Danmarks Apotekerforening
Bredgade 54 · 1260 København K
Telefon 33 76 76 00 · Fax 33 76 76 99
apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk · www.apotekerforeningen.dk

Sundheds- og Kirkeministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

19-08-2026
MKA/412/00105

Svar på supplerende høring over udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.

Sundheds- og Kirkeministeriet har den 12. juni 2026 sendt udkast til ovennævnte lovforslag i supplerende høring.

Danmarks Apotekerforening afgav den 23. januar 2026 høringssvar over den oprindelige høring for så vidt angår den del af høringen, som omfattede lægemiddelhåndtering mv. på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen (lovudkastets tredje del).

Der er så vidt ses ikke i den supplerende høring foretaget indholdsmæssige ændringer i denne del af forslaget. Apotekerforeningen kan derfor i det hele henvise til høringssvaret af 23. januar 2026, som vedlægges.

Apotekerforeningen har noteret sig, at den i lovforslaget angivne model var politisk besluttet under den tidligere regering.

Foreningen skal imidlertid fremhæve og gentage følgende fra høringssvaret:

- Apotekerforeningen er enig i, at lægemidler til borgere på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen kan modtage lægemidlerne vederlagsfrit.

- Men Apotekerforeningen er *ikke* enig i, at opgaven med forsyningen af lægemidler vederlagsfrit altid skal varetages af sygehusapotekerne frem for/i stedet for de private apoteker.

- Selvom regionerne overtager ansvaret for pladserne og akutsygepleje i eget hjem fra kommunerne, er der ingen grund til at ændre på "arbejdsfordelingen" mellem det offentlige og det private sundhedsvæsen.

- Apotekerne leverer i dag medicin til borgere på de nuværende midlertidige pladser/akutpladser alle steder i regionerne hurtigt, effektivt og sikkert, så behandlingen hurtigt kan igangsættes, fx når en ny borger kommer til pladserne, eller der er ændringer i behandlingen. En levering fra regionerne selv, vil ikke nødvendigvis øge hastigheden af igangsættelse af behandling, som det fremgår af lovforslaget, fx når der er langt til en plads fra sygehusapotekets lager.

- Apotekerne kan allerede i dag udlevere vederlagsfri medicin med lægemidler enten fra eget lager og afregne med regionen eller gennem aftaler med sygehusapotekerne, og det vil de også kunne til brug for behandling af patienter på de omfattede pladser og under akutsygeplejen. Det er efter Apotekerforeningen opfattelse derfor forkert, når det af lovforslaget fremgår, at det vil have positive administrative konsekvenser for borgerne, at medicinen leveres fra sygehusapoteker frem for private apoteker. Når lægemidlerne ikke skal hentes og betales af borgeren, vil det ved et privat apoteks levering heller ikke kræve involvering af borger eller pårørende, og det vil derfor ikke være forbundet med forsinkelse eller administrative konsekvenser for borgerne at få medicinen vederlagsfrit fra privat apoteker.

- Det er efter Apotekerforeningens opfattelse forkert, når det af lovforslaget fremgår, at der ikke vil være omkostninger forbundet med, at regionerne skal etablere et nyt, parallelt distributionssystem, hvor lægemidlerne skal transporteres over kortere eller længere afstande, muligvis flere gange dagligt. Det er en ny opgave for regionerne, som må ventes at kræve investering i udstyr og flere medarbejdere.

- Der er efter Apotekerforeningens opfattelse tale om en ubegrundet nationalisering, som er principiel og betænkelig.

- Apotekerforeningen opfordrer til, at lovforslaget præciseres således, at levering fra sygehusapotekerne forudsætter, at det – ud fra en samlet økonomisk, administrativ, praktisk, patientsikkerhedsmæssig og miljømæssig vurdering – kan anses for det mest rentable.

Supplerende kan det oplyses, at Apotekerforeningen er bekendt med, at regionerne forbereder sig på, at de har opgaven med at forsyne de omfattede pladser og akutsygeplejen med lægemidler. I den forbindelse er der regioner, som nu anerkender, at opgaven ikke nødvendigvis alle steder kan løses på en hensigtsmæssig måde af sygehusapotekerne alene, og sygehusapoteker er derfor gået i dialog med apoteker om et potentielt samarbejde.

Såfremt den i lovudkastet foreslåede model fastholdes, bør de lovgivningsmæssige rammer – herunder reglerne i bekendtgørelse om recepter og dosisdispensering – derfor om nødvendigt tilpasses, så regionerne sikres mulighed for at kunne indgå aftale med de private apoteker om, at regionerne kan rekvirere lægemidler og andre varer fra private apoteker jf. bemærkningerne til § 3, nr. 1.

Med venlig hilsen

Birthe Søndergaard
Sundhedsfaglig direktør

DANSK ERHVERV
Børsen
1217 København K

www.danskerhverv.dk
info@danskerhverv.dk
T. + 45 3374 6000

Sundheds- og Kirkeministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Den 20. august 2026

Høringssvar vedr. supplerende høring om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Dansk Erhverv takker for muligheden for at deltage i høring vedr. "udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser samt lægemiddelhåndtering mv. på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen samt styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb)".

Dansk Erhverv noterer sig, at lovforslaget udgør første del af den tredje lovpakke, der skal udmønte dele af aftale om sundhedsreform 2024. Dansk Erhverv henviser i øvrigt til bemærkninger afgivet ifm. vores høringssvar d. 23. januar 2026.

Dansk Erhverv repræsenterer en bred vifte af virksomheder og organisationer inden for sundheds- og velfærdsområdet. Herunder virksomheder, som enten producerer eller leverer sundhedsprodukter inden for life science, biotek og velfærdsteknologi, virksomheder og organisationer, der leverer sundhedsydelser til det offentlige (f.eks. privathospitaler, klinikker og leverandører af forskellige velfærdsydelser og tilbud inden for genoptrænings- og præhospitalsområdet). Ligeledes tæller Dansk Erhvervs medlemmer en række private og selvejende virksomheder på ældreområdet og leverandører af socialpsykiatriske botilbud, samt en række patientorganisationer.

Generelle bemærkninger

Det danske sundhedsvæsen står over for betydelige strukturelle udfordringer: en aldrende befolkning, flere borgere med kroniske og komplekse sygdomme, stigende pres på arbejdskraft og kapacitet samt voksende geografiske forskelle i adgang til behandling. Disse udfordringer kalder på løsninger, der understøtter kvalitet, sammenhæng og effektiv ressourceudnyttelse på tværs af sektorer og aktører.

Dansk Erhverv lægger i sit arbejde på sundhedsområdet vægt på, at sundhedsvæsenet udvikles med borgeren og patienten i centrum, herunder med fokus på rettidig adgang til behandling og respekt for patientrettigheder. Samtidig er det afgørende, at der sikres en ensartet kvalitet og adgang til sundhedsydelser på tværs af landet, uanset borgernes bopæl. Dansk Erhverv fremhæver

desuden betydningen af en bedre udnyttelse af den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet, herunder gennem et velfungerende og ligeværdigt offentligt-privat samarbejde. Endelig lægger Dansk Erhverv vægt på gennemsigtighed og uvildighed i styring og planlægning samt på, at nye reformer og initiativer implementeres på en måde, der omsættes til konkrete forbedringer i praksis og uden unødigt bureaukrati.

Specifikke bemærkninger

Ny model for specialeplanlægning

Dansk Erhverv kvitterer positivt for, at lovforslaget med denne supplerende høring er ændret, så Sundhedsstyrelsen fortsat skal godkende landsdelsfunktioner på private sygehuse, herunder private specialsygehuse.

Ændringen imødekommer et centralt kritikpunkt i Dansk Erhvervs høringssvar af 23. januar 2026, hvor vi i lighed med både Danske Regioner og Sundhed Danmark ønskede kompetencen fastholdt, som den er i den nye model, som den nærværende høring foreslår. Specialeplanlægningen har traditionelt været forankret centralt netop for at sikre national koordinering, ensartet kvalitet og en samlet udnyttelse af kapaciteten på tværs af landet.

Dansk Erhverv bemærker samtidig, at væsentlige dele af den nye model fortsat forankres i regionerne. Det gælder blandt andet godkendelsen af landsdelsfunktioner på regionernes egne sygehuse samt vurderingen af den regionale kapacitet og behovet for at inddrage privat kapacitet. Når regionerne samtidig er driftsherre for egne sygehuse, kan denne konstruktion indebære udfordringer i forhold til uvildighed, national koordinering og en ejerskabsneutral anvendelse af sundhedsvæsenets samlede kapacitet. Dansk Erhverv anbefaler derfor, at implementeringen følges tæt, og at der fastsættes klare, gennemsigtige og ensartede nationale kriterier for regionernes beslutninger. Det bør samtidig sikres, at Sundhedsstyrelsens tilsyns- og interventionsmuligheder får reel virkning, og at private aktører har en tydelig adgang til at få kapacitets- og behovsvurderinger forelagt Sundhedsstyrelsen.

Dansk Erhverv henviser til brancheorganisationen Sundhed Danmarks høringssvar vedrørende dette punkt.

Ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser

Dansk Erhverv noterer sig, at ikrafttrædelsen af dele af den nye afregningsordning foreslås udskudt, fordi det nødvendige fælles datagrundlag endnu ikke forventes at være til rådighed. Dansk Erhverv finder det hensigtsmæssigt, at ordningen først sættes i kraft, når der foreligger et ensartet og pålideligt datagrundlag, som kan understøtte en gennemsigtig afregning og opfølgning på tværs af landet.

Dansk Erhverv skal samtidig gentage, at sundhedsreformen og den efterfølgende lovgivning udtrykkeligt og eksplicit åbner mulighed for, at private aktører kan medvirke til at etablere og drive

sundheds- og omsorgspladser under regionalt myndighedsansvar[1][2]. Denne mulighed er imidlertid efter Dansk Erhvervs vurdering fortsat *ikke* tilstrækkeligt indarbejdet i den foreslåede afregningsordning eller i de omkringliggende finansierings- og kontraktmæssige rammer. Afregningsordningen vedrører navnlig betalingerne mellem stat, regioner og kommuner, men afklarer ikke de økonomiske vilkår for private aktørers etablering, beredskab, drift af kapacitet mv. inkl. elementer, der måtte være finansieret gennem andre konti i det offentlige.

Dansk Erhverv er desuden ikke bekendt med, at der er gennemført en markedsafsøgning eller en systematisk dialog med relevante private og selvejende aktører om mulighederne for at tilvejebringe den nødvendige kapacitet. En formel adgang til offentlig-privat samarbejde er ikke i sig selv tilstrækkelig til, at kapaciteten bliver etableret.

Dansk Erhverv mener derfor, at offentlig-privat samarbejde bør forankres eksplicit i det videre arbejde og den videre udmøntning. Samtidigt bør muligheden for offentlig-privat samarbejde på området indrettes fleksibelt, med henblik på, at forskellige aktører kan varetage en større eller mindre del af opgaveløsningen, så der er åbent for forskellige samarbejdsmodeller. Der bør etableres ejerskabsneutrale, gennemsigtige og langsigtede takst- og kontraktmodeller, som tager højde for de faktiske omkostninger ifm. sundheds- og omsorgspladser. Den videre planlægning bør også ske med blik for allerede eksisterende privat og selvejende kapacitet på omkringliggende områder, så denne potentielle kapacitet ikke utilsigtet fortrænges, og det sikres, at deres viden tages i brug.

Dansk Erhverv finder det ligesom i det tidligere høringssvar væsentligt at understrege, at realiseringen af denne politiske intention forudsætter en tidlig og systematisk dialog med relevante private aktører, herunder virksomheder med erfaring i drift af sundheds- og omsorgstilbud. En sådan dialog er afgørende for at skabe klarhed om de praktiske og organisatoriske rammer for deltagelse, herunder samarbejdsformer, opgaveafgrænsning og kapacitetsforudsætninger. Dansk Erhverv bidrager gerne til, at en sådan dialog finder sted og stiller sig til rådighed for yderligere drøftelser herom.

---

1. Fra *Aftale om Sundhedsreformen 2024*:
"Oprettelse af regionale sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling. Aftalepartierne er enige om, at patienter, der har brug for en sundhedsfaglig indsats og et midlertidigt ophold, og som ikke har behov for at være indlagte på sygehuse, skal kunne modtage tilbud om midlertidigt ophold over hele landet uden egenbetaling. Det skal være muligt for patienterne at opholde sig på en midlertidig plads, og tilbuddet om disse ophold skal være ensartede i hele landet. Regionerne skal understøtte denne udvikling. Det sker ved at flytte ansvaret for de nuværende kommunale akutpladser og hovedparten af alle øvrige midlertidige kommunale pladser - til en større gruppe borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som i dag varetages på kommunale midlertidige pladser - fra kommunerne til regionerne som sundheds- og omsorgspladser. Regionerne skal sikre lægedækningen på disse pladser. Endvidere skal pladserne omfattes af kvalitetsstandarder med krav til kapacitet, udstyr og sundhedsfagligt indhold. Disse krav til pladserne og den nærmere målgruppe beskrives i et fagligt arbejde i regi af Sundhedsstyrelsen. ***Regionerne kan indgå aftale med private leverandører om at drive pladserne forudsat, at disse lever op til relevante krav på området, herunder ift. kvalitet"*** (egen fremhævning)

2. Fra Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love *»Kapitel 34 a, Sundheds- og omsorgspladser*
   - *§ 118 e. Regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem.*
   - *Stk. 2. Regionsrådet er ansvarlig for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet.*
   - ***Stk. 3. Regionsrådet kan tilvejebringe tilbud efter stk. 1 ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med et andet regionsråd, en kommunalbestyrelse eller en privat institution. "*** (egen fremhævning)

Lægemiddelhåndtering mv. på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen
Dansk Erhverv fastholder sine tidligere bemærkninger om behovet for klare og ensartede praktiske og organisatoriske rammer for lægemiddelhåndteringen. Det gælder blandt andet ansvarsfordeling, forsyning og udlevering af lægemidler, dokumentation samt adgang til relevante journal- og kommunikationssystemer.

Dette er særligt væsentligt, når sundhedsydelser etableres eller drives i samarbejde med private eller selvejende aktører. Det bør sikres, at disse aktører har den nødvendige praktiske og systemmæssige adgang til at løse opgaven sikkert og sammenhængende på samme faglige grundlag som regionale tilbud. Dansk Erhverv opfordrer til, at den foreslåede ordning, hvor kun læger og sygeplejersker samt medhjælpere hertil har adgang til de regionale medicinskabe eller -rum, hvis man går videre med den, implementeres fleksibelt, så den ikke bliver en barriere for sundhedsprofessionelles adgang til skabe og rum i situationer, hvor det kan være relevant.

Reglerne bør således udformes og implementeres ejerskabsneutralt og uden unødige administrative barrierer.

Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb
Dansk Erhverv bakker op om Sundhed Danmarks høringssvar i forhold til dette punkt og understreger desuden, at regionale beslutninger vedr. uddannelsesforløb i almen praksis bør træffes på et sagligt og objektivt grundlag og med en klar adskillelse af markedsaktører og myndighed.

For så vidt angår rådenes fortsatte opgaver, indskærper Dansk Erhverv, at der ikke videreføres institutionelle konstruktioner, hvor samme aktør reelt både kan være brancheorganisation, markedsaktør, administrator af fælles ordninger, uddannelsesaktør, kvalitetsaktør og samtidig indgå i myndighedslignende funktioner. Formålet er ikke at begrænse faglige organisationers bidrag til udviklingen af sundhedsvæsenet, men at sikre en tydelig armslængde mellem markedsinteresser og myndighedslignende funktioner. Dette er samtidig i overensstemmelse med de hensyn, der følger af TEUF artikel 106, hvor et bærende princip er, at medlemsstater bør undgå at tillægge markedsaktører særlige positioner eller beføjelser, som skaber risiko for selvbegunstigelse, ulige konkurrencevilkår eller konkurrenceforvridning.

Dansk Erhverv foreslår derfor, at der opsættes klare rammer for habilitet og repræsentation samt en klar adskillelse af myndigheds- og markedsroller. Dette indbefatter konkret, at personer med ledelsesmæssige, organisatoriske eller økonomiske interesser i virksomheder eller organisationer på markedet ikke bør deltage i behandling af sager vedrørende konkurrerende aktører. Derudover bør repræsentationen omfatte både traditionelle praksisser, partnerskabsklinikker, regionsklinikker og andre relevante organisationsformer. Endeligt bør der skabes tydelige rammer, så aktører, der deltager i uddannelse, kvalitetssikring, rådgivning, kontrol eller administration af fælles ordninger, ikke kunne anvende disse funktioner til at opnå indsigt i eller påvirke konkurrerende aktørers forhold.

Dansk Erhverv står til rådighed for dialog og for uddybning af høringssvaret.

Høringssvar fra Dansk Kiropraktor Forening til SUMs supplerende høring over udkast til lovforslag vedr. specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv. (2026)

Dansk Kiropraktor Forening (DKF) takker for muligheden for at afgive bemærkninger til Sundheds- og Kirkeministeriets udkast til lovforslag vedr. specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

DKF har primært bemærkninger til lovforslagets del om specialeplanlægning og har ingen bemærkninger til lovforslagets øvrige dele vedrørende afregningsordninger for sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering eller lægelig videreuddannelse.

Specialeplanlægning med fokus på sammenhæng
DKF finder det positivt, at lovforslaget lægger op til en mere fleksibel model for specialeplanlægning, hvor regionerne får et større planlægningsmæssigt råderum. Samtidigt er det positivt, ar lovforslaget fastholder fokus på kvalitet, tilgængelighed og sammenhæng i patientforløbene.

For DKF er det særligt væsentligt, at lovforslaget anerkender behovet for at tænke patientforløb mere sammenhængende på tværs af sektorer. Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at specialeplanlægningen historisk har bidraget til et betydeligt kvalitetsløft af de specialiserede sygehusfunktioner, men at fokus til tider har været rettet mere mod de enkelte specialfunktioner end mod sammenhængen i patientforløb på tværs af specialer og sektorer.

DKF deler vurderingen af, at dette perspektiv er vigtigt at fastholde i den videre udvikling af specialeplanlægningen.

Specialeplanlægning handler om mere end sygehuse
Når regionerne får større frihed til at planlægge og organisere specialiserede funktioner, bør fokus efter DKF's opfattelse ikke alene være på placering af specialiserede sygehusfunktioner og kapacitet på hospitalerne. Den bør også understøtte samarbejdet mellem sygehusvæsenet, almen praksis og øvrige autoriserede sundhedsprofessioner, der indgår i patienternes samlede forløb.

Patientens forløb starter og slutter sjældent på sygehuset. For mange patientgrupper er samarbejdet mellem sygehuse, almen praksis og øvrige autoriserede sundhedsprofessioner afgørende for kvaliteten, tilgængeligheden og oplevelsen af sammenhæng i behandlingen. Dette gælder ikke mindst på bevægeapparatsområdet, hvor patientforløb ofte går på tværs af sektorer.

DKF finder derfor, at den fortsatte udvikling af specialeplanen bør understøtte stærke forbindelser mellem sygehusvæsenet og det nære sundhedsvæsen således at sammenhængende patientforløb forbliver et centralt hensyn, når regionerne fremadrettet får et større ansvar for planlægningen af specialiserede funktioner.

Kiropraktorerne bidrager allerede til sammenhængende patientforløb
Kiropraktorer udgør i dag allerede en væsentlig del af sundhedsvæsenets samlede kapacitet på bevægeapparatsområdet. Danmark har omkring 800 praktiserende kiropraktorer jævnt fordelt over

hele landet. I 2023 håndterede kiropraktorerne omkring 377.000 unikke patienter fordelt på omkring 2,15 millioner konsultationer. Kiropraktorerne er autoriserede til at udrede, diagnosticere og behandle patienter med bevægeapparatslidelser og fungerer for mange patienter som en let tilgængelig indgang til sundhedsvæsenet, blandt andet fordi der hverken er krav om henvisning fra egen læge for at få sygesikringstilskud til kiropraktorbehandling eller lange ventelister til behandling hos kiropraktor.

Samtidig indgår kiropraktorer allerede i dag i tværfaglige samarbejder på sygehuse, blandt andet på Rygcenter Syddanmark på Sygehus Lillebælt i Kolding, hvor kiropraktorer bidrager med specialiseret udredning, billeddiagnostik og koordinering, hvilket sikrer gode forløb og patientoplevelser. De fungerer dermed som en central del af rygteamet, hvor de opkvalificerer kompetencerne og effektiviserer hospitalets afdeling, samt understøtter sammenhængende, effektive forløb.

Bedre brug af sundhedsvæsenets samlede kapacitet
Mere end 1,6 millioner danskere lever med lænde- eller nakkesmerter, og ryg- og nakkesmerter koster årligt 12 milliarder kr. i sundhedsvæsenet og 48 milliarder kr. i tabt reduktion. Bevægeapparatslidelser udgør dermed en betydelig sygdomsbyrde for både borgere og samfund. Samtidig er der et vedvarende behov for at sikre, at sundhedsvæsenets ressourcer anvendes bedst muligt.

DKF finder derfor, at den fremtidige specialeplanlægning med fordel bør have et fortsat fokus på, hvordan sundhedsvæsenets samlede kapacitet bringes bedst muligt i spil, både på sygehuse og i det nære sundhedsvæsen.

Dette vil efter vores vurdering understøtte lovforslagets egne ambitioner om nærhed, tilgængelighed og sammenhængende patientforløb. Samtidig kan det bidrage til, at patienterne møder de rette kompetencer på det rette tidspunkt og så tæt på borgeren som muligt.

Med venlig hilsen



Michael Christensen,
Formand for Dansk Kiropraktor Forening

06.08.26

Til
Sundheds- og kirkeministeriet

DANSK KIRURGISK SELSKAB

www.danskkirurgiskselskab.dk

Per Vadgaard Andersen
Formand
Ledende overlæge, sektionsleder
Kirurgisk afdeling A,
Odense Universitetshospital
Sdr. Boulevard 29
5000 Odense C

Mobil: +45 2159 2129
Telefon:
Mail:
formand@danskkirurgiskselskab.dk

Vedr. høring over udkast til forslag til lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Dansk Kirurgisk Selskab takker for muligheden for at kommentere ændringsforslag til sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven.

Vedrørende sundhedsloven og autorisationsloven finder DKS det overordnet bekymrende at fagligt hensyn er nedprioriteret i forhold til drift.

Ændringsforslaget til sundhedsloven giver regionerne rettighed til at placere regionsfunktioner uden indflydelse af faglige organisationer. DKS er derfor bekymret over forskellige tilbud på tværs af regioner med ulighed i udredning, behandling og opfølgning til følge. DKS skal opfordre Indenrigs- og sundhedsministeriet via Sundhedsstyrelsen til nøje at overvåge at krav til også landsdelsfunktioner bliver overholdt.

Ændringsforslaget til autorisationsloven giver ligeledes anledning til bekymring, da regionerne egenhændigt kan planlægge uddannelsesforløb uden reel faglig indflydelse og må forventes at prioritere drift i forhold til kvalitet i uddannelse. Indenrigs- og sundhedsministeriet opfordres via Sundhedsstyrelsen til at overvåge kvaliteten i uddannelsesforløbene, således at man også på tværs af regionerne får ensartede uddannelser med høj kvalitet.

Med venlig hilsen

Per V Andersen

Formand, Dansk Kirurgisk Selskab

Aarhus 25. juni 2026

Høringssvar til lovforslag om ny model for specialeplanlægning mm.

Hermed fremsendes høringssvar til lovforslag om ny model for specialeplanlægning mm. specifikt punkt 2.1 og 2.4.

I lovforslaget punkt 2.1 lægges op til at regionerne fremadrettet skal godkende landsdelsfunktioner på regionale sygehuse, mens Sundhedsstyrelsen godkender placering på private sygehuse. Vi har fra Dansk Oftalmologisk Selskabs side fortsat bekymring for at lokale udfordringer i regionerne kan give anledning til kortsigtede løsninger, herunder at ønske om udflytning af opgaver fra offentlig til privat regi kan medføre et tab af kompetencer og udviklingsmuligheder på regions- og universitetshospitalerne. Bortfald af landsdelsfunktioner fra de offentlige sygehuse kan medføre at det bliver vanskeligere at opretholde højt specialiserede funktioner på universitetsafdelingerne. Ligeledes kan udflytning af funktioner fra hospitalerne give anledning til tab af uddannelseskompetencer, og dermed pres på uddannelsen af meget behøvede speciallæger. Fra Dansk Oftalmologisk Selskabs side ser vi det imidlertid positivt at Sundhedsstyrelsen fastholder ansvaret for placering af funktioner i privat regi, idet vi håber at der dermed er opmærksomhed på de ovennævnte udfordringer og potentielle risici der kan ligge i at flytte varetagelse af landsdelsfunktioner.

I lovforslaget punkt 2.4 noterer Dansk Oftalmologisk Selskab med bekymring at man med lovforslaget lægger op til at flytte den formelle kompetence til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb fra de regionale videreuddannelsesråd til de regionalrådene. Dermed flyttes beslutningskompetencen fra et overvejende fagligt forankret beslutningsniveau til et overvejende politisk forankret niveau. Lovforslaget giver derfor bekymring for at politiske prioriteringer vil blive vægtet højere end faglighed, hvilket kan risikere at påvirke kvaliteten af speciallægeuddannelsen. Det kan således være nærliggende at man politisk kan ønske at anvende uddannelsesforløb til at sikre lægedækning i yderområder, eller ved lokale rekrutteringsproblemer, begge situationer der næppe sikrer den bedst mulige speciallægeuddannelse. En politisk forankring vil ligeledes medføre risiko for uensartet praksis mellem regioner, og dermed geografisk ulighed i uddannelsesmuligheder og -kvalitet, på trods af ensartede uddannelsesprogrammer.

