ift. at planlægge og koordinere håndteringen af hændelser, og 3) øge fokus på prioritering og koordinering ifm. deltagelse i internationale fora. Tiltagene er ikke udgiftsdrivende og skal håndteres indenfor den valgte ramme.

## Baggrund for tiltag

I 2025 bortfalder ~77% af bevillingerne til den centrale planlægning (17,3 mio. kr. af 22,4 mio. kr.). Det er dog vigtigt at bemærke, at de centrale beredskabsopgaver løbende har ændret sig, og der har således været behov for at omprioritere en væsentlig del af bevillingerne ift. grundbudgettet 2024. Et direkte bortfald vurderes derfor at have store beredskabsmæssige konsekvenser, og der er behov for at definere et nyt niveau med større grad af stabilitet til den centrale planlægning. En forudsætning for tiltagene er derfor, at SST får en større stabil merbevilling til deres grundberedskab.

## Økonomisk potentiale, mio kr.

Område	Bevilling 2024			Reduktion ift. 2024	Nyt niveau 2025	Nyt niveau 2026-frem
	UK10	UK12	Reserve	UK12	-	-
Forudsætning for tiltag 1-3: En stabil merbevilling til SST's grundberedskab	5,1	14,0	3,3	5,8-12,6	9,8-16,5	9,8-16,5
Klarere beskrivelse af forventninger til institutionerne	Tiltag 1-3 er forslag til forbedring - en forudsætning for disse tiltag er et højere grundbevillingsniveau for SST's sundhedsberedskab. Ovenstående præsenterer SST's økonomiske ramme ift. beredskabsopgaver.					
Formalisering af roller ifm. prioritering og koordinering af hændelser						
Bedre prioritering og koordinering af deltagelse i internationale fora						

## Realiserbarhed & forudsætninger for implementering

Høj realiserbarhed. SST's centrale planlægning og koordinering kan generelt tilpasses løbende, og der vurderes ikke at være signifikante økonomiske bindinger.

## Væsentligste risici & afhængigheder (Beskrevet ift. '24 - niveau er større end '19 & '25')

Alle scenarier har større grundbevilling end før COVID-19. Risici skal ses ift. 2024-niveau. Generelt kan der for begge scenarier fremhæves følgende konsekvenser, hvortil risiciene generelt vil være højere for scenarie 1 end scenarie 2

- **Udarbejdelse af strategiske beredskabsplaner:** Risiko for mindsket indflydelse på væsentlige internationale beredskabsplaner og EU lovgivning
- **Udbredelse af kendskab til planer:** Risiko for mangelfuld håndtering af hændelser fx grundet mangel på tilstrækkeligt kendskab til beredskabsprocedurer
- **Vejledning og rådgivning:** Risiko for suboptimal og forskelligartet håndtering af hændelser på tværs af regioner, kommuner og myndigheder
- **Risikovurdering, planlægning og koordinering af håndtering af hændelser:** Risiko for at nye vigtige beredskabsopgaver ikke kan varetages uden væsentlig omprioritering af ressourcer samt mangelfuld håndtering af hændelser ift. pressehåndtering



## Budgetanalyse af ISM - første delrapport om beredskab

- 1 Introduktion | Budgetanalysen og dens kontekst
- 2 Introduktion | Beredskabsopgaver i ISM
- 3 Resultater | Det fremtidige beredskab i ISM
- 4 Resultater | Planlægning
- 5 Resultater | Overvågning
- 6 Resultater | Håndtering

# Opsummering af overvågningsopgaven i det fremtidige sundhedsberedskab (I/III)

## Kontekst og udvikling

Overvågnings- og testindsatsen har under COVID-19 gennemgået en større udvikling. Fra at udgøre en relativt mindre andel af den samlede aktivitet i ISM før COVID-19, er overvågningen blevet styrket væsentligt under COVID-19 med bl.a. nye *overvågningstyper*, fx spildevandsovervågning og selvtestløsning<sup>1</sup>, samt *hyppigere målinger i større detaljegråd*, der bidrager til både den nationale og internationale overvågning af sygdomme.

I 2025 bortfalder ~73% af bevillingerne til overvågningsopgaven (127,9 mio. kr. af 175,8 mio. kr.<sup>2</sup>). Et direkte bortfald vurderes at have store sundhedsfaglige konsekvenser, og der er behov for at definere et nyt, mere permanent fredstidsniveau for sundhedsberedskabet.

## Analysen

Med henblik på at kunne definere et nyt, mere permanent niveau for overvågningen, er der taget udgangspunkt i det overordnede formål med overvågningen i beredskabet: *Overvågningen skal muliggøre en proaktiv håndtering af kendte typer hændelser samt hurtigere identificering af og forståelse for nye typer hændelser ved at:*

- i) Indsamle og tilvejebringe data om smitteniveau og tendenser af i samfundet, der kan informere politiske beslutninger og/eller planlægning
- ii) Indsamle og tilvejebringe data og informationer om specifikke hændelser/cases, der kan informere håndtering
- iii) Analysere data og informationer mhp. at forstå implikationer, udarbejde risikovurderinger samt rådgive om beslutninger, forebyggende tiltag m.m.

## Analysen (fortsat)

I Indenrigs- og Sundhedsministeriet findes i dag flere typer af overvågning og test, der hver især bidrager forskelligt til det overordnede formål med overvågningen og de underliggende aktiviteter. Det er derfor væsentligt, at der ses på tværs af de forskellige typer overvågning og test, når et nyt niveau skal fastlægges.

I analysen er der således udarbejdet forskellige scenarier for det fremtidige niveau af overvågning, der understøtter det overordnede formål i *varierende omfang*. For hvert scenarie er både økonomiske og sundhedsfaglige konsekvenser belyst. Yderligere beskrives forskellige muligheder for opskalering af selvtest i forbindelse med en hændelse.

I udarbejdelsen af scenarier er der taget udgangspunkt i de eksisterende overvågningstyper og det fundament, som er bygget op før og under COVID-19. Der er ikke lavet dybere analyse af alternative former for overvågning. Det kan derfor på sigt overvejes, hvorvidt supplerende overvågningstyper kan styrke den samlede overvågning af sygdomsbyrden i befolkningen (fx overvågning af søgeord<sup>3</sup> på udvalgte hjemmesider, som et omkostningseffektivt supplement til den eksisterende overvågning).

Der er ligeledes i videst muligt omfang taget højde for tidligere analyser og rapporter<sup>4</sup> samt eventuelle bindinger og anbefalinger, som er tæt knyttet til opgaveløsningen. Det drejer sig fx om rapporter fra 2021 og 2023, der belyser systemlandskabet for den digitale overvågning, en binding ift. det forventede fremtidige EU direktiv vedrørende spildevandsovervågning samt internationale anbefalinger vedrørende sentinelovervågning.

På følgende side beskrives scenarierne nærmere, og i resten af sektionen findes yderligere detaljer.

1. Selvtestløsningen bidrager både til generel overvågning og til at belyse hvorvidt enkeltpersoner er smittede; 2. 127,9 mio. kr. svarer til de UK12 bevillinger, som står til at bortfalde. 175,8 mio. kr. svarer til UK10 og UK12 bevillinger til overvågningsopgaven i sundhedsberedskabet i 2024; 3. Anvendes bl.a. i Sverige; 4. Konklusioner for de mest væsentlige rapporter er tryktestet

# Opsummering af overvågningsopgaven i det fremtidige sundhedsberedskab (II/III)

## Scenarier for den fremtidige overvågning

Der er i analysen udarbejdet tre scenarier, som belyser forskellige niveauer af overvågning. Fælles for scenarierne er, at niveauet er større end både før COVID-19 og 2025-niveauet som beskrevet i Finanslov 2024, men samtidig mindre end niveauet i 2024. I forhold til 2019 er der således flere typer af overvågning og test (fx spildevandsovervågning), og der måles hyppigere og i større detaljegråd (fx sentinelovervågning helårligt i stedet for kun fra uge 40 til uge 20). Dette gør beredskabet bedre i stand til en *proaktiv håndtering af kendte typer hændelser samt hurtigere identificering af og forståelse for nye typer hændelser*.

Scenarierne stiger i merbevillinger fra scenarie 1 mod scenarie 3. I scenarie 1 ydes merbevilling til de mest væsentlige overvågningstyper, i scenarie 2 ydes merbevilling til mest væsentlige overvågningstyper (*på højere niveau for nogle indsatser sammenlignet med scenarie 1*) samt analysekapacitet, og i scenarie 3 ydes merbevilling til alle overvågnings- og testtyper (på nær selvtest til overvågning).

I det følgende beskrives de 3 scenarier nærmere.

### Scenarie 1 - Fokuseret merbevilling

Scenariet bidrager til formålet med overvågningen ved, at:

- Der vil *tilvejebringes data og information om smitteniveau og tendenser i samfundet* via spildevandsovervågning, mens fx antallet af sentinelprøver halveres sammenlignet med niveauet i 2024, og selvtest til overvågning afvikles
- Der vil *indsamles data og informationer om specifikke hændelser/cases* via sentinelovervågning. Yderligere opretholdes evnen til at identificere nye virusvarianter gennem helgenomsekventering, men på lavere niveau end i scenarie 2 & 3
- Det vil generelt være muligt at bidrage med samme kvalitet af *analyser af det tilvejebragte data* som i 2024, men analyser opdateres med lavere frekvens, og der vil være længere svartid samt en forventning om, at nogle forespørgsler nedprioriteres. I scenarie 1 afvikles ligeledes én type analyse (modellering af sygdomsdynamik og -udvikling), som er opbygget under COVID-19.

## Scenarier for den fremtidige overvågning (fortsat)

### Scenarie 1 - Fokuseret merbevilling (fortsat)

Der er syv overordnede implikationer ift. 2024-niveauet; der vil:

- Gå længere tid før sygdomme og evt. udbrud opdages (færre prøver). Tendenser kan fastlægges på overordnet niveau, men ikke på mere detaljeret geografisk niveau (fx kommuner og regioner) eller for specifikke risikogrupper
- Være længere svartid og forventet nedprioritering af udvalgte forespørgsler fra styrelser, departementet mv.
- Være mindre hyppige målinger for overvågningen
- Være færre ressourcer til håndtering af sygdomsudbrud, hvorfor flere udbrud ikke nødvendigvis kan håndteres indenfor rammen
- Ikke være mulighed for at rådgive om virkning og konsekvenser af forebyggende tiltag pba. datamodellering af sygdomsdynamik og -udvikling (*opbygget under COVID-19*)
- Udarbejdes færre (antal og frekvens) risikovurderinger, være begrænsede faglige opdateringer på SSI's hjemmeside, og ikke være mulighed for at kontakte den epidemiologiske vagtelefon udenfor normal arbejdstid
- Være større statistisk usikkerhed i rådgivningen af beslutningstagere (afledt effekt som følge af færre prøver).

*Bemærk: niveauet er stadig større end før COVID-19, hvor der for eksempel ikke var spildevandsovervågning, helårlig sentinelovervågning mv.*

I scenariet afvikles selvtestberedskabet, hvorfor der ved en eventuel hændelse,<sup>1</sup> skal igangsættes en opskalering af selvtest så vidt relevant. Uden større offentlig eller privat støtte vurderes dette at tage 5-6 måneder før der er kapacitet til at analysere 10.000 PCR-test/dag (*det bemærkes denne kapacitet blev nået væsentlig hurtigere under COVID-19, som følge af den massive private og offentlige støtte, der ikke kan forudsættes ved evt. nu sundhedskrise*). Sideløbende med opsætning af analysekapacitet skal der etableres en model for, hvordan prøver tages ind (fx genetablering af test-app i løbet af 2-4 måneder eller opsætning af testtelte, som under COVID-19).

1. Forudsætter at det er en sygdom, der allerede kan testes for (eller hurtigt omstilles til)



# Opsummering af overvågningsopgaven i det fremtidige sundhedsberedskab (III/III)

## Scenarier for den fremtidige overvågning (fortsat)

### Scenarie 2 - Brede merbevilling

Scenariet understøtter det samlede formål med overvågningen, hvor følgende ændringer gør sig gældende ift. scenarie 1:

- Der vil foretages flere sentinelprøver sammenlignet med scenarie 1 (reduktion på ~30% sammenlignet med 2024), hvorfor der i højere grad vil være mulighed for at *tilvejebringe data og information om smitteniveau og tendenser i samfundet samt indsamle data og information om specifikke hændelser/cases*
- Der vil være flere ressourcer til *analyser af det tilvejebragte data*, som bl.a. medfører, at alle henvendelser forventes at kunne håndteres, der vil være kapacitet til modellering af sygdomsdynamik og -udvikling (opbygget under COVID-19) mv.

Samlet set medfører dette, at der vil være følgende ændringer til konsekvenserne beskrevet på forrige side for scenarie 1:

- Sygdomme og evt. udbrud kan opdages med større sikkerhed (*flere prøver*). Tendenser kan fastlægges på et detaljeret geografisk niveau (fx kommuner, regioner) og for specifikke risikogrupper, men ikke for fx plejehjem, skoler, mv.
- Alle forespørgsler fra styrelser, departement mv. forventes at kunne prioriteres
- Målinger for overvågningen gennemføres hyppigere
- Der er en større kapacitet til at håndtere evt. udbrud, hvorfor der i højere grad kan håndteres udbrud af flere sygdomme samtidigt
- Der er mulighed for rådgivning af beslutningstagere om virkning og konsekvenser af forebyggende tiltag pba. datamodellering af sygdomsdynamik og -udvikling
- Der udarbejdes flere (frekvens og antal) risikovurderinger, de faglige opdateringer på SSI's hjemmeside og muligheden for at kontakte den epidemiologiske vagtelefon udenfor normal arbejdstid opretholdes på 2024-niveau
- Der vil være større statistisk sikkerhed i rådgivningen af beslutningstagere (afledt effekt af flere prøver sammenlignet med scenarie 1).

I scenariet afvikles selvtestberedskabet på samme vis som i scenarie 1 (foregående side), hvorfor der er tale om samme opskalingshorisont og konsekvenser

## Scenarier for den fremtidige overvågning (fortsat)

### Scenarie 3 - Tværgående merbevilling

Scenariet understøtter formålet med overvågningen på samme vis som scenarie 2. Forskellen er, at selvtestberedskab opretholdes i scenarie 3, men afvikles i scenarie 2.

I scenariet opretholdes selvtestberedskabet på lavere niveau end i dag, hvorfor der ved en evt. hændelse - hvor selvtestberedskabet er relevant - vil være behov for at opskalere analysekapaciteten i beredskabet. Uden større offentlig eller privat støtte/finansiering, vurderes det at tage 3-4 måneder, før der er kapacitet til at 10.000 PCR-test/dag. Selvtesteberedskabet vil være en stående kapacitet, og ifm. en hændelse vil analyse kunne igangsættes med det samme, men på lavere niveau end de 10.000 test/dag. Sideløbende med opskalering af analysekapacitet skal der, som i scenarie 1 og 2, etableres en model for, hvordan prøver tages ind.

## Scenarier for den fremtidige overvågning - justering og/eller tilføjelser

Samlet set beskriver scenarierne forskellige muligheder for at tilføje bevillinger til det fremtidige grundberedskab for overvågning samt hvilke konsekvenser, der er tale om sammenlignet med 2024-niveauet. Som nævnt i introduktionen er niveauet for alle tre scenarier højere end før COVID-19.

Scenarierne beskriver tre muligheder for fremtidige sundhedsberedskab med fokus på overvågning og test, men det er muligt at justere scenarierne - og de individuelle indsatser - hvis der er et ønske om at prioritere specifikke typer overvågning.

# COVID-19 ændrede overvågnings- og testopgaven markant, og der er behov for at definere et nyt, mere permanent fredstidsniveau

*Før COVID-19*

**Lavere niveau for overvågning & test før COVID-19**

Overvågnings- og testindsatsen udgjorde før COVID-19 en **relativt mindre andel af den samlede aktivitet** - både ift. typer af overvågning/test, frekvens og detaljegrad af overvågningen fra fx sentinelovervågning mv.

*Under COVID-19*

**Flere typer af overvågning og test samt større detaljegrad**

COVID-19 ændrede overvågnings- og testindsatserne væsentligt med fx med **flere typer af overvågning og test, hyppigere målinger samt større detaljegrad i data**, herunder øget behov for analyser og rådgivning



*I dag*

**Test- og overvågningsindsatsen skal justeres til niveau**

COVID-19 kategoriseres ikke længere som en alment farlig sygdom, og der er behov for at vurdere hvilket grundberedskab, der skal være for test- og overvågningsindsatserne fremover, når størstedelen af bevillingerne står til at bortfalde i 2025

# Der anvendes flere typer test og overvågning i dag - tiltaget om at reducere niveau påvirker ikke alle typer

## 4 Reduktion af grundniveau for overvågning

### Overvågning

Indsamle og tilvejebringe data om smitteniveau og tendenser i samfundet, der kan informere politiske beslutninger og/eller planlægning<sup>1</sup>

Indsamle og tilvejebringe data og informationer om specifikke hændelser/cases, der kan informere håndtering<sup>1</sup>

Analysere data og informationer mhp. at forstå implikationer, udarbejde risikovurderinger samt rådgive om beslutninger, forebyggende tiltag m.m.

4

Sentinelovervågning

4

Epidemiologisk overvågning

4

Selvtestløsning til beredskab og infektionsovervågning<sup>2</sup>Spildevandsovervågning<sup>2</sup>

4

Helgenomsekventering

Overvågning af lægemidler<sup>3</sup>

4

Sygehusmonitorering<sup>4</sup>

4

Mink-overvågning

Point-Of-Care-Testing (POCT)<sup>5</sup>

Derudover en række forudsætningskabende aktiviteter som fx *Digital overvågning*, *Skalerbart laboratorieberedskab mv.* samt koordinerende indsatser som fx *udarbejdelse af vejledninger*, *koordinere risikovurderinger mv.*<sup>6</sup>

1. Der er også forpligtigelser ift. at dele data med internationale samarbejdspartnere, fx WHO; 2. Synergi mellem selvtestløsning til beredskab og infektionsovervågning og skalerbart laboratorieberedskab samt spildevands-overvågning (anvendelse af maskiner og ressourcer fra laboratorieberedskab). Der skal tilføres flere ressourcer til spildevandsovervågning, såfremt det skalerbare laboratorieberedskab afvikles; 3. Særskilt regeringssag og indgår derfor ikke i videre analyse; 4. Forventes reduceret fremadrettet; 5. Nyt forslag til 2025, som ikke indgår i scenarierne; 6. Løftes bl.a. i SST og indgår som en del af planlægningsopgaven ift. at koordinere og rådgive med fx øvrige styrelser; Note: Der ses bort fra *det Specialdiagnostiske område & Antimikrobiel resistens (AMR)*, som per definitionen af sundhedsberedskabet fra departementet ikke indgår i denne analyse

# Tiltaget, der adresserer overvågning, kræver varige merbevilling på 70-97 mio. kr., men bidrager med en besparelse på 29-56 mio. kr. relativt til 2024

Økonomi per tiltag (mio. kr.)		Baseline 2024	Reduktion ift. 2024 (2026-frem)	Merbevilling 2025 (2026-frem)	Nyt niveau 2025 (2026-frem)
<b>4</b>	Reduktion af grundniveau for overvågning	175,8	21,9 - 55,5 <i>28,9 - 55,5 varigt</i>	70,4 - 104 <i>70,4 - 97 varigt</i>	119,2 - 152,8 <i>119,2 - 145,8 varigt</i>
>	Sentinelovervågning	10	1,5 - 2,8	7,2 - 8,5	7,2 - 8,5
>	Spildevandsovervågning	9,5	(0,5) - (1,7) <sup>1</sup>	11,2 - 10 <sup>1</sup>	11,2 - 10 <sup>1</sup>
>	Epidemiologisk overvågning	50,5 <sup>2</sup>	5,5 - 17,5 <i>12,5 - 17,5 varigt</i>	8 - 20 <i>8 - 13 varigt</i>	33 - 45 <i>33 - 38 varigt</i>
>	Selvtestløsning til beredskab og infektionsovervågning	11,2 <sup>3</sup>	1,2 - 11,2	0 - 20	0 - 20
>	Helgenomsekventering	19,5	8,5 - 9,5	10 - 11	10 - 11
>	POCT-prøver fra akutmodtagelserne	<i>Forslag til oprettelse af POCT i 2025 indgår ikke i scenarierne</i>			
>	Mink-overvågning	2	0 <i>afvikles/omprioriteres</i>	(2) ●	0
>	Sygehusmonitorering	0,6	0,6	0	0
>	Digital overvågning (MiBa/HAIBA)	60,8 <sup>2</sup>	3,9 <sup>4</sup>	36	57,8 <sup>5</sup>
>	Andre IT systemer / drift (Coronpas)	0,5	0 - 0,5	0 - 0,5	0 - 0,5
>	Skalerbart laboratorieberedskab	11,2 <sup>3</sup>	1,2 - 11,2	<i>Indeholdt i "Selvtestløsning til beredskab og infektionsovervågning"</i>	

Varig UK10 bevilling - forudsat omprioriteret til anden indsats

1. Grundet synergieffekter imellem Spildevandsovervågning og Skalerbart laboratorieberedskab, så vil omkostningerne stige til spildevandsovervågningen, hvis selvtestberedskabet (og derfor det skalerbare laboratorieberedskab) afvikles; 2. UK10 og UK12-bevillinger; 3. I Q1 2024 er en delmængde af bevillingen (-4 mDKK) indeholdt i driften af TCDK og behandles derfor i tiltag 5: *Nedtagning af TestCenter Danmark*; 4. 3 mio. kr. UK12 midler ved SDS, der bortfalder, samt 0,9 mio. kr. UK12 midler hos SSI (som fremover opvejes af sidste trappe på 'bevillingstrappen' vedr. ØA21); 5. UK10-bevilling stiger med 0,9 mio. kr. i 2025 og frem; Note: Parenteser er sat omkring negative tal.

# Målt på årsværk vil de tre tiltag bidrage med en varig reduktion på 22-37 årsværk

Årsværk per tiltag	Baseline 2024	Reduktion ift. 2024 (2026-frem)	Merbevilling 2025 (2026-frem)	Nyt niveau 2025 (2026-frem)
<b>4</b> Reduktion af grundniveau for overvågning	132,6	15,8 - 37,4 <i>21,7 - 37,4 varigt</i>	43,4 - 65,0 <i>43,4 - 59,1 varigt</i>	94,2 - 115,8 <i>94,2 - 109,9 varigt</i>
> Sentinelovervågning	5	0,5 - 0,9	4,1 - 4,5	4,1 - 4,5
> Spildevandsovervågning	4,6	(0,4) - (1,9) <sup>1</sup>	6,5 - 5,0 <sup>1</sup>	6,5 - 5,0 <sup>1</sup>
> Epidemiologisk overvågning	44,1	4,6 - 14,8 <i>10,5 - 14,8 varigt</i>	6,7 - 16,9 <i>6,7 - 11,0 varigt</i>	29,3 - 39,5 <i>29,3 - 33,6 varigt</i>
> Selvtestløsning til beredskab og infektionsovervågning	18	6 - 18	0 - 12	0 - 12
> Helgenomsekventering	8,3	4,1 - 4,6	3,7 - 4,2	3,7 - 4,2
> POCT-prøver fra akutmodtagelserne	<i>Forslag til oprettelse af POCT i 2025 indgår ikke i scenarierne</i>			
> Mink-overvågning	1 <i>Budgetteret med 2 ÅV</i>	0 <i>Omprioriteres</i>	(2) ●	0
> Sygehusmonitorering	0,5	0,5	0	0
> Digital overvågning (MiBa/HAIBA)	51,1	0,5	24,4	50,6
> Andre IT systemer / drift (Coronpas)	0	0	0	0
> Skalerbart laboratorieberedskab	<i>Indeholdt i "Selvtestløsning til beredskab og infektionsovervågning"</i>			

Varig UK10 bevilling - forudsat omprioriteret til anden indsats

1. Grundet synergieffekter imellem Spildevandsovervågning og Skalerbart laboratorieberedskab, så vil omkostningerne (flere årsværk) stige til spildevandsovervågningen, hvis selvtestberedskabet (og derfor det skalerbare laboratorieberedskab) afvikles; Note: Parenteser er sat omkring negative tal.

# Der er udarbejdet 3 scenarier for fremtidig overvågning med varierende niveau og dertilhørende sundhedsfaglige implikationer ift. 2024

	Budget 2025 jævnfør FL2024	Scenarie 1 - Fokuseret merbevilling	Scenarie 2 - Brede merbevilling	Scenarie 3 - Tværgående merbevilling
<b>Økonomi</b>	Fuldt bortfald af UK12-bevillinger svarende til 127,9 mio. kr., og ingen merbevillinger	Merbevilling til <i>mest væsentlige overvågningstyper</i>  Bortfald ift. 2024 reduceres til 48,5-55,5 mio. kr. i 2025 <sup>1</sup> (55,5 mio. kr. 2026-frem)	Merbevilling til <i>mest væsentlige overvågningstyper samt analysekapacitet</i>  Bortfald ift. 2024 reduceres til 40,7-47,7 mio. kr. i 2025 <sup>1</sup> (47,7 mio. kr. 2026-frem)	Merbevilling til <i>alle overvågningstyper (på nær selvtest) samt analysekapacitet</i>  Bortfald ift. 2024 reduceres til 21,9-28,9 mio. kr. i 2025 <sup>1</sup> (28,9 mio. kr. 2026-frem)
<b>Sundhedsfaglige implikationer ift. 2024-niveau</b>	Overvågningstyper afvikles, hvilket betyder, at sygdomsudbrud udelukkende opdages via indmeldinger fra sundhedsvæsenet - lavere niveau end før COVID-19	Overvågning bibeholdes på lavere niveau end i dag (men væsentlig større end før COVID-19) og analysekompetencer opbygget under COVID-19 afvikles. Ift. 2024 kan der gå længere tid før sygdomme og evt. udbrud opdages, og der kan ikke rådgives pba. nye analysetyper <sup>2</sup>  Selvtestberedskab afvikles og skal genetableres hvis relevant	Overvågning bibeholdes på lavere niveau end i dag (men større end i scenarie 1 og derved også større end før COVID-19), hvilket kan medføre, at der går længere tid før sygdomme og evt. udbrud opdages  Selvtestberedskab afvikles og skal genetableres hvis relevant	Overvågning bibeholdes på samme niveau som i Scenarie 2 - <i>Brede merbevilling</i>  Selvtestberedskab ( <i>ekskl.</i> test-app) opretholdes til opskalering så vidt dette er relevant - dvs. test-app afvikles og skal genetableres

Midlertidige bevillinger i 2025: Der efterspørges op til 7 mio. kr. i 2025 til i) 3,5 mio. kr. til COVID-19-vaccine overvågning, ii) 1,5 mio. kr. til Efter COVID spørgeskemaundersøgelse og iii) 2 mio. kr. til foranalyse af udbrudshåndteringsdatabase<sup>1</sup>

1. Midlertidige bevillinger uddybes yderligere på side 111; Note: Midlertidig bevilling til sygeovervågning bortfalder i alle scenarier  
2. Det bemærkes, at sygeovervågning afvikles

# De 3 scenarier angiver forskellige niveauer for de forskellige overvågningstyper

Type	Budget 2025 jævnfør FL2024	Scenarie 1 - Fokuseret merbevilling	Scenarie 2 - Brede merbevilling	Scenarie 3 - Tværgående merbevilling
Overvågning & test	Sentinelovervågning	0 test/år <sup>1</sup>	4.000 test/år	6.000 test/år
	Spildevandsovervågning <sup>2</sup>	0 prøver/år	3.016 prøver/år (47% af befolk., 29 prøvetagningssteder, 2 prøver/uge) <i>OBS på stigende omk. (ÅV) og derved bevillingsbehov i scenarie 1 og 2, som følge af afvikling af laboratorieberedskab (synergi)?</i>	
	Epidemiologisk overvågning	Justering til niveau før COVID-19 <sup>3</sup>	Bevillingstilførsel af 8-15 mio. kr. i 2025 & 8 mio. kr. 2026-frem <sup>6</sup>	Bevillingstilførsel af 13-20 mio. kr. i 2025 & 13 mio. kr. 2026-frem <sup>6</sup>
	Selvtestløsning til beredskab og infektionsovervågning	0 test/uge samt afvikling af selvtestberedskab	0 test/uge samt afvikling af selvtestberedskab	0 test/uge samt opretholdelse af selvtestberedskab <sup>7</sup>
	Helgenomsekventering <sup>2,4</sup>	0 sekventeringer/uge	100 sekventeringer/uge	200 sekventeringer/uge
	POCT-prøver fra akutmodtagelserne	Dette er et nyt forslag til 2025 - igangsættes ikke		
Mink-overvågning	2 årsværk (øremærkede)	Afvikles grundet manglende prøver fra erhvervet		
Understøttende	Digital overvågning (MiBA/HAIBA)	Ingen yderligere bevilling end UK10 midler <sup>5</sup> (øremærkede)	Videreførsel af 36 mio. kr. bevilling/år <sup>8</sup>	
	Andre IT-systemer / drift (Coronapas mv.)	Coronapas app afvikles	Coronapas app afvikles	Coronapas app holdes i dvale
	Skalerbart laboratorieberedskab	Laboratorieberedskab afvikles	Laboratorieberedskab afvikles	Laboratorieberedskab, som kan skaleres til ~10.000 daglige PCR-test i løbet af 3-4 måneder <sup>7</sup>

1. OBS på at Sentinelovervågning blev anvendt før COVID-19 og under COVID-19 blev flyttet fra UK10 til UK12; 2. Der er tale om en positiv synergieffekt ifm. selvtest- og laboratorieberedskabet og spildevandsovervågning, hvorfor omkostninger til spildevandsovervågning stiger ved en afvikling (1,5 ÅV mere til spildevandsovervågning, som ellers er udlånt fra laboratorieberedskabet: -1,2 mio. kr.). Dertil synergieffekter ift. maskinparken i selvtest- og laboratorieberedskabet (mod spildevandsovervågning og helgenomsekventering), men hvor den konkrete effekt ikke er medtaget, da der forventes at kunne erhverves mindre og billigere maskiner end de eksisterende i selvtest- og laboratorieberedskabet. Med eksisterende maskiner - dvs. uden at vælge et billigere/mindre alternativ - vurderes omkostningerne at stige med -625.000 kr. per indsats (stigende renter og afskrivninger). Det skalerbare laboratorieberedskab har ligeledes positive synergieffekter med det diagnostiske område, men hvor der ikke er tale om en konkret kvantificering; 3. Mulighed for omprioritering indenfor rammen. Aktivitet svarende til 25 mio. kr. i 2024; 4. Helgenomsekventering, som ikke er omfattet af det Specialdiagnostiske område/ØA2018; 5. UK10 svarende til 20,9 mio. kr. i 2024; 6. Midlertidige bevillinger uddybes yderligere på side 111; 7. Indsats er indbyrdes afhængige; 8. Bl.a. med udgangspunkt i rapport: Robustgørelse af den digitale infektions- og epidemi-overvågning; Kilder: SSI initiativkatalog; Robustgørelse af den digitale infektions- og epidemi-overvågning, jan. 2024; Finanslov 2024; Finansiering af den fremtidige digitale epidemi- og infektionsovervågning, nov. 2021

# De 3 scenarier har forskellige implikationer og risici - herunder ift. opskalering

Denne side behandler udelukkende konsekvenser i fremtid - konsekvenser for opskalering behandles på følgende sider

Aktiviteter for overvågning	Budget 2025 jævnfør FL2024	Scenarie 1 - Fokuseret merbevilling	Scenarie 2 - Brederer merbevilling	Scenarie 3 - Tværgående merbevilling
<p>Indsamle og tilvejebringe data om smitteniveau og tendenser i samfundet, der kan informere politiske beslutninger og/eller planlægning</p>	<p>Lavere niveau end før COVID-19 - data/information tilvejebringes udelukkende via sundhedsvæsenet</p>	<p>Niveau højere end før COVID-19 - data/information tilvejebringes fra spildevandsovervågning, sentinelovervågning samt fra sundhedsvæsenet</p>	<p>Samme niveau for scenarie 2 &amp; 3</p> <p>Niveau højere end før COVID-19 - data/information tilvejebringes fra spildevandsovervågning, sentinelovervågning (flere tests end i scenarie 1) samt fra sundhedsvæsenet</p>	
<p>Indsamle og tilvejebringe data og informationer om specifikke hændelser/cases, der kan informere håndtering</p>	<p>Lavere niveau end før COVID-19 - specifikke cases følges i sundhedsvæsenet, og der er begrænset mulighed for at opdage nye vira ved sekventering<sup>1</sup></p>	<p>Niveau højere end før COVID-19 - specifikke cases følges helårligt via sentinelovervågning samt i sundhedsvæsenet med nogen kapacitet til at opdage nye vira</p>	<p>Samme niveau for scenarie 2 &amp; 3</p> <p>Niveau højere end før COVID-19 - specifikke cases følges helårligt via sentinelovervågning (flere tests end i scenarie 1) samt i sundhedsvæsenet med nogen kapacitet til at opdage nye vira (flere sekventeringer end i scenarie 1)</p>	
<p>Analysere data og informationer mhp. at forstå implikationer, udarbejde risikovurderinger samt rådgive om beslutninger, forebyggende tiltag m.m.</p>	<p>Mindre kapacitet end før COVID-19<sup>2</sup> - sideløbende er aktiviteten steget nationalt og internationalt (flere sygdomme, mere samarbejde, stigende forventninger mv.)</p>	<p>Større kapacitet end før COVID-19 - nogen ressourcer til overvågning og udbrudshåndtering, men ingen kapacitet til at fremskrive sygdomme og analysere sygdomsdynamik, samt forventning om, at nogle forespørgsler nedprioriteres</p>	<p>Samme niveau for scenarie 2 &amp; 3</p> <p>Større kapacitet end før COVID-19 - nogen ressourcer til overvågning og udbrudshåndtering samt til at fremskrive sygdomme og analysere sygdomsdynamik. Forventning om, at alle forespørgsler kan besvares</p>	
<p>Opskaleringsrisici behandles på side 69</p>	<p>Opskaleringsrisici for Budget 2025 jævnfør FL2024</p>	<p>Samme opskaleringsrisici for scenarie 1 og 2</p>		<p>Opskaleringsrisici for scenarie 3</p>

1. Mindre sekventeringskapacitet indeholdt i økonomaftalen for 2018 med regionerne; 2. Forudsat estimerede 2019-niveau (23-25 mio. kr.). PL-reguleres til 2024-priser



# Budget 25 jf. FL24 vil ikke kunne understøtte aktiviteter for overvågningen og vil medføre væsentlige økonomiske og sundhedsfaglige konsekvenser

Denne side behandler udelukkende konsekvenser i fremtid - konsekvenser for opskalering behandles på følgende sider

## Aktiviteter for overvågning

### Budget 2025 jævnfør FL2024 | Konsekvenser for den daglige overvågning

#### Indsamle og tilvejebringe data om niveau og tendenser i samfundet

Det er ikke muligt at indsamle og tilvejebringe data om smitteniveau og tendenser via spildevandsovervågning, sentinelovervågning<sup>1</sup> eller selvtest ("Virusmåling i Danmark"<sup>2</sup>). Overvågningen vil udelukkende bestå af information fra det primære og sekundære sundhedsvæsen ved indberetninger til Den Danske Mikrobiologidatabase (MiBa). Det vil sige, at smitte kun kan opdages og følges, når befolkningen er i kontakt med sundhedsvæsenet og har behov for behandling.