Det er selvfølgeligt overordnet positivt, at man vil beholde de regionale råd for lægers videreuddannelse som rådgivende organ og pædagogisk udviklende funktion, men hvis rådene fremover alene får en rådgivende rolle, øges risikoen for at politiske og driftsmæssige hensyn får

forrang frem for uddannelsesfaglige vurderinger og dermed kvalitet. Netop kvaliteten i uddannelsen er afgørende for vores fremtidige patienter og sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

Anders Ivarsen
Formand
Dansk Oftalmologisk Selskab

Dansk Ortopædisk Selskab

Januar 2026

Kære indenrigs og sundhedsministerie

Vi er i Dansk Ortopædisk Selskab blevet bekendt med denne høring via tredjepart og ønsker i fremtiden at blive partshørt i lovforslag der vil påvirke specialeplaner, specialebeskrivelser og uddannelses af læger jævnfør sundhedsreformen.

Vi tillader os derfor at komme med høringssvar, selvom vi ikke er blevet bedt om dette.

Lovforslag vi vil afgive svar om:
2.1.Ny model for specialeplanlægning

Det foreslås, at regionerne får kompetencen til at godkende landsdelsfunktioner (også kaldet regionsfunktioner) på regionale og private sygehuse. Et større regionalt planlægningsmæssigt råderum skal bl.a. gøre specialeplanlægningen mere fleksibel og rustet til at imødegå udfordringer, fx ved kapacitetsudfordringer på sygehusene. Sundhedsstyrelsen vil i særlige tilfælde fortsat kunne inddrage en godkendt funktion. Det gælder fx i situationer, hvor et sygehus ikke lever op til de fastsatte krav for varetagelsen

Sundhedsstyrelsen vil i særlige tilfælde også kunne pålægge en region at benytteprivat kapacitet til at varetage en landsdelsfunktion. Dette forudsat, at de private sygehuse opfylder de fastsatte krav for varetagelsen og kan godkendes hertil. Det kan fx være situationer, hvor der er vedvarende kapacitetsudfordringer i en region eller på landsplan, som regionerne ikke har anvist en bæredygtig plan for at håndtere.

Det foreslås videre, at den årlige opfølgning på varetagelsen af landsdelsfunktioner fremover målrettes udvalgte funktioner og områder, hvor der fagligt vurderes at være grundlag for at følge op.

Lovforslaget indeholder ikke ændringer i styringen af landsfunktioner (også kaldet højt specialiserede funktioner). For disse funktioner fastholdes de nuværende regler, hvor Sundhedsstyrelsen godkender placeringen. Det skyldes, at der forlandsfunktioner er særlige nationale hensyn i forhold til geografisk placering, samarbejde og ressourceudnyttelse mv., som fordrer en national styring. Opfølgningen på varetagelsen af landsfunktioner videreføres ligeledes uændret.

Høringssvar 2:1:

Ved regional kompetence til at beslutte lokalisationen af landdels-/regionsfunktioner, er det vigtig at ved brug af private sygehuse, skal disse også overtage uddannelsesforpligtigelsen overfor kommende speciallæger, og ved behov for fagligprofilering af speciallæger i de pågældende funktioner. Hvis de private sygehuse overtager en regionsfunktion og dermed uddannelsen indenfor denne funktion, skal sygehusene underkastet inspektorordningen, der er med til at sikre kvaliteten af uddannelsen af lægerne opretholdes og gennemføres. Det er også vigtigt at de private sygehuse accepterer den overenskomst som uddannelseslægerne har under uddannelse, hvilket tidligere har gjort at et samarbejde om varetagelse af uddannelse ikke har kunnet gennemføres.

Angående ændringer af Sundhedslovens §208 vil en evt. øget udlægning af landsdels-/regionsfunktioner til privathospitaler alene på baggrund af kapacitet kunne medføre endnu en væsentlig forringelse af yngre

lægers muligheder for at opnå relevante og nødvendige kompetencer til en fremtidig funktion som speciallæge.

2.4. Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb

Med lovforslaget følges der op på Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen, hvor det er aftalt at styrke regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Med lovforslaget får regionerne styrkede kompetencer til at udmønte Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan for speciallægeuddannelsen, herunder understøtte at en større del af uddannelsesforløbene i den lægelige videreuddannelse placeres uden for de større byer.

Konkret tildeles regionerne med lovforslaget ansvaret for, og dermed beslutningskompetencen til, at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb på den lægelige videreuddannelse. Disse afgørelser træffes efter rådgivning fra de regionale råd for lægers videreuddannelse.

Som konsekvens heraf medfører lovforslaget også, at de regionale råd for lægers videreuddannelse ikke længere træffer afgørelse om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse.

De regionale råd for lægers videreuddannelse vil fortsat have en rådgivende funktion over for regionerne ift. den lægelige videreuddannelse, herunder at rådgive regionerne om godkendelse af uddannelsesforløb. De regionale råd for lægers videreuddannelse vil endvidere fortsat have ansvaret for at godkende uddannelsesafdelinger. Med lovforslaget fastholder videreuddannelsesrådene derudover en række af deres nuværende opgaver i tilknytning til den lægelige videreuddannelse, herunder meritvurdering, varetagelse af en pædagogisk udviklingsfunktion mv.

Høringssvar 2:4:

Speciallægeuddannelsen inden for alle lægefaglige specialer bør være drevet af høj faglig kompetence erhvervelse, så de nyuddannede speciallæger har nogenlunde ensartet og høje faglige kompetencer. Der er aktuelt rigtig gode uddannelsesforløb på sygehuse langt fra de store byer. I et speciale som ortopædisk kirurgi er kvantitet indenfor de operative kompetencer en hjørnesten i uddannelsen af gode speciallæger og en vigtig del i at sikre kvalitet. Flere uddannelsesstillinger i mere tyndtbefolkede områder, kan forringe den kvalitet der er for den enkelte uddannelseslæge, da uddannelseslægerne vil skulle deles om samme opgave.

Ensidigt hensyn til geografi i fordelingen af uddannelsesforløbene, mener vi er uhensigtsmæssigt, da uddannelsen bør foregå og fordeles således at lægerne uddannes der hvor lægerne har mulighed for at erhverve det bedste kompetencer.

Vi er meget bekymrede for at det jævnfør lovforslaget vil blive politisk styret, hvor uddannelsesstillingerne er placeret geografisk og at der ikke vil blive taget hensyn til hvor lægerne vil blive uddannet bedst i denne fordeling.

Vi vil gerne være med til at sikre at alle landets borgere har adgang til ortopædkirurgisk behandling, men det må bare ikke ske på bekostning af udtynding det uddannelsesmæssige udbytte.

Videreuddannelsesrådene vil overgå til at være en rådgivende i forhold til regionernes beslutning, hvor rådene hidtil har haft beslutningskompetence. Vi er bekymrede for at regionernes ønske om geografisk fordeling af uddannelsesforløbene vil veje højere end kvaliteten af uddannelsen. Specialeplanen og fordelingen af regionsfunktionerne vil have indflydelses på hvordan uddannelsesforløbene skal fordeles og det er vigtigt med et beslutningsdygtigt råd der kan sikre kvaliteten af uddannelsen af speciallæger.

I et stort speciale som ortopædkirurgi kræves der stort samarbejde mellem afdelingerne der varetager uddannelse for at alle uddannelseslægerne opnår kompetencer inden for alle dele af vores speciale, hvilket vi bedst ser ske inden for offentlige afdelinger.

Med venlig hilsen

Dansk Ortopædisk Selskabs

Den samlede bestyrelse og Formand Ole Rahbek

København d. 05-08-2026

Supplerende høringssvar fra Dansk Psykiatrisk selskab (DPS) ifm. lovpakke IIIa vedr. bl.a. styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb.

DPS forholder sig i dette supplerende høringssvar til den del af lovforslaget, der vedrører styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse.

DPS anerkender at det justerede lovforslag nu beskriver at afgørelser om placering af forløb i regionsrådene skal træffes efter rådgivning fra de regionale videreuddannelsesråd (DRRLV) og at regionsrådene skal forholde sig til denne rådgivning.

For fortsat at kunne sikre høj uddannelseskvalitet og at planlægningen er i overensstemmelse med specialernes målbeskrivelser, herunder med relevant faglig progression og tilstrækkelig supervision, bør det være tydeligt at de specialespecifikke uddannelsesråd skal inddrages i rådgivningen, da ikke alle specialer er repræsenteret i DRRLV.

København d. 05-08-2026

Supplerende høringssvar fra Dansk Psykiatrisk selskab (DPS) ifm. lovpakke IIIa vedr. bl.a. styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb.

DPS forholder sig i dette supplerende høringssvar til den del af lovforslaget, der vedrører styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse.

DPS anerkender at det justerede lovforslag nu beskriver at afgørelser om placering af forløb i regionsrådene skal træffes efter rådgivning fra de regionale videreuddannelsesråd (DRRLV) og at regionsrådene skal forholde sig til denne rådgivning.

For fortsat at kunne sikre høj uddannelseskvalitet og at planlægningen er i overensstemmelse med specialernes målbeskrivelser, herunder med relevant faglig progression og tilstrækkelig supervision, bør det være tydeligt at de specialespecifikke uddannelsesråd skal inddrages i rådgivningen, da ikke alle specialer er repræsenteret i DRRLV.

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Fra: Amalie Bytofte (amaliebytofte@hotmail.com)
Titel: Supplerende høring: Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Sendt: 8/17/2026 2:15 PM

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til rette vedkommende

DASEM takker for muligheden for at komme med høringssvar.
Vi har gennemgået materialet og har ingen kommentarer for nuværende. DASEM ser frem til samarbejdet og en fortsat involvering omkring de akutte patienter.

På vegne af DASEM
Amalie Bytofte
Faglig Sekretær

DASEM DANSK SELSKAB FOR AKUTMEDICIN
DANISH SOCIETY FOR EMERGENCY MEDICINE

Dansk Selskab for Almen Medicin

København, den 10. august 2026

Til Sundheds- og Kirkeministeriet

Høringssvar fra DSAM vedr. udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) takker for muligheden for på ny at afgive høringssvar til lovforslaget.

DSAM afgav høringssvar til det tidligere udkast den 21. januar 2026. Vi fastholder vores tidligere bemærkninger og har herudover enkelte bemærkninger til ændringerne i det nye udkast.

1. Ny model for specialeplanlægning

DSAM har ingen yderligere bemærkninger.

2. Ny afregningsordning ved sundheds- og omsorgspladser samt færdigbehandlede patienter

DSAM har ingen yderligere bemærkninger.

3. Lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen

DSAM bifalder fortsat, at regionerne får bedre muligheder for sammenhængende indkøb og distribution af lægemidler og at sygehusapotekerne kan levere lægemidler og andre varer til regionale funktioner på midlertidige døgndækkede pladser og i akutsygeplejen.

DSAM finder det særligt positivt, at medicinskabenes og medicinrummenes funktion i beredskabssituationer nu er gjort tydeligere i lovforslaget. Det kan få væsentlig betydning for sundhedsvæsenets beredskab.

DSAM foreslår, at man ud over distribution til befolkningen med henblik på behandling i eget hjem og på midlertidige døgndækkede pladser også nævner muligheden for at levere lægemidler til almen praksis i forbindelse med beredskabssituationer. Almen praksis er geografisk bredt placeret og vil i en beredskabssituation kunne spille en vigtig rolle for den lokale adgang til behandling.

4. Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb

DSAM anerkender ønsket om at tage geografiske hensyn i den lægelige videreuddannelse og om at understøtte placeringen af uddannelsesforløb uden for de større byer. DSAM kan bakke op om intentionen om at skabe håndholdte, sammenhængende og individuelt tilpassede uddannelsesforløb, der kan fremme en længerevarende tilknytning til lægedækningstruede områder.

Lovændringen er unødvendig

Regionerne har allerede i dag betydelig indflydelse på fordelingen og tilrettelæggelsen af uddannelsesstillingerne. DSAM mener derfor fortsat, at det er unødvendigt at flytte den formelle beslutningskompetence fra de regionale videreuddannelsesråd til regionsrådene. Regionernes kompetencer kan efter DSAM's opfattelse styrkes gennem regionale repræsentanter i råd og udvalg frem for ved at flytte selve beslutningskompetencen.

Uddannelseskvalitet og patientsikkerhed skal have forrang

Selv om hensynet til uddannelseskvalitet nævnes flere steder, er DSAM bekymret over følgende formulering på side 38: *"Det følger videre, at kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen eksempelvis kan være lægedækning, patientsikkerhed, uddannelseskapacitet, driftshensyn, uddannelseskvalitet m.v. samt hensynet til en styrket fordeling af læger på tværs af landet."*

DSAM finder, at formuleringen giver anledning til bekymring for, at kortsigtede drifts- og rekrutteringshensyn kan komme til at veje tungere end uddannelseskvaliteten og patientsikkerheden. Uddannelseskvalitet og patientsikkerhed kan ikke rubriceres som eksempler, men bør være en forudsætning for, at der overhovedet kan oprettes en uddannelsesstilling.

DSAM er bekymret for, at loven kan skabe baggrund for, at man kan komme til at uddanne speciallæger, der ikke lever op til de krav til speciallægeuddannelsen, som er udstukket fra Sundhedsstyrelsen.

En speciallægetitel skal gerne også i fremtiden signalere, at man med sikkerhed kan regne med, at den pågældende læge har gennemgået den af Sundhedsstyrelsen fastlagte speciallægeuddannelse og at lægen lever op til alle de faglige krav, der er stillet i den forbindelse.

DSAM foreslår derfor, at sætningen omformuleres, så det udtrykkeligt fremgår af lovbemærkningerne, at hensyn til lægedækning, uddannelseskapacitet og drift ikke må kompromittere uddannelseskvaliteten eller patientsikkerheden.

Manglende overgangsbestemmelse

Følgende overgangsbestemmelse fra det tidligere lovudkast er fjernet i det nye lovforslag: *"Stk. 5. § 34, stk. 2, og § 34 a, stk. 1-4, i autorisationsloven, som affattet ved denne lovs § 4, nr. 3 og 5, finder ikke anvendelse på uddannelsesforløb, som de regionale råd for lægers videreuddannelse har godkendt før lovens ikrafttræden. For sådanne uddannelsesforløb finder de hidtil gældende regler anvendelse."*

DSAM finder det stærkt problematisk, at overgangsbestemmelsen for allerede godkendte uddannelsesforløb er fjernet. Konsekvensen er, at regionsrådene fra den 1. januar 2027 overtager kompetencen også for forløb, der er godkendt under den hidtidige ordning.

Bemærkningerne angiver, at dette blandt andet gælder ved behov for tilpasninger som følge af orlov, barsel, sygdom, forskningsophold eller overflytning mellem regioner. Formuleringen "herunder" indebærer imidlertid, at de nævnte situationer ikke er udtømmende. Dermed åbnes der for, at allerede godkendte og påbegyndte uddannelsesforløb kan ændres af andre grunde, uden at rækkevidden af denne adgang er klart afgrænset.

For en læge i hoveduddannelse i almen medicin kan en ændring berøre både praksisansættelser og sygehusophold i et cirka femårigt forløb. Lægen og familien vil ofte have truffet omfattende dispositioner om bolig, transport, arbejde, skole og institution på baggrund af det godkendte forløb. Det er ikke rimeligt, at sådanne forløb efterfølgende kan ændres af hensyn til lægedækning, drift eller regional planlægning.

DSAM foreslår derfor, at overgangsbestemmelsen genindsættes. Det bør som minimum fremgå udtrykkeligt, at allerede godkendte eller påbegyndte uddannelsesforløb ikke kan ændres af hensyn til lægedækning, drift eller regional planlægning uden den uddannelsessøgende læges samtykke.

Med venlig hilsen

Maria Krüger
Formand for DSAM

17.8.26

Til rette vedkommende

Tak for at give Dansk Selskab for Infektionsmedicin mulighed for at indgive supplerende høringssvar til

" Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.".

Det skal indledningsvis anføres at det er uhensigtsmæssigt ikke at anføre præcis hvori ændringerne består når et så omfattende dokument (82 sider) sendes i supplerende høring. Det vanskeliggør arbejdet betydeligt for høringsparterne.

I forhold til den reviderede version bifaldes det, at der er justeret omkring overvågning af landsdelsfunktioner. I øvrigt henvises til allerede fremsendte høringssvar fra Dansk Selskab for infektionsmedicin fra januar 2026.

Ved behov for uddybning eller øvrige kommentarer er man velkommen til at kontakte undertegnede.

Med Venlig Hilsen

Lars Skov Dalgaard

Forperson Dansk selskab for Infektionsmedicin

Forperson: Overlæge Lars Skov Dalgaard forperson@infmed.dk
Næstforperson: Afdelingslæge Michala Vaaben Rose naestforperson@infmed.dk
Kasserer: Afdelingslæge Karina Frahm Kirk kasserer@infmed.dk
Administrativ konsulent: Sys Hemmingsen sekretaer@infmed.dk
Faglig Sekretær: Læge Kristoffer Skaalum Hansen
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Zitta Barrella Harboe
Bestyrelsesmedlem: Cheflæge Anne Lindebo Holm Øvrehus
Bestyrelsesmedlem (suppleant): Overlæge Christian Wejse

19. august 2026

Til Sundheds- og Kirkeministeriet

Høringssvar til lovforslag vedr. specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremsendte udkast.

Bemærkninger vedr. lovforslagets § 4 om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse og navnlig den foreslåede nye § 34 a i autorisationsloven

Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi anerkender behovet for at sikre en hensigtsmæssig geografisk fordeling af læger og en bedre lægedækning i hele landet. Selskabet er imidlertid bekymret for, at den foreslåede ændring kan medføre, at hensyn til regional drift, bemanding og lægedækning får for stor vægt på bekostning af uddannelsesmæssige hensyn.

Fordelingen og tilrettelæggelsen af uddannelsesforløb bør først og fremmest ske ud fra hensyn til uddannelseskvalitet og opfyldelse af specialets målbeskrivelse, adgang til kvalificeret supervision og vejledning, et tilstrækkeligt og relevant patient- og opgavegrundlag samt patientsikkerhed. Uddannelsesstillinger bør ikke primært anvendes til at løse bemandings- og driftsmæssige udfordringer.

De regionale videreuddannelsesråd har den uddannelsesfaglige ekspertise og det nære kendskab til uddannelsesstederne, specialernes målbeskrivelser og de lægelige videreuddannelsesmiljøer. Det forekommer derfor uhensigtsmæssigt, at den instans, som har den centrale uddannelsesfaglige ekspertise og fortsat skal godkende uddannelsesafdelingerne, ikke længere skal have den endelige kompetence til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløbene.

Det fremgår af lovforslaget, at regionsrådene skal træffe afgørelser efter rådgivning fra de regionale videreuddannelsesråd. Rådgivningen er imidlertid ikke bindende, og lovforslaget fastsætter ikke tydelige kriterier for, hvornår eller på hvilket grundlag regionsrådene kan fravige den. Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi finder derfor, at der er risiko for, at uddannelsesfaglige hensyn i praksis kan blive tilsidesat til fordel for regionale drifts- og fordelingshensyn.

På den baggrund mener Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi, at man ikke bør flytte beslutningskompetencen til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb fra de regionale videreuddannelsesråd.

Såfremt beslutningskompetencen alligevel flyttes til regionsrådene, anbefales det som minimum, at det fremgår tydeligt af loven eller lovbemærkningerne:

1. at uddannelseskvalitet, kompetenceopnåelse, kvalificeret supervision og patientsikkerhed er de primære hensyn ved fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb,
2. og at regionsrådene som udgangspunkt skal følge de regionale videreuddannelsesråds uddannelsesfaglige rådgivning, og at en eventuel fravigelse skal begrundes konkret og skriftligt.

Sammenfatning

Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi støtter ambitionen om en bedre lægedækning i hele landet. Dette hensyn må imidlertid ikke svække kvaliteten af speciallægeuddannelsen. Speciallægeuddannelsens primære formål er at uddanne kompetente speciallæger. Fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb bør derfor først og fremmest være baseret på uddannelsesfaglige hensyn. Lægedækning bør indgå som et mindre og sekundært hensyn. Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi anbefaler på denne baggrund ikke, at den foreslåede flytning af beslutningskompetencen til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb vedtages. Såfremt lovforslaget alligevel fastholdes, da anbefaler vi at der indføres tydelige lovmæssige garantier for, at de uddannelsesfaglige hensyn og de regionale videreuddannelsesråds vurderinger får afgørende vægt.

Med venlig hilsen

Freja Hemmingsen Sørup.
Speciallæge i klinisk farmakologi og formand for Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi (DSKF)
formanden@kliniskfarmakologi.dk

HØRINGSSVAR

Supplerende høring

Lovforslag om specialeplanlægning, uddannelsesforløb m.v.

Til: Sundheds- og Kirkeministeriet
Sagsnr.: 2025-9152
Afsender: Dansk Selskab for Medicinsk Genetik (DSMG)
Dato: [18.8.2026]

Dansk Selskab for Medicinsk Genetik (DSMG) takker for muligheden for at afgive supplerende bemærkninger til lovforslaget. DSMG's bemærkninger vedrører navnlig den foreslåede model for specialeplanlægning og de foreslåede ændringer i fordelingen og tilrettelæggelsen af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse.

Specialeplanlægning

DSMG anerkender ønsket om en mere fleksibel specialeplanlægning. Selskabet finder det positivt, at Sundhedsstyrelsen fortsat skal fastsætte de faglige krav til lands- og landsdelsfunktioner, godkende landsfunktioner og – som præciseret i det reviderede lovudkast – fortsat godkende landsdelsfunktioner på private sygehuse.

Klinisk genetik er imidlertid et lille og højt specialiseret speciale med få faglige miljøer. Specialets funktioner er tæt forbundet med avanceret laboratoriediagnostik, bioinformatik, variantfortolkning, multidisciplinært samarbejde, nationale og internationale faglige netværk samt forskning og uddannelse. Klinisk genetik indgår desuden i specialiserede patientforløb på tværs af en lang række lægelige specialer.

Det er derfor væsentligt, at regionernes mulighed for at placere eller flytte landsdelsfunktioner på regionale sygehuse ikke medfører fragmentering af små faglige miljøer eller svækker den nationale koordinering, forsyningssikkerheden eller kvaliteten og sammenhængen i patientforløbene.

DSMG anbefaler på den baggrund:

1. At væsentlige ændringer i placeringen af landsdelsfunktioner sker efter en dokumenteret national og tværregional vurdering af behov, kapacitet og faglig bæredygtighed.
2. At relevante videnskabelige selskaber høres, inden der træffes beslutning om væsentlige ændringer i placeringen af landsdelsfunktioner.
3. At kravene til varetagelsen af specialfunktioner ud over aktivitet og kapacitet omfatter adgang til relevante kliniske og laboratoriemæssige kompetencer, bioinformatik, multidisciplinært samarbejde, forskning, metodeudvikling og uddannelse.
4. At der opretholdes national transparens og relevant national opfølgning på landsdelsfunktioner inden for små specialer og områder med sjældne sygdomme, selv om den generelle årlige afrapportering reduceres.

Lægelig videreuddannelse

DSMG finder det væsentligt, at flytningen af beslutningskompetencen vedrørende uddannelsesforløb fra de regionale videreuddannelsesråd til regionsrådene ikke medfører, at regionale drifts- eller fordelingshensyn får forrang for uddannelseskvaliteten.

I klinisk genetik er antallet af uddannelsesforløb begrænset. Opfyldelse af målbeskrivelsen forudsætter adgang til en tilstrækkelig bred patientpopulation, specialiserede diagnostiske metoder, supervision og flere subspecialiserede faglige miljøer. Uddannelsesforløbene kan derfor nødvendiggøre tværregional koordinering og uddannelseselementer på flere matrikler.

DSMG anbefaler derfor:

5. At de regionale videreuddannelsesråds uddannelsesfaglige rådgivning tillægges betydelig vægt, og at en region særskilt begrunder en beslutning, hvis rådgivningen ikke følges.
6. At fordelingen af uddannelsesforløb i små specialer sker efter national eller forpligtende tværregional koordinering og med inddragelse af det relevante videnskabelige selskab.
7. At hensynet til geografisk fordeling af uddannelsesforløb ikke tilsidesætter kravene til supervision, faglig bredde, kompetenceopnåelse og adgang til højt specialiserede miljøer.

Afsluttende bemærkning

DSMG støtter således intentionerne om fleksibilitet og bedre geografisk lægedækning, men finder, at disse hensyn skal ledsages af tydelige nationale og uddannelsesfaglige sikkerhedsforanstaltninger for små og højt specialiserede fagområder.

Med venlig hilsen

Søren Færgeman

Formand

Dansk Selskab for Medicinsk Genetik

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Høringssvar til supplerende høringsudkast til forslag om lov om specialeplanlægning, afregningsmodel, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Den: 2. juli 2026
Ref.: LSA

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30DK-1250
København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslag til lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Vedr. afregningsmodel for sundheds- og omsorgspladser
Dansk Sygeplejeråd bakker grundlæggende op om sundhedsreformens intention om at samle en større del af ansvaret for det sammenhængende patientforløb hos én myndighed. Når ansvaret for sundheds- og omsorgspladser flytter fra kommuner til regioner, så skabes der en større sammenhæng for de patienter, der ikke længere har behov for hospitalsophold, men fortsat har behov for mange sundhedsydelser og lægedækning.