Dette er lavere niveau end før COVID-19<sup>3</sup> og betyder bl.a., at:

- Der kan gå væsentlig længere tid før sygdomme og evt. udbrud opdages, herunder begrænset mulighed for at fastlægge tendenser (fx geografisk spredning), eftersom smitte udelukkende fastlægges pba. indberetninger fra sundhedsvæsenet via MiBa, uden supplerende prøver fra fx sentinelovervågningen
- Der afviges fra WHO-anbefaling om anvendelse af sentinelovervågning helårligt
- Der afviges fra et forventet vedtaget spildevandsdirektiv med effekt fra 01/01/2025 (EU byspildevandsdirektiv artikel 17)

#### Indsamle og tilvejebringe data og informationer om specifikke hændelser/cases

Det vil ikke være muligt at indsamle og tilvejebringe data og informationer om specifikke cases via "Virusmåling i Danmark" og sentinelovervågning. Der vil heller ikke blive helgenomsekventeret prøver, som bl.a. bruges til at opdage, følge og risikovurdere nye vira. Overvågningen af konkrete cases vil ligeledes udelukkende bero på indberetninger til MiBa fra sundhedsvæsenet.

Dette er lavere niveau end før COVID-19<sup>3</sup> og betyder bl.a., at:

- Der vil være lignende konsekvenser som i ovenstående sektion - se punkt 1 og 2
- Der vil gå væsentlig længere tid før nye typer af vira opdages, eftersom der ikke er en stående sekventeringskapacitet. En ny sygdom skal derfor opdages ved, at sygehusene sender en test til yderligere analyse hos SSI (del af økonomiaftalen for 2018 vedrørende specialdiagnostiske område)

#### Analysere data og informationer

Der vil være meget stort pres på de ressourcer, som analyserer den tilvejebragte data og information mhp. at rådgive herom. Aktiviteten har generelt været stigende efter COVID-19 med fokus på flere sygdomme, stigende forventninger til kvalitet og svartid for rådgivningen samt øget internationalt samarbejde. Dertil vil bortfaldet af UK12-midler til den digitale overvågning lægge yderligere pres på analysekapaciteten, hvor mere vil skulle håndteres håndholdt, og derfor potentielt skabe udfordringer med at indfri ØA2021 vedrørende den digitale overvågning.

Den samlede aktivitet vil være lavere end niveauet før COVID-19<sup>3</sup>, og det betyder bl.a.:

- Væsentlig længere svartid og forventet nedprioritering af en del forespørgsler fra styrelser, dep. mv. og lavere frekvens af sygdomsovervågningen
- Stor usikkerhed ift. hvorvidt mindre sygdomsudbrud kan håndteres, dvs. hvorvidt opgaven kan løftes
- Ingen mulighed for at rådgive beslutningstagere pba. datamodellering af sygdomsdynamik- og udvikling (*kompetencer opbygget under COVID-19*)
- Risikovurderinger udarbejdes ikke systematisk, begrænsede faglige opdateringer på hjemmeside, telefontid til faglig rådgivning minimeres og den epidemiologisk vagttelefon<sup>4</sup> kan ikke kontaktes udenfor normal arbejdstid
- Større statistisk usikkerhed i rådgivningen af beslutningstagere (*afløst effekt af den store reduktion i prøver & overvågningsmetoder*)

1. Flyttet fra UK10 til UK12 under COVID-19 hvorfor typen bortfalder; 2. Bidrager med 200 test/ugen; 3. Forudsat 2019-niveau PL-reguleres til 2024-priser. Derudover er fx sentinelovervågning overgået fra UK10 til UK12, dvs. der bortfalder en overvågning, som tidligere har været finansieret via UK10; 4. Rådgivning og hastudlevering af vacciner og immunoglobulin; Kilder: Interviews med flere afdelinger i SSI, herunder Økonomi, Infektionsepidemiologi & Forebyggelse, Data Integration & Analyse (DIAS), marts 2024

# Scenarie 1 kan understøtte flere aktiviteter for overvågningen, men med risici og begrænsninger ift. særligt at kunne analysere og rådgive

Denne side behandler udelukkende konsekvenser i fremtid - konsekvenser for opskalering behandles på følgende sider

## Aktiviteter for overvågning

### Scenarie 1 - Fokuseret merbevilling | Konsekvenser for den daglige overvågning

#### Indsamle og tilvejebringe data om niveau og tendenser i samfundet

Det er muligt at indsamle og tilvejebringe data om smitteniveau og tendenser i samfundet via spildevands- og sentinelovervågning. Overvågningen suppleres af information fra det primære og sekundære sundhedsvæsen gennem indberetninger til Den Danske Mikrobiologidatabase (MiBa).

Den samlede aktivitet vil være større end niveauet før COVID-19, hvor der ikke var spildevandsovervågning, og hvor sentinelovervågningen kun blev anvendt i uge 40-20.

Niveauet vil dog være væsentligt lavere end i 2024, da der indsamles færre prøver (grundet afvikling af "Virusmåling i Danmark"<sup>1</sup> samt nedjustering af antal prøver fra sentinelovervågningen med ~50%). Sammenlignet med 2024 kan der altså gå længere tid før sygdomme og eventuelle udbrud opdages. Der kan fastlægges tendenser på et overordnet niveau, men ikke på detaljeret geografisk niveau (fx kommuner, regioner) eller for bestemte risikogrupper.

#### Indsamle og tilvejebringe data og informationer om specifikke hændelser/cases

Der vil være muligt på et begrænset niveau at indsamle og tilvejebringe data og informationer om specifikke cases via sentinelovervågningen, som bidrager med test på individniveau. Dette kan medføre en forsinkelse i at opdage, følge og risikovurdere nye vira via helgenomsekventering (både som følge af færre sentinelprøver og færre sekventeringer). Overvågningen suppleres ligeledes med indberetninger til MiBa.

Den samlede aktivitet vil over året være større end før COVID-19, hvor sentinelovervågning kun blev anvendt i uge 40-20, og der ikke var en stående kapacitet til helgenomsekventering.<sup>2</sup>

Niveauet er dog væsentligt lavere end i 2024 med tilsvarende konsekvenser nævnt i ovenstående sektion. Afviklingen af "Virusmåling i Danmark" vil desuden medføre, at borgere skal i kontakt med sundhedsvæsenet før en hændelse kan fastlægges (OBS: kun udvalgte borgere deltager i "Virusmåling i Danmark"). Kapaciteten til helgenomsekventering vil dertil være ~50% mindre end i Q2-Q4 2024, dvs. der er færre prøver til at opdage, følge og risikovurdere nye vira.

#### Analysere data og informationer

Der vil være stort pres på de ressourcer, som analyserer den tilvejebragte data og information mhp. at rådgive herom. Aktiviteten har generelt været stigende efter COVID-19 med fokus på flere sygdomme, stigende forventninger til kvalitet og svartid for rådgivningen samt øget internationalt samarbejde.

Den samlede aktivitet vil være væsentlig større end niveauet før COVID-19.

Niveauet er dog væsentligt lavere end i 2024, og det betyder bl.a.:

- Længere svartid og forventet nedprioritering af udvalgte forespørgsler fra styrelser, dep. mv. og lavere frekvens af sygdomsovervågningen
- Begrænset kapacitet til udbrudshåndtering, hvorfor der kan håndteres færre udbrud end i 2024 - *men flere end før COVID-19*
- Ingen mulighed for at rådgive beslutningstagere pba. datamodellering af sygdomsdynamik- og udvikling (*kompetencer opbygget under COVID-19*)
- Noget lavere frekvens af og antal systematiske risikovurderinger, begrænsede faglige opdateringer på hjemmeside, og den epidemiologisk vagttelefon<sup>6</sup> kan ikke kontaktes udenfor normal arbejdstid
- Større statistisk usikkerhed i rådgivningen af beslutningstagere (*afledt effekt af færre prøver & overvågningsmetoder*)

1. Bidrager med 200 test/ugen; 2. Mindre sekventeringskapacitet indeholdt i økonomiaftalen for 2018 med regionerne; Kilder: Interviews med flere afdelinger i SSI, herunder Økonomi og Infektionsepidemiologi & Forebyggelse, marts 2024

# Scenarie 2 & 3 kan generelt understøtte aktiviteter for overvågningen - forskellen mellem scenarie 2 & 3 er udelukkende ift. opskalering af selvtest

Denne side behandler udelukkende konsekvenser i fredstid (ens for scenarie 2 og 3) - konsekvenser for opskalering behandles på følgende sider (variation mellem scenarie 2 og 3)

## Aktiviteter for overvågning

### Scenarie 2 & 3 - Bredere merbevilling & Tværgående merbevilling | Konsekvenser for den daglige overvågning

#### Indsamle og tilvejebringe data om niveau og tendenser i samfundet

Det er muligt at indsamle og tilvejebringe data om smitteniveau og tendenser i samfundet via spildevands- og sentinelovervågning. Overvågningen suppleres med information fra det primære og sekundære sundhedsvæsen ved indberetninger til Den Danske Mikrobiologidatabase (MiBa).

Den samlede aktivitet vil være større end niveauet før COVID-19, hvor der ikke var spildevandsovervågning, og hvor sentinelovervågningen kun blev anvendt i uge 40-20.

Niveauet vil dog være lavere end i 2024, da der indsamles færre prøver (grundet afvikling af "Virusmåling i Danmark"<sup>1</sup> samt nedjustering af antal test fra sentinelovervågningen med ~30%). Sammenlignet med 2024 betyder det, at der kan gå længere tid før sygdomme og evt. udbrud opdages. Der kan fastlægges tendenser på detaljeret geografisk niveau (kommuner, regioner mv.) eller for bestemte risikogrupper, men ikke for fx plejehjem, skoler mv.

#### Indsamle og tilvejebringe data og informationer om specifikke hændelser/cases

Der vil være mulighed for at indsamle og tilvejebringe data og informationer om specifikke cases via sentinelovervågningen, som bidrager med test på individniveau, samt opdage, følge og risikovurdere nye vira via helgenomsekventering (med mulighed for flere sekventeringer end i scenarie 1). Overvågningen suppleres ligeledes med information indberettet til MiBa.

Den samlede aktivitet vil over året være større end før COVID-19, hvor sentinelovervågning kun blev anvendt i uge 40-20, og der ikke var en stående kapacitet til helgenomsekventering.<sup>2</sup>

Niveauet er dog lavere end i 2024 med tilsvarende konsekvenser nævnt i ovenstående sektion. Afviklingen af "Virusmåling i Danmark" vil desuden medføre, at borgere skal i kontakt med sundhedsvæsenet før en hændelse kan fastlægges (OBS: kun udvalgte borgere deltager i "Virusmåling i Danmark")

#### Analysere data og informationer

Der vil være pres på de ressourcer, som analyserer den tilvejebragte data og information mhp. at rådgive herom. Dette inkluderer særligt området ift. modellering af sygdomsdynamik og smitteudvikling. Aktiviteten har generelt været stigende efter COVID-19 med fokus på flere sygdomme, stigende forventninger til kvalitet og svartid for rådgivningen samt øget internationalt samarbejde.

Den samlede aktivitet vil være meget større end niveauet før COVID-19.

Niveauet er dog lavere end i 2024, og det betyder bl.a.:

- Længere svartid ved forespørgsler fra styrelser, departement, mv., samt lavere frekvens af sygdomsovervågningen
- Let reduceret kapacitet til udbrudshåndtering, hvilket kan påvirke antallet af udbrud, der kan håndteres ift. i dag - *men væsentligt flere end før COVID-19*
- Reduceret mulighed for modellering af sygdomsdynamik og -udvikling, som kan forringe rådgivning af beslutningstagere (*kompetencer opbygget under COVID-19*)
- Større statistisk usikkerhed i rådgivningen af beslutningstagere (*afledt effekt af færre prøver & overvågningsmetoder*)

1. Bidrager med 200 test/ugen; 2. Mindre sekventeringskapacitet indeholdt i økonomiaftalen for 2018 med regionerne; Kilder: Interviews med flere afdelinger i SSI, herunder Økonomi og Infektionsepidemiologi & Forebyggelse, marts 2024

# Opskalering påvirkes af niveauet for selvtestberedskabet - Opskaleringsprofiler gælder sygdomme, der allerede kan testes for i dag

Det bemærkes, at nedenstående beskriver en situation uden offentlig eller privat støtte - under COVID-19 var der markant støtte, og al opskalering nedenfor vil gå markant hurtigere i et lignende tilfælde

Bevilling	Afvikling <sup>1</sup>	Afvikling af test-app, Virusmåling i DK <sup>2</sup> og ÅV	Afvikling af test-app, Virusmåling i DK <sup>2</sup>	Aktuelt niveau 2024 <sup>3</sup>	Opskalering under COVID-19 - 2020
	0 mio kr.	20 mio kr.	25 mio kr.	30 mio kr.	-
Opskalering	<p><b>5-6 mdr. til 10.000 test/dag</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Når hændelse indtræffer: Anskaffelse af lokaler, maskiner mm., samt ansættelser igangsættes</li> <li>Efter 5-6 mdr.: Analysekapacitet genetableret med 10.000 test/dag</li> </ul>	<p><b>3-4 mdr. til 10.000 test/dag</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Når hændelse indtræffer: Aktivt beredskab med langsommere opskalering grundet færre ÅV</li> <li>Efter 3-4 mdr.: Nye ansatte færdigoplært og kapacitet er på 10.000 test/dag</li> </ul>	<p><b>1 md. til 10.000 test/dag</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Når hændelse indtræffer: Aktivt beredskab ved Statens Serum Institut kan igangsætte opskalering</li> <li>Indenfor en måned: 10.000 test/dag</li> </ul>		<p><b>4 mdr. til 10.000 test/dag</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Primo jan: Første COVID-19-tilfælde identificeret &amp; PCR-test klar<sup>6</sup></li> <li>Marts: Nedlukning af DK</li> <li>April: Etablering af testtelte</li> <li>Ultimo april: 2.000 test/dag</li> <li>Medio maj: 10.000 test/dag</li> </ul>
Metode	<p><b>2-4 mdr. til genetablering af test-app<sup>4</sup> - i mellemtiden håndteres prøveindtag fx via testtelte som under COVID-19 (kan være klar på under en måned)<sup>5</sup></b></p> <p><b>Forudsætter at det en sygdom, der allerede kan testes for (eller hurtigt omstilles til)</b></p>			<p><b>Prøveindtag kan igangsættes med det samme via app - forudsætter at det en sygdom, der allerede kan testes for (eller hurtigt omstilles til)</b></p>	<p><b>Prøveindtag via testtelte opsat på tværs af landet</b></p>
Scenarier	Budget 2025 jf. FL24	Scenarie 3	<p><b>Mulighed for afvikling af maskiner, som medfører opskalering til lavere niveau (fx 5.000 PCR-test per dag) - Indikativ besparelse på 5-7 mio. kr. årligt</b></p>		
	Scenarie 1		<p><b>OBS: ønskes en aktiv kapacitet til overvågning via selvtest skal der tilføres bevilling svarende til 10 mio. kr. til scenarie 3 - alternativt kan antallet af maskiner justeres, så der opskales til lavere niveau (side 105)</b></p>		
	Scenarie 2				

1. Nedtagning af maskinpark ved en evt. afvikling er indeholdt i tiltag 5: *Nedtagning af TestCenter Danmark*. Bemærk: Der er tale om en positiv synergieffekt ifm. selvtest- og laboratorieberedskabet og spildevandsovervågning, hvorfor omkostninger til spildevandsovervågning stiger ved en afvikling (1,5 ÅV mere til spildevandsovervågning, som ellers er udlånt fra laboratorieberedskabet: -1,2 mio. kr.). Dertil synergieffekter ift. maskinparken i selvtest- og laboratorieberedskabet (mod spildevandsovervågning og helgenomsekventering), men hvor den konkrete effekt ikke er medtaget, da der forventes at kunne erhverves mindre og billigere maskiner end de eksisterende i selvtest- og laboratorieberedskabet. Med eksisterende maskiner - dvs. uden at vælge et billigere/mindre alternativ - vurderes omkostningerne at stige med -625.000 kr. per indsats (stigende renter og afskrivninger). Afvikling af forbrugsvarer på lageret er ligeledes indeholdt i tiltag 5: *Nedtagning af TestCenter Danmark*; 2. Virusmåling i Danmark er nuværende selvtestløsning til overvågning (200 test/uge); 3. Bemærk: 22,4 mio. kr. kommer fra *Selvtestløsning til beredskab og infektionsovervågning og Skalerbart laboratorieberedskab*, og de resterende -8 mio. kr. er indeholdt i driften af TCDK (drift i Q1 2024) og behandles derfor i tiltag 5. *Nedtagning af TestCenter Danmark*; 4. Kan gennemføres parallelt med opskalering, men potentielt behov for alternativ metode indtil app er aktiveret. Omkostninger til etablering af ny test app vurderes at være -8 mio. kr. (±10% afhængig af hvor stort overlappet er til den app, som potentielt afvikles); 5. Antal telte blev gradvist skaleret; 6. Registreret ifølge WHO. PCR-test klar ved SSI afdeling: Virus og Mikrobiologisk Specialdiagnostik (VMS) Serologi; Note: Det bemærkes, at opskalering er stykkevis lineær og varierer på tværs af scenarier; Kilder: SSI initiativkatalog; Afdelingen Økonomi ved SSI; Nyhed: 1 år med TestCenter Danmark: Over 19 millioner test

## De øvrige overvågningstypers opskaleringshastighed varierer - primære begrænsning ift. opskalering er rekruttering af flere medarbejdere

Type	Opskalering	
Overvågning & test	<b>Sentinelovervågning</b>	Opgaveløsningens niveau drives af årsværk og antallet af prøver. Tid til opskalering afhænger derfor af rekruttering og oplæring samt etablering af flere samarbejdsaftaler med det primære sundhedsvæsen ift. prøveindsamling (herunder håndtering og forsendelse af test-kit mv.). Ved større opskaleringer kan der være behov for flere maskiner til test.
	<b>Spildevandsovervågning</b>	1-2 måneder til opskalering fra en befolkningsdækning på 47% til 70%. Omfatter en udvidelse fra 29 prøvetagningssteder til 84 prøvetagningssteder. Tidshorisont for udvidelse til nye patogener afhænger af patogenet. Udvidelse til fx influenzavirus kan gennemføres forholdsvis hurtigt, hvor længere tidshorisont er krævet for fx poliovirus, antibiotikaresistente bakterier, mv. <sup>2</sup>
	<b>Epidemiologisk overvågning</b>	Opgaveløsningens niveau drives primært af årsværk. Tid til opskalering afhænger derfor af rekruttering og oplæring af personale med relevant erfaring og de relevante kompetencer (fx kompetencer ift. modellering af sygdomsudvikling)
	<b>Selvtestløsning til beredskab og infektionsovervågning</b>	Behandles særskilt sammen med <i>Skalerbart laboratorieberedskab</i> på side 69
	<b>Helgenomsekventering<sup>1</sup></b>	Opskalering fra hhv. 100 og 200 sekventeringer/uge skal afdækkes. Det forventes, at opskaleringshastigheden er marginal længere end hvis der skal skaleres fra 500 sekventeringer/uge til 1.000 sekventeringer/uge. Sidstnævnte kan gennemføres i løbet af 3 uger. Den længere tidshorisont drives af rekruttering og oplæring af personale.
	<b>POCT-prøver fra akutmodtagelserne</b>	Dette er et nyt forslag til 2025 - indgår ikke i scenarierne
Understøttende	<b>Mink-overvågning</b>	Opgaveløsningens niveau drives primært af årsværk. Tid til opskalering afhænger derfor af rekruttering og oplæring af personale med relevant erfaring og de relevante kompetencer
	<b>Digital overvågning (MiBA/HAIBA)</b>	Behandles særskilt på side 106
	<b>Andre IT-systemer / drift (Coronapas mv.)</b>	<i>Coronapas i dvale:</i> Genaktivering af Coronapas vurderes at tage ~3 måneder i dens nuværende format ( <i>større juridisk arbejde, hvis der fx skal opkobles til WHO gateway</i> ). <i>Coronapas afviklet:</i> Etablering af et nyt Coronapas vurderes at tage ~2-3 måneder efter der er gennemført udbud og valgt leverandør. Med eksisterende kildekode og arkitektur vurderes etablering af ny app at kunne gøres billigere end tidligere (udvikling af Coronapas eksklusiv drift var 21,7 mio. kr. <sup>3</sup> )
<b>Skalerbart laboratorieberedskab</b>	Behandles særskilt sammen med <i>Selvtestløsning til beredskab og infektionsovervågning</i> på side 69	

1. Helgenomsekventering, som ikke er omfattet af det Specialdiagnostiske område/ØA2018; 2. Uddybes yderligere i SSI's initiativkatalog; 3. Estimat ved interview var op mod ~20% billigere; Kilder: SSI initiativkatalog; Afdelingen Økonomi ved SSI; Systemansvarlige i SDS (udvalgte systemer); Aktstykke nr. 205 (Afgjort den 8. april 2021)

# Tiltagsbeskrivelse for overvågning i sundhedsberedskabet

**Bemærk:** 127,9 mio. kr. står til at bortfalde mellem '24 og '25, hvorfor der er tale om 70,4-104 mio. kr. merbevillinger i 2025 (70,4-97 mio. kr. 2026-frem)<sup>5</sup> ift. Budget 2025 jævnfør FL2024

## Beskrivelse af tiltag

Overvågnings- og testindsatsen har under COVID-19 gennemgået en større udvikling, og der er behov for at etablere et nyt, permanent niveau. Fremadrettet anvendes flere ressourcer på overvågningen end før COVID-19, men færre sammenlignet med niveauet i 2024.

Overvågningsopgaven tilpasses på følgende vis sammenlignet med 2024:

- Der vil *tilvejebringes data og information om smitteniveau og tendenser i samfundet* via spildevandsovervågning, mens fx sentinelprøver nedjusteres (reduceres med 30-50%) og selvtest sættes i dvale (opretholdelse af beredskab) eller afvikles
- Der vil *indsamles data og informationer om specifikke hændelser/cases* via sentinel-overvågning på et lavere niveau end i 2024. Evnen til at identificere nye virus-varianter gennem helgenomsekventering opretholdes (antal sekventeringer varierer)
- Det vil generelt være muligt at bidrage med samme kvalitet og samme typer af *analyser af det tilvejebragte data* som i 2024, men analyser opdateres med lavere frekvens, der vil være længere svartid, og i nogle tilfælde potentielt også nedprioritering af forespørgsler. I scenarie 1 afvikles der ligeledes én type analyse, modellering af sygdomsdynamik og -udvikling, som er opbygget under COVID-19
- Opskalering til et større antal PCR-test (10.000 test/dag) kan gennemføres i løbet af 3-6 måneder (med variation imellem scenarierne), hvor prøveindtag sideløbende skal håndteres (fx genetablering af app)
- Derudover er der tale om en række mindre justeringer, herunder: bevilling til minkovervågning bortfalder/omprioriteres som følge af manglende prøver fra erhvervet, Coronapas holdes i dvale eller afvikles, den midlertidige bevilling til monitorering af sygehuskapacitet mhp. at informere den fremadrettede COVID-19-håndtering bortfalder mellem '24 og '25, og der tilføres ikke yderligere bevillinger

## Baggrund for tiltag

Overvågnings- og testindsatsen har under COVID-19 gennemgået en større udvikling. Fra at udgøre en relativt mindre andel af den samlede aktivitet i ISM før COVID-19, er overvågningen blevet styrket væsentligt under COVID-19. I 2025 bortfalder ~73% af bevillingerne til overvågningsopgaven (127,9 mio. kr. af 175,8 mio. kr.). Et direkte bortfald vurderes at have store sundhedsfaglige konsekvenser, og der er behov for at definere et nyt, mere permanent fredstidsniveau for sundhedsberedskabet.

## Økonomisk potentiale, mio. kr.

Område	Bevilling 2024		Reduktion ift. 2024	Nyt niveau 2025	Nyt niveau 2026-frem
	UK10	UK12			
			UK10 & UK12	-	-
Sentinelovervågning	-	10	1,5-2,8	7,2-8,5	7,2-8,5
Spildevandsovervågning	-	9,5	(1,7)-(0,5)	11,2-10	11,2-10
Epidemiologisk overvågning	25	25,5 <sup>1</sup>	5,5-17,5	33-45	33-38
Selvtestløsning til overvågning og beredskab (inkl. skalerbart lab.)	-	22,4 <sup>2</sup>	2,4-22,4	0-20	0-20
Helgenomsekventering	-	19,5	8,5-9,5	10-11	10-11
Digital overvågning	20,9	39,9 <sup>3</sup>	3,9	57,8 <sup>4</sup>	57,8 <sup>4</sup>
Coronapas	-	0,5	0-0,5	0-0,5	0-0,5
Mink-overvågning	2 <sup>5</sup>	-	-	Omprioriteres	Omprioriteres
Sygehusmonitorering (SST)	-	0,6	0,6	-	-
<b>Total</b>	<b>47,9</b>	<b>127,9</b>	<b>21,9-55,5</b>	<b>119,2-152,8</b>	<b>119,2-145,8</b>

## Realiserbarhed & forudsætninger for implementering

Høj realiserbarhed. Finansieringen til en evt. afvikling af selvtestberedskabet vurderes på nuværende tidspunkt at kunne holdes indenfor bevillingen givet til drift og nedtagning af Testcenter Danmark (tiltag 5: *Nedtagning af TestCenter Danmark*)<sup>6</sup>

## Væsentligste risici & afhængigheder (Beskrevet ift. '24 - niveau er større end '19 & '25<sup>7</sup>)

Alle scenarier har større grundbevilling end før COVID-19. Risici skal ses ift. 2024-niveau:

- **Overvågning:** i) længere tid før sygdomme og evt. udbrud opdages, ii) længere svartid (i nogle scenarier nedprioritering) af forespørgsler, iii) mindre hyppige målinger for overvågningen, iv) færre ressourcer til håndtering af sygdomsudbrud, v) reduceret eller ingen (afhængig af scenarie) mulighed for rådgivning pba. datamodellering af sygdomsdynamik og -udvikling, vi) færre risikovurderinger og potentielt færre faglige opdateringer på SSI's hjemmeside samt mulighed for at kontakte den epidemiologiske vagtelefon udenfor normal arbejdstid, og vii) større statistisk usikkerhed i rådgivningen af beslutningstagere (*afledt effekt som følge af færre prøver*).
- **Opskalering:** Knaphed ift. erhvervelse af lokaler, ressourcer og maskiner i tilfælde af, at selvtestberedskabet afvikles helt
- **Tværgående:** Bortfald af faglige kompetencer opbygget under COVID-19

1. Estimeret til 25,5 mio. kr. ved inddeling af bevillingen til Epidemiologisk overvågning på 69,4 mio. kr. udmøntet på Finanslov 2024 (10 mio. kr. til sentinelovervågning og 33,9 mio. kr. til digital overvågning); 2. ~8 mio. kr. til drift i Q1 2024 indgår i tiltag 5: *Nedtagning af TestCenter Danmark*; 3. 33,9 mio. kr. til digital overvågning som en del af udmøntning af 69,4 mio. kr. til Epidemiologisk overvågning på Finanslov 2024. Dertil 2 særskilte bevillinger på 3 mio. kr. til SSI og SDS udmøntet tidligere; 4. UK10-bevilling stiger med 0,9 mio. kr. i 2025 og frem; 5. Bevilling til Mink-overvågning (2 mio. kr. UK10) afvikles/omprioriteres; 6. Forventes at følge nedtagning af TCDK. Således vil en forsinkelse ift. TCDK medføre en tilsvarende forsinkelse. Dette er ikke afdækket yderligere; 7. 2025-niveau jævnfør finanslov 2024; Note: parenteser svarer til minus i tabeloversigten



## Budgetanalyse af ISM - første delrapport om beredskab

- 1 Introduktion | Budgetanalysen og dens kontekst
- 2 Introduktion | Beredskabsopgaver i ISM
- 3 Resultater | Det fremtidige beredskab i ISM
- 4 Resultater | Planlægning
- 5 Resultater | Overvågning
- 6 Resultater | Håndtering

# Opsummering af håndteringsopgaven i det fremtidige sundhedsberedskab

## Kontekst og udvikling

Formålet med håndtering er at begrænse konkrete, uventede hænders skade på de involverede og samfundet. Dette kræver, at ISM kan besvare henvendelser, omprioritere/opskalere ressourcer samt opbygge nye kapabiliteter i forbindelse med hændelser. Opgavens karakter er per definition hændelsesspecifik. I tilfælde af, at der er få/ingen hændelser, reduceres og/eller ophører behovet for specifikke håndteringsopgaver. For eksempel er smitteopsporing ikke nødvendig, med mindre der er identificeret et smittetilfælde af en anmeldelsespligtig sygdom, som fx mpox eller meningokoksygdom. Da COVID-19 ikke længere kategoriseres som en samfundskritisk sygdom, er det væsentligt at analysere, hvorvidt håndteringen kan bortfalde, normaliseres eller optimeres. Der er i den sammenhæng identificeret to overordnede tiltag, der tilsammen realiserer **93-109 mio. kr. i 2025** (107-113 mio. kr. varigt): Nedtagning af TestCenter Danmark, der realiserer 54-64 mio. kr. (64 mio. kr. varigt) og normalisering af COVID-19-vaccineindsatsen, der realiserer 39-45 mio. kr. (43-49 mio. kr. varigt). Endelig vurderes det, at AI-løsninger har et stort potentiale ift. at håndtere henvendelser i fremtiden. Dette behandles i Spor B, da potentialet primært relaterer sig til driften og en potentiel fremtidig opskalering.

## Tiltag og scenarier under håndteringsopgaven

### Tiltag 5 - TestCenter Danmark (TCDK) nedtages

TCDK blev oprettet ifm. COVID-19 for at understøtte genåbningsstrategien med omfattende testkapacitet (over 200.000 daglige tests). I dag er der ikke længere offentligt tilgængelige testcentre, og smitteniveauet for COVID-19 overvåges i stedet via bl.a. selvtest og spildevandsovervågning. Nedtagning af TCDK kan derfor realisere en besparelse på 54-64 mio. kr. ift. 2024 (64 mio. kr. varigt) med begrænset sundhedsfaglig risici. Potentialet er identificeret ved analyse af nuværende aktiviteter, hvorvidt de kan bortfalde samt potentielle bindinger, der kan påvirke det realiserede potentiale. Det skal noteres, at det skalerbare laboratorieberedskab og konsekvensen ift. opskaleringshastighed adresseres i tiltag 4.