Men der opstår samtidig en ny snitflade i det sammenhængende patientforløb; nemlig der hvor kommunen skal være klar med de rette indsatser, for at kunne tage en patient hjem fra en sundheds- og omsorgsplads. I den forbindelse anerkender Dansk Sygeplejeråd, at afslutningstaktsen fungerer som et økonomisk incitament i denne overgang.

Dansk Sygeplejeråd kan ikke vurdere, om niveauet på afslutnings-taksten ligger korrekt i forhold til at skabe det rette økonomiske incitament for kommunerne. Men Dansk Sygeplejeråd henstiller til, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet tager højde for følgende faglige overvejelser, som Dansk Sygeplejeråd har anført i høringssvar til kvalitetsstandarderne for sundheds- og omsorgspladserne:

"Dansk Sygeplejeråd bemærker, at inklusionskriterierne for tildeling vurderes meget brede i forhold til den aftalte kapacitet på kun 2600 pladser på landsplan. Især når tildeling i det nuværende udkast også kan begrundes med hensyn i hhv. ***organisatorisk bæredygtighed*** *og i* ***boligsociale forhold.*** *En eventuel yderligere reduktion i antal pladser vurderes ikke at være i overensstemmelse med den demografiske udvikling med flere ældre borgere og flere mennesker med multisygdom.*
Dansk Sygeplejeråd hæfter sig i øvrigt ved, at tildelingskriterierne for ophold både kan gælde for borgere med et behov før og efter et

hospitalsophold. Muligheden for, at et ophold også kan anvendes til at ***forebygge*** *en indlæggelse, øger behovet for tydelige snitflader og ansvarsfordeling mellem den kommunale sygepleje og den regionale sundhedsopgave, da den kommunale sygepleje er ansvarlig for forebyggelse."*

Vedr. lægemidler
Dansk Sygeplejeråd er glade for, at patienter på sundheds- og omsorgspladser nu fremadrettet er omfattet af samme regler om medicinudlevering, som i resten af det regionale sundhedsvæsen. Det bidrager til mere sømløse forløb og øger ligheden i patientforløb.

Derfor bakker Dansk Sygeplejeråd op om, at akutsygeplejersker også har adgang til den nødvendige medicin som anvendes ved opstart af behandling. Her vil der være behov for en nærmere drøftelse af praktikken, fx *hvor* akutsygeplejersken skal hente medicinen, og *i hvilket omfang* akutsygeplejersken kan pakke de forventede lægemidler til en samlet vagt, så unødig kørsel til og fra et centralt medicinrum kan undgås.

Med venlig hilsen



Dorthe Boe Danbjørg
Forkvinde, Dansk Sygeplejeråd

Til: sum@sum.dk (DEP Sundhedsministeriet)
Cc: ffl@sum.dk, mbl@sum.dk
Fra: Lise Sørensen (ls@demens-dk.dk)
Titel: SV: Supplerende høring: Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Sendt: 6/26/2026 9:27 AM
Bilag: image002.png;

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Danske Demenskoordinatorer kvitterer for høringen – vi har ingen kommentarer.

Med venlig hilsen

Lise Sørensen
Faglig sekretær
Danske Demenskoordinatorer (DKDK)

Tlf. 3877 0168
Svend Aukens Plads 11, 2300 København S

Fra: Frederikke Fleischer <FFL@SUM.DK>
Sendt: 24. juni 2026 10:41
Til: Faglig Fælles Forbund 3F <3f@3f.dk>; Advoksamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>; ac@ac.dk; post@alzheimer.dk; marie@angstforeningen.dk; info@ato.dk; Astma-Allergi Forbundet <info@astma-allergi.dk>; kontor@autisme.dk; info@bedrepsykiatri.dk; Børnerådet <brd@brd.dk>; bf@boernesagen.dk; bv@bornsvilkar.dk; teo@au.dk; jurfak@jur.ku.dk; kontakt@cfh.ku.dk; cpdanmark@cpdanmark.dk; info@danish.care; Danmarks Apotekerforening <apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk>; Danmarks Evalueringsinstitut <eva@eva.dk>; info@lunge.dk; Danmarks Tekniske Universitet (dtu) <dtu@dtu.dk>; lars.iversen@clin.au.dk; bastrup@health.sdu.dk; Dansk Erhverv (info) <info@danskerhverv.dk>; dfi@dkpharma.dk; farmaceutiske-selskab@pharmadanmark.dk; dhf@danskhandicapforbund.dk; Emballageindustrien <hoering@di.dk>; dkf@danskkiropraktorforening.dk; lie@dadl.dk; lkr@dadl.dk; dos@dadlnet.dk; ltn@dadl.dk; dp@dp.dk; kontakt@dpfo.dk; formand@paediatri.dk; formand@dasams.dk; kontakt@dasem.dk; dsam@dsam.dk; sekretariat@dasaim.dk; administration@dsff.dk; formanden@dskf.org; formand@dsko.org; gib@dadl.dk; info@patientsikkerhed.dk; Bastrup@health.sdu.dk; ds@socialraadgiverne.dk; dansk.standard@ds.dk; dasys@dasys.dk; dsr@dsr.dk; info@dansktandsundhed.dk; dbio@dbio.dk; bestyrelserne@deg.dk; lederne@deg.dk; info@fodterapeut.dk; fysio@fysio.dk; kontakt@dgsnet.dk; mail@danskegymnasier.dk; dh@handicap.dk; vuc@vuc.dk; bestyrelsesforeningen@vuc.dk; csc@danskelandbrugsskoler.dk; info@danskeosteopater.dk; info@danskepatienter.dk; Danske Regioner <regioner@regioner.dk>; fdr@fdr.dk; info@danske-seniorer.dk; lederforeningen@sosu.dk; sosu@sosu.dk; bestyrelserne@sosu.dk; info@dansktp.dk; Danske Universiteter <dkuni@dkuni.dk>; sikkerpost@danskevv.dk; info@danske-aeldreraad.dk; danva@danva.dk; Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>; janvestergaard@dadlnet.dk; Demenskoordinatorer i Danmark <info@demens-dk.dk>; mail@dukh.dk; sekretariat@depressionsforeningen.dk; forperson@bupnet.dk; Det Centrale Handicapråd <dch@dch.dk>; Det Etiske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>;

Sundheds- og Kirkeministeriet
Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

Den 20. 08 2026

Vedrørende sagsnr.: 2025 - 9152

Høringssvar vedr. lovforslag vedr. specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Danske Erhvervsskoler og -Gymnasier har ingen bemærkninger til ovenstående høring.

På vegne af Danske Erhvervsskoler og -Gymnasier
Mie Hovmark | Politik og Rådgivningschef

Til: sum@sum.dk, ffl@sum.dk, mbl@sum.dk
Cc: camilla@danskeosteopater.dk
Fra: Hanna Tómasdóttir (hanna@danskeosteopater.dk)
Titel: Supplerende høring: Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsyge
Sendt: 8/14/2026 10:19 PM
Bilag: ATT00001.png;

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til rette vedkommende

Danske Osteopater har ingen bemærkninger til lovforslaget.

De bedste hilsner,
Hanna Tómasdóttir

HANNA TÓMASDÓTTIR · DO M.D.O.
Autoriseret Osteopat · Master i Positiv Psykologi & Master of Headache Disorders
MSc stud. in Women's Health

Formand for Danske Osteopater
Board of Directors Osteopathic International Alliance OIA
Past President of Osteopathy Europe Osteopathy Europe
info@danskeosteopater.dk · +45 2625 5699 · Finsensvej 42 st. tv., 2000 Frb.

Fra: Frederikke Fleischer <FFL@SUM.DK>
Dato: 24. juni 2026 kl. 10.40 Centraleuropæisk sommertid
Emne: Supplerende høring: Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Til: Faglig Fælles Forbund 3F <3f@3f.dk>, Advoksamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>, ac@ac.dk <ac@ac.dk>, post@alzheimer.dk <post@alzheimer.dk>, marie@angstforeningen.dk <marie@angstforeningen.dk>, info@ato.dk <info@ato.dk>, Astma-Allergi Forbundet <info@astma-allergi.dk>, kontor@autisme.dk <kontor@autisme.dk>, info@bedrepsykiatri.dk <info@bedrepsykiatri.dk>, Børnerådet <brd@brd.dk>, bf@boernesagen.dk <bf@boernesagen.dk>, bv@bornsvilkar.dk <bv@bornsvilkar.dk>, teo@au.dk <teo@au.dk>, jurfak@jur.ku.dk <jurfak@jur.ku.dk>, kontakt@cfh.ku.dk <kontakt@cfh.ku.dk>, cpdanmark@cpdanmark.dk <cpdanmark@cpdanmark.dk>, info@danish.care <info@danish.care>, Danmarks Apotekerforening <apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk>, Danmarks Evalueringsinstitut <eva@eva.dk>, info@lunge.dk <info@lunge.dk>, Danmarks Tekniske Universitet (dtu) <dtu@dtu.dk>, lars.iversen@clin.au.dk <lars.iversen@clin.au.dk>, bastrup@health.sdu.dk <bastrup@health.sdu.dk>, Dansk Erhverv (info) <info@danskerhverv.dk>, dfi@dkpharma.dk <dfi@dkpharma.dk>, farmaceutiske-selskab@pharmadanmark.dk <farmaceutiske-selskab@pharmadanmark.dk>, dhf@danskhandicapforbund.dk <dhf@danskhandicapforbund.dk>, Emballageindustrien <hoering@di.dk>, dkf@danskkiropraktorforening.dk <dkf@danskkiropraktorforening.dk>, lie@dadl.dk <lie@dadl.dk>, lkr@dadl.dk <lkr@dadl.dk>, dos@dadlnet.dk <dos@dadlnet.dk>, ltn@dadl.dk <ltn@dadl.dk>, dp@dp.dk <dp@dp.dk>, kontakt@dpfo.dk <kontakt@dpfo.dk>, formand@paediatri.dk <formand@paediatri.dk>, formand@dasams.dk <formand@dasams.dk>, kontakt@dasem.dk <kontakt@dasem.dk>, dsam@dsam.dk <dsam@dsam.dk>, sekretariat@dasaim.dk <sekretariat@dasaim.dk>, administration@dsff.dk <administration@dsff.dk>, formanden@dskf.org <formanden@dskf.org>, formand@dsko.org <formand@dsko.org>, gib@dadl.dk <gib@dadl.dk>, info@patientsikkerhed.dk <info@patientsikkerhed.dk>, Bastrup@health.sdu.dk <Bastrup@health.sdu.dk>, ds@socialraadgiverne.dk <ds@socialraadgiverne.dk>, dansk.standard@ds.dk <dansk.standard@ds.dk>, dasys@dasys.dk <dasys@dasys.dk>, dsr@dsr.dk <dsr@dsr.dk>, info@dansktandsundhed.dk <info@dansktandsundhed.dk>, dbio@dbio.dk <dbio@dbio.dk>, bestyrelserne@deg.dk <bestyrelserne@deg.dk>, lederne@deg.dk <lederne@deg.dk>, info@fodterapeut.dk <info@fodterapeut.dk>, fysio@fysio.dk <fysio@fysio.dk>, kontakt@dgsnet.dk <kontakt@dgsnet.dk>, mail@danskegymnasier.dk <mail@danskegymnasier.dk>, dh@handicap.dk <dh@handicap.dk>, vuc@vuc.dk <vuc@vuc.dk>, bestyrelsesforeningen@vuc.dk <bestyrelsesforeningen@vuc.dk>, csc@danskelandbrugsskoler.dk <csc@danskelandbrugsskoler.dk>, info@danskeosteopater.dk <info@danskeosteopater.dk>, info@danskepatienter.dk <info@danskepatienter.dk>, Danske Regioner <regioner@regioner.dk>, fdr@fdr.dk <fdr@fdr.dk>, info@danske-seniorer.dk <info@danske-seniorer.dk>, lederforeningen@sosu.dk <lederforeningen@sosu.dk>, sosu@sosu.dk <sosu@sosu.dk>, bestyrelserne@sosu.dk <bestyrelserne@sosu.dk>, info@dansktp.dk <info@dansktp.dk>, Danske Universiteter <dkuni@dkuni.dk>, sikkerpost@danskevv.dk <sikkerpost@danskevv.dk>, info@danske-aeldreraad.dk <info@danske-aeldreraad.dk>, danva@danva.dk <danva@danva.dk>, Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>, janvestergaard@dadlnet.dk <janvestergaard@dadlnet.dk>, info@demens-dk.dk <info@demens-dk.dk>, mail@dukh.dk <mail@dukh.dk>, sekretariat@depressionsforeningen.dk <sekretariat@depressionsforeningen.dk>, forperson@bupnet.dk <forperson@bupnet.dk>, Det Centrale Handicapråd <dch@dch.dk>, Det Etiske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>,

Sundheds- og Kirkeministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

E-mail: sum@sum.dk, cc: ffl@sum.dk og mbl@sum.dk

Dato:
20. august 2026

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
eo@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Supplerende høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive supplerende bemærkninger til lovforslaget.

Vi fastholder de overordnede hensyn og anbefalinger, som fremgår af vores høringssvar af 23. januar 2026, og henviser til dette for vores samlede vurdering af lovforslaget. I dette supplerende høringssvar kommenterer vi de ændringer, der er foretaget siden sidste høring, samt uddyber et enkelt punkt fra vores oprindelige høringssvar, som vi fortsat mener er vigtigt at fremhæve.

Danske Patienter har følgende bemærkninger:

1. Fortsat national godkendelse af landsdelsfunktioner på private sygehuse

Det reviderede udkast ændrer modellen, så Sundhedsstyrelsen fortsat godkender landsdelsfunktioner på private sygehuse, mens regionsrådene overtager godkendelsen på regionale sygehuse, jf. § 208, stk. 2 og 4.

Danske Patienter ser positivt på denne ændring, der imødekommer den bekymring et uensartet fagligt grundlag, som vi rejste i vores oprindelige høringssvar. En fortsat national godkendelse sikrer et ensartet fagligt grundlag og et nationalt overblik, som er særligt vigtigt for patienter med komplekse og sjældne forløb, hvor sammenhængen til de højt specialiserede miljøer skal være forpligtende.

Det er samtidig vigtigt, at der er en klar sammenhæng og koordinering mellem landsdelsfunktioner og landsfunktioner. Det gælder særligt for patienter med sjældne og komplekse sygdomme, hvor behandlingen ofte forudsætter tæt samarbejde på tværs af specialiseringsniveauer, og hvor særlig ekspertise fra landsfunktionerne bør kunne bringes systematisk i spil i landsdelsfunktionerne.

Ved godkendelsen af landsdelsfunktioner på private sygehuse bør der derfor være tydelige krav til samarbejde, vidensdeling og faglig koordinering med relevante landsfunktioner. Dette hensyn gør sig

Danske Patienter er paraply for patient- og pårørendeforeninger i Danmark. Danske Patienter har 30 medlemsforeninger, der repræsenterer 109 patientforeninger og 900.000 medlemmer: Alzheimerforeningen, Amputationsforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Dansk Søvnapnø Forening, Depressionsforeningen, Diabetesforeningen, Endometriose Fællesskabet, Epilepsiforeningen, Fibromyalgi- & Smerteforeningen, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Patientforeningen Fertilitet og Tab, PolioForeningen, Psoriasisforeningen, Scleroseforeningen, SIND, Sjældne Diagnoser, Somenta, Tarmforeningen, UlykkesPatientForeningen og Øjenforeningen.

efter Danske Patienters vurdering gældende uanset, om landsdelsfunktionen godkendes af Sundhedsstyrelsen på et privat sygehus eller af regionsrådet på et regionalt sygehus, jf. § 208, stk. 4, og vi opfordrer til, at kravene til samarbejde og faglig koordination med landsfunktionerne indarbejdes ensartet for begge godkendelsesspor.

Vi noterer også, at kompetencefordelingen nu fremgår direkte af lovteksten, hvilket imødekommer vores tidligere anbefaling herom.

2. Fortsat behov for et fagligt filter ved regionale godkendelser

Danske Patienter noterer, at det reviderede udkast ikke indeholder krav om, at regionsrådet indhenter Sundhedsstyrelsens faglige vurdering, før der gives godkendelse af landsdelsfunktioner på regionale sygehuse, jf. § 208, stk. 4. Det fremgår af bemærkningerne, at regionerne "vil kunne bede om" Sundhedsstyrelsens rådgivning, men alene som en mulighed.

Danske Patienter fastholder derfor den anbefaling, vi fremsatte i vores høringssvar af 23. januar 2026, om at regionerne som udgangspunkt bør indhente Sundhedsstyrelsens faglige vurdering, før der gives godkendelse af en landsdelsfunktion. Et lovfæstet krav herom vil sikre et ensartet fagligt grundlag på tværs af regionerne og modvirke, at beslutninger om placering af landsdelsfunktioner i praksis kommer til at bero på regional kapacitet frem for dokumenteret kvalitet og patientsikkerhed.

3. Ikrafttræden af den statslige afslutningstakst bør afklares

Det reviderede udkast bemyndiger sundhedsministeren til at fastsætte ikrafttrædelsestidspunktet af § 238 c, den statslige tillægstakst fra og med dag 21 for patienter med afsluttet forløb på en sundheds- og omsorgsplads. Den regionale takst efter § 238 b træder fortsat i kraft 1. januar 2027.

Danske Patienter bemærker, at en udskudt ikrafttræden af tillægstaksten kan svække incitamentet til rettidig hjemtagning og dermed mindske adgangen til pladserne for patienter, der har behov for den sundhedsfaglige og rehabiliterende indsats, pladserne er tiltænkt.

Dette ændrer ikke ved vores tidligere bemærkning om, at økonomiske incitamenter aldrig må føre til for tidlig afslutning af forløb; bekymringen gælder alene borgere, hvis forløb allerede er fagligt vurderet afsluttet, men som fortsat opholder sig på en sundheds- og omsorgsplads i afventning af det videre kommunale tilbud.

Vi anbefaler, at ministeriet snarest muligt oplyser en forventet tidshorisont for § 238 c's ikrafttræden, og at belægningen på pladserne følges tæt i mellemtiden.

4. Afsluttende bemærkninger

De øvrige ændringer giver ikke Danske Patienter anledning til supplerende bemærkninger.

For lovforslagets øvrige dele, herunder lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen samt styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb, henviser vi til bemærkningerne i vores høringssvar af 23. januar 2026.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

Sundheds- og Kirkeministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

20-08-2026
EMN-2024-01215
1874814
Ida Kirstine Riber

Danske Regioners høringssvar til supplerende høring over udkast til lovforslag vedr. specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive supplerende bemærkninger til udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.v. vedrørende ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser samt lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akut-sygeplejen mv. (3A).

Danske Regioner afgav i forbindelse med den oprindelige høring i januar 2026 bemærkninger til lovpakke 3a. Danske Regioner skal indledningsvis kvittere for, at der i det supplerende høringsmateriale er foretaget en række ændringer og præciseringer, som imødekommer tidligere rejste bemærkninger.

Det gælder navnlig præciseringen af kompetencefordelingen i den nye model for specialeplanlægning, herunder at Sundhedsstyrelsen fortsat godkender landsdelsfunktioner på private sygehuse, mens regionerne får kompetencen til at godkende landsdelsfunktioner på regionale sygehuse.

Danske Regioner finder samtidig anledning til at fastholde en række af bemærkningerne fra det tidligere høringssvar, ligesom det supplerende høringsmateriale giver anledning til nye bemærkninger og behov for yderligere præciseringer. Danske Regioner finder overordnet, at det

supplerende lovforslag indeholder væsentlige præciseringer og ændringer, som imødekommer flere af Danske Regioners tidligere bemærkninger.

Danske Regioner finder imidlertid fortsat, at lovforslaget bør justeres og præciseres på en række punkter. Det gælder navnlig Sundhedsstyrelsens mulighed for at pålægge regionerne at anvende privat kapacitet, afregningsmodellens incitamenter og ikrafttrædelse samt de nærmere rammer for lægemiddelhåndtering og de regionale kompetencer på videre-uddannelsesområdet. Herudover giver det supplerende høringsmateriale anledning til enkelte nye bemærkninger og præciseringer, som fremgår nedenfor.

1. Ny model for specialeplanlægning

Danske Regioner finder det positivt, at det i det supplerende lovforslag tydeliggøres, at Sundhedsstyrelsen fortsat godkender landsdelsfunktioner på private sygehuse, mens regionerne får kompetencen til at godkende landsdelsfunktioner på regionale sygehuse. Det er i overensstemmelse med Danske Regioners tidligere bemærkninger.

Danske Regioner bifalder således, at lovforslaget er revideret således, at Sundhedsstyrelsen fastholder kompetencen til at godkende landsdels-funktioner (også kaldet regionsfunktioner) på private sygehuse.

Sundhedsstyrelsens mulighed for at pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet

Danske Regioner fastholder imidlertid sin tidligere bemærkning om, at bestemmelsen om, at Sundhedsstyrelsen kan pålægge et regionsråd at anvende privat kapacitet til varetagelse af en landsdelsfunktion, bør udgå.

Danske Regioner noterer sig, at det fortsat fremgår af lovforslaget, at Sundhedsstyrelsen kan pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet til at varetage bestemte funktioner, jf. forslag til § 208, stk. 6: *"Sundhedsstyrelsen kan i særlige tilfælde, og efter høring af det i § 207*

nævnte udvalg, pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet til at varetage en landsdelsfunktion."

Danske Regioner opfattede denne bestemmelse som en sikkerhedsforanstaltning, der i det første lovudkast skulle give Sundhedsstyrelsen mandat til at tilsidesætte regionsrådenes beslutninger om godkendelse af landsdelsfunktioner på private sygehuse. Eftersom Sundhedsstyrelsen i det justerede lovforslag selv godkender landsdelsfunktioner på private sygehuse, vurderer Danske Regioner, at bestemmelsen ikke længere er relevant.

I det tilfælde, at Sundhedsstyrelsen godkender et privat sygehus til at varetage en landsdelsfunktion, kan det private sygehus eller Sundhed Danmark efterfølgende vælge at indgå en aftale med Danske Regioner om behandling af patienter i henhold til det udvidede frie sygehusvalg. Dertil kommer, at hvis en eller flere regioner i en kortere eller længere periode har behov for at udvide deres kapacitet inden for området, kan regionen/regionerne indgå en lokal aftale med det private sygehus.

Bestemmelsens ordlyd om at "pålægge" signalerer, at Sundhedsstyrelsen kan tvinge et regionsråd til at benytte privat kapacitet til at varetage bestemte funktioner. Dette finder Danske Regioner ikke hensigtsmæssigt.

Regionerne har ansvaret for at sikre akut behandling og for, at patienter kan modtage udredning og behandling inden for de tidsfrister, der følger af sundhedsloven. I kraft af dette ansvar har regionerne det samlede overblik over, hvordan ressourcerne bedst kan anvendes, herunder hvordan privat kapacitet mest hensigtsmæssigt kan bidrage til regionens opgavevaretagelse på tværs af lands-, landsdels- og hovedfunktioner.

Udover hvad der følger af centrale aftaler om udvidet frit sygehusvalg, bør det være op til regionerne at vurdere, hvordan de mest hensigtsmæssigt kan tilvejebringe den nødvendige kapacitet, herunder tage stilling til, om og hvordan privat kapacitet kan bidrage til at varetage bestemte funktioner.

Danske Regioner anbefaler på den baggrund, at bestemmelsen udgår eller omformuleres, så den tager højde for ovenstående.

I forhold til specialiserede funktioner er der et særligt hensyn til, at funktionen ikke bør varetages flere steder, end der er behov for med henblik på at sikre princippet om 'øvelse gør mester' - således at der på samtlige godkendte steder er et tilstrækkeligt volumen til at sikre tilstrækkelig rutine og erfaring til, at funktionen kan varetages med høj kvalitet. På den baggrund har regionsrådet et ansvar for at afdække og forsøge at tilvejebringe den nødvendige kapacitet de steder i hele landet, hvor funktionen er godkendt i forvejen.

Placering af landsdelsfunktioner og opfølgning på landsdelsfunktioner
Det supplerende høringsmateriale giver herudover anledning til en ny bemærkning om *placeringen af landsdelsfunktioner.*

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at Sundhedsstyrelsen vil kunne indikere, hvor mange steder regionerne som udgangspunkt forventes at placere de enkelte landsdelsfunktioner.

Danske Regioner finder, at det bør præciseres, hvilken betydning en sådan indikation har for regionernes planlægningskompetence. Det er væsentligt, at den nye model reelt giver regionerne mulighed for at planlægge placeringen af landsdelsfunktionerne ud fra regionale forhold, herunder kapacitet, kvalitet, rekruttering og den samlede organisering af sygehusvæsenet.

Derudover bør det præciseres, at en godkendelse af en landsdelsfunktion på et privat sygehus knytter sig til en konkret klinik/matrikel og den relevante region. Private udbydere kan have klinikker flere steder, og det bør ikke være muligt for en privat udbyder selv at beslutte, hvor en godkendt landsdelsfunktion placeres. En sådan præcisering er nødvendig for at sikre, at regionerne kan varetage deres samlede planlægnings-sansvar.

Det supplerende høringsmateriale giver endvidere anledning til en ny bemærkning om *den fremtidige opfølgning på landsdelsfunktionerne.*

Med den nye model ændres ansvarsfordelingen for den løbende opfølgning på landsdelsfunktionerne. Danske Regioner finder det positivt, at regionerne får et større ansvar for opfølgningen på landsdelsfunktioner på regionale sygehuse.