### Tiltag 6 - Normalisering af COVID-19-vaccineindsatsen

COVID-19-vaccineprogrammet blev etableret akut under pandemien, hvor ISM hastigt fik opbygget særlig infrastruktur, sikret vaccineforsyning og udbygget en omfattende distribution og kommunikationsindsats, der skulle sikre høj vaccinationstilslutning. Ved normalisering af vaccineindsatsen for COVID-19 kan der realiseres en besparelse på 43-49 mio. kr. ift. 2024, svarende til et niveau for varig statslig understøttelse på 49-54 mio. kr.

1. Sundhedsstyrelsen (2024): Erfaringsopsamling. Læringer fra udrulning af sæsonvaccinationsprogrammer 2023/2024

## Tiltag og scenarier under håndteringsopgaven (fortsat)

### Tiltag 6 - Normalisering af COVID-19-vaccineindsatsen (fortsat)

Denne besparelse opnås ved: Stabilisering af planlægningsproces (A), Udnyttelse af overskydende lagerkapacitet til programvacciner (B), samt reduktion af en række understøttende aktiviteter (C-H). Understøttende aktiviteter inkluderer bl.a. borgerrettet kommunikation, vaccine-relaterede analyser, monitorering af vaccinationstilslutning samt rådgivning ud mod regioner og kommuner. Potentialet er beregnet ved at sammenligne den nuværende proces for vaccinehåndtering med øvrige vaccinationsprogrammer både før og efter pandemien mhp. at identificere primære omkostningsdrivere på tværs af processen. Dernæst udarbejdedes optimeringstiltag for hver af de omkostningsdrivende aktiviteter. I dag drives omkostninger for COVID-19-vaccinationsprogrammet særligt af en lang planlægningsproces (med for eksempel ugentlige tilslutningsrapporter, årlige determinantstudier og løbende erfaringsopsamling) samt høje afskrivninger og renter til lageret. Den økonomiske gevinst kan realiseres med få bindinger, men øget risici for 1) lavere vaccinationstilslutning, 2) øget ulighed i tilslutning og 3) tab af analytiske og statistiske kapabiliteter internt i ISM, hvilket kan forøge responstiden for en evt. opskalering. Disse risici drives primært af en foreslået reduktion i analyseleverancer samt borgerrettet kommunikation, hvor særligt påmindelser vurderes at have en positiv effekt på vaccine-tilslutning. Risici bør ses i lyset af, at Danmark har den højeste vaccinationstilslutning i Europa<sup>1</sup>.

### Tiltag 7 - Implementering af AI-løsninger for henvendelser

ISM håndterer en række henvendelser - dels i fredstid, men særligt ifm. hændelser. For eksempel opskalerede STPS med mere end 720 ÅV under COVID-19 mhp. at kunne håndtere det øgede antal henvendelser. Implementeringen af AI i henvendelsehåndteringen vil kunne bidrage til en højere effektivitet og bedre borgeroplevelse, samt understøtte hurtige og nøjagtige svar. Dog er henvendelserne særligt hændelsesafhængige. For Spor A, vurderes det derfor ikke optimalt at påbegynde udviklingen af en dedikeret beredskabsløsning. I stedet anbefales det at arbejde mod: 1) Implementeringen af chatbot i den daglige drift, der kan skaleres og justeres under hændelser, 2) Tilpasningen af IT-infrastruktur ift. datadeling og serverkapacitet samt 3) Håndteringen af lovmæssige udfordringer ved deling af personfølsom data. Gevinst for tiltaget er hændelsesspecifikt.



# COVID-19 skabte et akut behov for test, vaccination og henvendeshåndtering: Næste trin er at normalisere eller afvikle de nye eller omprioriterede aktiviteter

Før COVID-19

## Forebyggelse, overvågning og rådgivning for mindre hændelser

- Ressourcer dedikeret til håndtering af hændelser er begrænset. Ressourcerne bruges primært til at varetage bl.a. smitteudbrud for anmeldelsespligtige sygdomme
- Andre aktiviteter er ikke møntet på en konkret hændelse, men skal minimere fremtidig behov for håndtering ved at fremme den generelle sundhed og øge beredskabets parathed, fx diagnostisk beredskab og sæsonvaccination

Under COVID-19

## Omprioritering og nye kapaciteter

- Der opstod et akut behov for håndtering: Institutionerne opskalerede og omprioriterede hastigt ressourcer
- Betydelige omkostninger forbundet med omfattende test- og vaccineudrulning i bl.a. infrastruktur, analyse- og dataunderstøttelse

I dag

## Nyt grundniveau for COVID-19-håndtering

- COVID-19 kategoriseres ikke længere som en alment farlig sygdom: Behovet for test, vaccination og hændeshåndtering er kraftigt reduceret
- De resterende håndterings-opgaver for COVID-19 skal enten afvikles eller justeres til et nyt, lavere grundniveau

# Håndtering er generelt hændelsesspecifik - tiltag fokuseres på henvendelser og normalisering af opskalerede og nyopbyggede kapabiliteter fra COVID-19

**X** Tiltag for håndteringen

■ Tiltag behandles i Spor B

## Håndtering

Besvare henvendelser angående mulige hændelser

Kortvarigt omprioritere ressourcer til mindre hændelser

Prioritere/opskalere ressourcer til større hændelser

Opbygge nye kapabiliteter/tiltag

**7** Implementering af AI-løsninger for henvendelser

■ Effektivisering af smitteopsporing  
*(varetages ved omprioritering af ressourcer fra den generelle drift, fx tilsyn )*

**5** Nedtagning af TestCenter Danmark

**6** Normalisering af COVID-19-vaccineindsatsen

## De tre tiltag, der adresserer håndtering, bidrager med en varig besparelse på hhv. 64 og 43 - 49 mio. kr. (total 107 - 113 mio. kr.) relativt til 2024

Økonomi per tiltag (mio. kr.)	Baseline 2024	Reduktion ift. 2024 (2026-frem)	Merbevilling 2025 (2026-frem)	Nyt niveau 2025 (2026-frem)
<b>5</b> Nedtagning af TestCenter Danmark	54 - 64 <sup>1</sup>	54 - 64 (64 varigt)	0 - 10 (0 varigt)	0 - 10 (0 varigt)
<b>6</b> Normalisering af COVID-19-vaccineindsatsen	99,6 <sup>2</sup>	39,5 - 45,1 (43,5 - 49,1 varigt)	52,7 - 58,3 (48,7 - 54,3 varigt)	54,5 - 60,1 (50,5 - 56,1 varigt)
<b>A</b> Stabiliser planlægningsproces		14,3		
<b>B</b> Udnyt kapacitet til programvacciner		2,0 <sup>3</sup>		
<b>C</b> Fjern kampagner		3,1 - 6,2		
<b>D</b> Fjern påmindelse		2,3		
<b>E</b> Juster analysekvalitet		0,8 - 1,7		
<b>F</b> Juster rapportfrekvens		3,0 - 3,3		
<b>G</b> Reducer monitorering		0,3 - 1,7		
<b>H</b> Juster indkøbsmodel		NA		
<b>+</b> Engangsomk., der ikke videreføres i 2025		17,6		
<b>7</b> Implementering af AI-løsninger for henvendelser	NA	NA	NA	NA

1. Jf. FL24 er baseline 64 mio. kr., men grundet forsinkelser i nedtagningen vurderes det overvejende sandsynligt at 10 mio. kr. vil forskydes fra 2024 til 2025; 2. Heraf 97,8 mio. kr. UK12 og 1,8 mio. kr. UK10; 3. Varigt niveau fra 2026 - Investering i 2025 påkrævet på 4 mio. kr.

## Målt på årsværk vil de tre tiltag bidrage med en varig reduktion på hhv. 32 og 17-20 (total 49 - 52)

Årsværk per tiltag	Baseline 2024	Reduktion ift. 2024 (2026-frem)	Merbevilling 2025 (2026-frem)	Nyt niveau 2025 (2026-frem)
<b>5</b> Nedtagning af TestCenter Danmark	14,3 <sup>1</sup>	14,3	0	0
<b>6</b> Normalisering af COVID-19-vaccineindsatsen	34,3	16,7 - 19,8	13,2 - 16,3	14,5 - 17,6
<b>A</b> Stabiliser planlægningsproces		11,3		
<b>B</b> Udnyt kapacitet til programvacciner		-		
<b>C</b> Fjern kampagner		0,7 - 1,4		
<b>D</b> Fjern påmindelse		-		
<b>E</b> Juster analysekvalitet		0,9 - 1,8		
<b>F</b> Juster rapportfrekvens		2,6 - 2,7		
<b>G</b> Reducer monitorering		0,3 - 1,5		
<b>H</b> Juster indkøbsmodel		NA		
<b>+</b> Engangsmk., der ikke videreføres i 2025		1		
<b>7</b> Implementering af AI-løsninger for henvendelser	NA	NA	NA	NA

1. Total set er TCDK budgetteret med 32,3 ÅV for 2024, hvoraf 24 ÅV relaterer sig til drift i Q1 og selvtestberedskab. Da driften i Q2-Q4 håndteres i tiltag 4, er 18 ÅV allokeret til dette tiltag, og de resterende 6 ÅV til drift i Q1 er allokeret til tiltag 5; Kilder: Grundbudgetter 2024

## Det ekstraordinære laboratorieberedskab i TCDK kan nedtages med økonomisk gevinst på 64 mio. kr. - *selvtest og diagnostik analyseres i tiltag 4*

### Situation

- TestCenter Danmark blev etableret i april 2020 ved opskalering/omprioritering af SSI's diagnostiske beredskab, som en nøglebrik i den danske teststrategi under pandemien
- Da pandemien var på sit højeste, kunne TCDK indsamle ~200.000 daglige PCR-tests og analysecentrene kørte i døgn drift

### Komplikation

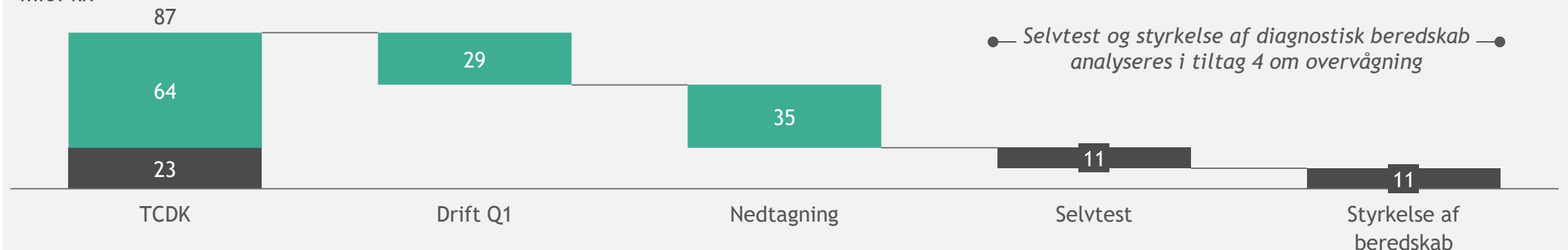
- Testgrundlaget har ændret sig markant: COVID-19 kategoriseres ikke længere som en samfundskritisk sygdom, og der er ikke længere offentligt tilgængelige COVID-19 testcentre. I stedet modtages test via spildevand og selvtestprogrammer
- Et af to analysecentre er allerede under nedtagning

### Løsning

- Gennemfør den planlagte nedtagning af TCDK med økonomisk gevinst på 64 mio. kr. Dvs:
  - TestCenter VEST nedtages som forventet senest i 2024Q2
  - TestCenter ØST nedtages efter driften lukkes i 2024Q2

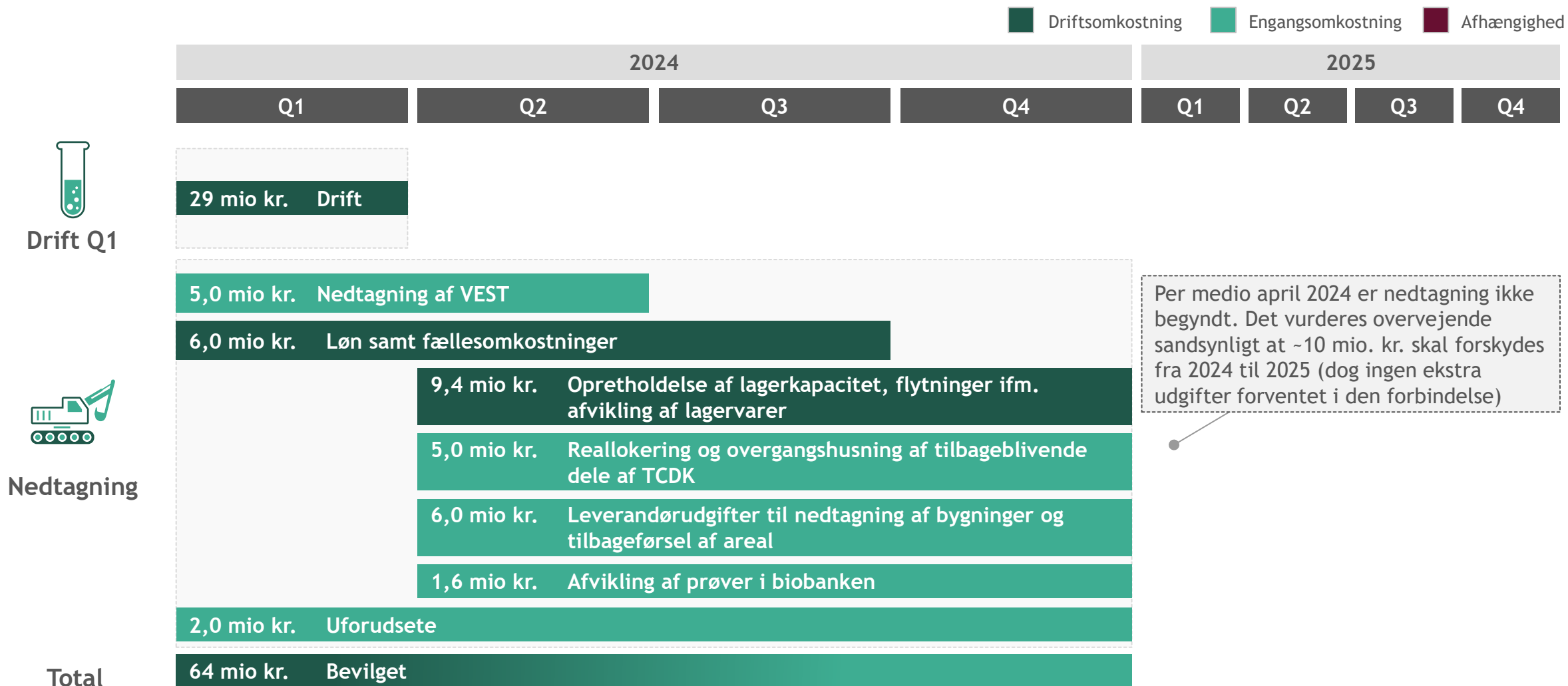
### Bevillinger relateret til TestCenter Danmark i 2024, der bortfalder i 2025

mio. kr.



Kilder: "COVID-19: Teststrategi", Justits- og Sundhedsministeriet; "Statens Serum Institut opretholder de centrale diagnostiske funktioner på human- og veterinærområdet under corona-udbruddet" og "1 år med TestCenter Danmark: Over 19 millioner test", SSI

# Den økonomiske gevinst på 64 mio. kr. kan på kort sigt reduceres af forsinkelse i nedtagningen - Der vil dog i givet fald være tale om en forskydning



# Tiltagsbeskrivelse | Nedtagning af TestCenter Danmark

*Bemærk: der er tale om en afvikling af indsatsen, hvorfor der ikke er tale om merbevillinger i 2025-frem*

## Beskrivelse af tiltag

TestCenter Danmark skal nedtages som planlagt. Dette vil realisere et varigt økonomisk potentiale på 64 mio. kr. ift. 2024. Noter venligst, at selvtestløsning til overvågning og beredskab håndteres i tiltag 4 og således ikke omfattes af tiltag 5. Det økonomiske potentiale relaterer sig til:

- 1) **Forsinkelse af nedtagning af TestCenter VEST:** Påbegyndt i 2023, og forventes færdiggjort i første halvdel af 2024
- 2) **Nedtagning af TestCenter ØST:** Påbegyndes i 2024Q2, og inkluderer leverandørudgifter til nedtagning af bygninger, tilbageførsel af areal, reallokering og overgangshusning af tilbageblivende dele af TCDK, samt opretholdelse af lagerkapacitet, flytninger m.v. ifm. afviklingen af lagervarer

## Baggrund for tiltag

TestCenter Danmark (TCDK) er et laboratorieberedskab, som hurtigt kan opsætte og automatisere nye analysemetoder, når en sundhedsrelevant hændelse indtræffer. Afdelingen blev etableret på mindre end én måned under COVID-19, hvorefter man opbyggede kapacitet til at håndtere op mod 200.000 daglige PCR-test. Dengang blev testene indsamlet i "de hvide telte", der blev administreret af regionerne, og derefter sendt til analyse og evt. sekvensering i et af to af laboratorier.