Hvis den fremtidige regionale opfølgning skal adskille sig væsentligt fra den nuværende praksis, skal Danske Regioner og regionerne inddrages i udformningen af det fremtidige set-up, herunder de nærmere krav til registrering, dokumentation og opfølgning.

2. Ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser

Danske Regioner fastholder de tidligere fremsatte bemærkninger Danske Regioner mener fortsat ikke, at de foreslåede takstniveauer medfører de rette incitamenter og det rette brug af ressourcer i det samlede sundhedsvæsen, da incitamenterne til, at borgere ikke opholder sig unødvendigt længe på hospitaler eller sundheds- og omsorgspladser, med de foreslåede takstniveauer er alt for små.

Kapaciteten på sygehusene skal forbeholdes patienter med behov for behandling, mens sundheds- og omsorgspladser skal anvendes til målrettede, midlertidige forløb. De rette incitamenter er nødvendige for at undgå, at ressourcer bindes i uhensigtsmæssige ophold, og for at sikre, at borgerne hurtigt overgår til den mest hensigtsmæssige løsning i kommunalt regi.

Konkret er Danske Regioner bekymret for, at antallet af færdigbehandlingsdage risikerer at stige i somatikken som følge af den foreslåede meget nedsatte færdigbehandlingstakst, og at opholdene på sundheds- og omsorgspladserne vil blive uhensigtsmæssigt lange som følge af niveauet for den foreslåede afslutningstakst.

Danske Regioner mener, at det er helt nødvendigt, at Danske Regioner, KL og Indenrigs- og Sundhedsministeriet indfører en årlig systematisk opfølgning på de nye takster med henblik på, at modellen kan justeres, hvis antallet af færdigbehandlingsdage i somatikken stiger, og antallet af

ophold for afsluttede borgere på sundheds- og omsorgspladserne bliver uhensigtsmæssigt mange.

Færdigbehandlingstaksten i somatikken
Danske Regioner bemærker, at kommunernes incitament til at hjemtage færdigbehandlede borgere i somatikken efter udskrivelse svækkes væsentligt, hvis det foreslåede lavere takstniveau indføres.

Danske Regioner finder det ikke hensigtsmæssigt at reducere det eksisterende takstniveau i somatikken, da der ikke er sket ændringer i målgruppen for patienter, der udskrives fra sygehus til kommunal pleje.

Selvom regionerne overtager ansvaret for borgere, der har behov for en sundheds- og omsorgsplads og akutsygeplejen, er der stadig en stor gruppe borgere, der udskrives fra et somatisk ophold til eget hjem. For de borgere, der skal direkte hjem efter udskrivelse enten til eget hjem eller til et plejecenter, vil der fortsat være behov for kommunal opfølgning, og regionerne bistår naturligvis kommunerne i de forløb, hvor akutsygeplejen indgår. Mens det fortsat er kommunernes ansvar at sikre tilpasning af hjemmet, relevant plejebolig og at levere hjemme- og sygepleje ved behov efter udskrivelse.

Incitamentet til at sikre de nødvendige foranstaltninger i kommunerne, der giver en færdigbehandlet borger de rette vilkår for at vende hjem, svækkes væsentligt, hvis den nuværende færdigbehandlingstakst reduceres væsentligt, som det fremgår af lovforslaget. En lavere takst vil også øge risikoen for længere ophold på sygehusene og bidrage til, at ressourcerne og kapaciteten på sygehusene ikke anvendes hensigtsmæssigt.

Danske Regioner vil dertil igen understrege behovet for, at der indføres en systematisk opfølgning på den nye færdigbehandlingstakst, og at der bør lægges op til at modellen justeres, hvis antallet af færdigbehandlingsdage stiger.

Danske Regioner bemærker endvidere, at nedsættelsen af takstniveauet medfører en betydelig økonomisk konsekvens for regionerne, som vil skulle skal håndteres.

Afslutningstaksten på sundheds- og omsorgspladserne

Danske Regioner bemærker, at niveauet for den foreslåede afslutningstakst ikke understøtter de to angivne formål om dels at kompensere regionen for at varetage en kommunal opgave, og dels at skabe incitament for kommunerne til at hjemtage borgere.

Danske Regioner vurderer fortsat, at den foreslåede afslutningstakst på sundheds- og omsorgspladserne er for lav og ikke i tilstrækkelig grad vil sikre det rette kommunale incitament til at hjemtage borgere, når de ikke længere har behov for at være på en sundheds- og omsorgsplads.

Det vil medføre, at en betydelig andel af kapaciteten på sundheds- og omsorgspladserne vil blive brugt som ventepladser og dermed forringe tilgængeligheden og tilbuddet til de borgere, som har behov for en sundhedsfaglig og rehabiliterende indsats på pladserne.

Danske Regioner bemærker, at den foreslåede afslutningstakst ikke afspejler de reelle udgifter, som regionerne får til afsluttede borgere med fortsat ophold på en sundheds- og omsorgsplads. En takst på 1.400 kr. pr. dag dækker kun ca. 50 pct. af regionernes faktiske omkostninger til en sundheds- og omsorgsplads.

Det fremgår i lovforslaget, at afslutningstaksten skal være en betaling til regionen for at udføre en kommunal opgave. Der henvises bl.a. til, at *"Det forventes, at indsatserne generelt vil være af lavere intensitet end under den forudgående del af opholdet."* Idet et ophold på en sundheds- og omsorgsplads altid må antages at skulle følge relevant lovgivning, kvalitetsstandarder mv. (og herunder bl.a. ingen egenbetaling), vil det ikke være muligt for regionerne at holde omkostningerne på samme niveau som en plads til et midlertidigt ophold i kommunalt regi.

Tilsvarende vurderes det ikke realistisk at skulle justere løbende op og ned i normering, behandling, pleje mv. afhængigt af, om en patient optager pladsen som afsluttet eller ej. Regionerne kan i praksis ikke differentiere deres behandling og pleje mellem afsluttede borgere og borgere, som endnu ikke er afsluttet.

Regionerne vil således blive økonomisk udfordrede af, at der ikke medfølger finansiering til den opgave, som regionerne skal varetage for kommunerne, når en borger vurderes afsluttet, men fortsat har ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Regionerne bør sikres en afregning, som afspejler omkostningerne ved at skulle være en ekstra kapacitet for kommunerne.

Danske Regioner bemærker endvidere, at det er særligt problematisk, at den supplerende afslutningstakst, som kommuner betaler til staten, først indføres 20 dage efter, at en borger er afsluttet fra en sundheds- og omsorgsplads, men fortsat har ophold der. Det risikerer at medføre, at sundheds- og omsorgspladser anvendes som ventepladser.

Danske Regioner henleder opmærksomheden på, at kommunerne i forbindelse med opgaveflytningen beholder 30 pct. af de nuværende midlertidige pladser netop som aflastnings- og ventepladser. Danske Regioner foreslår derfor, at tidspunktet for indførelsen af en takst mellem kommuner og stat sker tidligere for at sikre det rette incitament til, at kommunerne sørger for en tilstrækkelig plejehjemskapacitet og løsninger i borgernes eget hjem.

Danske Regioner er desuden bekymret for, at ikrafttrædelsen af statens opkrævning af afslutningstaksten hos kommunerne fortsat er uklar og først senere bestemmes af sundhedsministeren. Det er afgørende, at ikrafttrædelsen finder sted den 1. januar 2027, som den foreslåede afslutningstakst mellem regioner og kommuner, så der ikke kommer uhensigtsmæssigt lange ophold på sundheds- og omsorgspladserne.

Danske Regioner mener endvidere, at der nationalt skal gennemføres en tæt opfølgning på kapaciteten på plejehjem og plejebolig, så det sikres, at ophold på sundheds- og omsorgspladserne ikke anvendes i stedet for de rette tilbud i borgerens kommune.

Danske Regioner mener, jf. ovenfor, at der udstår en drøftelse om, hvordan det sikres, at kommunerne investerer tilstrækkeligt i plejehjemskapacitet.

Danske Regioner efterspørger igen sikkerhed for, at kommunerne stiller med en tilstrækkelig plejehjemskapacitet til de borgere, der har behov herfor efter endt ophold på sundheds- og omsorgspladserne.

Danske Regioner mener, at der mellem parterne skal udføres en systematisk opfølgning på den nye afslutningstakst på sundheds- og omsorgspladserne efter det første år med ordningen med henblik på at foretage en evaluering af effekterne og justere modellen, hvis det viser sig nødvendigt.

Ikrafttrædelse og fælles datagrundlag
Danske Regioner har noteret sig, at ikrafttrædelsen af den nye afregningsordning forventes ændret, fordi det fælles datagrundlag ikke forventes at være klar som forudsat.

Danske Regioner finder det vigtigt, at dette ikke i sig selv medfører en unødvendig udskydelse af den nye afregningsordning. Der bør i stedet undersøges muligheder for midlertidige administrative og datamæssige løsninger, således at ordningen kan implementeres som forudsat, mens det fælles datagrundlag færdiggøres.

Såfremt det ikke er muligt at gennemføre den nye afregningsordning som forudsat, bør der etableres en klar overgangsordning, herunder en rimelig afregning eller kompensation til regionerne, frem til den nye model kan træde i kraft.

Teknisk om data
Danske Regioner anbefaler, at den tekniske håndtering af taksterne i forhold til registrering og afregning sker med afsæt i eksisterende registreringer og systemer af hensyn til ressourceforbrug i administrationen.

Præcisering af lovteksten
Danske Regioner skal endvidere henlede opmærksomheden på en mindre sproglig præcisering i lovteksten. Det bør præciseres, at betalingen efter § 238 b, stk. 1, opgøres pr. sengedag. Det foreslås derfor, at bestemmelsen afsluttes med:

”Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.400 kr. (2025-niveau) pr. sengedag.”

3. Lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen

Danske Regioner finder det positivt, at der med lovforslaget skabes hjemmel til, at sygehusapotekerne kan levere lægemidler til sundheds- og omsorgspladser og akutsygeplejen. Det supplerende høringsmateriale giver imidlertid anledning til en række behov for yderligere præciseringer af de praktiske og juridiske rammer for ordningen.

Det bør blandt andet tydeliggøres:

- hvem der har behandlings- og ordinationsansvaret for patienter på sundheds- og omsorgspladser,
- hvordan praktiserende lægers ordination og eventuelle rekvirering af lægemidler fra sygehusapotekerne skal håndteres,
- hvordan samspillet mellem sygehusapoteker og private apoteker er tænkt,
- hvilke rammer der gælder, når sundheds- og omsorgspladser drives af kommunerne,
- og hvilke regler der gælder for etablering og drift af medicinrum og medicinskabe samt akutsygeplejens adgang til lægemidler.

Det er vigtigt, at disse forhold er tilstrækkeligt afklaret inden implementeringen, så der sikres klare ansvarsforhold og ensartede rammer på tværs af regioner og kommuner.

Danske Regioner finder endvidere anledning til at fastholde den tidligere bemærkning om de økonomiske konsekvenser af den nye lægemiddelhåndtering. Selvom udgifterne til selve indkøbet af lægemidler forventes at være begrænsede, vil etableringen af ordningen indebære udgifter til blandt andet distribution, administration, opbevaring samt etablering og indretning af medicinrum og medicinskabe. Danske Regioner

finder derfor ikke, at ordningen samlet set kan betragtes som en økonomisk besparelse for regionerne.

Endelig er der behov for at afklare ansvarsforholdene ved tilbagekaldelse af lægemidler. Når Lægemiddelstyrelsen tilbagekalder lægemidler, kan der være behov for at tilbagekalde lægemidler fra både depot og medicinrum. Da lægemidler og borgere kan flytte sig mellem sundheds- og omsorgspladser, sygehuse og eget hjem, bør det tydeliggøres, hvor sygehusapotekernes ansvar for tilbagekaldelser begynder og slutter.

4. Styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb

Sundhedsreformens mål om bedre lægedækning i hele landet kræver, at regionerne får tydelige kompetencer til at planlægge og anvende den lægelige videreuddannelse strategisk. Det nuværende regelsæt for de regionale råd for lægers videreuddannelse er derfor utidssvarende, fordi det ikke giver regionerne de nødvendige handlemuligheder.

Det er afsættet for at regeringen og Danske Regioner med forårsaftalen om implementering af sundhedsreformen er enige om at arbejde for, at regionernes kompetence til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen styrkes, samtidig med at de regionale videreuddannelsesråd fortsat skal rådgive regionerne om forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse.

Jf. lovforslagets § 34, stk. 2, finder Danske Regioner det uhensigtsmæssigt, at lovforslaget adskiller kompetencen til at godkende uddannelses-afdelinger fra kompetencen til at fordele og tilrettelægge de lægelige videreuddannelsesforløb. De to opgaver hænger tæt sammen og løses i dag reelt samtidigt. Hvis regionerne får kompetence til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb, mens det regionale videreuddannelsesråd fortsat har kompetence til at godkende uddannelsesafdelinger, vil det begrænse regionernes muligheder for reelt at styrke lægedækningen gennem målrettet uddannelsesplanlægning.

En opsplitning af kompetencerne vil indebære en adskillelse af godkendelsen af uddannelsesafdelinger fra fordelingen og tilrettelæggelsen af uddannelsesforløb, som hidtil har været behandlet i sammenhæng. Det vil gøre det vanskeligere at etablere individuelt tilpassede forløb og samtidig medføre længere og mere bureaukratiske beslutningsprocesser. Samtidig begrænses regionernes mulighed for at arbejde strategisk og udviklingsorienteret med uddannelsesopgaven i sammenhæng med sundhedsplanlægning og øvrige opgaver i sundhedsvæsenet. Regionernes mulighed for at finde praktiske løsninger, fx om ekstraordinære forløb, vil ligeledes blive begrænset.

Danske Regioner finder det derfor nødvendigt, at kompetencen til at godkende uddannelsesafdelinger placeres i regionsrådene sammen med kompetencen til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløbene.

Regionerne kan herefter fastlægge den mest hensigtsmæssige organisering af samarbejdet mellem regionerne, videreuddannelsesrådene og -sekretariaterne. Det er Danske Regioners klare forventning, at de regionale videreuddannelsesråd også fremadrettet vil udgøre et væsentligt samarbejdsforum og varetage en bred vifte af opgaver efter bemyndigelse fra regionsrådene.

Danske Regioner er helt enige i, at høj uddannelseskvalitet skal være en grundlæggende forudsætning for den lægelige videreuddannelse. Netop derfor bør ansvaret være entydigt placeret hos regionerne, som allerede har et entydigt ansvar for kvaliteten i sundhedsvæsenets øvrige opgaver. Regionernes drift af sundhedsvæsenet er afhængig af veluddannede speciallæger, og regionerne har kun interesse i at placere uddannelseslæger på afdelinger eller i praksis, hvor kvaliteten er tilstrækkelig. Samtidig har regionsrådene – som ansvarlige for driften af sundhedsvæsenet – kompetencerne til at træffe de nødvendige beslutninger for at opbygge attraktive uddannelsesmiljøer, som kan understøtte lægedækning.

Særlige forhold i Videreuddannelsesregion Nord

Med etableringen af Region Østdanmark bliver Region Midtjylland og Region Nordjylland de eneste regioner, som ikke har eget regionalt videreuddannelsesråd. Danske Regioner er opmærksom på, at lovændringen vil indebære et tæt samspil mellem de to regionsråd og det fælles videreuddannelsesråd.

Mulighed for at klage til Sundhedsstyrelsen

Det fremgår af lovudkastet, at beslutninger om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, truffet af regionsrådet, kan påklages til Sundhedsstyrelsen. Det er en videreførelse af klagebestemmelserne i dag, hvor beslutninger truffet af det regionale råd for lægers videreuddannelse kan påklages til Sundhedsstyrelsen. Danske Regioner bemærker, at det ikke er praksis, at afgørelser truffet af regionsrådene underlægges administrativ klageadgang til Sundhedsstyrelsen, fx beslutninger om drift og placering af hospitalsfunktioner. På den baggrund bør bestemmelsen udgå.

Tidsmæssige perspektiver

Danske Regioner ser positivt på ambitionen om en hurtig og smidig implementering. Samtidig vil en fastholdelse af ikrafttrædelse den 1. januar 2027 stille høje krav til den fælles forberedelse, da der skal være tid til at udvikle og aftale de nødvendige nye arbejdsgange og processer, som kan understøtte en god implementering.

Behov for øvrige ændringer

Det forudsættes, at der foretages de relevante ændringer i bestemmelserne om rådenes opgaver, jf. bekendtgørelse nr. 302 om de regionale råd for lægers videreuddannelse, bekendtgørelse nr. 96 om uddannelse af speciallæger, bekendtgørelse nr. 1256 om lægers kliniske basisuddannelse og bekendtgørelse nr. 406 om speciallæger samt eventuelle følgeændringer i øvrige bekendtgørelser.

Sundheds- og Kirkeministeriet
Center for det behandlende sundhedsvæsen
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

København, 28. juli 2026

Supplerende høring over udkast til lovforslag vedr.
specialeplanlægning, afregningsordning,
lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Danske SOSU-skole og Danske SOSU-skoler - Bestyrelserne kvitterer hermed for muligheden for at afgive høringssvar i høring over udkast til ovennævnte lovforslag.

Foreningerne finder det positivt, at lovforslaget har fokus på de uddannelsesmæssige rammer for den lægelige videreuddannelse. Vi savner imidlertid et tilsvarende fokus på de erhvervsuddannelser, som uddanner den medarbejdergruppe, der i praksis skal løfte en væsentlig del af reformens ambitioner i det nære sundhedsvæsen.

Danske SOSU-skoler anbefaler, at regeringen udarbejder en tilsvarende plan for udvikling af kompetencer, praktik og uddannelseskapacitet på social- og sundhedsområdet, som den gør for den lægelige videreuddannelse.

Herudover har foreningerne ingen bemærkninger til de fremsendte udkast.

Med venlig hilsen,

Emilie Tilma
Konsulent

Danske SOSU·skoler
Bestyrelserne

Danske SOSU·skoler
En uddannelse i livskvalitet

Ny Vestergade 17, 2. sal • 1471 København K
42 41 35 01 • sosu@sosu.dk

Til: sum@sum.dk (DEP Sundhedsministeriet)
Cc: ffl@sum.dk, mbl@sum.dk
Fra: Trine Toftgaard Lund (ttl@aeldreraad.dk)
Titel: VS: Supplerende høring: Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Sendt: 8/14/2026 3:12 PM
Bilag: image002.jpg; image003.png; Udkast til lovforslag.pdf; Høringsbrev.pdf; Høringsliste.pdf;

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsministeriet

Tak for høringsmaterialet. Danske Ældreråd har ingen bemærkninger til den supplerende høring.

Med venlig hilsen

Trine Toftgaard Lund
Direktør
Telefon: 38 77 01 63 | Mobil: 22 42 89 13 | Mail: ttl@aeldreraad.dk

danske ældreråd

Danske Ældreråd | Svend Aukens Plads 11 | 2300 København S
www.danske-aeldreraad.dk

Fra: Frederikke Fleischer <FFL@SUM.DK>
Sendt: 24. juni 2026 10:41
Til: Faglig Fælles Forbund 3F <3f@3f.dk>; Advoksamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>; ac@ac.dk; post@alzheimer.dk; marie@angstforeningen.dk; info@ato.dk; Astma-Allergi Forbundet <info@astma-allergi.dk>; kontor@autisme.dk; info@bedrepsykiatri.dk; Børnerådet <brd@brd.dk>; bf@boernesagen.dk; bv@bornsvilkar.dk; teo@au.dk; jurfak@jur.ku.dk; kontakt@cfh.ku.dk; cpdanmark@cpdanmark.dk; info@danish.care; Danmarks Apotekerforening <apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk>; Danmarks Evalueringsinstitut <eva@eva.dk>; info@lunge.dk; Danmarks Tekniske Universitet (dtu) <dtu@dtu.dk>; lars.iversen@clin.au.dk; bastrup@health.sdu.dk; Dansk Erhverv (info) <info@danskerhverv.dk>; dfi@dkpharma.dk; farmaceutiske-selskab@pharmadanmark.dk; dhf@danskhandicapforbund.dk; Emballageindustrien <hoering@di.dk>; dkf@danskkiropraktorforening.dk; lie@dadl.dk; lkr@dadl.dk; dos@dadlnet.dk; ltn@dadl.dk; dp@dp.dk; kontakt@dpfo.dk; formand@paediatri.dk; formand@dasams.dk; kontakt@dasem.dk; dsam@dsam.dk; sekretariat@dasaim.dk; administration@dsff.dk; formanden@dskf.org; formand@dsko.org; gib@dadl.dk; info@patientsikkerhed.dk; Bastrup@health.sdu.dk; ds@socialraadgiverne.dk; dansk.standard@ds.dk; dasys@dasys.dk; dsr@dsr.dk; info@dansktandsundhed.dk; dbio@dbio.dk; bestyrelserne@deg.dk; lederne@deg.dk; info@fodterapeut.dk; fysio@fysio.dk; kontakt@dgsnet.dk; mail@danskegymnasier.dk; dh@handicap.dk; vuc@vuc.dk; bestyrelsesforeningen@vuc.dk; csc@danskelandbrugsskoler.dk; info@danskeosteopater.dk; info@danskepatienter.dk; Danske Regioner <regioner@regioner.dk>; fdr@fdr.dk; info@danske-seniorer.dk; lederforeningen@sosu.dk; sosu@sosu.dk; bestyrelserne@sosu.dk; info@dansktp.dk; Danske Universiteter <dkuni@dkuni.dk>; sikkerpost@danskevv.dk; Danske Ældreråd <info@aeldreraad.dk>; danva@danva.dk; Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>; janvestergaard@dadlnet.dk; info@demens-dk.dk; mail@dukh.dk; sekretariat@depressionsforeningen.dk; forperson@bupnet.dk; Det Centrale Handicapråd <dch@dch.dk>; Det Etiske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; info@detsocialenetvaerk.dk; Diabetesforeningen <info@diabetes.dk>; rikkehaahr@hotmail.com;

DØNHO DANSKE ØRE-NÆSE-HALSLÆGERS ORGANISATION

Hobro, Søndag den 16. august 2026

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Vedr.: Supplerende høring over udkast til lovforslag vedr. specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv., Sagsnr.: 2025 – 9152, Dok. nr.: 4623944

Danske Øre-Næse-Halslægers Organisation (DØNHO) takker for muligheden for at afgive supplerende bemærkninger til det reviderede lovforslag.

DØNHO afgav den 19. januar 2026 høringssvar til det tidligere udkast. Den aktuelle høring vedrører samme lovforslag i revideret form, og ministeriet har anmodet om supplerende bemærkninger til ændringerne siden den seneste høring.

Specialeplanlægning

DØNHO hilser det velkommen, at Sundhedsstyrelsen fortsat skal godkende landsdelsfunktioner på private sygehuse. Dette imødekommer i væsentlig grad DØNHO's tidligere bemærkning om behovet for ensartede faglige kvalitets- og robusthedskrav ved inddragelse af private enheder.

DØNHO fastholder betydningen af tydelig information til henvisere samt klare visitationsveje og ansvarsforhold ved ændringer i placeringen af landsdelsfunktioner.

Lægelig videreuddannelse

DØNHO finder det positivt, at lovforslaget nu udtrykkeligt fastslår behovet for tværregional koordinering af uddannelsesforløb, hvor dette er nødvendigt. Dette imødekommer en central bekymring i DØNHO's tidligere høringssvar.

DØNHO bemærker samtidig, at lovforslaget fortsat flere steder anvender begrebet **"uddannelsesafdelinger"**. Da den lægelige videreuddannelse også foregår i speciallægepraksis og almen praksis, anbefaler DØNHO, at det ved den efterfølgende udmøntning tydeliggøres, at begrebet **uddannelsessteder** omfatter såvel sygehusafdelinger som speciallægepraksis og almen praksis, og at der gælder ensartede principper for uddannelseskvalitet og godkendelse på tværs af disse.

Med disse bemærkninger finder DØNHO, at de foretagne ændringer på væsentlige punkter imødekommer organisationens tidligere bemærkninger.

Med venlig hilsen
Anders W. Jørgensen
Formand, DØNHO

Til: sum@sum.dk (DEP Indenrigs- og Sundhedsministeriet)
Cc: ffl@sum.dk, mbl@sum.dk
Fra: Camilla Molich Hoff (camilhof@rm.dk)
Titel: SV: Supplerende høring: Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Sendt: 8/11/2026 1:45 PM
Bilag: image001.png; Signature-20260811114603.txt;

Kære Sundheds- og Kirkeministeriet

Ingen kommentarer fra DSKFNM's side.

BH
Camilla

Camilla Hoff
Overlæge, PhD, PKL Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin
Formand, Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi and Nuklearmedicin

Tel. +45 22141694 (privat)
E-mail cahoff@rm.dk

Nuklearmedicin
Aarhus Universitetshospital
Palle Juul-Jensens Boulevard 165, J220
8200 Aarhus N

www.rm.dk

Fra: LVS <lvs@DADL.DK>
Sendt: 24. juni 2026 12:43
Emne: VS: Supplerende høring: Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.

Til de videnskabelige selskaber inkl. sekretariater

Til venlig orientering.
Mvh Lene Kristensen, adm. konsulent LVS

Kære høringsparter

Hermed sendes udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed (Ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering mv. på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen samt styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb) i supplerende offentlig høring.