Siden april 2023 har der ikke været offentligt tilgængelige testcentre. I stedet overvåges COVID-19-smitten bl.a. via selvtest og spildevandsovervågning, som TCDK understøtter. Da testniveauet nu ligger markant under pandemien, kan testanalysekapaciteten reduceres. Den blivende del af TCDK (dvs. selvtestløsning til overvågning og beredskab) håndteres i tiltag 4 for overvågning. Tiltag 5 vedrører således udelukkende nedtagning samt Testcenter ØST drift i 2024Q1 (64 mio. kr. af TCDK bevilling på 86,4 mio. kr. i 2024).

## Økonomisk potentiale, mio. kr.

Område	Bevilling 2024		Reduktion ift. 2024	Nyt niveau 2025	Nyt niveau 2026 - frem
	UK10	UK12			
			UK10 & UK12	-	-
Drift 2024Q1		29	29	0	0
Nedtagning		25-35	25-35	0-10	0
<b>Total</b>		<b>54-64</b>	<b>54-64</b>	<b>0-10</b>	<b>0</b>

## Realiserbarhed & forudsætninger for implementering

Høj realiserbarhed:

- Nedtagning af Testcenter VEST forventes færdiggjort i 2024Q2
- Nedtagning af Testcenter ØST påbegyndes i 2024Q2

Finansieringen for begge aktiviteter er allerede bevilliget i 2024.

## Væsentligste risici & afhængigheder *(Beskrevet ift. '24 - niveau er større end '19 & '25')*

Realiseringen af 64 mio. kr. i 2025 er afhængig af tidsplan for nedtagningen af TCDK ØST overholdes - særligt ift. gennemførsel af udbud for leverandør af nedtagningen.

# Der er udarbejdet 2 scenarier, ift. at normalisere COVID-19 vaccinehåndteringen

## Budget 2025 jf. FL2024

**Økonomi** Fuldt bortfald af UK12-bevillinger svarende til 97,8 mio. kr., og ingen merbevillinger

## Scenarie 1 - Program med begrænset aktiv indsats for tilslutning

Merbevilling til *varetagelse af aktiviteter direkte forbundet med vaccinationsudførelsen.*

Bortfald reduceres til 45,1 mio. kr. i 2025 (49,1 mio. kr. varigt). Heraf kan 12,8 mio. kr. til analyse og data potentielt forskydes, hvis det vurderes, at der endnu ikke er nået et stabilt grundniveau for COVID-19. Detaljer på side 85

## Scenarie 2 - Program med væsentlig aktiv indsats for tilslutning

Merbevilling til *mest væsentlige understøttende aktiviteter udover den direkte varetagelse af et offentligt program*

Bortfald reduceres til 39,5 mio. kr. i 2025 (43,5 mio. kr. varigt). Heraf kan 12,8 mio. kr. til analyse og data potentielt forskydes, hvis det vurderes, at der endnu ikke er nået et stabilt grundniveau for COVID-19. Detaljer på side 85

## Sundhedsfaglige implikationer ift. 2024-niveau

### Intet offentligt vaccinationsprogram

Øget pres på sundhedsvæsenet da tilslutningen alt andet lige vil falde, hvis COVID-19 vaccinationer udelukkende udbydes privat - dette har også implikationer ift. ulighed

Yderligere vil beredskabets parathed svækkes

### Offentligt vaccinationsprogram med risiko for fald i vaccinationstilslutning fra 75% til ~50%<sup>1</sup>

Risiko for at øge presset på sundhedsvæsenet, da mulighed for at opdage og intervenere mod lav eller ulige vaccinationstilslutning begrænses

Det er dog væsentligt at have in mente, at udgangspunktet for vaccinationstilslutningen er højt. Danmark havde i sæson 23/24 den højeste tilslutning blandt andre EU/EØS-lande<sup>2</sup>

### Offentligt vaccinationsprogram med forventning om uændret vaccinationstilslutning

Begrænset effekt på vaccinationstilslutning og dermed også sundhedsvæsenet. Dog vil responstid på uhensigtsmæssigheder i udrulning, opskalering osv. forlænges ift. til 2024-niveau, men er reduceret ift. hvad man kunne for andre vaccineprogrammer før COVID-19



## Tillægstiltag - Justering af indkøbsmodel

Omlægning af offentligt COVID-19-vaccinationsprogram til tidligere "influenza-model"



# Scenarie 1 og 2 giver varierende mulighed for at intervenere og sikre høj vaccinationstilslutning med et forskelligt niveau for understøttende aktiviteter

## Budget 2025 jf. FL2024

### Økonomiske bindinger

15 mio. kr. er bundet i lager (heraf 6 mio. kr. i afskrivninger og 6 mio. kr. i renter), samt yderligere 6 mio. kr. i dataløsninger<sup>1</sup>. Bindinger skal løses inden UK12 bevilling kan realiseres

### Sundhedsfaglige implikationer ift. 2024-niveau

Dette vil øge **presset på sygehusvæsenet** grundet lavere vaccinationstilslutning og dertilhørende flere indlæggelser. Danmark vil desuden være blandt de eneste i EU<sup>2</sup>, der i givet fald vil fravælge COVID-19-vaccination, og gå imod en WHO-anbefaling

Yderligere vil beredskabets **kapabiliteter og fysiske parathed** ift. COVID-19-lignende hændelser svækkes, hvilket kan lede til en langsommere opskalering. Samlet responstid vil svare til niveauet før COVID-19

Endelig berører det et spørgsmål om **ulighed blandt vaccinerede**, da lavindkomstgrupper og sårbare borgere forventeligt ikke vil lade sig vaccinere i samme grad

## Scenarie 1 - Program med begrænset aktiv indsats for tilslutning

Realisering af varigt bortfald til lager på 2 mio. kr. afhænger af 4 mio. kr. investering i lageromstilling

Der er en risiko for at øge **presset på sundhedsvæsenet**, da muligheder for rettidigt at opdage og intervenere mod lav vaccinationstilslutning begrænses, da bl.a. rådgivning/koordination med regioner og direkte kommunikation for borgerne reduceres væsentligt. Dette gælder ligeledes intervention mod **ulighed** i vaccinationstilslutningen

Yderligere er der en risiko for at svække beredskabets **analytiske og statistiske kapabiliteter**, hvilket kan lede til en langsommere opskalering. Responstid for det analytiske område vil svare til niveauet før COVID-19

Endelig kan **vaccinespild stige**, da tilslutningen **ikke aktivt monitoreres**, og uhensigtsmæssigheder derfor ikke opdages rettidigt

## Scenarie 2 - Program med væsentlig aktiv indsats for tilslutning

Realisering af varigt bortfald til lager på 2 mio. kr. afhænger af 4 mio. kr. investering i lageromstilling

Der vurderes at være begrænset risiko for øget pres på sundhedsvæsenet - vaccinationstilslutning og dermed også uligheden forventes uændret. Trods halvering af kampagner, fastholdes aktiviteten på niveau med andre indsatser (fx influenza og hjerteløber kampagner<sup>3</sup>) samt invitationer.

Beredskabets **monitorering samt analytiske og statistiske kapabiliteter** risikerer at svækkes relativt til 2024-niveau. Responstid på uhensigtsmæssigheder i udrulning, opskalering osv. forlænges ift. til 2024 niveau, men er reduceret ift. før COVID-19.



## Tillægstiltag - Justering af indkøbsmodel

Samling af indkøbsbeslutning og økonomisk ansvar for COVID-19 vacciner ved SSI øger incitament for løbende optimering, prioritering og minimering af kassationer. Økonomisk potentiale forventes at være positivt baseret på SSI's resultater og erfaringer under den tidligere influenzamodel. I tilfælde af at indkøb gennemføres via flerårige EU-aftaler, er det en forudsætning at tab forbundet med en eventuel lukning af sæsonprogrammet i aftaleperioden kan dækkes

1. Per COVID-19 vaccinesag er SSI's bindinger opgjort til 21 mio. kr. i 2025 (ekskl. evt. nedtagning af lagerbygning), hvoraf -15 mio. kr. relaterer sig til lager per SSI grundbudget 2024; 2. Cypern er eneste EU-nation uden COVID-19-program; 3. Eksempler på andre kampagneniveauer: 3,6 mio. kr. (ØD) til influenzakampagne i 2021 og 2,4 mio. kr. til Hjerteløber kampagne

# I hvert scenarie optimeres der på tværs af processen for COVID-19 vaccinations-programmet med op til 7 mindre deltiltag

## Trin i processen for vaccinehåndtering

	Planlægning	Indkøb	Lager	Logistik	Kommunikation	Analyse & data-understøttelse
<b>Scenarie 1</b>	<b>A</b> Stabiliser planlægningsproces		<b>B</b> Udnyt kapacitet til programvacciner		<b>C</b> Stop kampagner <b>D</b> Stop påmindelse	<b>A</b> medfører reduktion af 41% aktivitet <sup>1</sup> <b>E</b> Juster analysekvalitet yderligere <b>F</b> Juster rapportfrekvens yderligere <b>G</b> Stop monitorering og rådgivning
<b>Scenarie 2</b>	<b>A</b> Stabiliser planlægningsproces		<b>B</b> Udnyt kapacitet til programvacciner		<b>C</b> Reducer kampagner <b>D</b> Stop påmindelse	<b>A</b> medfører reduktion af 41% aktivitet <sup>1</sup> <b>E</b> Juster analysekvalitet delvist <b>F</b> Juster rapportfrekvens delvist <b>G</b> Reducer monitorering

1. Relativt til 2024 baseline for analyse og dataunderstøttelse ekskl. engangsomkostninger; Kilder: Interviews med Statens Serum Instituts Økonomi afd. & Forsyning afd., Sundhedsstyrelsens afd. for Beredskab og smitsomme sygdomme samt Sundhedsdatastyrelsens ansvarlige for DDV

## A Stabilisering af planlægningsproces reducerer behov for planlægning, analyse og digitale tilretninger, hvilket kan realisere en ~14 mio. kr. besparelse

### Situation

Sundhedsvurderingen af COVID-19 og den tilhørende vaccinationsindsats har frem mod april 2023<sup>1</sup> været præget af usikkerhed, hvorfor organiseringen af programmet har været præget af ustabilitet:

- Foreløbig anbefaling for målgruppe for COVID-19 i 23/24 lå 7 måneder senere end influenza
- Udrulningsmodel har skiftet årligt fx ift. inddragelse af alment praktiserende læger og deltagelse fra Apovac
- Regionerne er blevet inddraget som et tilbagevendende mellemed - men hver gang med en et årig horisont, hvilket har drevet tilretninger

### Komplikation

Ustabilitet og de årlige ændringer i udrulningsmodellen har drevet øget aktivitet for ~14 mio. kr.:

- Ad hoc planlægning af målgruppeanbefaling, udrulningsmodel og distribution
- Tilretninger i digitalt setup (målgruppetilretning i DDV, SSI webshop justeringer til at matche regionale udbudsbetingelser, vaccinekapacitetsstyringsværktøj til inddragelse af udbudsvindere)
- Analyser for beslutningsgrundlag (determinantstudier, matematisk modellering, vaccineeffekt samt erfaringsopsamling)

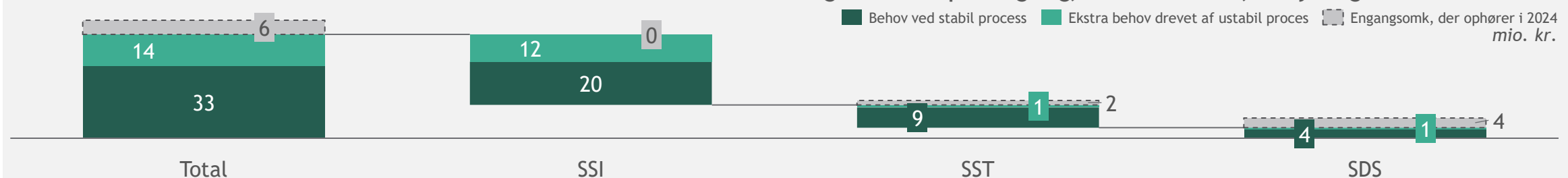
### Løsning

- Etablering af længerevarende stabil organisering, herunder årshjul og udrulningsmodel, vil øge forudsigelighed i vaccineforsyning og -distribution
- Besparelspotentialet på 14 mio. er uafhængigt af typen af udrulningsmodel, så længe den forbliver den samme. Potentialet realiseres ved normalisering af analysebehov til beslutningsgrundlag (niveau som influenza), reduktion af tilretninger i digitalt setup, og samtænkning af planlægning for influenza og COVID-19

Forudsætninger for potentielle uddybes på næste side

**KOMPLIKATION** | Ressourceforbruget til planlægnings-, analyse- og dataunderstøttelse påvirkes særligt af ustabil planlægningsproces; Behovet for 30% af de understøttende aktiviteter (ekskl. engangsomk.) ophører ved en stabilisering

### Bevillinger 2024 til planlægning, kommunikation, analyse og dataunderstøttelse



1. Per 1. April 2023 betragtes COVID-19 ikke længere som en alment farlig sygdom; Kilder: Grundbudgetter for 2024; Interviews med Statens Serum Instituts Økonomi afd. & Forsyning afd., Sundhedsstyrelsens Økonomi samt Beredskab og smitsomme sygdomme afd. samt Sundhedsdatastyrelsens ansvarlige for DDV 82

# A Der er tre forudsætninger for at det økonomiske potentiale kan realiseres

Forudsætningerne repræsenterer et stabilt grundniveau for COVID-19, hvor der indenfor budgettet kan håndteres udsving svarende til influenza situationen før COVID-19

Forudsætning	Implikation for involverede institutioner	Besparelse	Mio. kr.	
<b>Planlægning af COVID-19 og influenza vaccinationsprogram udføres synkront</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DEP og SST's muligheder for løbende/last-minute input relateret til målgruppeanbefaling og estimater på effekt på sygdomsvæsenet begrænses</li> </ul>	SSI	Infektionsepidemiologi og forebyggelse - Epidemiologer	1,1
		SSI	Behandling af forespørgsler ofte ifm. anbefaling/analyser til planlægning	0,2
		SST	Rådgivning: Anbefalinger, opdatering af evidens etc.	0,2
		<b>TOTAL</b>	<b>1,5</b>	
<b>Udrulningsmodel fastholdes fra år til år</b> <i>Besparingspotentiale forudsætter den eksakt samme organisering for udrulning år for år - uanset om den fremkommer ved gentagende etårige aftaler eller en flerårig aftale. Dog vil sandsynligheden for ændringer/tilretninger øges ved kortvarige aftaler, hvilket kan reducere potentialet for dette tiltag</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regionernes muligheder for større ændringer i udbudsftagere<sup>1</sup> begrænses</li> <li>Regionernes mulighed for særhensyn til vaccineleverancer via webshop begrænses</li> <li>Regionernes mulighed for at koordinere udrulning og rådføre sig med SST via Taskforce begrænses</li> <li>Såfremt behov for faglig rådgivning ikke reduceres ved stabilisering af udrulning, vil borgere og presse opleve forlænget behandlingstid</li> </ul>	SSI	DDV (Tilretning, efterfølgende drift og konsolidering)	2,7
		SSI	IT-system og videreudvikling af vaccinekapacitetsstyringsværktøj ifm. regional model	2,0
		SSI	Tilretning af WEBshop	1,1
		SSI	Kammeradvokaten (Compliance) samt juridisk bistand og info.-sikkerhed	0,8
<b>Analysebehov for planlægningsproces reduceres til niveau for influenza før COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DEP/SSI/SST's muligheder for at samle analyseinput og dataudtræk begrænses til samme omfang og hastighed som for influenzaprogrammet før pandemien</li> <li>Ved hastesager eller hvis grundniveauet for COVID-19 endnu ikke er indfundet, svækkes DEP's muligheder for at træffe en veloplyst beslutning, da det løbende tilgængelige data- og analysegrundlag svækkes</li> </ul>	SST	Koordination med regioner (bl.a. TaskForce)	0,5
		SST	Faglig rådgivning til borgere, presse, fagpersoner	0,1
		<b>TOTAL</b>	<b>7,2</b>	
		<b>Analysebehov for planlægningsproces reduceres til niveau for influenza før COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DEP/SSI/SST's muligheder for at samle analyseinput og dataudtræk begrænses til samme omfang og hastighed som for influenzaprogrammet før pandemien</li> <li>Ved hastesager eller hvis grundniveauet for COVID-19 endnu ikke er indfundet, svækkes DEP's muligheder for at træffe en veloplyst beslutning, da det løbende tilgængelige data- og analysegrundlag svækkes</li> </ul>	SSI
SSI	Epidemiologisk: Statistikere, projektkoordinering og afrapportering			1,1
SSI	Tekniker til dataudtræk (DIAS)			1,1
SST	Koordination: Erfaringsopsamling			0,2
<b>Analysebehov for planlægningsproces reduceres til niveau for influenza før COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DEP/SSI/SST's muligheder for at samle analyseinput og dataudtræk begrænses til samme omfang og hastighed som for influenzaprogrammet før pandemien</li> <li>Ved hastesager eller hvis grundniveauet for COVID-19 endnu ikke er indfundet, svækkes DEP's muligheder for at træffe en veloplyst beslutning, da det løbende tilgængelige data- og analysegrundlag svækkes</li> </ul>	SST	Dataunderstøttelse (monitorering, statusrapporter, Danmarkskort)	0,2
		SDS	Drift og vedligeholdelse af DDV & NSP	0,7
		<b>TOTAL</b>	<b>5,6</b>	

## B Lageromkostninger nedbringes med ~10% ved udnyttelse af overskydende kapacitet til programvacciner; investering på 4 mio. kr. nødvendig

### Situation

- I 2020 blev der akut opført en ~1700m<sup>2</sup> lagerhal med frysekapacitet til COVID-19 vacciner
- Siden pandemien er kapacitetsbehovet faldet markant: Under den nuværende anbefaling og vaccinationstilslutning udnyttes kun 2/3 af kapacitet på COVID-19 lageret
- Såfremt man opbygger et nyt, velindrettet lager er der behov for ~850m<sup>2</sup> til at dække det nuværende vaccinebehov<sup>1</sup>

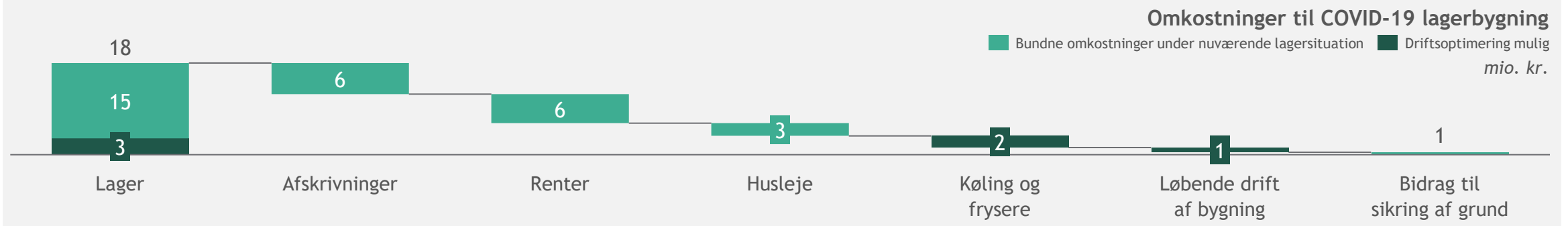
### Komplikation

- Grundet den hastige opbygning, bærer SSI relativt høje afskrivninger og renter svarende til ca. ~10% af kostprisen for COVID-19 vacciner<sup>2</sup>. Til sammenligning kan den fulde håndtering af børnevacciner holdes indenfor 10-15% af kostprisen
- Det er særligt omkostningstungt at ændre lageret, da bygningen er omfattet af strenge dokumentationskrav. SSI forventer, at en fuld nedtagning vil koste ~190 mio. kr. (hvoraf 96 mio. kr. er nedskrivninger)

### Løsning

- Justér køle-/frysekapacitet mhp. at øge anvendelighed til programvacciner mod 4 mio. kr. forventet investering til nødvendig omstilling<sup>3</sup>
- Sammenlæg lager for COVID-19 og andre programvacciner som influenza - Dette vil bl.a. medføre besparelse på eksisterende eksterne lager til 2 mio. kr.
- Den store lagerhal vil yderligere fungere som fleksibel lagerkapacitet - kan justeres til fremtidige vaccintyper eller opskalering (fx ved en evt. udløsning af pandemigarantien)

**KOMPLIKATION** | Med det nuværende lager til COVID-19 vacciner er 82% af omkostningerne bundet. Der er tale om et signifikant højere niveau end for andre vacciner - selv korrigeret for COVID-19 vaccineres mere facilitetskrævende frosthåndtering. Dette begrænser mulighederne for driftsoptimering markant



1. Forventet årligt behov på ~1,5 mio. vacciner af SSI Forsyning under nuværende målgruppeanbefaling; 2. Faktisk indkøbspris er fortrolig - Den Europæiske Revisionsret opgør dog den vægtede gns. pris pr. dosis er ~15€; 3. Estimeret pba. tilbud SSI modtog i forbindelse med potentiel ombygning af anden lagerbygning; Kilder: Grundbudget SSI; Interview med SSI Økonomi

## B Investering i alternativ anvendelse bringer begrænset økonomi (2 mio. kr. årligt), men strenge GDP-krav til COVID-19 gør det dyrt at opbygge nyt lager

Mulighed	Beskrivelse af tiltag	Implikationer	Økonomi														
<i>Udnyt kapacitet til programvacciner</i>	<b>Optimering under et ikke-optimeret lager</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insource eksternt influenzalager</li> <li>• To typer investering påkrævet:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Reinvestering i midlertidige løsninger, fx ramper og døre, der for pt. kun er midlertidigt godkendt</li> <li>2) Justering af køle/frostfaciliteter, der skal imødekomme bl.a. influenzahåndtering</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion i omkostninger fra eksternt lager samt distributionsomkostninger mellem eksternt lager og SSI - dog relativt begrænset besparelse, da programvacciner som influenza kun opbevares for en kort periode og på køl, hvor der er væsentligere færre krav til håndtering end frost</li> <li>• Let tilgængelig kapacitet ved opskaleringsbehov</li> </ul>	<table> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;"><i>mio. kr.</i></td> </tr> <tr> <td>Investeringsbehov<sup>1</sup></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Årlig driftsbesparelse</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td><b>Break-even</b></td> <td style="text-align: right;"><b>2 år</b></td> </tr> </table>		<i>mio. kr.</i>	Investeringsbehov <sup>1</sup>	4	Årlig driftsbesparelse	2	<b>Break-even</b>	<b>2 år</b>						
	<i>mio. kr.</i>																
Investeringsbehov <sup>1</sup>	4																
Årlig driftsbesparelse	2																
<b>Break-even</b>	<b>2 år</b>																
<i>Nedlæg og opbyg nyt mindre lager</i>	<b>Opbyg det bedst egnede COVID-19 lager</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedlæg den nuværende lagerbygningen</li> <li>• Opbyg ny lagerhal af ca. halv størrelse med indretning og placering optimeret til vaccinehåndtering ved SSI's andre lagerfaciliteter til vacciner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gør det muligt for SSI at samle alle vaccineaktiviteter i ét område samt generelt fleksibilitet til opbygning af bedst egnede lager</li> <li>• Økonomisk dyr løsning på kort sigt grundet høje nedskrivninger</li> <li>• Tab af beredskabskapacitet til eksempelvis håndtering af vacciner, hvis pandemi-garantien udløses</li> </ul>	<table> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;"><i>mio. kr.</i></td> </tr> <tr> <td>Investeringsbehov</td> <td style="text-align: right;">182</td> </tr> <tr> <td>Årlig driftsbesparelse</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> <tr> <td><b>Break-even</b></td> <td style="text-align: right;"><b>20 år</b></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Hvor investeringsbehøvet bygger på følgende:</b></p> <table> <tr> <td>Nedtagingsudgifter<sup>2</sup></td> <td style="text-align: right;">83</td> </tr> <tr> <td>Nedskrivning af aktiver, der ikke kan videreføres<sup>3</sup></td> <td style="text-align: right;">63</td> </tr> <tr> <td>Opbygning af nyt lager<sup>4</sup></td> <td style="text-align: right;">37</td> </tr> </table> </div>		<i>mio. kr.</i>	Investeringsbehov	182	Årlig driftsbesparelse	9	<b>Break-even</b>	<b>20 år</b>	Nedtagingsudgifter <sup>2</sup>	83	Nedskrivning af aktiver, der ikke kan videreføres <sup>3</sup>	63	Opbygning af nyt lager <sup>4</sup>	37
	<i>mio. kr.</i>																
Investeringsbehov	182																
Årlig driftsbesparelse	9																
<b>Break-even</b>	<b>20 år</b>																
Nedtagingsudgifter <sup>2</sup>	83																
Nedskrivning af aktiver, der ikke kan videreføres <sup>3</sup>	63																
Opbygning af nyt lager <sup>4</sup>	37																

1. Sammenligneligt med tilbud SSI har modtaget for lignende ombygning i anden kontekst og svarende til reinvestering på 5% af bogført bygningsværdi, udbud (0,5ÅV) samt installationsudgifter til omstilling af 33% af frysekapacitet (10% af bogført værdi); 2. Afvigelse på 11 mio. kr. fra oprindeligt SSI nedtagningsestimat, da flere installationer, vacciner og udstyr overføres til nyt lager; 3. Inkluderer 100% af nuværende lagerbygning, 33% af nuværende frysekapacitet samt 50% af nuværende sikring, anlæg, mv.; 4. Antagelse: 60% af oprindelig bogført værdi for nuværende lagerbygning; Kilder: Økonomi og Forsyning ved SSI

## C - D Nedskalering af kommunikation kan realisere ~9 mio. kr. dog med risiko for lavere vaccinationsområdet

Situation	Komplikation	Løsning
Før COVID-19 var kampagnebudget hos SST svingende og signifikant mindre. Derudover løftes en del af denne opgave også af regionerne	Ingen	<b>C</b> Fjern kampagner <b>6,2 mio. kr.</b> Risiko for lavere vaccinationstilslutning - der må forventes lavere tilslutning end seneste års høje tilslutning >75%
Invitationer og påmindelser om vaccination blev tilføjet i sæsonen 2020/21. Initiativet har bidraget til øget vaccinationstilslutning, og sikre nødvendig information til borgere om tilbuddet	Ingen	<b>D</b> Stop udsendelse af påmindelse <b>2,3 mio. kr.</b> Øget risiko for vaccinespild da man mister mulighed for intervention, hvis man løbende identificere lav tilslutning

### Udsendelse af invitationer koster årligt 4,3 mio. kr.

Ved tilstrækkelig stabilitet omkring vaccinationstilslutningen kan man overveje at justere, hvem der sendes invitationer til, fx udelukkende nye borgere i målgruppen, særligt udsatte, borgerne der historisk ikke har husket at lade sig vaccinere etc. Bemærk, at dette vil kræve bekendtgørelsesændring, og at Folketinget justerer mulighed for invitation og påmindelser til voksenvaccinationer i lov fra 2021

## E - G Yderligere ~7 mio. kr. kan realiseres ved nedskalering af analyse og monitorering på vaccineområdet

Situation	Komplikation	Løsning
Både SSI og ECDC foretager komplekse analyser af vaccineeffekten samt effekt på sygdomsbyrden. Danske resultater stemmer overens med ECDC	Jf. LBK nr. 247 §157a har SSI adgang til vaccinationsoplysninger mhp. at overvåge og vurdere vaccinationstilslutning og -effekt. Det er dog ikke specificeret hvor ofte denne opgave skal varetages	<b>E</b> Juster analysedybde yderligere <b>1,7 mio. kr.</b> Risiko for at ECDC ikke kan ekstrapoleres til danske forhold kan lede til skæv forventning til sygdomsbyrde og suboptimal målgruppeanbefaling; på sigt tab af statistiske kapabiliteter
Analysefrekvensen for COVID-19 er særligt høj: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Både SSI og SST udgiver ugentlig tilslutningsstatus</li> <li>• Årligt determinantstudie (vs. ad hoc for børneprogrammet på tillægsbevilling) og erfaringsopsamling (vs. ad hoc for særlige SST indsatser)</li> </ul>		<b>F</b> Juster rapportfrekvens yderligere <b>3,3 mio. kr.</b> Risiko for ulighed i vaccinationstilslutning ikke håndteres rettidigt under den aktive vaccinesæson
SST monitorerer i realtid vaccinationstilslutning samt besvarer borgerhenvendelser. I seneste sæson bidrog monitoreringen til at få igangsat vaccinationer på plejehjem, der endnu ikke var begyndt efter 1 måned	Jf. LBK nr. 247 §212 stk. 2 skal SST følge de sundhedsmæssige forhold. Det er dog ikke specificeret hvordan.	<b>G</b> Stop løbende monitorering og borgervendt rådgivning <b>1,7 mio. kr.</b> Risiko for lavere tilslutning med øget ulighed da; (1) Meget begrænset mulighed for løbende intervention, (2) Borgere får ikke afklaring på bekymringer <sup>1</sup>

1. Borgerhenvendelser vil potentielt skulle besvares af andre. Dette kan give en udgift i en anden institution. Dette er ikke behandlet yderligere.

Kilder: "Afsluttede status: Udrulning af sæsonvaccinationer mod COVID-19 og influenza" og "Planlægningsgrundlag for vaccinationsprogram mod COVID-19 sæson 2023/24", Sundhedsstyrelsen; "Hvilke grupper af børn har behov for en målrettet vaccinationsindsats?", Statens Serum Institut; Interviews med Sundhedsstyrelsen



# Tiltagsoverblik | Ønskes et offentligt program er der et merbevillingsbehov på 44,4-54,3 mio. kr. ift. 2025 i hhv. Scenarie 1 og 2

Bevilling til COVID-19 vaccination		Bevilling 2024	Reduktion ift. 2024 niveau							Engangsudgift	Merbevillingsbehov <sup>1</sup>	
			A	B	C	D	E	F	G			H
SSI	Infektionsepidemiologi og forebyggelse - Epidemiologer	2,2	1,1									1,1
	Vaccinationsplanlægning: Udsend invitationer + Behandle forespørgsler	1,0	0,2									0,7
	Lager	18,2		2,0							0,3	15,9
	Logistik (pakning, kvalitetssikring og transport)	15,5									0,5	15,0
	Invitationer/påmindelser	6			2,3							3,7
	Determinantstudie	4,6	2,3				2,3					0
	DDV (Tilretning, efterfølgende drift og konsolidering)	4,5	2,7									1,8
	IT-system og videreudvikling af vaccinekapacitetsstyringsværktøj	4,0	2,0									2,0
	Kammeradvokaten (Compliance) samt juridisk bistand og info.-sikkerhed	3,2	0,8							NA		2,4
	Tilretning af WEBshop	2,1	1,1									1,1
	Tekniker til dataudtræk (DIAS)	2,2	1,1				0,3-0,5	0,3-0,5				0 - 0,5
	Epidemiologisk: Statistikere, projektkoordinerer og afrapportering	2,2	1,1				0,6-1,1					0 - 0,6
Reserve samt øvrige/diverse mindre poster	10,4									10,4	0	
SST <sup>2</sup>	Sundhedsfaglig rådgivning, håndtering og koordination	3	1,0		0,1-0,2			0,2	0,0-0,8			0,9 - 1,8
	Dataunderstøttelse (monitorering, statusrapporter, Danmarkskort)	1,3	0,2					0,3	0,3-0,9			0 - 0,6
	Medicinsk Teknologisk Vurdering (MTV)	2								2		0
SDS	Informationsindsatser (køb af medieplads mv.)	6			3,0-6,0							0 - 3,0
	Drift og vedligeholdelse af DDV & NSP	9,4	0,7								4,6	4,1
<b>Total</b>		<b>97,8</b>	<b>14,3</b>	<b>2</b>	<b>3,1-6,2</b>	<b>2,3</b>	<b>0,8-1,7</b>	<b>3-3,3</b>	<b>0,6-1,7</b>		<b>17,8</b>	<b>48,7 - 54,3</b>

1. Investering til omstilling af lager (4 mio. kr.) ikke inkluderet; 2. Yderligere UK10 bevilling på 1,8 mio. kr. til generel vaccinationsrådgivning og håndtering (alle vaccinationsprogrammer); Kilder: Grundbudgetter for 2024; Interviews med SSI's Økonomi afd. & Forsyning afd., SST's afd. for Beredskab og smitsomme sygdomme samt SDS's ansvarlige for DDV

# Tiltagsbeskrivelse | Normalisering af COVID-19-vaccinehåndtering

**Bemærk:** 97,6 mio. kr. står til at bortfalde mellem 2024 og 2025, hvorfor der er tale om 52,7-58,3 mio. kr. merbevillinger i 2025 (48,7-54,3 mio. kr. 2026-frem) sammenlignet med Budget 2025 jævnfør FL2024

## Beskrivelse af tiltag

Vaccinehåndteringen kan optimeres på tværs af processen, dvs. ift. indkøb, lager og logistik, monitorering, kommunikation og analyse.