Lovforslaget har tidligere været i offentlig høring fra den 17. december 2025 til den 23. januar 2026. Lovforslaget nåede ikke at blive fremsat inden valgudskrivelsen og sendes derfor nu i en supplerende høring.

Lovforslaget skal udmønte dele af Aftale om sundhedsreform af 15. november 2024 samt dele af Sundhedsstyrelsens oplæg til en ny model for specialeplanlægning, der blev offentliggjort den 30. september 2025.

Vedlagt denne mail er:

Til: sum@sum.dk, ffl@sum.dk, mbl@sum.dk
Cc: chair@dasaim.dk (chair), karin.graeser.01@regionh.dk (Karin Graeser)
Fra: Rune Sort (rune.sort.01@regionh.dk)
Titel: SV: Supplerende høring: Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Sendt: 8/15/2026 11:50 AM
Bilag: Høringssvar DASAIM.pdf;

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære SUM

Tak for fremsendte supplerende høring.

Vi har i Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM) udtrykt betydelig bekymring over lovforslaget i den oprindelige høring. Denne bekymring består og vores svar til den supplerende høring er uændret – se venligst vedhæftede.

Venlig hilsen
Rune Sort
Formand, DASAIM

Rune Sort
MD, PhD, Associate Professor
Chairman, Danish Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine
Dept. of Anaesthesia & Intensive Care
Amager & Hvidovre University Hospital, Hvidovre
Dept. of Clinical Medicine, University of Copenhagen
Copenhagen, Denmark
Tel.: +45 61333469
rune.sort.01@regionh.dk

Region Hovedstaden anvender de personoplysninger, du giver os i forbindelse med din henvendelse. Du kan læse mere om formålet med anvendelsen samt dine rettigheder på vores hjemmeside: www.regionh.dk/persondatapolitik

Høringssvar vedr. Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.

Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi (DSGH) takker for muligheden for på ny at afgive høringssvar vedrørende ovenstående lovforslag.

Vi har gennemgået det reviderede lovforslag. Trods de foretagne justeringer mener vi fortsat, at lovforslaget indebærer en væsentlig risiko for forringelse af kvaliteten af speciallægeuddannelsen samt utilstrækkelig central faglig styring af specialeplanlægningen.

Vi har redegjort nærmere for disse bekymringer i vores tidligere fremsendte høringssvar, som er vedhæftet. Da de beskrevne problemstillinger efter vores vurdering fortsat er relevante, skal vi opfordre til, at de inddrages og adresseres i det videre lovgivningsarbejde.

På vegne af DSGH's bestyrelse og DSGH's Udvalg for Speciallægeuddannelse

Stig Borbjerg Laursen

Formand, Professor, overlæge, ph.d.

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Mail: sum@sum.dk
CC: ffl@sum.dk og mbl@sum.dk

Dato:
20. august 2026

Supplerende høring over lovforslag vedr. specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

FOA takker for muligheden for endnu engang at afgive høringssvar og har med interesse læst det foreliggende lovforslag.

FOA har enkelte bemærkninger til lovforslaget, som vedrører:

- Håndtering af udbudskrav og -politikker ifm. med udliciteringen af lands- og landsdelsfunktioner
- Manglende afdækning af mål og rammer for det offentlige-private samarbejde i lovforslaget

Bemærkningerne vil blive uddybet i det følgende.

Håndtering af udbudskrav og -politikker ifm. med udliciteringen af lands- og landsdelsfunktioner

FOA mener fortsat, at lovforslagets §208 og herunder beskrivelsen af Sundhedsstyrelsens mulighed for at placere landsdelsfunktioner på private sygehuse, strider mod generelle principper om udbud og udlicitering af opgaver til private leverandører.

Særligt §208, stk. 6 vil reelt kunne medføre pålæg om, at regionen benytter en bestemt privat leverandør, uden en forudgående fastsættelse af alle udbudsbetingelser. Generelt er det vanskeligt at se, hvordan en forudgående godkendelse af privatsygehusene afløfter den generelle pligt til konkurrenceudsættelse.

Manglende afdækning af mål og rammer for det offentlige-private samarbejde i lovforslaget

FOA savner fortsat, at lovforslaget beskriver, hvordan offentlige-private samarbejder vedrørende lands- og landsdelsfunktioner fungerer i dag, samt hvilke overvejelser, der ligger bag lovforslaget. Med andre ord: Hvad er det, lovændringen skal ændre på, og hvorfor er denne ændring nødvendig?

Den manglende beskrivelse af baggrunden for denne del af lovændringen, efterlader FOA med indtrykket af, at den øgede mulighed for privatisering af sundhedsopgaver er forsøgt skjult i høringen. FOA savner derfor fortsat, at det ekspliciteres i lovforslaget, hvorfor disse ændringer er nødvendige.

FOA

Staunings Plads 1-3
1790 København V

Kontaktperson:
Sofie Tolstrup

Mail:
soto@foa.dk

Telefon:
46972626

Direkte telefon:
31790841

www.foa.dk

FOA er desuden bekymret for, hvad de afledte konsekvenser af lovforslaget kan blive. En øget privatisering af flere lands- og landsdelsfunktioner risikerer ikke blot at dræne de offentlige sygehuse for specialister på nogle kritiske områder, men tillige at afkoble udvikling og uddannelse af visse specialer og specialistområder, eftersom private sygehuse ikke nødvendigvis skal leve op til de samme krav bl.a. uddannelsesforpligtigelsen, som de offentlige skal. FOA ser derfor grundlæggende en risiko for manglende udvikling og fastholdelse af viden og kompetencer i det offentlige, som følge af lovændringen.

FOA stiller sig naturligvis til rådighed, hvis der er behov for uddybning eller drøftelse af vores bemærkninger.

Venlig hilsen



Tanja Nielsen
Formand for social- og sundhedssektoren

Forum for Yngre Almen Medicinere

København, den 19. august 2026

Til Sundheds- og Kirkeministeriet

Høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven

FYAM takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven.

FYAM repræsenterer de ca. 1.600 yngre læger i almen medicin, der er medlemmer af DSAM,

Overordnet er vi enige i, at fordeling af uddannelsesstillinger kan være et effektivt værktøj for at løse lægedækning på sigt. Dog må kvaliteten af uddannelsen altid stå forrest, når den lægelige videreuddannelse skal planlægges.

Vi er bekymrede for konsekvenserne, hvis læger fremover ikke i tilstrækkelig grad inddrages i planlægningen af uddannelsesstillinger. Lægefaglig medbestemmelse er i vores optik afgørende for at sikre, at beslutninger om den lægelige videreuddannelse træffes med blik for både den faglige kvalitet og de konkrete rammer, der er nødvendige for at skabe gode uddannelsesforløb.

FYAM anbefaler derfor, at de regionale videreuddannelsesråd fortsat står for placering af uddannelsesstillinger. Det er afgørende, at beslutninger om den lægelige videreuddannelse træffes på et fagligt velfunderet grundlag, hvor hensynet til både drift og kvaliteten af den lægelige videreuddannelse indgår.

De regionale videreuddannelsesudvalg tager allerede udstrakte hensyn til geografi og lægedækning ved placering af uddannelsesstillinger. Det er derfor svært at se, hvorfor man ønsker at flytte kompetencen til regionerne.

Hvis driftshensyn får forrang i planlægningsprocesserne, er der risiko for, at kvaliteten af speciallægeuddannelsen svækkes. Det kræver ressourcer og de rette rammer at skabe et godt uddannelsesmiljø på en afdeling. Uddannelseslæger er naturligvis en del af den daglige drift på en afdeling, men udbyttet af en uddannelsesstilling er strengt afhængig af, at der er tilstrækkeligt med speciallæger til stede til at varetage supervision og undervisning.

Der skal også være tilstrækkelig tid afsat til, at uddannelseslægerne rent faktisk kan modtage den supervision og undervisning, som er afgørende for deres faglige udvikling. Der skal også være mulighed for at opnå de nødvendige kompetencer i målbeskrivelsen gennem relevante arbejdsopgaver på afdelingen.

FYAM finder det desuden væsentligt, at læger i hoveduddannelse har tryghed og forudsigelighed omkring det uddannelsesforløb, de er ansat i. Det gælder ikke mindst i forhold til ansættelsessted og de øvrige rammer for uddannelsen. Med den fremlagte lovtekst er der risiko for, at denne tryghed svækkes.

En hoveduddannelse i almen medicin varer 4,5 år, og de fleste hoveduddannelseslæger har planlagt både deres eget og deres families liv omkring det konkrete uddannelsesforløb. Ændringer i eksempelvis ansættelsessted kan derfor have betydelige konsekvenser både fagligt, arbejdsmæssigt og privat.

FYAM anbefaler derfor, at allerede planlagte uddannelsesforløb beskyttes bedst muligt. Det gælder både forløb, der er startet, før loven træder i kraft og fremtidige forløb. Væsentlige ændringer i eksempelvis ansættelsessted bør kun ske, når det er fagligt velbegrundet og med størst mulig forudsigelighed for den enkelte uddannelseslæge. Det bør ikke ske af drifthensyn.

FYAM mener, at hensynet til god lægelig videreuddannelse bør gå forud for hensyn til drift. Det er i samfundets interesse at sikre en dygtig generation af kommende speciallæger. Lægefaglig inddragelse i planlægningen bør derfor være en central forudsætning for at sikre gode og fagligt bæredygtige uddannelsesforløb.

Med venlig hilsen

Malene Nepper
Formand for FYAM

Til: sum@sum.dk (DEP Sundheds- og Ældreministeriet), ffl@sum.dk, MBL@sum.dk (Mikkel Bech Liengaard)
Cc: jan.simonsen@homr.fo (Jan Simonsen)
Fra: Birita Ludvíksdóttir (birita.ludviksdottir@homr.fo)
Titel: Høringssvar til Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Sendt: 7/3/2026 2:28 PM
Bilag: image001.png; Udkast til lovforslag.pdf; Høringsbrev.pdf; Høringsliste.pdf;

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsministeriet,

Heilsu- og orkumálaráðið har modtaget ovenforstående lovforslag i høring.

Heilsu- og orkumálaráðið har bemærket sig, at §1 i lovforslaget omhandler forhold, som ikke kan sættes i kraft for Færøerne og §§ 2 og 3 omhandler lægemidler og apotekervæsen, som er overtaget færøsk sagsanliggende. Det er derfor korrekt, at der i § 6 er fastsat, at loven ikke gælder for Færøerne. Det er også korrekt, at § 4 kan sættes i kraft for Færøerne ved kongelig anordning. Dog kan det misforstås, at der i stk. 1 står, at loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, imens der i stk. 3 står, at § 4 kan sættes i kraft for Færøerne.

Heilsu- og orkumálaráðið anbefaler derfor, at § 6 omformuleres, hvor ordlyden í stk. 1 og stk. 3 kunne være således:

"§ 6.
stk. 1. §§ 1 og 2 gælder ikke for Færøerne og Grønland, og § 3 gælder ikke for Færøerne.
...
Stk. 3. § 4 gælder ikke for Færøerne, men kan ved kongelig anordning helt eller delvis sættes i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger. Lovens bestemmelser kan sættes i kraft på forskellige tidspunkter for Færøerne.

Udover dette, har Heilsu- og orkumálaráðið disse bemærkninger til lovforslaget:

Heilsu- og orkumálaráðið anbefaler, at man går i gang med at sætte § 4 i lovforslaget i kraft for Færøerne, således at reglerne kan træde i kraft på Færøerne, samtidig med, at de træder i kraft for Danmark, dvs. 1. januar 2027.

Derudover anbefaler Heilsu- og orkumálaráðið, at rådet iht. § 33, stk. 2 også får repræsentation fra det færøske uddannelsesråd, samt en repræsentant far landsstyret. Dette pga. at Færøerne får sit eget videreuddannelsesråd. Det anbefales at § 33, stk. 2 får nedenforstående ordlyd:

"Stk. 2. Rådet består af en formand, formændene for de tre regionale videreuddannelsesråd samt det færøske videreuddannelsesråd, jf. § 34, repræsentanter for de fire regioner, samt en repræsentant fra landsstyret og et af sundhedsministeren nærmere fastsat antal medlemmer."

Vinaliga/Sincerely

Birita Ludvíksdóttir
Løgfrøðiligur ráðgevi/Legal adviser

Heilsu- og orkumálaráðið/
Ministry of Health and Energy
Kopargøta 1 • 100 Tórshavn • Faroe Islands
Tel. +298 304050 • Mobile +298 734066
birita.ludviksdottir@ahr.fo • www.ahr.fo

UNIVERSITY OF COPENHAGEN
FACULTY OF LAW

Sundheds- og Kirkeministeriet
sum@sum.dk
Cc: ffl@sum.dk, mbl@sum.dk

19 August 2026

Center for Information and Innovation Law (CIIR)

Office 6.B.3.33 (green stairs, thirdfloor, to the right)
Karen Blixen Plads 16
2300 København S

DIR 45 35 33 10 03
MOB 45 28911722

jakob.wested@jur.ku.dk

REF: JW

Høringssvar til supplerende høring over udkast til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

(Ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser samt lægemiddelhåndtering mv. på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen samt styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb)

Sagsnr. 2025-9152

1. Indledning

Tak for muligheden for at afgive bemærkninger til lovforslaget.

Høringssvaret afgives i fællesskab af Sarah Wadmann, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, Lea Skovgaard og Zainab Sheikh fra Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet og Jakob Wested fra Juridisk Fakultet, Københavns Universitet (Forskergruppen). Høringssvaret er baseret på indsigter fra en række workshops, der blev afholdt i foråret 2026 med interessenter fra life science industrien, kliniske og akademiske forskere, klinikere og myndighedsrepræsentanter. Disse workshops blev afholdt som led i en større undersøgelse foretaget af ovenstående forskere for ATMP Danmark. Formålet var at identificere og prioritere problemstillinger, der ifølge interessenter bør adresseres for at understøtte udvikling, afprøvning og klinisk brug af ATMP i Danmark[1].

Der blev afholdt tre workshops med forskellige grupper af interessenter for at kvalificere og prioritere problemstillinger vedrørende udvikling, afprøvning

[1] ATMP står for Advanced Therapy Medicinal Products, og dækker over terapier, der er baseret på modificering af gener, celler og væv.

og implementering af ATMP. Alle workshops blev planlagt og faciliteret af Forskergruppen med input fra ATMP Danmark og varede 5,5 timer hver.

Deltagerne blev udvalgt for at sikre repræsentation af forskellige erfaringsgrundlag og ekspertiser. Det omfattede forskellige typer af ATMP, virksomheder og myndighedsansvar. Der blev afholdt separate workshops for hver interessentgruppe, for at sikre transparens om eventuelle forskelle i prioriteter for de forskellige interessentgrupper. Ved hver workshop fik deltagerne mulighed for at drøfte, kvalificere og prioritere 17 påstande om problemstillinger vedr. udvikling, afprøvning og klinisk brug af ATMP. Påstandene var formuleret af Forskergruppen og ATMP Danmark på baggrund af forudgående dataindsamling. Én af problemstillingerne omhandlede behov for styrket national koordination, herunder specialeplanlægning, på dette højt specialiserede område.

Problemstillingen omkring specialeplanlægning blev prioriteret i Top 5 af repræsentanter fra både life science industri, forskere og klinikere. Fra industriens side blev prioriteringen begrundet med, at man er nødt til at have effektiv koordination på tværs af landet, klarhed om behandlingsansvar og styr på kapacitetsopbygning, hvis Danmark skal være i den internationale top, når det gælder ATMP. Fra forskernes og klinikernes side blev den høje prioritering begrundet med bekymring om, at udvikling, kliniske forsøg og klinisk brug af ATMP kan blive underprioriteret pga. sundhedsreformens implikationer for specialeplanlægning.

Det er navnlig overvejelserne om et behov for national koordination og klar ansvarsplacering og ressourceallokering af personale vedr. højt specialiseret behandling såsom ATMP der har motiveret nærværende høringssvar.

Bemærkningerne nedenfor er afgrænset til lovforslagets § 1, nr. 1 (den foreslåede ny-affattelse af sundhedslovens § 208).

2. Sammenfatning af den foreslåede ordning

Den foreslåede § 208 indebærer en kompetencesplitning mellem to niveauer af specialfunktioner: landsfunktioner – i Sundhedsstyrelsens administrative terminologi tillige benævnt ”højt specialiserede funktioner” – og landsdelsfunktioner, administrativt benævnt ”regionsfunktioner”. For landsfunktioner, som efter Sundhedsstyrelsens eget oplæg til ny model for specialeplanlægning udgør ca. 670 af specialeplanens ca. 1.000 specialfunktioner, bevarer Sundhedsstyrelsen fuld godkendelseskompetence,

jf. den foreslåede § 208, stk. 2.[2] For landsdelsfunktioner på regionale sygehuse – ca. 330 funktioner – overgår godkendelseskompetencen derimod til det enkelte regionsråd, jf. den foreslåede § 208, stk. 4-5, mens Sundhedsstyrelsen alene bevarer en bagkantskompetence i særlige tilfælde efter stk. 6-7.

3. Den centrale bekymring: ATMP som lavvolumen-, højkompleksitetsfunktioner i en kapacitetsdrevet model

Begrundelsen for at flytte godkendelseskompetencen for landsdelsfunktioner til regionerne er efter lovforslagets almindelige bemærkninger (pkt. 2.1.2), at regionerne over de seneste to årtier har "oparbejdet en solid erfaring med varetagelsen af specialiserede funktioner", og at en regional godkendelseskompetence vil gøre specialeplanlægningen "mere fleksibel og rustet til at imødegå udfordringer, f.eks. som følge af kapacitetsudfordringer på sygehusene".[3] Dette er en rimelig og velbegrundet tilgang for langt størstedelen af de ca. 330 funktioner, der i dag er klassificeret som landsdelsfunktioner/regionsfunktioner – typisk behandlinger med en vis volumen, hvor regional fleksibilitet i placeringen kan afhjælpe ventetid og kapacitetspres uden, at det går ud over den faglige kvalitet.

Denne kapacitetslogik passer imidlertid dårligt på en mindre, men voksende delmængde af landsdelsfunktioner: ATMP-behandlinger såsom CAR-T-celleterapi og nyere genterapier. Disse behandlinger er kendetegnet ved (i) et begrænset patientantal, (ii) en høj behandlingskompleksitet og behov for samarbejde mellem mange specialer på samme matrikel, (iii) en hastig og forholdsvis uforudsigelig teknologisk udvikling i indikationsområderne, og (iv) en kommerciel introduktionsdynamik, hvor lægemiddelvirksomhedernes lanceringer og de europæiske godkendelsesprocesser i sig selv trækker i retning af en stærk koncentration af behandlingen – i vidt omfang uafhængigt af, hvordan behandlingen formelt er klassificeret i specialeplanen. Samtidig rykker for eksempel CAR-T-cellebehandlinger op i behandlingslinjer. Sammen med indikationsudvidelser skaber dette et væsentligt forøget træk på i forvejen begrænsede ressourcer inden for ATMP-området.

For ATMP-behandlinger er den centrale styringsudfordring derfor ikke regional kapacitetsfleksibilitet. Det afgørende er et samlet nationalt overblik over, hvor mange steder en given behandling reelt bør og kan varetages, set i forhold til patientvolumen og evidensgrundlag. En model, hvor den enkelte

[2] Sundhedsstyrelsen, "Oplæg til ny model for specialeplanlægning", september 2025 (fremsendt til Folketingets Sundhedsudvalg, jf. SUU Alm.del, bilag 448, folketingsåret 2024/25), s. 7 og s. 9 ff.

[3] Udkast til lovforslag, almindelige bemærkninger pkt. 2.1.2.

region selvstændigt kan godkende placeringen af en sådan funktion på et regionalt sygehus – alene betinget af en efterfølgende orientering til Sundhedsstyrelsen, jf. den foreslåede § 208, stk. 4 – risikerer at understøtte en spredning af ATMP-behandlinger, der ikke er forankret i et samlet billede af den nationale efterspørgsel og kapacitet.

Manglende koordination af hvor der skal placeres specialiserede enheder, der kan varetage ATMP-behandling vil efter vores vurdering også kunne vanskeliggøre de politiske ambitioner om, at Danmark skal være et europæisk foregangsland inden for udvikling, afprøvning og ibrugtagning af ATMP samt yderligere udvikling og koordination i et skandinavisk samarbejde.

4. Anbefalinger

På den baggrund skal vi anbefale:

4.1. At der som led i implementeringen af den nye model for specialeplanlægning etableres en fast praksis, hvorefter regionerne *skal* indhente rådgivning fra en central myndighed med overblik over eksisterende ATMP-behandlinger og -ressourcer, før de træffer beslutning om at godkende en ny landsdelsfunktion med ATMP-behandling på et regionalt sygehus. Som det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, er dette i dag alene en *mulighed*, som den enkelte region selv kan vælge at gøre brug af.

4.2. At ATMP-funktioner som udgangspunkt indgår i Sundhedsstyrelsens målrettede, årlige opfølgning efter den foreslåede § 208, stk. 9, på grund af deres særlige karakter, og ikke alene efter en løbende skønsmæssig vurdering af, hvor der "fagligt vurderes at være grund til opmærksomhed".

4.3. At den kommende revision af specialevejledningerne udtrykkeligt forholder sig til ATMP og individualiserede/lavvolumenbehandlinger som en kategori med behov for særlig national koordination. [4]

5. Afsluttende bemærkning

Forskergruppen har gennem en årrække fulgt de organisatoriske, økonomiske og regulatoriske udfordringer ved indførelsen af ATMP i det danske sundhedsvæsen[5]. Vi stiller os naturligvis til rådighed for en uddybning af ovenstående.

---

[4] Efter lovforslagets egne bemærkninger forventes specialevejledningerne afsluttet ved udgangen af 2027, se Udkast til lovforslag, bemærkningerne til § 5, stk. 2.

[5] Jf. bl.a. VIVEs analyser af de organisatoriske, økonomiske og regulatoriske udfordringer ved næste generation af avancerede terapier; se Dagens Medicin, "VIVE-rapport sætter fokus på udfordringerne ved næste generation af avancerede terapier", januar 2022.

Med venlig hilsen

Jakob Wested
Lektor, ph.d., Københavns Universitet, Juridisk Fakultet, Center for Informations- og Innovationsret (CIIR)

Sarah Wadmann
Seniorforsker, ph.d., VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Lea Skovgaard
Adjunkt, ph.d., Københavns Universitet, Juridisk Fakultet, Center for Advanced Studies in Bioscience Innovation Law og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Institut for Folkesundhedsvidenskab

Zainab Sheikh
Adjunkt, ph.d., Københavns Universitet, Juridisk Fakultet, Center for Advanced Studies in Bioscience Innovation Law og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Institut for Folkesundhedsvidenskab

sum@sum.dk
ffl@sum.dk
mbl@sum.dk

Høringssvar til lovforslag om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler og autorisationsloven mv (afregningstakster)

Dato: 31-07-2026

Sags ID: SAG-2025-04586
Dok. ID: 3715082

E-mail: SILN@kl.dk
Direkte: +45 3370 3416

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar i forbindelse med den supplerende høring over udkast til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser samt lægemiddelhåndtering mv. på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen samt styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb).

KL har både en række generelle bemærkninger og mere konkrete kommentarer til lovteksten, som fremgår nedenfor.

Indledningsvist ønsker KL at fremhæve en række særlige pointer. Pointerne er desuden uddybet i høringssvaret.

Som en del af DUT-sagen vedrørende opgaveflyttet er regionerne sikret finansiering til at etablere sundheds- og omsorgspladser, som skal efterleve en række krav i Sundhedsstyrelsens nationale kvalitetsstandard (2026) bl.a. til kapacitet. Kommunal betaling til regionen af en afslutningstakst vil dermed udgøre yderligere regional finansiering uden at dette forventeligt modsvares af yderligere regional kapacitet.

KL bakker op om, at færdigbehandlingstaksten ifm. udskrivning fra sygehus, med lovforslaget alene betales til staten og ikke regionerne. KL foreslår i den forbindelse, at det samme princip gælder for den kommende afslutningstakst for regionale sundheds- og omsorgspladser.

KL mener herudover, at færdigbehandlings- og afslutningstaksterne skal afspejle de faktiske kommunale omkostninger og derfor fastsættes på et lavere niveau end foreslået.

KL mener desuden, at regionerne skal forpligtes til at varsle kommunerne forud for både somatiske og psykiatriske patienters færdigmelding fra sygehus efter faste rammer, svarende til den varslingsordning for sundheds- og omsorgspladser, som blev aftalt parterne imellem i forårsaftalen 2025.

For psykiatriske patienter bør varsling fra region til kommune om færdigmelding altid ske så tidligt som muligt i indlæggelsesforløbet, men minimumsfristen bør være senest 96 timer inden en færdigmelding, da

Dato: 31-07-2026

Sags ID: SAG-2025-04586
Dok. ID: 3715082

E-mail: SILN@kl.dk
Direkte: +45 3370 3416

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

patienter, der udskrives fra psykiatrisk indlæggelse ofte, har behov for efterfølgende kommunale indsatser, som det kræver tid både at iværksætte og motivere patienten for.

Færdigbehandlings- og afslutningstakster bør i øvrigt i den forbindelse alene kunne effektueres, når regionen har overholdt de aftalte varslingsregler.

Evaluering af modellen
KL skal endelig bemærke, at ordningen omkring afregningstakst for regionale sundheds- og omsorgspladser bør evalueres på lige fod med andre centrale initiativer i sundhedsreformen, herunder udviklingen i den regionale kapacitet af sundheds- og omsorgspladser, udvikling i længde af ophold og borgers videre forløb efter afslutning af regionalt ophold.

KL forventer i den forbindelse, at der følges op på, om regionerne overholder de aftalte afslutningskriterier fra sundheds- og omsorgspladserne.

Vedr. færdigbehandlede borgere på somatiske sygehuse

Det fremgår af lovforslaget, at betaling pr. sengedag for sygehusbehandling til somatisk færdigbehandlede patienter fra kommunen udgør 2.800 kr. (2025-pl) pr. sengedag for første og anden sengedag og 4.200 kr. (2025-pl) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag.

KL vurderer at en række kommuner vil kunne levere midlertidige pladser til en lavere takst end de 2.800 kr., og at takstniveauet dermed kan skabe et økonomisk incitament til, at kommunerne genopbygger kapacitet på området for borgere, som ikke kan opholde sig i eget hjem og som ikke er tildelt ophold på en sundheds- og omsorgsplads. En øget pladskapacitet i kommunerne, vil muliggøre en mere restriktiv visitation til sundheds- og omsorgspladserne – og det bør efter KL's opfattelse ikke være hensigten, at kommunerne som følge af takstmodellen opbygger pladskapacitet der erstatter de sundheds- og omsorgspladser, som man med reformen har placeret ansvaret for hos regionerne.

Af Forårsaftalen 2025 fremgår i øvrigt, at kommuner med lave enhedsudgifter på midlertidige pladser, har døgntakster ned til 1.350 kr.

KL mener på den baggrund, at taksten bør sættes ned til et niveau, der på den ene side sikrer et kommunalt incitament til at hjemtage færdigbehandlede borgere fra hospitalet til evt. videre indsatser i eget hjem, og på den anden side ikke ansporer til en genopbygning af en ny kommunal pladskapacitet.

Det er med Forårsaftalen 2025 aftalt, at regionen varsler kommunen senest 48 timer før udskrivning fra sundheds- og omsorgspladserne (og 72 timer op til en weekend). I forlængelse heraf foreslår KL, at der aftales tilsvarende rammer for varsling ved udskrivning fra sygehus, at de aftalte rammer understøttes ved lovregulering og at afslutningstakster alene effektueres ved sygehusenes efterlevelse af varslingsreglerne.

Dato: 31-07-2026

Sags ID: SAG-2025-04586
Dok. ID: 3715082

E-mail: SILN@kl.dk
Direkte: +45 3370 3416

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

Modellen med varsling ved udskrivning fra hospital anvendes i Sverige, og er med til at sikre et godt samarbejde og en god og hensigtsmæssig dialog om konkrete behandlingsforløb mellem sygehus og kommune.

KL tager i øvrigt til efterretning, at region og kommune kan aftale at afvige opkrævning af afslutningstaksten fx i situationer, hvor kommunen som led i en horisontal samarbejdsaftale varetager indsatsen på sundheds- og omsorgspladser.

Vedr. afsluttede forløb på sundheds- og omsorgspladser

Det følger af lovforslaget, at regionen kan opkræve kommunen betaling pr. sengedag for ophold på en sundheds- og omsorgsplads, hvis opholdet på sundheds- og omsorgspladsen er afsluttet. Taksten skal udgøre 1.400 kr. (2025-pl). Det følger herudover, at staten vil kunne opkræve afslutningstakst på op til 1.400 pr. sengedag fra og med den 21. sengedag efter afslutning.

KL mener, at afslutningstaksten ved færdigbehandling fra sundheds- og omsorgspladser skal betales til staten svarende til modellen for færdigbehandlede på sygehuse, hvor midlerne føres tilbage til kommunerne via bloktilskuddet. Derved honoreres de kommuner, der er gode til at hjemtage borgere fra en sundheds- og omsorgsplads relativt til andre kommuner.

Dette vil understøtte samarbejdet mellem regioner og kommuner om den bedst mulige udnyttelse af sundheds- og omsorgspladserne indenfor en ramme, hvor kommunerne har incitament til at hjemtage borgere fra dag 1, og hvor regionerne ikke har et incitament til hurtig udskrivning.

KL bakker i den forbindelse op om lovforslagets præcisering af, at regionerne er forpligtet til at varsle kommunerne 48/72 timer før afslutning af et regionalt ophold. Det er afgørende, at kommunerne sikres den fornødne tid til at tilrettelægge den videre indsats i borgers hjem, når denne afsluttes fra en regional plads. Nødvendigheden af samarbejde mellem kommune og region allerede ved tildeling af regionalt ophold, herunder varsling af kommuner, er også betonet i Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandard for regionale sundheds- og omsorgspladser.

KL bakker også op om, at det af lovforslaget fremhæves, at borgere skal afsluttes fra en regional sundheds- og omsorgsplads til eget hjem og ikke til en kommunal midlertidig plads. Det understreges også parterne imellem i den politiske sommeraftale fra juni 2026 mellem regeringen, Danske Regioner og KL.

KL tager endvidere til efterretning, at lovforslaget indebærer, at ministeren har mulighed for ved bekendtgørelse at fastsætte tidspunktet for ikrafttræden af lovforslagets del om en statslig takstafregning vedr. sundheds- og omsorgspladserne. Dette med henblik på, at der skal være etableret et datagrundlag før lovforslaget kan træde i kraft. KL ser i den forbindelse frem til at blive inddraget i arbejdet med at fastsætte en relevant ikrafttrædelsesdato.

Vedr. færdigbehandlingstakster for psykiatriske patienter

Dato: 31-07-2026

Sags ID: SAG-2025-04586
Dok. ID: 3715082

E-mail: SILN@kl.dk
Direkte: +45 3370 3416

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

Det følger af lovforslaget, at eksisterende regler om færdigbehandlingstakster for psykiatriske patienter vil blive videreført.

KL noterer sig, at der i beskrivelsen af den psykiatriske færdigbehandlingstakst flere steder i lovforslaget henvises til 'kommunernes manglende incitament' til at hjemtage færdigbehandlede patienter. KL finder denne formulering problematisk og misvisende. KL vurderer ikke, at der i dag mangler incitamenter for kommunerne til at hjemtage patienter, der færdigmeldes fra den regionale psykiatri, ej heller at færdigmeldte patienter ikke hjemmetages af kommunerne grundet økonomiske forhold.

Når psykiatriske patienter har færdigbehandlingsdage, er årsagerne som oftest langt mere komplekse. Det skyldes bl.a. at kommunerne ofte ikke varsles i god tid om kommende udskrivelser, at regionerne ofte ikke udfylder de lovpligtige udskrivningsaftaler/koordinationsplaner, samt at borgerne kan vælge at takke nej til det botilbud kommunen tilbyder, hvorefter kommunen skal bruge tid på at finde et andet tilbud samt arbejde motiverende med borgerne, hvilket er vanskeligt, når borgeren er indlagt. Færdigbehandlingstaksterne risikerer dermed at trække midler ud fra investeringer i botilbud og tilbud på det specialiserede socialområde, som netop skulle give bedre muligheder for at borger kom godt og færdigbehandlet videre.

Dertil kommer, at et stadig stigende antal patienter alene er medicinsk stabiliseret, når de udskives fra den regionale psykiatri med den konsekvens, at de kommunale tilbud skal kunne rumme flere og flere borgere med stigende kompleksitet i deres sygdom. Dette gør det vanskeligt for kommunerne hurtigt at finde et passende tilbud til borgerne i og med at kommunerne i praksis uplanlagt overtager dele af den regionale behandlingsopgave.

Regionerne bør derfor ligestille det psykiatriske område med det somatiske og forpligtes til at varsle kommunerne forud for en patients færdigmelding fra en psykiatrisk indlæggelse på sygehus efter faste rammer, på samme vis som der er aftalt en varslingsordning for sundheds- og omsorgspladser.

Ved færdigmelding af psykiatriske patienter bør varslet fra region til kommune altid ske så tidligt som muligt i forløbet. Minimumsfristen for varslingen fra region til kommune bør dog senest være 96 timer inden en færdigmelding, da patienter, der udskrives fra psykiatrien ofte, har behov for efterfølgende kommunale indsatser, som det kræver tid både at iværksætte og motivere patienten for.

Færdigbehandlingstaksten fra kommunen til regionen bør alene kunne effektueres, når regionen har overholdt varslingsreglerne.

Gennemsigtighed for kommunerne ifm. takstafregning
Det er afgørende for KL, at der skabes gennemsigtighed for kommunerne i forbindelse med de regionale og statslige opkrævninger af færdigbehandlings- og afslutningstakster.

Dato: 31-07-2026

Sags ID: SAG-2025-04586
Dok. ID: 3715082

E-mail: SILN@kl.dk
Direkte: +45 3370 3416

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 5

Derfor bør der i forbindelse med afregningerne stilles data til rådighed for kommunerne. Datasættene bør indeholde relevante data såsom cpr-numre, varslingsdato (jf. regler om varsling af kommunerne 48/72 timer før afslutning på en sundheds- og omsorgsplads), færdigmeldingsdato og dato for udskrivning.

Vedr. adgang til lægemidler på sundheds- og omsorgspladser og i den regionale akutsygepleje

KL bemærker, at regionerne med lovforslaget får adgang til at håndtere lægemidler på midlertidigt døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og til opstart af behandling i borgers eget hjem, herunder ved opstart af behandling i den regionale akutsygepleje. KL bakker op om, at borgeren får vederlagsfri adgang til lægemidler under regionalt ophold.

KL antager, at ministeriet udover sundheds- og omsorgspladser refererer til regionale pladser til specialiseret rehabilitering. KL skal bede ministeriet præcisere hvilke andre regionale midlertidigt døgndækkede pladser udover sundheds- og omsorgspladser adgangen til at håndtere lægemidler vil omfatte.

KL bemærker, at den regionale akutsygepleje kan bede borgeren anskaffe lægemidler på apotek til den videre behandling i regi af den regionale akutsygepleje henset til, at hjemlen alene gælder ved opstart af behandling i borgeres eget hjem. KL lægger i den forbindelse til grund, at den regionale akutsygepleje m.fl., i fald borger får lægemidler vederlagsfrit til opstart af behandling, sikrer borgeren adgang til at rekvirere lægemidler på apotek i situationer, hvor behandlingen videreføres af den kommunale sygepleje.

KL lægger til grund, at i situationer, hvor kommune og region har indgået en horisontal samarbejdsaftale om, at kommunerne driver sundheds- og omsorgspladser og/eller akutsygepleje for regionen og på regionens myndighedsansvar, er det regionens ansvar at sikre kommunerne den fornødne adgang til lægemidler, herunder sikre den fornødne finansiering.

KL forventer endelig, at det nærmere snit mellem regional akutsygepleje og anden regional hjemmebehandling og den kommunale sygepleje beskrives i kommende kvalitetsstandarder fra Sundhedsstyrelsen.

KL skal tage forbehold for senere politisk godkendelse.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak

Michael Laursen

Janet Samuel

Til: sum@sum.dk
Cc: ffl@sum.dk, mbl@sum.dk
Fra: Eva Aggerholm Sædder (evasaedd@rm.dk)
Titel: VS: Supplerende høring: Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.
Sendt: 8/19/2026 2:51 PM
Bilag: Signature-20260819125245.txt;

Høringssvar fra Klinisk Farmakologi i Region Midtjylland

Kommentar til punkt 2.4 om lægelig videreuddannelse, og lovforslagets foreslåede ændringer i 2.4.3.
Konkret har jeg kommentar til disse passager:
Det foreslås, at de regionale videreuddannelsesråd ikke længere har kompetence til at træffe afgørelse vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, og at de på dette område fremover skal varetage en rådgivende funktion for de pågældende regionsråd.
Det foreslås, at regionsrådene fremover får kompetencen til at træffe afgørelse vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb inden for videreuddannelsesregionen. Det foreslås videre, at disse afgørelser træffes efter rådgivning fra det pågældende regionale videreuddannelsesråd.
Regionsrådenes fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb skal ske med henblik på at en større del af uddannelsesforløbene placeres uden for de store byer….

Jeg er bekymret for, om Regionsrådene modsat De Regionale Råd for Lægelig Videreuddannelse (DRRLV), der hidtil har haft opgaven med at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb, har tilstrækkeligt fagligt grundlag for at træffe disse beslutninger, trods fortsat mulighed for rådgivning fra DRRLV. Det kan frygtes, at politiske hensyn til at placere flere uddannelsesforløb uden for de større byer, og hermed universitetshospitalerne, vil veje tungest.

- * Jeg mener derfor, at det bør beskrives direkte, hvordan regionsrådene tænkes i tilstrækkelig grad at kunne blive "klædt på" fagligt, til at kunne overtage opgaven fra DRRLV.
- * Hvordan vil man sikre, at hensynet til placering af uddannelsesforløb uden for storbyerne ikke kommer til at veje tungere end kvaliteten af den lægelige videreuddannelse?
- * Det kan fx tænkes, at der mere perifert i landet i nogle specialer eller på visse tidspunkter vil være færre uddannelsesgivere, herunder kliniske vejledere, der har stor erfaring i at uddanne læger på et højt fagligt niveau. Dette er ikke mindst afgørende for speciallægeuddannelsens sidste del under hoveruddannelse.
- * Det er meget vigtigt, at DRRLV og videreuddannelsessekretariaterne (VUS) fortsat har styrke og mandat til at kunne spille en vigtig rolle, herunder også for en forsvarlig fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb.

Med venlig hilsen

Eva

Eva Aggerholm Sædder
Cheflæge, lektor, ph.d.

Klinisk Farmakologi
Aarhus Universitetshospital, Aarhus Universitet

E-mail: ea@biomed.au.dk, evasaedd@rm.dk
Tlf. +45 78 46 36 80
Bil. +45 21 34 82 15

Fra: Erika Angelica Björkström Gram <eabgram@health.sdu.dk>
Sendt: 24. juni 2026 13:05
Til: Birgitte Klindt Poulsen <biklp@rn.dk>; Eva Aggerholm Sædder <evasaedd@rm.dk>; mikkel.bring.christensen@regionh.dk; Mette Marie Hougaard Christensen <mette.marie.hougaard.christensen@rsyd.dk>; Stig <seja@regionsjaelland.dk>
Emne: FW: Supplerende høring: Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm.

3. juli 2026

Patientstøtte & Frivillig Indsats
Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Tlf +45 35 25 75 00

www.cancer.dk

UNDER PROTEKTION AF
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

Sundheds- og Kirkeministeriet

Mail til:
sum@sum.dk

kopi til:
ffl@sum.dk og mbl@sum.dk

Kræftens Bekæmpelses høringssvar vedrørende udkast til forslag til lov om specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

Kræftens Bekæmpelse takker for muligheden for at kommentere udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven (Ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser samt lægemiddelhåndtering mv. på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen samt styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb).

Kræftens Bekæmpelses høringssvar omhandler udelukkende den del af lovforslaget, som vedrører ny model for specialeplanlægning.

Indledende bemærkninger

Kræftens Bekæmpelse anerkender ambitionen om at gøre reguleringen af specialiserede sygehusfunktioner mere fleksibel og rustet til at imødegå udfordringer f.eks. ved kapacitetsudfordringer på sygehusene, hvilket er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens oplæg til en ny model for specialeplanlægning, som blev offentliggjort den 30. september 2025.

Kræftens Bekæmpelse opfordrer til, at erfaringer fra patienter og pårørendes løbende inddrages i arbejdet med at sikre kvalitet, sammenhæng, nærhed og lighed i sundhedstilbud, herunder specialiserede sygehusfunktioner. Patient- og pårørenderepræsentanter bør således inddrages i dette arbejde med henblik på at sikre, at sundhedstilbud - udover tilpasning til organisatoriske ændringer - også indrettes efter patienter og pårørendes ønsker og behov.

Kræftens Bekæmpelse har visse bekymringer i forbindelse med ambitionen om afspecialisering på sundhedsområdet. Der bør generelt være opmærksomhed på, at nærhed aldrig må blive et mål i sig selv, hvis det sker på bekostning af kvalitet, specialisering og patientsikkerhed. For patienter med alvorlige, sjældne eller komplekse sygdomme kan udlægning af ansvar, kontrol og behandling til aktører uden den nødvendige specialistviden medføre forsinket diagnostik, mangelfuld opfølgning og øget risiko for komplikationer.

Derudover vil Kræftens Bekæmpelse opfordre til, at man (som foreslået i Sundhedsstyrelsens oplæg til en ny model for specialeplanlægning), fastholder begrebet "regionsfunktioner" i terminologien, frem for at ændre til "landsdelsfunktioner", idet begrebet regionsfunktioner umid-

delbart er lettere at forstå forhold til sundhedsvæsenets generelle organisering i regioner. Dette har stor betydning for patienter og pårørendes mulighed for at forstå den strukturelle organisering af sygehusbehandling.

Jf. Sundhedsstrukturkommissionens rapport fra juni 2024 har specialeplanen over årene medvirket til et markant kvalitetsløft af de specialiserede sygehusfunktioner. Kræftens Bekæmpelse finder det væsentligt, at der fortsat er fokus på at sikre kvalitet og ensartethed i behandlingstilbud, herunder tilbud iht. specialfunktioner (landsdels- og landsfunktioner), samt at der samarbejdes regionerne imellem mhp. ensartethed på tværs af regioner. Kræftens Bekæmpelse finder det derfor væsentligt, at gevinsterne ved den nuværende regulering fastholdes, med henblik på understøttelse af robuste faglige miljøer og sikring af en høj kvalitet i den specialiserede sygehusbehandling.

Nedenfor fremgår Kræftens Bekæmpelses konkrete bemærkninger til lovforslaget.

1. Opfølgning og monitorering af landsdelsfunktioner

Af lovforslaget fremgår, at regionerne overtager kompetencen til at godkende landsdelsfunktioner på regionale sygehuse. Kræftens Bekæmpelse finder det vigtigt, at regionernes godkendelser bygger på dokumentation for at kvalitet og patientsikkerhed kan leveres i praksis, og at der løbende følges op.

Det fremgår også, at Sundhedsstyrelsens opfølgning på landsdelsfunktioner på regionale sygehuse fremover ikke længere vil omfatte alle funktionerne i specialeplanerne, men målrettes udvalgte funktioner eller områder, hvor der fagligt vurderes at være grund til opmærksomhed. I forlængelse heraf foreslås det, at Sundhedsstyrelsen årligt skal vurdere, hvilke landsdelsfunktioner eller områder, som regioner og vedkommende private sygehuse skal afgive statusrapporter for. Det foreslås yderligere, at det bliver regionsrådene, som skal varetage den årlige opfølgning på landsdelsfunktioner. Dette støtter Kræftens Bekæmpelse.

Kræftens Bekæmpelse finder det dog afgørende, at Sundhedsstyrelsen også fortsat vil skulle følge overordnet op på, hvordan specialeplanen er implementeret, og i hvor høj grad kravene til varetagelse af både landsdels- og landsfunktioner er opfyldt, på både regionale og private sygehuse. Kræftens Bekæmpelse finder det i den forbindelse afgørende for opretholdelse af kvalitet i patientbehandlingen, herunder kræftbehandlingen, at områder eller funktioner, hvor der er kendte udfordringer, følges løbende af Sundhedsstyrelsen.

Derudover er det vigtigt, at Sundhedsstyrelsens nationale faglige krav bliver tydelige og ens for hele landet.

Kræftens Bekæmpelse ser positivt på, at der med det nye udkast til lovforslag lægges op til, at Sundhedsstyrelsen fastholder kompetencen til at godkende landsdelsfunktioner på private sygehuse.

Kræftens Bekæmpelse opfordrer til, at patienter og pårørendes erfaringer inddrages i arbejdet med implementering af specialeplanen. Vi anbefaler herunder, at patientforeninger inddrages systematisk i arbejdet med den nye model. Med deres erfaringer fra mødet med sundhedsvæsenet kan de pege på, hvordan ændringerne påvirker adgangen til specialiseret behandling og sammenhæng i patientforløb, hvor der kan opstå brud på tværs af specialer og sektorer, hvad det betyder for ulighed i sundhed, især for sårbare grupper, og hvordan kvalitet og patientsikkerhed påvirkes.

Der bør samtidig være fokus på fælles ansvar for patienten og på trygge overgange i patientforløb, blandt andet gennem tydelig overlevering af information, når patienter flytter mellem afdelinger, sygehuse og regioner. Det er ofte her, patienter og pårørende oplever utryghed og manglende sammenhæng.

2. Deregulering af funktioner og hovedfunktionsniveau

Kræftens Bekæmpelse hæfter sig ved, at det af Sundhedsstyrelsens oplæg til en ny model for specialeplanlægning offentliggjort september 2025 (s. 11) fremgår, at der lægges op til, at specialeplanen fremover skal omfatte en mindre del af sygehusaktiviteten end i dag, samt at Sundhedsstyrelsen – udover den allerede igangsatte såkaldte en-bloc deregulering, hvor en række udvalgte funktioner kan dereguleres på nuværende tidspunkt.– forventer at foretage en yderligere deregulering i forbindelse med revisionen af de enkelte specialevejledninger.

Af oplægget (s. 12) fremgår endvidere, at der i de faglige miljøer er en bekymring for opretholdelse af den faglige kvalitet, når behandlinger dereguleres. Kræftens Bekæmpelse støtter denne bekymring, og ser derfor positivt på Sundhedsstyrelsens understregning af, der ved deregulering vil være andre styringsredskaber, som træder i kraft, eller som fortsat gælder.

Hovedfunktionsniveau

I Sundhedsstyrelsens oplæg til en ny model for specialeplanlægning fremgår det, at Sundhedsstyrelsen kan udarbejde anbefalinger til hovedfunktionsniveauet, samt at anbefalinger til hovedfunktionsniveauet forventes overholdt. Behandling, som varetages på hovedfunktionsniveau, udgør ca. 90 % af al behandling på sygehuse, og Kræftens Bekæmpelse støtter derfor Sundhedsstyrelsens forslag (s. 12) om, at specialevejledningens afsnit om hovedfunktionsniveauet udvides således, at afsnittet indeholder mere konkrete anbefalinger til varetagelsen af specifikke behandlinger/områder mv., hvor dette vurderes nødvendigt - fx ift. anbefalinger til samarbejde med andre specialer, behov for særligt sygehus-set-up eller andet mhp. at understøtte kvalitet mv. i behandlingerne. Herudover foreslås det fra Kræftens Bekæmpelse, at anbefalinger til hovedfunktionsniveauet i specialevejledningerne også indeholder anbefalinger vedr. samarbejde med det nære sundhedsvæsen i regi af f.eks. sundhedsrådene, behov for udgående sygehusfunktioner eller andet mhp. at understøtte kvalitet mv. i behandlingerne og et sammenhængende sundhedsvæsen.

Kræftens Bekæmpelse vurderer, at Sundhedsstyrelsens mulighed for at lave anbefalinger til hovedfunktioner også bør fremgå af fremgå af bemærkningerne til lovforslaget.

3. Opdatering af vejledninger

Det fremgår, at lovforslaget indebærer, at bl.a. 'Vejledning om udmøntning af sundhedslovens § 208 om specialeplanlægning' nr. 9053 af 27. januar 2014, og Sundhedsstyrelsens publikation 'Specialeplanlægning – begreber, principper og krav' af 17. april 2015, der beskriver de generelle principper, krav og anbefalinger for specialeplanlægningen, som er gældende på tværs af de enkelte specialevejledninger, skal opdateres. Kræftens Bekæmpelse finder dette afgørende for at sikre, at sygehusbehandlingen kan varetages med opfyldelse af både generelle, specialespecifikke og funktionsspecifikke krav vedrørende fx vedr. kapacitet, robusthed, aktivitet, erfaring, kompetencer, samarbejdende specialer samt forskning.

Derudover ser Kræftens Bekæmpelse meget positivt på intentionen om, at man i forbindelse med opdateringen vil justere og supplere kravene for varetagelse af lands- og landsdelsfunktioner mhp. at understøtte det fælles patientansvar, øge det nationale samarbejde samt sætte øget fokus på forsyningsforpligtelsen. Af Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelser og erfaringsopsamling fremgår, at de største udfordringer i tryghed og sammenhæng i patientforløb ses i overgangene mellem afdelinger, sygehuse og regioner. Kræftens Bekæmpelse opfordrer derfor til, at man i arbejdet med opdateringen, ser på muligheder for at forbedre overgange i patientforløb, herunder overlevering af information.

Kræftens Bekæmpelse opfordrer desuden til, at "patientens stemme" inddrages i opdateringerne, således, at der tages højde for patienter og pårørendes behov, når det skal vurderes og beskrives, hvordan den ændrede lovgivning skal håndteres i praksis.

5. Revision af specialevejledninger

Kræftens Bekæmpelse anerkender behovet for, at de gældende specialevejledninger, som tilsammen udgør specialeplanen, skal revideres forud for lovens ikrafttræden. Kræftens Bekæmpelse støtter dette, og vil meget gerne bidrage til arbejdet med revisionen af relevante specialevejledninger for kræftområdet.

Afsluttende bemærkninger

Kræftens Bekæmpelse glæder sig over de positive initiativer i lovforslaget, som skal danne grundlag for at mere fleksibelt, sammenhængende og nært sundhedsvæsen med høj faglig kvalitet. Vi ser frem til at følge arbejdet med revision af vejledninger m.v., samt implementeringen af lovforslaget og den samlede sundhedsreform, ligesom vi meget gerne vil bidrage i det videre arbejde.