Det er muligt at effektivisere håndteringen ift. 2024 ved:

- 1) Stabilisering af planlægningsproces, herunder forpligtelse til stabilt årshjul og minimal variation i udrulningsmodel, så behov for tilretninger og understøttende aktiviteter kan samtænkes med influenza
- 2) Udnyttelse af overskydende lagerkapacitet til programvacciner, der hidtil har været opbevaret eksternt
- 3) Afvikling af understøttende aktiviteter i varierende grad, herunder:
  - A. Mindre borgerrettet kommunikation - både ift. brede oplysende kampagner samt påmindelser, der udsendes til ældre i målgruppen
  - B. Mindre hyppige og komplekse analyser - fx reduktion i komplekse epidemiologiske analyser, der modellerer vaccineeffekten på sygdomseffekt
  - C. Mindre monitorering og borgerrådgivning - SST reducerer ÅV, der aktivt overvåger vaccinationstilslutningen, samt serviceniveauet for borgerhenvendelser reduceres

## Baggrund for tiltag

Vaccinationsprogrammet for COVID-19 blev etableret akut under pandemien. I dag vurderes sygdommen ikke længere som alment farlig, og det er muligt at normalisere vaccinehåndteringen mhp. at nedbringe omkostningsniveauet

## Økonomisk potentiale, mio kr.

Område	Bevilling 2024		Reduktion ift. 2024	Nyt niveau 2025	Nyt niveau 2026 - frem
	UK10	UK12			
			UK10 & UK12	-	-
Planlægning	1,8 <sup>1</sup>	5,6	2,6-3	4,4-4,8	4,4-4,8
Lager		18,2 <sup>2</sup>	2,3	19,9 <sup>3</sup>	15,9
Logistik		15,5	0,5	15	15
Kommunikation		12,3	5,3-8,4	3,8-7	3,8-7
Analyse & dataunderstøttelse		35,7 <sup>2</sup>	22,3-24,3	11,4-13,3	11,4-13,3
Reserve		10,4	10,4	0	0
<b>Total</b>	<b>1,8</b>	<b>97,6</b>	<b>43,3-48,9</b>	<b>54,5-60,1</b>	<b>50,6-56,1</b>

## Realiserbarhed & forudsætninger for implementering

Potentialet for stabilisering af planlægningsprocessen forudsætter: 1) Planlægningsprocessen for COVID-19 synkroniseres med influenza (1,5 mio. kr.), 2) Udrulningsmodellen fastholdes fra år til år (7,2 mio. kr.), 3) Analysebehovet for planlægningsprocessen reduceres til niveau for influenza før COVID-19 (5,6 mio. kr)

## Væsentligste risici & afhængigheder (Beskrevet ift. '24 - niveau er større end '19 & '25<sup>4</sup>)

Risici skal ses ift. 2024-niveau:

- Lavere vaccinationstilslutning og øget ulighed grundet manglende kommunikation og rettidig intervention kan øge presset på sygehusvæsenet - Dette skal dog ses i lyset af, at Danmark i seneste sæson havde den højeste tilslutning blandt andre europæiske lande
- U hensigtsmæssigheder i udrulningen, fx over/underkapacitet ved vaccinationssteder, korrigeres ikke rettidigt, hvilket kan lede til øget vaccinespild
- Statistiske kapabiliteter vedligeholdelses ikke tilstrækkeligt, hvilket svækker beredskabets parathed overfor en evt. ny hændelse

1. UK10 bevilling dækker generel vaccinationsrådgivning og håndtering (alle vaccinationsprogrammer); 2. Der er bindinger for 21 mio. kr. i SSI, hvor -15 mio. kr. vurderes at relatere sig til lager baseret på SSI's GB - Den resterende økonomi dækker over data storage; 3. Investering til omstilling af lager (4 mio. kr.); 4. 2025-niveau jævnfør finanslov 2024

# En AI-chatbot kan være et centralt værktøj til at håndtere henvendelser ifm. opskalering (og fredstid) - væsentligt at sikre infrastruktur er på plads

## Situation

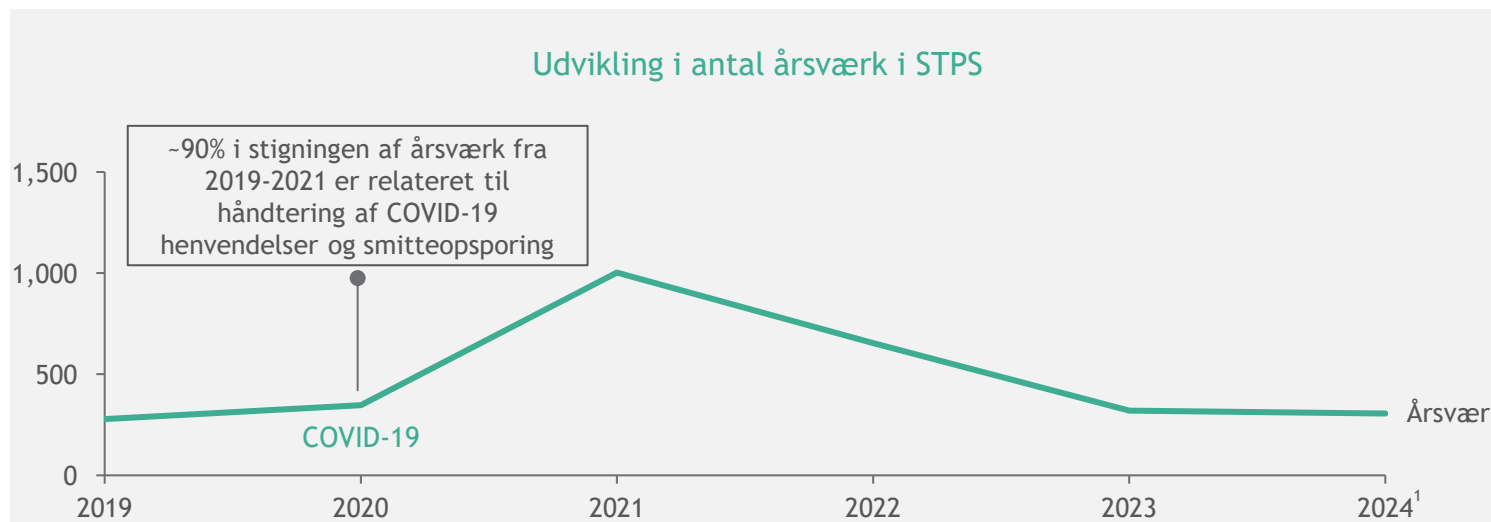
- STPS håndterer henvendelser i både fredstid og ifm. hændelser
- I fredstid er det muligt at besvare borgerhenvendelser inden for normal drift
- Under COVID-19 var der dog behov for en opskalering med >720 ÅV. svarende til > 1900 flere ansatte for at håndtere smitteopsporing og det stigende antal henvendelser

## Komplikation

- Det er omkostningstungt og tidskrævende at ansatte og oplære nye ansatte.
- Samtalernes karakter er personfølsom, og der er således en række krav til, hvordan sådanne henvendelser håndteres.
- Hurtig oplæring og mange ansatte skaber en udfordring ift. at kommunikere korrekt og ensartet information ud til en stor gruppe mennesker.

## Løsning

- AI præsenterer en effektiviseringsmulighed i fredstid (*adresseres delvist i spor b*) og kan effektivisere opskaleringen ifm. hændelser
- For at sikre hurtig udrulning af en AI-Chatbot ved en hændelse er det centralt at løse følgende problematikker i fredstid:
  - Implementer AI-chatbot i daglig drift (mulighed afdækkes i Spor B), der kan skaleres og justeres til hændelsen - *alternativt identificeres relevante typer af AI-modeller på markedet mhp. implementering ifm. hændelse*
  - Tilpas IT-Infrastruktur ift. datadeling og server-kapacitet
  - Håndter lovgivningsmæssige aspekter for brugen af AI ifm. henvendelser



1. Information fra aktivitetskortlægning gennemført fra januar-februar 2024 (indeholder ~5 ÅV ubesatte stillinger;) Note: Opgørelse af ÅV for 2019-2023 er baseret på regnskabsdata fra STPS. Årsværk relateret til håndtering af COVID-19 udgøres af årsværk relateret til 1) tilsyn og rådgivning, COVID-19 bevillinger og 3) Coronaopsporing

# Offentlige myndigheders brug af AI chatbots har tidligere vist stort potentiale - essentielt at se som en løsning på fremtidige hændelser

Forskning finder, at brug af Chatbots i den offentlige sektor har et stort potentiale særligt ift. nemt automatiserede og gentagende opgaver



AI chatbot, Clara, brugt til at rådgive borgere om COVID-19 symptomer

Brug

- COVID-19 selv-tjekker, der på baggrund af angivne symptomer screener om borgeren bør opsøge læge eller blive hjemme

Kontekst

- Udviklet af Center for Disease Control (CDC) og brugt som et led i sundhedsvæsenets håndtering af COVID-19

Effekt

- Mulighed for håndtering af en stor mængde henvendelser grundet mindre behov for telefonisk kontakt ml. borger og given myndighed
- Mere konsistent information baseret på faktisk data grundlag
- Hurtig udrulning af opdateret information



AI chatbot, Alex, brugt til at optimere skattevejledning til borgere

- Rådgivning til borgere og virksomheder om skattespørgsmål og relateret juridiske spørgsmål

- Udviklet af Australiens skattekontor i et tilsvarende tungt regulativet område

# Størstedelen af UK12-bevillingerne til smitteopsporing i STPS er afviklet - resterende analyseres i Spor B

## Situation

- STPS er ansvarlig for smitteopsporing og udbrudshåndtering ifm. hændelser, som bl.a. illustreret under COVID-19
- Smitteopsporing udføres af medarbejdere, der til daglig udfører tilsyn og rådgivning<sup>1</sup>
- Størstedelen af UK12-bevillinger til smitteopsporing er afviklet, og driften i 2024 er således på niveau med før COVID-19

## Komplikation

- Der er væsentlig større aktivitet i tilsyn og rådgivning efter COVID-19, og STPS har derfor efterspurgt 5,5 mio. kr. årligt til at sikre, at der er kapacitet til at løfte institutionens beredskabstiltag samt sikre tilstrækkelige ressourcer til omprioritering ifm. hændelse
  - Opgaverne udføres af et større antal personer i tilsyns- og rådgivningsfunktionerne, som tilsammen udgør relativt få årsværk

## Løsning

- Da smitteopsporingsopgaven udføres af medarbejdere, der har en driftsopgave i fredstid, analyseres området (UK10 bevillinger og 7,2 mio. kr. UK12 bevillinger) i Spor B, hvor fokus er på kernedriften
- Analysen vil afdække, hvorvidt tilsyn og rådgivning kan gennemføres indenfor de relevante tidsrammer og til den rette kvalitet trods øget aktivitetspres

### Årsværkfordeling på hovedopgaver i STPS, februar 2024

Enheder	Administrative opgaver	COVID-19-indsatser	Beredskabstiltag (eksl. COVID-19)	Kerneopgaver	Total
Autorisation og EU-Sygesikring	0,8			47,9	48,7
Færøerne	0,7	Omprioritering af ressourcer fra TR-enhederne, når en hændelse indtræffer	0,3	5,4	6,4
Læring og ledelse	7,5			15,0	22,5
Service	13,3			0,7	14,0
Sundhedsjura	3,5			31,7	35,2
TR-Vest	1,4	1,0	9,2	58,8	70,5
TR-Øst	1,1	1,0	4,4	72,9	79,3
Økonomi	5,0	0,9		22,8	28,6
<b>Total</b>	<b>33,3</b>	<b>2,9</b>	<b>13,9</b>	<b>255,2</b>	<b>305,2<sup>2</sup></b>

1. Der er her tale om de fastansatte, som ikke er ansat på midlertidige kontrakter ved større udbrud; 2. Indeholder -5 ÅV ubesatte stillinger; Note: Smitteopsporing og udbrudshåndtering ved SSI er indeholdt i den epidemiologiske overvågning og derfor berørt som en del af overvågningsopgaven; Kilde: Aktivitetskortlægning af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, februar 2024

# I 2023 blev ressortansvaret for testopgaven for COVID-19 overført fra JM til ISM; opgaven er ikke længere aktuell og bevillingen kan bortfalde

Bemærk: i økonomioversigterne indgår kun UK12-bevillingen

## Situation

- Ressortansvaret for testopgaven for COVID-19 blev i 2023 overført fra Justitsministeriet til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, hvor hhv. SSI og departementet modtog bevillinger
- Bevillingen til SSI står til at bortfalde mellem 2024 og 2025, som de resterende UK12-bevillinger, mens bevillingen til departementet videreføres

## Komplikation

- Grundet en forventning om flere fremtidige hændelser ønsker SSI et stående beredskab af projektledere med de rette kompetencer, som hurtigt kan mobilisere en større testindsats - de har derfor efterspurgt bevillinger svarende til 2 mio. kr. årligt fra 2025 og frem<sup>1</sup>
- Grundet en mindre testindsats af COVID-19 i dag, vurderes det, at omkostningerne forbundet med tilrettelæggelse og koordinering i departementet ikke udgør det samme som i 2022, hvor bevillingen blev overført fra JM

## Løsning

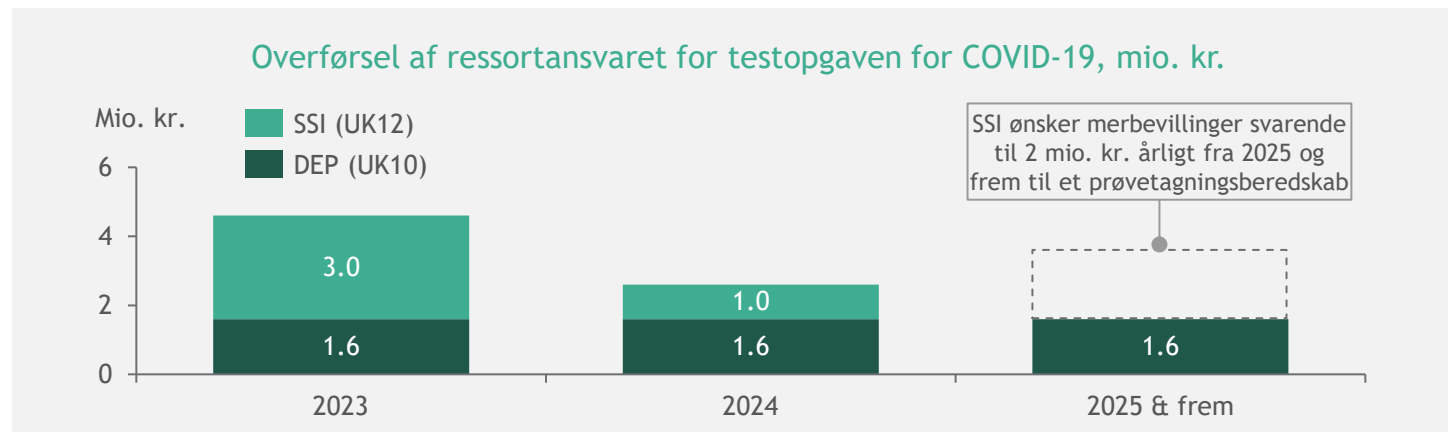
Løsninger for hhv. SSI & departementet

### Statens Serum Institut

- **Ingen merbevilling til prøvetagningsberedskab** - afvikling af de nuværende faglige kompetencer. Kan medføre mere ustruktureret opskaleringsproces ifm. en hændelse
- **Merbevilling til prøvetagningsberedskab** - faglige kompetencer opbygget under COVID-19 forbliver i SSI (evt. overføsel af departements bevilling - *behandles nedenfor*)

### Departementet:

- **Bevillingen ophører** - opgaven er ikke længere aktuell
- **Ingen ændring til departementets bevilling<sup>2</sup>** - bevillingen opretholdes og omprioriteres til øvrige beredskabsopgaver
- **Overføre departementets bevilling til SSI** - bevillingen overføres til SSI mhp. at finansiere det SSI-efterspurgte prøvetagningsberedskab



1. I fremtid vil projektlederne løbende have ansvar for projekter, der vil bidrage til at afprøve og implementere testløsninger på humane og veterinære sygdomsudbrud, og hvis relevant miljøprøver; 2. Bevillingen kan fx omprioriteres til de generelle beredskabsopgaver; Note: JM = Justitsministeriet, ISM = Indenrigs- og Sundhedsministeriet; Kilde: Finanslov 2024; SSI initiativkatalog



[bcg.com](http://bcg.com)