Med venlig hilsen



Pernille Slebsager
Patientstøttedirektør

Sundheds- og Kirkeministeriet

Slotsholmsgade 10-12

1016 København K

Høringssvar til supplerende høring: Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.

Modstrøm - foreningen for FGU-elever og unge omkring FGU takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Modstrøm ser generelt positivt på reformens ambition om at skabe bedre sammenhænge og overgangene mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Ligeledes finder vi det positivt, at der arbejdes for en bedre geografisk balance i adgang til sundhedsvæsenet så man har lige adgang uanset postnummer.

Modstrøm har herudover ingen bemærkninger til lovforslaget.

Bemærkning til (lov om forslag til ændring af) sundhedslovens §208, justering af lovtekst i overensstemmelse med ny model for specialeplanlægning:

Region Syddanmark udtrykker tilfredshed med, at det i lovforslagets § 208, stk. 2, fremgår, at Sundhedsstyrelsen godkender landsfunktion og landsdelsfunktion på private sygehuse.

Det fremgår af § 208, stk. 6, at Sundhedsstyrelsen kan pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet til at varetage en landsdelsfunktion. Dette vurderes ikke som hensigtsmæssigt. Det er regionernes opgave at drive sygehusene og tilvejebringe den nødvendige kapacitet. Derfor bør det være op til regionerne at vurdere, hvordan de mest hensigtsmæssigt kan tilvejebringe den nødvendige kapacitet, herunder tage stilling til, om og hvordan privat kapacitet kan bidrage. Region Syddanmark anbefaler, at bestemmelsen udgår.

Region Syddanmark anbefaler desuden, at terminologien i lovforslagets § 208 harmoniseres med den terminologi, der anvendes i Sundhedsstyrelsens oplæg til ny model for specialeplanlægning.

I det nuværende udkast til § 208 anvendes betegnelsen ”lands- og landsdelsfunktioner”. I Sundhedsstyrelsens tidligere oplæg til ny model for specialeplanlægning af september 2025 fastholdes imidlertid betegnelsen ”regionsfunktioner”, og ”højt specialiserede funktioner” erstattes af ”landsfunktioner”.

For at undgå forvirring og sikre ensartet terminologi bør § 208 derfor tilpasses, så bestemmelsen afspejler den nye model for specialeplanlægning.

SAND – De Hjemløses Landsorganisation
Sundholmsvej 34, st.
2300 København S
Tlf: 89 93 70 60
Mail: sand@sandudvalg.dk

11-08-2026

Sundheds – og Kirkeministeriet
sum@sum.dk
Cc: ffl@sum.dk og mbl@sum.dk

Høringssvar fra SAND vedr. supplerende høring over udkast til lovforslag vedr. specialeplanlægning, afregningsordning, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser mv.

SAND - De hjemløses landsorganisation støtter intentionen om at skabe mere sammenhængende forløb og undgå, at borgere opholder sig unødigt på sygehuse eller sundheds- og omsorgspladser. Lovforslaget bygger imidlertid i høj grad på, at borgeren kan komme tilbage til *eget hjem* eller en plejebolig.

For mennesker i hjemløshed er dette ofte ikke en mulighed. En hjemløs borger kan være færdigbehandlet uden at have et hjem, en plejebolig eller et andet relevant tilbud at blive udskrevet til. I disse situationer må løsningen ikke være, at borgeren blot udskrives til hjemløshed. Der skal arbejdes intensivt på at sikre etableringen af at hjem – anvise bolig, søge boligindskudslån og etableringshjælp, bostøtte og evt. hjemmehjælp – eller et relevant botilbud/plejebolig.

SAND anbefaler derfor, at det i den kommende vejledning tydeligt beskrives, at kommune og region – herunder sygehus eller sundheds- og omsorgsplads – har et fælles ansvar for at finde en forsvarlig løsning, inden en borger uden bolig udskrives. Alternativt processen for hvem der har ansvar for borgeren hvornår, så borgeren ikke havner ”mellem to stole”.

Lovforslaget lægger vægt på økonomiske incitamenter for at få kommunerne til hurtigt at etablere den videre indsats. Efter SANDs opfattelse er økonomiske incitamenter – om end de virker hensigtsmæssige og fremmende for lovforslagets intentioner - ikke tilstrækkelige til at sikre gode forløb for mennesker i hjemløshed. Der er behov for en klar faglig og organisatorisk forpligtelse til samarbejde på tværs af kommune og region.

SAND foreslår derfor, at dette udtrykkeligt indarbejdes i vejledningen til ordningen.

Med venlig hilsen
Ask Svejstrup

SAND, De Hjemløses Landsorganisation

SUNDHED DANMARK
Foreningen af danske sundhedsvirksomheder

Sundheds- og Kirkeministeriet
Slotsholmsgade 10-12 DK-1216 København K

Den 19. august 2026

Sundhed Danmarks høringssvar til udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om autorisation af sundhedspersoner m.v. (Ny model for specialeplanlægning m.v.)

Sundhed Danmark har modtaget udkast til lovforslag om bl.a. en ny model for specialeplanlægning samt styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse i høring. Sundhed Danmark takker for høringsmuligheden.

Sundhed Danmark forholder sig i dette høringssvar primært til lovforslagets første del om en ny model for specialeplanlægning og lovforslagets fjerde del om regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse.

Generelle bemærkninger

Sundhed Danmark støtter grundlæggende ambitionen om en mere fleksibel og mindre bureaukratisk specialeplanlægning, der kan imødegå kapacitetsudfordringer og understøtte sammenhængende patientforløb. Vi støtter ligeledes den igangværende deregulering af en række specialfunktioner, som vi også kvitterede for i vores høringssvar til det tidligere udkast til lovforslaget.

Vi kvitterer særligt for, at det med det foreliggende udkast fastholdes, at Sundhedsstyrelsen godkender landsfunktioner på regionale og private sygehuse samt landsdelsfunktioner på private sygehuse, jf. den foreslåede § 208, stk. 2. Det er efter Sundhed Danmarks opfattelse afgørende, at beslutningskompetencen for placering af specialiserede funktioner hos private leverandører er forankret hos en national og uafhængig myndighed uden driftsinteresser i sygehusvæsenet. Hermed imødekommes den bekymring for interessekonflikter, som Sundhed Danmark påpegede i vores tidligere høringssvar, og vi anerkender, at ministeriet har lyttet på dette centrale punkt.

Vi finder det ligeledes positivt, at Sundhedsstyrelsen med den foreslåede § 208, stk. 6, i særlige tilfælde kan pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet til at varetage en landsdelsfunktion. Det er en vigtig sikkerhedsventil, der kan sikre patienternes adgang til specialiseret behandling ved vedvarende kapacitetsudfordringer. Endelig er vi positive over for, at regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse styrkes.

Samtidig ser Sundhed Danmark fortsat en række væsentlige opmærksomhedspunkter i lovforslaget. Det gælder navnlig den manglende gennemsigtighed i ventetider og kapacitet på de specialiserede funktioner, regionernes dobbeltrolle som indgang for inddragelse af privat kapacitet, den manglende repræsentation af private aktører i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning samt behovet for at inddrage den private sektor i dimensioneringen og varetagelsen af den lægelige videreuddannelse. Disse punkter uddybes nedenfor.

SUNDHED DANMARK
Foreningen af danske sundhedsvirksomheder

Specifikke bemærkninger

1. Sundhedsstyrelsens godkendelseskompetence for private sygehuse bør fastholdes

Sundhed Danmark støtter, at Sundhedsstyrelsen fortsat godkender landsfunktioner på regionale og private sygehuse samt landsdelsfunktioner på private sygehuse. Kun herved sikres det, at placeringen af specialiserede funktioner hos private leverandører baseres på faglige kvalitets- og patientsikkerhedshensyn og ikke påvirkes af regionale kapacitets- og ressourceprioriteringer. Vi opfordrer til, at denne kompetencefordeling fastholdes uændret i det endelige lovforslag.

2. Private aktører bør være repræsenteret i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning

Det rådgivende udvalg efter sundhedslovens § 207 består i dag af repræsentanter for de lægevidenskabelige selskaber, sygeplejefaglige selskaber, regionsrådene, Sundhedsstyrelsen og sundhedsministeren. Udvalget tillægges med lovforslaget en central rolle, idet det bl.a. skal høres, inden Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til lands- og landsdelsfunktioner, inddrager godkendelser eller pålægger et regionsråd at benytte privat kapacitet.

Når regionerne, der selv er driftsherrer for de offentlige sygehuse, er repræsenteret i udvalget, og samtidig med ændringen få lov til selv at placere funktioner, mens de private sygehuse, som udvalgets rådgivning direkte vedrører, ikke er det, opstår en skævhed. Sundhed Danmark anbefaler derfor, at også de private sundhedsvirksomheder repræsenteres i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning, så udvalgets rådgivning afspejler det samlede sundhedsvæsen. Evt. afgrænset til sager, der vedrører brugen af privat kapacitet.

Udvalgets sammensætning har samtidig været uændret siden nedsættelsen i 2006, mens den private sektors rolle i det offentligt finansierede sundhedsvæsen siden er vokset betydeligt.

Specialeplanlægningen omfatter varetagelsen af offentligt finansieret patientbehandling i såvel offentligt som privat regi, og privathospitalerne varetager inden for flere specialer en betydelig del af aktiviteten. Uden privat deltagelse mangler udvalget direkte indsigt i kapacitet, kompetencer og volumen i den private sektor – oplysninger, der er afgørende for den behovsbaserede og fleksible planlægning, som er lovforslagets erklærede formål. Det forekommer i den forbindelse paradoksalt, at udvalget skal høres om anvendelsen af privat kapacitet efter den foreslåede § 208, stk. 6, uden at nogen i udvalget har førstehåndskendskab til denne kapacitet.

Ministeriet har med fastholdelsen af Sundhedsstyrelsens godkendelseskompetence anerkendt behovet for neutrale rammer for placeringen af specialiserede funktioner hos private leverandører. En repræsentation af private aktører i udvalget er efter Sundhed Danmarks opfattelse den naturlige forlængelse af samme princip. Eventuelle habilitetshensyn kan håndteres gennem sædvanlige habilitetsregler – på samme vis som for udvalgets øvrige medlemmer med driftsinteresser i sygehusvæsenet. Sundhed Danmark anbefaler derfor, at de private sundhedsvirksomheder repræsenteres i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning, så udvalgets rådgivning afspejler det samlede sundhedsvæsen.

3. Opmærksomhedspunkt: Regionernes rolle i vurderingen af behovet for privat kapacitet

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger (s. 18), at regionerne i forbindelse med godkendelsen af landsdelsfunktioner skal vurdere den regionale kapacitet samt behovet for og/eller ønsket om at gøre brug af privat kapacitet, og at det er regionen, der skal orientere Sundhedsstyrelsen, hvorefter styrelsen åbner for ansøgninger fra private sygehuse.

Sundhed Danmark har fuld tillid til, at regionerne ønsker at løse opgaven bedst muligt for patienterne. Vi vil dog henlede opmærksomheden på, at konstruktionen indebærer, at regionerne både opgør kapaciteten, vurderer behovet og er indgangen til Sundhedsstyrelsen – samtidig med at de har driftsansvaret for de offentlige sygehuse, som den private kapacitet skal supplere. Selv med de bedste intentioner kan denne konstruktion betyde, at viden om kapacitetsudfordringer samles ét sted, og at Sundhedsstyrelsen dermed senere end ønskeligt får kendskab til udfordringer med ventetider eller forsyningssikkerhed. Det er i den forbindelse positivt, at Sundhedsstyrelsen ifølge bemærkningerne (s. 19) af egen drift kan blive opmærksom på vedvarende kapacitetsudfordringer. For at denne mulighed kan fungere efter hensigten, er det dog vigtigt, at styrelsen har adgang til retvisende og løbende data om kapacitet og ventetider, jf. punkt 5 nedenfor. En sådan datadeling vil samtidig understøtte regionernes eget planlægningsarbejde og det gode samarbejde på tværs af sektorer.

Sundhed Danmark anbefaler derfor, at der fastsættes objektive kriterier for vurderingen, herunder eksempelvis ventetidens længde og udvikling, antallet af ventende patienter, kapacitetsudfordringens varighed og tilgængelig relevant kapacitet.

4. Behov for nærmere definition af »særlige tilfælde«

Sundhed Danmark støtter som nævnt muligheden for, at Sundhedsstyrelsen i særlige tilfælde kan pålægge et regionsråd at benytte privat kapacitet. Det er imidlertid uklart, hvornår der foreligger et »særligt tilfælde« eller »vedvarende kapacitetsudfordringer«. Da der i dag ikke indrapporteres ventetider på de specialiserede funktioner til www.mitsygehusvalg.dk, er det reelt ikke muligt for omverdenen – herunder de private sygehuse, der kan anmode Sundhedsstyrelsen om en vurdering – at vurdere, hvornår en sådan situation foreligger. Sundhed Danmark anbefaler, at kriterierne for »særlige tilfælde« konkretiseres i lovbemærkningerne eller i den kommende vejledning, og at vurderingen understøttes af offentligt data fra f.eks. Landspatientregisteret med erfarede ventetider.

5. Gennemsigtighed i ventetider og kapacitet er en forudsætning for fleksibel planlægning

Ministeriet fremhæver selv, at formålet med den nye model er en mere fleksibel specialeplanlægning, der er rustet til at imødegå kapacitetsudfordringer. Det forudsætter et løbende indblik i ventetider og kapacitet på de specialiserede funktioner – både for Sundhedsstyrelsen, regionerne og omverdenen.

Sundhed Danmark anbefaler derfor, at samtlige sygehuse – offentlige som private – der varetager lands- og landsdelsfunktioner, forpligtes til at indrapportere data om kapacitet og ventetider, og at ventetiderne offentliggøres, fx på mitsygehusvalg.dk, på samme vis som ventetider på hovedfunktionsniveau.

Det vil muliggøre en reelt behovsbaseret planlægning, skabe et oplyst grundlag for anvendelsen af den foreslåede § 208, stk. 6, og styrke den geografiske lighed i adgangen til specialiseret

behandling. Dette er særligt vigtigt, når den årlige monitorering af landsdelsfunktioner fremover målrettes udvalgte funktioner og dermed reduceres.

6. Den lægelige videreuddannelse: Privathospitalerne bidrager gerne til uddannelsesopgaven

Sundhed Danmark er positive over for, at regionsrådenes kompetence til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse styrkes. Sundhed Danmark opfordrer til, at regionerne med deres nye rolle også vil gøre brug af den betydelige kapacitet og ekspertise, som de private hospitaler råder over i forhold til at samarbejde med de private hospitaler om videreuddannelsen af læger.

Privat uddannelseskapacitet kan understøtte regionernes nye opgave

Privathospitalerne varetager inden for visse specialer en betydelig andel af den samlede aktivitet. Denne kapacitet og ekspertise kan med fordel bringes i spil i regionernes fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb. Sundhed Danmark opfordrer i den forbindelse også til, at den private sektors personalebehov fremadrettet indgår i grundlaget for Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan, så dimensioneringen afspejler behovet i det samlede sundhedsvæsen.

Etablér en forsøgsordning med private uddannelsesforløb

Som et konkret første skridt foreslår Sundhed Danmark, at der etableres en femårig forsøgsordning med uddannelsesforløb på private hospitaler inden for specialer, hvor de private aktører har særlig stor ekspertise og volumen, fx ortopædkirurgien, herunder subspecialer som håndkirurgi, skulder- og albuekirurgi, artroskopisk kirurgi og sportstraumatologi, hofte- og knæalloplastikkirurgi samt fod- og ankelkirurgi. De private uddannelsesafdelinger skal godkendes af de regionale videreuddannelsesråd, tilsluttes Sundhedsstyrelsens inspektorordning og evalueres efter samme kriterier som offentlige uddannelsesforløb, hvorefter der kan tages stilling til en permanent ordning. Sundhed Danmark og vores medlemmer indgår meget gerne i en dialog med regionerne og de regionale videreuddannelsesråd om, hvordan en sådan ordning konkret kan tilrettelægges.

Afsluttende bemærkninger

Sundhed Danmark støtter samlet set hovedlinjerne i lovforslaget, herunder at Sundhedsstyrelsen fastholder godkendelseskompetencen for landsdelsfunktioner på private sygehuse. Vi opfordrer til, at det endelige lovforslag suppleres med fuld gennemsigtighed i kapacitet og ventetider på de specialiserede funktioner, repræsentation af private aktører i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning, en nærmere definition af »særlige tilfælde« samt en inddragelse af den private sektor i dimensioneringen og varetagelsen af den lægelige videreuddannelse.

Sundhed Danmark står naturligvis til rådighed for en uddybning af ovenstående bemærkninger.

Med venlig hilsen

Lars Oxlund Christoffersen

Branchedirektør, Sundhed Danmark

Til: sum@sum.dk (DEP Indenrigs- og Sundhedsministeriet)
Cc: ffl@sum.dk, mbl@sum.dk
Fra: Ledelsessekretariatet (ledelsessekretariatet@tdl.dk)
Titel: Svar fra Tandlægeforeningen til Supplerende høring til lovforslag om ny model for specialeplanlægning ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds og omsorgspladser lægemiddelhåndtering på sundheds og omsorgspladser i akutsygeplejen
Sendt: 7/2/2026 2:49 PM
Bilag: image001.png; image002.png; image003.jpg; Signature-20260702125024.txt;

Til rette vedkommende

Hermed fremsendes Tandlægeforeningens svar til Supplerende høring til lovforslag om ny model for specialeplanlægning ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds og omsorgspladser lægemiddelhåndtering på sundheds og omsorgspladser i akutsygeplejen.

Jeg synes ikke, at der er kommet nye ændringer siden den oprindelige høring slut 2025, som giver anledning til væsentlige nye tandlægefaglige bemærkninger.

Ministeriet oplyser selv, at den supplerende høring alene skyldes, at lovforslaget ikke nåede at blive fremsat før valget, og at ændringerne siden sidste høring navnlig vedrører specialeplanlægning og ikrafttrædelsen af afregningsordningen for Sundheds- og omsorgspladser. Disse ændringer har ikke betydning for tandlægers virksomhedsområde.

Jeg fastholder vores tidligere høringssvar og vi har ikke yderligere bemærkninger ud over de bemærkninger, som vi fremsatte i forbindelse med den oprindelige høring.

Venlig hilsen

Sarah Mallal Ali
Chefjurist

Dir.: +4533487764

150 | Tandlæge Foreningen

Jeg skal venligst anmode om en kvittering på modtagelsen.

Venlig hilsen

Vivian Linda Riel
Administrativ konsulent
Ledelsessekretariatet

Tel.: +4570257711
Dir.: +4533487771

150 | Tandlæge Foreningen

DET FÅR DU SOM MEDLEM →



Tandlægeforeningen behandler dine personoplysninger i overensstemmelse med Tandlægeforeningens privatlivspolitik.

Inden afsendelse er mailen blevet valideret, så den afsendes med passende kryptering, jf. Datatilsynets anbefalinger.
Hvis du ikke er rette modtager, må du meget gerne informere afsender. Samtidig beder vi dig slette e-mailen uden at videresende eller kopiere den.
Mailen åbnes på modtagerens eget ansvar. Vi påtager os ikke noget ansvar for tab og skade, som er opstået i forbindelse med at modtage og bruge e-mailen.

Fra: Frederikke Fleischer <FFL@SUM.DK>
Sendt: 24. juni 2026 10:41
Til: Faglig Fælles Forbund 3F <3f@3f.dk>; Advoksamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>; ac@ac.dk; post@alzheimer.dk; marie@angstforeningen.dk; info@ato.dk; Astma-Allergi Forbundet <info@astma-allergi.dk>; kontor@autisme.dk; info@bedrepsykiatri.dk; Børnerådet <brd@brd.dk>; bf@boernesagen.dk; bv@bornsvilkar.dk; teo@au.dk; jurfak@jur.ku.dk; kontakt@cfh.ku.dk; cpdanmark@cpdanmark.dk; info@danish.care; Danmarks Apotekerforening <apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk>; Danmarks Evalueringsinstitut <eva@eva.dk>; info@lunge.dk; Danmarks Tekniske Universitet (dtu) <dtu@dtu.dk>; lars.iversen@clin.au.dk; bastrup@health.sdu.dk; Dansk Erhverv (info) <info@danskerhverv.dk>; dfi@dkpharma.dk; farmaceutiske-selskab@pharmadanmark.dk; dhf@danskhandicapforbund.dk; Emballageindustrien <hoering@di.dk>; dkf@danskkiropraktorforening.dk; lie@dadl.dk; lkr@dadl.dk; dos@dadlnet.dk; ltn@dadl.dk; dp@dp.dk; kontakt@dpfo.dk; formand@paediatri.dk; formand@dasams.dk; kontakt@dasem.dk; dsam@dsam.dk; sekretariat@dasaim.dk; administration@dsff.dk; formanden@dskf.org; formand@dsko.org; gib@dadl.dk; info@patientsikkerhed.dk; Bastrup@health.sdu.dk; ds@socialraadgiverne.dk; dansk.standard@ds.dk; dasys@dasys.dk; dsr@dsr.dk; info@dansktandsundhed.dk; dbio@dbio.dk; bestyrelserne@deg.dk; lederne@deg.dk; info@fodterapeut.dk; fysio@fysio.dk; kontakt@dgsnet.dk; mail@danskegymnasier.dk; dh@handicap.dk; vuc@vuc.dk; bestyrelsesforeningen@vuc.dk; csc@danskelandbrugsskoler.dk; info@danskeosteopater.dk; info@danskepatienter.dk; Danske Regioner <regioner@regioner.dk>; fdr@fdr.dk; info@danske-seniorer.dk; lederforeningen@sosu.dk; sosu@sosu.dk; bestyrelserne@sosu.dk; info@dansktp.dk; Danske Universiteter <dkuni@dkuni.dk>; sikkerpost@danskevv.dk; info@danske-aeldreraad.dk; danva@danva.dk; Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>; janvestergaard@dadlnet.dk; info@demens-dk.dk; mail@dukh.dk; sekretariat@depressionsforeningen.dk; forperson@bupnet.dk; Det Centrale Handicapråd <dch@dch.dk>; Det Etiske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; info@detsocialenetvaerk.dk; Diabetesforeningen <info@diabetes.dk>; rikkehaahr@hotmail.com; epilepsi@epilepsiforeningen.dk; etf@etf.dk; info@ehfyn.dk; info@ehhs.dk; info@erhvervshusmidtjylland.dk; info@ehnj.dk; info@ehsj.dk; info@ehsyd.dk; lbh@sde.dk; kontakt@eeo.dk; fh@fho.dk; info@fagligsenior.dk; Kliniske Diætister <post@diaetist.dk>; ff@farmakonom.dk; fgu@fgu.dk; foa@foa.dk; Forbrugerrådet <hoeringer@fbr.dk>; kkf@fadl.dk; administration@fadl.dk; okf@fadl.dk; info@sundheddanmark.nu; info@fadd.dk; fsd@socialchefforeningen.dk; fas@dadl.dk; c63w@kk.dk; Gigtforeningen <info@gigtforeningen.dk>; Info@greatercph.com; gymbf@gymbf.dk; admin@hjernesagen.dk; info@hjerneskadeforeningen.dk; Hjerteforeningen <post@hjerteforeningen.dk>; post_kommunal@hk.dk; bjh@dadlnet.dk; mail@hoereforeningen.dk; info@humanrights.dk; sek@jordemoderforeningen.dk; info@kapleje.dk; kk@kirkenskorshaer.dk; Kommunernes Landsforening <KL@KL.DK>; info@velfaerdschefer.dk; Kost & Ernæringsforbundet <post@kost.dk>; klformand@gmail.com; Kræftens Bekæmpelse <info@cancer.dk>; ku@ku.dk; info@landboungdom.dk; mail@landdistrikterne.dk; foa@foa.dk; foa@foa.dk; info@lkt.dk; info@lfbf.dk; info@spiseforstyrrelse.dk; los@los.dk; lh@handelselever.dk; lap@lap.dk; lederne@lederne.dk; lev@lev.dk; Lægeforeningen <dadl@dadl.dk>; info@menighedsplejen.dk; kontakt@viermodstrom.dk; info@muskelsvindfonden.dk; kontakt@ocdforeningen.com; do@optikerforeningen.dk; lvs@dadl.dk; info@osteoporose-f.dk; njl@patientforeningen.dk; plo@dadl.dk; pto@pto.dk; kontakt@psoriasis.dk;

pf@psykiatrifonden.dk; kontakt@radiograf.dk; regionh@regionh.dk; region@rm.dk; kontakt@regionmidtjylland.dk; kontakt@rm.dk; region@rn.dk; regionsjaelland@regionsjaelland.dk <region@??sjaelland@regionsjaelland.dk>; kontakt@rsyd.dk; region@region.dk; formand@retspolitik.dk; ruc@ruc.dk; info@rodekors.dk; UVM - Rådet for de Grundlæggende Erhvervsrettede Uddannelser <reu@uvm.dk>; Rådet for Socialt Udsatte <post@udsatte.dk>; UVM - Rådet for Voksen- og Efteruddannelse <VEU-raadet@uvm.dk>; sumh@sumh.dk; sand@sandudvalg.dk; hej@scleroseforeningen.dk; laegeuddannelsen@regionh.dk; videreuddannelsen@rsyd.dk; vus@stab.rm.dk; kontakt@selveje.dk; info@sexogsamfund.dk; landsforeningen@sind.dk; mail@sjaeldnediagnoser.dk; info@slesvigsk-parti.dk; smv@smvdanmark.dk; sl@sl.dk; mail@socialtlederforum.dk; info@stenocare.com; thomas@stenocare.com; soeren@stenocare.com; info@sufo.dk; info@sundheddanmark.nu; sdu@sdu.dk; info@ssw.de; Info Tandlaegeforeningen <info@tandlaegeforeningen.dk>; info@tbbf.dk; ulf@ulf.dk; info@vaccinationsforum.dk; Vive <vive@vive.dk>; yl@dadl.dk; aeldresagen@aeldresagen.dk; tj@ojenforeningen.dk; aau@aau.dk; au@au.dk; postkasse@advokatsamfundet.dk; mn@reddernesfagforening.dk; info@velfaerdschefer.dk; sek@hospice.dk

Emne: Supplerende høring: Udkast til lovforslag om ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen mv.

Kære høringsparter

Hermed sendes udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed (Ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering mv. på sundheds- og omsorgspladser og i akutsygeplejen samt styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb) i supplerende offentlig høring.

Lovforslaget har tidligere været i offentlig høring fra den 17. december 2025 til den 23. januar 2026. Lovforslaget nåede ikke at blive fremsat inden valgudskrivelsen og sendes derfor nu i en supplerende høring.

Lovforslaget skal udmønte dele af Aftale om sundhedsreform af 15. november 2024 samt dele af Sundhedsstyrelsens oplæg til en ny model for specialeplanlægning, der blev offentliggjort den 30. september 2025.

Vedlagt denne mail er:

- * Høringsbrev
- * Høringsliste
- * Udkast til lovforslag

Materialet kan også findes på Høringsportalen.

Sundheds- og Kirkeministeriet skal anmode om at modtage supplerende bemærkninger til ændringerne siden sidste høring senest **den 20. august 2026**. Bemærkningerne bedes fremsendt til sum@sum.dk med kopi til ffl@sum.dk og mbl@sum.dk.

Med venlig hilsen

Frederikke Fleischer
Specialkonsulent
Center for det behandlende sundhedsvæsen

M 29666253
@ ffl@sum.dk

Sundheds- og Kirkeministeriet
Tlf. 7226 9000

Læs ministeriets datapolitik her

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse
Videreuddannelsesregion Nord
Videreuddannelsessekretariatet

Dato	Sagsbehandler	E-mail og telefon	Sagsnr.
19. aug 2026	Trine Kirkegaard Petersen	Trkpee@rm.dk / 2490 8903	1-30-72-55-20

Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven. Specifikt vedrørende ændringer i autorisationsloven

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse (DRRLV), Videreuddannelsesregion Nord (VUR-Nord) takker for muligheden for at kommentere på ændringsforslaget i autorisationsloven.

DRRLV anerkender ønsket om at styrke de regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb. Herudover anerkender DRRLV, at det regionale perspektiv er centralt i arbejdet med den lægelige videreuddannelse.

Det er positivt, at der i baggrunden for lovforslaget lægges vægt på, at de regionale råd fortsat skal spille en central rolle i fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesstillingerne i den lægelige videreuddannelse. Herunder bidrage med et vigtigt lokalt kendskab til uddannelsesforhold, og fortsat fungere som et væsentligt forum, hvor lokale og regionale problemstillinger, i forhold til uddannelsen, skal tages op. Herudover er det positivt, at der i lovforslagets baggrund fremgår at tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen også fremadrettet skal ske med fokus på høj kvalitet og i overensstemmelse med de gældende målbeskrivelser for de enkelte lægespecialer.

Helt grundlæggende er DRRLV dog fortsat bekymret for, at lovforslaget medfører en forringet kvalitet af den lægelige videreuddannelse, da et øget ansvar i driftsregionerne kan give et uhensigtsmæssigt øget fokus på økonomi og drift.

Derudover er DRRLV bekymret for at lovforslaget og dets udmøntning reelt vil medføre øget administrative opgaver og dermed yderligere bureaukratisering, både som følge af flere håndholdte og individuelt tilpasset uddannelsesforløb og flere komplekse beslutningsprocesser.

Herudover er der en række elementer i lovforslaget, der skaber tvivl om, hvordan og hvor opgaver vedrørende den lægelige videreuddannelse fremover løses. Det gælder både opgaver på tværs af hele landet og en rækker opgaver, hvor Videreuddannelsesregion Nord, i fremtiden, står i en helt særlig situation som eneste videreuddannelsesregion, der samarbejder på tværs af to regioner. Bemærkningerne uddybes herunder:

A. Risiko for skævvridning af hensyn - drift og økonomi frem for kvalitet i uddannelsen

DRRLV bakker fuldt op om arbejdet med at sikre en bedre lægedækning i hele landet. Rådet fremhæver samtidig, at det er afgørende, at det ikke sker på bekostning af kvaliteten i den lægelige videreuddannelse og dermed på bekostning af patientsikkerheden i landet.

Med lovforslaget går man fra et beslutningsdygtigt organ med repræsentation fra både driftsregionerne og uddannelsesfaglighed, til alene repræsentation ved driftsregionerne. DRRLV er bekymret for, at et sådant skifte medfører, at drifts- og økonomihensyn kommer til at overstige hensynet til den nødvendige og tilstrækkelige kvalitet i den lægelige videreuddannelse.

DRRLV vurderer endvidere, at de vigtige regionale perspektiver allerede har en central placering og rolle i de regionale råd. I alle regionale råd er udpeget repræsentanter fra de enkelte regioner. Samtidig er hospitalsledelserne stærkt repræsenteret og sikrer derved det nødvendige driftsmæssige perspektiv i drøftelser og beslutninger der træffes i rådene.

B. Behov for afklaring af beslutningsproces

Det er i lovforslaget ikke entydigt, hvorvidt flytningen af beslutningskompetence fra de regionale videreuddannelsesråd til Regionsrådene reelt betyder politisk behandling i Regionsrådene i alle sager vedr. fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse.

Under forudsætning af, at lovforslaget fastholdes, anbefaler DRRLV, at beslutningskompetencen vedr. fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb de facto placeres i de relevante regionale ledelsesfora. Dette af hensyn til smidighed og hensigtsmæssig brug af administrative ressourcer og ikke mindst af hensyn til sikring af lokalt kendskab til både drift, uddannelseskapacitet og kvalitet.

Politisk behandling i Regionsrådene, af alle sager, vil medføre øget sagsbehandlingstid som følge af markant længere og tungere beslutningsprocesser og dertil et øget administrativt ressourcetræk. Samtidig vil det medføre markant mindre fleksibilitet og smidighed i tilrettelæggelsen af uddannelsesforløb. Det vil desuden flytte et stort ledelsesmæssigt handlerum væk fra uddannelses- og arbejdsgiver over til en politisk beslutningsarena.

C. Godkendelse af uddannelsesafdelinger og opfølgning på uddannelsesafdelingernes kapacitet.

I lovforslaget vedbliver beslutningskompetencen vedr. godkendelse af uddannelsesafdelinger i de regionale råd. Desuden fastholdes opgaven med evaluering og opfølgning på kvalitet og uddannelseskapacitet i de regionale råd for lægers videreuddannelse.

Det er grundlæggende positivt, at disse opgaver og kompetencer fastholdes i et beslutningsorgan, med både uddannelses- og lægefaglige kompetencer. Til gengæld finder DRRLV det grundlæggende uhensigtsmæssigt at placere beslutningskompetencen, hvad angår fordeling og tilrettelæggelse ét sted, mens ansvaret for kvalitet, evaluering og godkendelse af uddannelsessteder et andet sted.

Angående godkendelse af uddannelsessteder og afdelinger. I dag godkendes uddannelsesafdelinger de facto samtidig med godkendelse af fordeling og tilrettelæggelsen af uddannelsesforløbene. Ved at skille de to godkendelsesprocesser

ad, vil godkendelse af en uddannelsesafdeling ikke længere automatisk være knyttet til godkendelsen af fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb, herunder typer af forløbssammensætninger.

Det betyder, at de regionale råd skal etablere nye og særskilte rammer for, hvordan og hvad en uddannelsesafdeling godkendes til, herunder hvilket uddannelsestrin og hvilke kompetencer, der kan opnås på den konkrete uddannelsesafdeling, i det konkrete speciale.

Herudover bliver der behov for afklaring af sagsgangen i situationer, hvor det regionale råd er nødt til at fjerne eller ændre en afdelings godkendelse som uddannelsesafdeling, mens afdelingen indgår i en godkendt fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb.

D. Særlige forhold i Videreuddannelsesregion Nord

Ad. 1
Videreuddannelsesregion Nord består i fremtiden, som eneste videreuddannelsesregion, af to politiske regioner, hvilket kræver et tæt samarbejde mellem de to regioner bl.a. af hensyn til de mange uddannelsesforløb, der foregår på tværs af de to regioner. I dag sikrer de regionale råd fælles beslutningstagning i de to regioner, hvad angår fordeling og tilrettelæggelse af den lægelige videreuddannelse.

Ved at flytte beslutningskompetencen til de politiske regioner udfordres den fælles beslutningstagning og det betyder, som absolut minimum, at alle uddannelsesforløb, som går på tværs af de to regioner, skal godkendes i både Region Nordjylland og Region Midtjylland, herunder at der er enighed mellem de to regioner.

Der kan være situationer, hvor dette ikke er muligt. Til sådanne situationer er der behov for en, på forhånd, fastlagt håndtering. En usmidig håndtering af eventuelle uenigheder imellem driftsregionerne kan betyde unødige forsinkelser i ændringer af fordeling og tilrettelæggelse og øget administrative omkostninger.

Ad. 2

I afsnit 2.4.3 i lovforslaget fremgår følgende:

"Undtaget herfra er regionsrådenes beslutninger om tilpasninger i allerede godkendte uddannelsesforløb, der således ikke forudsætter indhentning af rådgivning fra videreuddannelsesrådet. Det kan eksempelvis være tilpasninger af uddannelsesforløb som følge af orlov, barsel, sygdom, forskningsophold eller ved overflytning af forløb mellem regioner."

DRRLV forstår dette således, at myndighedsopgaven vedr. ændringer i konkrete individuelle uddannelsesforløb fremadrettet placeres i de enkelte regioner.

På nuværende tidspunkt, i Videreuddannelsesregion Nord træffes alle afgørelser vedr. tilpasninger og ændringer i uddannelsesforløb på uddelegeret kompetence fra det regionale råd. Tilpasningerne af KBU-forløb, såvel som uddannelsesstillinger inden for almen medicin og alle introduktionsstillinger er uddelegeret til de to regioner. Kompetencen vedrørende ændringer i hoveduddannelsen, i alle specialer,

fraset almen medicin, er uddelegeret til videreuddannelsessekretariatet.

Hvis kompetencen til at administrere og træffe afgørelser vedr. tilpasninger i alle hoveduddannelsesforløb fremadrettet flyttes til de to regioner, øges behovet for koordinering mellem de to regioner, særligt for hoveduddannelsesforløb, der går på tværs af to regioner. Derudover skaber det usikkerhed om, hvem der har ansvaret for forløb, der går på tværs af de to regioner.

DRRLV anbefaler, at både myndighedsopgaven og den administrative opgave, hvad angår tilpasninger af hoveduddannelsesforløb, operationelt, fortsat placeres i videreuddannelsessekretariatet. Det skal sikre tydelighed omkring forløb på tværs. Derudover understøtter det færrest mulige ekstra administrationsomkostninger og ressourcer og er på linje med forslaget om at meritafgørelser fortsat skal varetages af DRRLV.

DRRLV bemærker desuden, at lovforslaget betyder, at de enkelte regioner skal kunne træffe afgørelser om konkrete individuelle uddannelsesforløb, uden rådgivning fra de regionale råd, herunder lægefaglige rådgivere så som de postgraduate kliniske lektorer. Der er imidlertid fortsat behov for at sikre lægefaglig og uddannelsesfaglig rådgivning ifm. ændringer af forløb, særligt ændringer, der ikke er retsbaserede (orlov, orlov til forskning, deltid osv.). Der skal derfor fortsat ske rådgivning ifm. ændringer i individuelle uddannelsesforløb for at sikre uddannelseskvaliteten. Det er fx rådgivning fra de postgraduate kliniske lektorer.

DRRLV bemærker, at det er positivt og vigtigt, at der fortsat sikres klageadgang over afgørelser truffet af Regionsrådene. Det skyldes både hensynet til god forvaltningsskik og af hensyn til, at uddannelseslægernes retsstilling ikke skal forringes.

E. Fremtidig sammensætning af Det nationale Råd for Lægers Videreuddannelse

Af lovforslaget fremgår, at de fire regioner, som noget nyt, har én plads hver i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. DRRLV gør opmærksom på, at det forsat er vigtigt at sikre de lægefaglige og uddannelsesfaglige kompetencer i Det Nationale Råd. DRRLV vurderer derfor, at de yderligere regionale medlemmer ikke må ske på bekostning af de nuværende lægefaglige og uddannelsesfaglige kompetencer i Rådet.

F. Behov for afklaring omkring øvrige opgaver

I lovforslaget nævnes forskellige opgaver, der fastholdes i de regionale råd for lægers videreuddannelse, herunder afgørelser vedr. merit, den pædagogisk udviklende funktion og opfølgning på inspektorrapporter. Opgaven ved uddannelsesprogrammer indgår til gengæld ikke eksplicit i lovforslaget.

Det skal tydeliggøres, hvor opgaven med udarbejdelse og godkendelse af uddannelsesprogrammer fremadrettet placeres.

DRRLV vurderer umiddelbart, at opgaven følger tilrettelæggelse af uddannelsesforløb og forventer derfor, at opgaven, som følge af lovforslaget, flyttes til regionerne.

DRRLV gør på den baggrund opmærksom på, at der skal aftales nærmere, hvordan uddannelsesprogrammer for forløb, der går på tværs af to regioner, udarbejdes.

Herudover er DRRLV i tvivl om, hvor ansvaret og opgaven vedr. bl.a. indrapportering af data til Sundhedsstyrelsen placeres. Hvis opgaven bliver placeret i de enkelte

regioner, skal det ligeledes afklares, hvordan forløb, der går på tværs af Region Midtjylland og Nordjylland indrapporteres.

Desuden vurderer DRRLV, at det er vigtigt at afklare, hvilken instans, der fremadrettet har ansvaret for kvaliteten i den lægelige videreuddannelse. Når dele af beslutningskompetencerne, der hidtil har været placeret i de regionale råd, flyttes til regionsrådene, bør det delte ansvar for kvaliteten i den lægelige videreuddannelse ligeledes fremgå tydeligt.

G. De økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige

Ministeriet vurderer, at lovforslaget ikke forventes at have økonomiske konsekvenser for regionerne. DRRLV vurderer imidlertid, at de økonomiske konsekvenser i høj grad afhænger af, hvordan lovforslaget i realiteten implementeres.

I Videreuddannelsesregion Nord er der i omegnen af 2.250 igangværende uddannelsesforløb ad gangen (KBU, Intro og Hoveduddannelse).

Hvis en større andel af uddannelsesforløbene skal håndteres, håndholdt og individualiseret, end det er tilfældet i dag, vil det kræve langt flere administrative ressourcer - både i form af administrativt personale i regioner og videreuddannelsessekretariatet og lægefaglige rådgivere fra klinikken på hospitalerne.

Herudover er der en særlig risiko for øget omkostninger i Videreuddannelsesregion Nord. Det er korrekt, at der teknisk set er tale om at flytte én opgave fra ét sted i regionerne til et andet. Flytningen af beslutningskompetencen medfører imidlertid en øget kompleksitet i samarbejdet mellem de to regioner, hvilket betyder risiko for et øget træk på de administrative ressourcer, både i Region Nordjylland, Region Midtjylland og i Videreuddannelsessekretariatet.

H. Tidsmæssige perspektiver

Fastholdelse af ikrafttrædelse 1. januar 2027 mere end halverer implementeringsrammen, hvilket ikke er holdbart ift. at udvikle og aftale de nødvendige nye arbejdsgange og processer mellem to regioner.

Med det oprindelige lovforslag og tidsperspektiv virkede det realistisk netop fordi det gav mulighed for at bruge hele 2026 på at forberede nye arbejdsgange og koordinere på tværs af to regioner.

Med venlig hilsen
Lone Winther Jensen
Formand for Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse
Videreuddannelsesregion Nord

Supplerende høringssvar fra Videreuddannelsesregion Syd vedrørende:

Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Videreuddannelsesregion Syd (VUR Syd) takker for muligheden for at afgive bemærkninger til lovforslaget.

VUR Syd anerkender intentionen om at styrke regionernes muligheder for at understøtte en hensigtsmæssig geografisk fordeling af speciallægeuddannelsen og dermed bidrage til en bedre lægedækning i hele landet. Vi noterer os, at lovforslaget indebærer, at beslutningskompetencen vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb overføres fra de regionale råd for lægers videreuddannelse til regionsrådene.

På den baggrund finder VUR Syd anledning til at pege på en række forhold, som efter vores opfattelse er afgørende for en velfungerende implementering af den foreslåede model.

Kompetencen bør forankres centralt i regionsrådet

VUR Syd finder det afgørende, at ansvaret for fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb forankres centralt i regionsrådet og ikke delegeres til sundhedsråd.

Speciallægeuddannelsen er en regional opgave, som går på tværs af sygehuse og praksissektoren. Hoveduddannelsesforløb omfatter altid ansættelser på flere matrikler og i forskellige dele af regionen, og planlægningen forudsætter derfor et samlet regionalt overblik over uddannelseskapacitet, dimensionering, lægedækning og uddannelseskvalitet.

En decentral beslutningsstruktur vil indebære en risiko for, at lokale hensyn kommer til at veje tungere end de samlede regionale behov. Det kan vanskeliggøre en sammenhængende planlægning af uddannelsesforløbene og svække mulighederne for at understøtte den geografiske lægedækning, som lovforslaget netop har til formål at styrke.

Den faglige rådgivning bør fortsat have en central rolle

VUR Syd finder det positivt, at de regionale råd for lægers videreuddannelse fortsat foreslås at have en rådgivende funktion.

Fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb beror på komplekse uddannelsesfaglige vurderinger, hvor hensyn til kompetenceopnåelse, uddannelseskvalitet, godkendte uddannelsessteder, kapacitet og lægedækning skal afvejes samlet. Disse vurderinger bygger på et tæt samarbejde mellem det regionale råd for lægers videreuddannelse, videreuddannelsessekretariatet, de specialespecifikke uddannelsesudvalg og de involverede uddannelsessteder.

Boulevarden 76, 7100 Vejle
Tlf.: 2442 5166
www.regionsyddanmark.dk

Det er derfor væsentligt, at regionsrådets beslutninger træffes på baggrund af en stærk og reel faglig rådgivning fra det regionale råd for lægers videreuddannelse, således uddannelsesmæssige hensyn fortsat indgår som et bærende element i beslutningsgrundlaget.

Sammenhæng mellem uddannelse og lægedækning

VUR Syd deler lovforslagets ambition om at understøtte en bedre geografisk lægedækning gennem placeringen af uddannelsesforløb.

I Region Syddanmark er hoveduddannelsesforløbene allerede tilrettelagt med betydelig geografisk spredning, og der arbejdes løbende med at styrke uddannelseskapaciteten uden for universitetssygehuset, herunder gennem placering af uddannelsesstillinger i Sydvest- og Sønderjylland.

Netop fordi disse prioriteringer sker på baggrund af en samlet regional planlægning, er det afgørende, at beslutninger om uddannelsesforløb fortsat træffes ud fra et regionalt helhedsperspektiv, hvor hensynet til både uddannelseskvalitet og lægedækning kan afvejes på tværs af hele regionen.

Afsluttende bemærkninger

VUR Syd støtter ambitionen om at styrke regionernes muligheder for at sikre en hensigtsmæssig geografisk fordeling af speciallægeuddannelsen.

Hvis beslutningskompetencen vedrørende fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb overføres til regionsrådene, finder VUR Syd det afgørende, at kompetencen forankres centralt i regionsrådet, således beslutninger træffes ud fra et samlet regionalt perspektiv og ikke ud fra lokale organisatoriske hensyn.

Samtidig bør den stærke uddannelsesfaglige rådgivning fra de regionale råd for lægers videreuddannelse fortsat udgøre et bærende element i beslutningsprocessen. Herved kan lovforslagets ambition om bedre lægedækning forenes med fortsat høj kvalitet og sammenhæng i den lægelige videreuddannelse.

Boulevarden 76, 7100 Vejle
Tlf.: 2442 5166
www.regionsyddanmark.dk

Region Hovedstaden

REGION SJÆLLAND

Sekretariatet for lægelig videreuddannelse ØST

NOTAT

Til: Sundheds- og Kirkeministeriet

Dato: 19. august 2026

Supplerende høringssvar fra Lægelig Videreuddannelsesregion Øst ifm. lovpakke IIIa vedr. bl.a. styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb

Sundheds- og Kirkeministeriet har genfremsendt høringsmateriale i forbindelse med lovpakke IIIa i forlængelse af sundhedsreformaftalen i supplerende høring.

Lægelig Videreuddannelsesregion Øst (VUR Øst) takker for muligheden for at afgive supplerende høringssvar til det reviderede udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, og forholder sig til den del af lovforslaget, der vedrører *styrkede regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse.*

VUR Øst afgav høringssvar til det tidligere udkast til lovforslag den 23. januar 2026. Dette supplerende høringssvar vedrører primært de ændringer og præciseringer, der er indarbejdet i det nye udkast. Høringsmaterialet til den supplerende høring er sendt til medlemmer af det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Øst.

VUR Øst noterer sig positivt, at det reviderede lovforslag i bemærkningerne i højere grad tydeliggør de regionale videreuddannelsesråds fortsatte rolle i den lægelige videreuddannelse.

VUR Øst fremhævede i sidste høringssvar vigtigheden af at balancere hensynet til uddannelsesstedets uddannelseskapacitet, uddannelseskvalitet og de lægefaglige specialers målbeskrivelser. Det er derfor po-

sitivt, at det reviderede udkast i bemærkningerne i højere grad fremhæver, at uddannelsesforløb skal tilrettelægges med høj uddannelseskvalitet og i overensstemmelse med specialernes målbeskrivelser på uddannelsesafdelinger med tilstrækkelig uddannelseskapacitet, herunder supervision, vejledning og mulighed for faglig progression. VUR Øst vurderer, at disse præciseringer bidrager til at tydeliggøre, at de uddannelsesfaglige hensyn fortsat indgår som et væsentligt grundlag for beslutninger om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb.

Det fremgår nu tydeligere, at regionsrådenes afgørelser om fordeling og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb træffes efter rådgivning fra de regionale videreuddannelsesråd, og at regionsrådene skal forholde sig konkret til de regionale videreuddannelsesråds rådgivning. VUR Øst finder dog, at regionsrådet bør skulle begrunde en eventuel fravigelse af uddannelsesfaglige anbefalinger fra det regionale videreuddannelsesråd, hvis rådgivningen skal have reel betydning.

VUR Øst støtter sundhedsreformens intentioner om bedre lægedækning og en stærkere sammenhæng mellem drift, kapacitetsplanlægning og lægelig videreuddannelse, men finder dog fortsat anledning til at fastholde en grundlæggende bekymring.

Det er afgørende, at styrkelsen af de regionale kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb ikke medfører en svækkelse af uddannelseskvaliteten eller den specialespecifikke faglige vurdering, som er nødvendig for at sikre opnåelse af målbeskrivelsens kompetencer.

VUR Øst bemærker positivt, at lovforslaget fastholder de regionale videreuddannelsesråds kompetence til at godkende uddannelsesafdelinger. Denne kompetence er central for kvalitetssikringen af den lægelige videreuddannelse. Der bør derfor skabes klarhed over, hvordan samspillet mellem regionsrådets beslutningskompetence og videreuddannelsesrådets godkendelseskompetence skal fungere i praksis, herunder hvilken vægt videreuddannelsesrådets vurdering skal have i tilfælde af uenighed. Det gælder særligt situationer, hvor regionsrådet kunne ønske at placere uddannelsesforløb på en uddannelsesgivende afdeling, hvor det regionale videreuddannelsesråd vurderer, at uddannelseskapaciteten eller uddannelseskvaliteten ikke er tilstrækkelig.

Det bemærkes, at der under bemærkninger til det reviderede lovforslag som noget nyt er anført, at de regionale videreuddannelsesråd går i dialog med pågældende regionsråd mhp. at konkretisere påkrævede opfølgende initiativer for opretholdelse af uddannelsesafdelingens godkendelse eller for at udbedre kvalitets- eller kapacitetsmæssige mangler fx i forbindelse med opfølgning på inspektorrapporter.

VUR Øst støtter en dialog baseret tilgang. Samtidig er der brug for hurtig og smidig igangsætning af opfølgende initiativer, der skal sikre kvaliteten i den lægelige videreuddannelse. Derfor anbefaler VUR Øst, at de regionale videreuddannelsesråd fortsat kan tage initiativ til sådanne initiativer selvstændigt.

Endelig bemærker VUR Øst, at der i det tidligere udkast var indsat en overgangsbestemmelse om, at de nye regler ikke skulle finde anvendelse på uddannelsesforløb, som de Regionale Råd havde godkendt før lovens ikrafttræden. Denne overgangsbestemmelse ses ikke videreført i det reviderede udkast. VUR Øst anbefaler, at allerede godkendte uddannelsesforløb som udgangspunkt respekteres efter de hidtidige regler.

Med venlig hilsen

Lægelig Videreuddannelsesregion Øst